



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykologprogrammet

Psykisk hälsa och familjefunktion i familjer där en förälder lider av psykisk sjukdom

En klinisk pilotstudie av baslinjedata inför preventiva familjeinterventioner

Amanda Gustafsson & Emilia Rasmusson Honnér

Psykologexamensuppsats 2016

Handledare: Gisela Priebe
Examinator: Mats Fridell

Abstract

A clinical pilot study with a quantitative approach has examined data from patients diagnosed with depression, dysthymia, anxiety disorder or bipolar disorder, and their children and partners based on self-reported mental health and family functioning. Baseline data was collected from participants enrolled in an ongoing evaluation study by Axberg, Priebe and Grip (2013), which aims to evaluate the preventive family interventions 'Beardslee's Family Intervention' and 'Let's talk about children'. Thirty-six patients, 12 partners and 11 children participated in the study. The results showed that neither the children nor the partners reported mental health problems at group level. Participants with indications of mental health problems could although be identified among both children and partners at an individual level. The parents reported the aspects roles and problem solving skills within the family functioning more negative than the comparison data, while the children, in general, experienced healthy family functioning. Strong links were found between children's experience of family functioning and mental health. This relationship was more vague for the parents, which may be due to the complexity of family functioning as a concept. All three groups' estimates showed good agreement for the view of the children's mental health, while the children reported healthier overall functioning compared to the patients.

Keywords: parental mental illness, mental health, family functioning, children, prevention, baseline, risk, resilience

Sammanfattning

En klinisk pilotstudie med kvantitativ ansats har undersökt data från patienter diagnostiserade med depression, dystymi, ångeststörning eller bipolär sjukdom och deras barn och närstående utifrån skattad psykisk hälsa och familjefunktion. Data på baslinjenivå inhämtades från deltagare rekryterade i en pågående utvärderingsstudie av Axberg, Priebe och Grip (2013) som syftar till att utvärdera de preventiva familjeinterventionerna Beardslees Preventiva Familjeintervention och Föra Barn på Tal. 36 patienter, 12 närstående och 11 barn deltog i studien. Resultatet visade att varken barnen eller de närstående skattade psykisk ohälsa på gruppnivå. Deltagare med indikationer på psykisk ohälsa kunde dock identifieras bland både barn och närstående. Aspekterna roller och problemlösningsförmåga inom familjefunktion uppgavs av patienter och närstående mer negativa än jämförelsedata, medan barnen upplevde överlag hälsosamt familjefungerande. Starka samband fanns mellan barnens upplevelse av familjens funktion och deras psykiska hälsa. Detta samband var mer otydligt för föräldrarna vilket kan bero på komplexiteten i familjefunktionen. Samtliga grupper skattningar visade på god överensstämmelse för synen på barnens psykiska hälsa, medan barnen skattade mer hälsosamt generellt fungerande än patienterna.

Nyckelord: psykisk sjukdom hos förälder, psykisk hälsa, familjefunktion, barn, prevention, baslinje, risk, resiliens

Innehållsförteckning

Introduktion	1
Teori	2
Centrala begrepp	2
Psykisk hälsa och psykisk sjukdom	2
Familjefunktion.....	2
Teoretiska utgångspunkter	3
Utvecklingsekologisk modell	3
Överföring av psykisk sjukdom mellan generationer	4
Risk och resiliens	4
Tidigare forskning	4
Psykisk sjukdom hos föräldrar	4
Familjefunktion när en förälder lider av psykisk sjukdom	5
Syfte	8
Frågeställningar	8
Metod	8
Deltagare	8
Instrument	10
Mätinstrument för psykisk hälsa	10
Mätinstrument för familjefunktion	12
Design	15
Procedur	15
Datainsamling	15
Dataanalys	16
Etiska aspekter	16
Resultat	17
Bakgrundsdata	17
Barnens skattning av sin psykiska hälsa	18
Barnens skattning av familjefunktion	19
Samband mellan barnens skattningar	20
Föräldrars skattning av sin psykiska hälsa	21
Föräldrars skattning av familjefunktion	23
Föräldrars skattning av barnens psykiska hälsa	24
Samband mellan föräldrarnas skattningar	24

Samband mellan barnens och föräldrarnas skattningar	26
Diskussion	27
Huvudsakliga fynd	27
Resultatdiskussion	28
Psykisk hälsa	28
Familjefunktion	29
Samband mellan psykisk hälsa och familjefunktion	29
Samband mellan psykisk hälsa, familjefunktion och föräldrarnas upplevelse av barnens psykiska hälsa	31
Överensstämmelse mellan barns och föräldrars upplevelser	32
Metoddiskussion	32
Kliniska implikationer	33
Framtida forskning	34
Referenser	35
Bilaga 1	44
Informations- och samtyckesblankett	44

Introduktion

Denna uppsats berör de barn som i forskning har kommit att kallas "de osynliga barnen" (Skerfving, 2015). En grupp som länge har varit osynlig i vuxenpsykiatri och vars framtida utveckling och mående varit utelämnad till familjerna själva och instanser senare i livet. Den handlar om barn som anhöriga; barn till föräldrar med psykisk ohälsa. Psykisk ohälsa är ett vanligt förekommande sjukdomstillstånd idag i Sverige. Enligt en undersökning från OECD (2013) lider 20 procent av alla vuxna svenskar av psykisk ohälsa som uppnår kliniska värden, något som bekräftas av Folkhälsomyndighetens (2015) nationella folkhälsoenkät. En omfattande kartläggning gjordes 2013 av Hjern och Manhica för att få en övergripande bild av hur många barn i Sverige som har vuxit upp i familjer där en eller flera vuxna lider av psykisk ohälsa. Data om samtliga barn födda 1987 till 1989 följdes upp och resultatet visade att sex procent hade en förälder som innan de fyllt 18 år vårdats minst en gång inom slutenvården för psykisk sjukdom (Hjern & Manhica, 2013). Detta gäller således enbart slutenvård och då majoriteten av patientkontakter och behandling inom psykiatri sker inom öppenvården kan slutsatsen dras att andelen berörda barn är högre än så. En undersökning från norska Folkhelseinstituttet uppskattade att hela 37 procent av samtliga barn i landet vid året för undersökningen hade minst en förälder med någon typ av diagnostiserbar psykisk sjukdom, innefattande mild till allvarlig problematik (Torvik & Rognmo, 2011). En liknande uppskattning har inte gjorts för hela Sverige, men enligt Psykiatri Skånes bokslut 2013 uppskattades 8000 barn det året ha föräldrar som var patienter i vuxenpsykiatri (Psykiatri Skåne, 2013).

Att ha en förälder med psykisk sjukdom kan för många barn innebära en uppväxtmiljö med inslag av otrygghet, stress, stort eget ansvarstagande och liten möjlighet att själv påverka sin situation (Skerfving, 2015). Longitudinella studier har visat på en förhöjd risk för barn till föräldrar med psykisk sjukdom att själva utveckla psykisk sjukdom, jämfört med barn till föräldrar som inte är drabbade av psykisk sjukdom (Beardslee et al., 1988; Rutter & Quinton, 1984; Weissman et al., 2006). Även familjeklimatet har visat sig påverkas negativt vid psykisk sjukdom, som exempelvis mindre värme, mer konflikter och högre grad av irritabilitet hos föräldern (Cummings, Keller & Davies, 2005; Middleton, Scott & Renk, 2009). Vidare kan faktorer ofta sammankopplade med psykisk sjukdom, som begränsat socialt nätverk, isolering, låg socioekonomisk status, missbruk eller andra psykiska sjukdomar hos föräldern vara försvårande för barnet och familjen och påverka situationen negativt (LeFrancois, 2010).

År 2010 gjordes ett tillägg i hälso- och sjukvårdslagen (2009:979, 2 g §) i syfte att uppmärksamma de anhöriga barnens situation: "*Hälso- och sjukvårdspersonalen ska särskilt*

beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med har en psykisk störning (...)". Då fokus i vuxenpsykiatri ligger på patienten var det länge ovanligt att barnen uppmärksammades, vilket ledde till benämningen "de osynliga barnen" (Freiberg, 1978 refererat i Skerfving, 2015). Idag har barnen identifierats som en riskgrupp för psykisk ohälsa, vilket gör att sekundära preventiva insatser för att uppmärksamma barnen har rekommenderats sättas in vid behov. I en utvärdering av Priebe och Afzelius (2015) indikeras dock att det fortfarande finns brister i uppmärksammandet av barn till föräldrar med psykisk sjukdom. Drygt 12 procent av patienterna inom Psykiatri Skåne registrerades ha minderåriga barn 2013 till 2014 trots att cirka 30 procent av patienterna förväntades ha det. Resultatet av utvärderingen visade också att de preventiva insatserna Föra Barn på Tal (FBT) och Beardslees preventiva intervention (BPI) endast ges till få familjer och att det skiljer sig mycket mellan de olika verksamhetsområdena (Priebe & Afzelius, 2015).

Teori

Centrala begrepp

Psykisk hälsa och psykisk sjukdom. Psykisk hälsa definieras i denna studie som hälsorelaterad livskvalitet där upplevt välbefinnande, symtom och funktion i dagliga aktiviteter ingår (Folkhälsomyndigheten, 2016). Psykisk ohälsa är vidare ett brett begrepp som innefattar psykiska svårigheter och en brist på välbefinnande i psykiskt hänseende (Socialstyrelsen, 2001). Då studien är baserad på data om barn, patienter och närstående i familjer där minst en förälder lider av psykisk sjukdom, kommer även begreppen psykisk sjukdom användas genomgående i studien vilket innebär psykisk ohälsa i en svårighetsgrad att den föranleder psykiatrisk vård (Socialstyrelsen, 2001).

Familjefunktion. Begreppet utgår ifrån Epstein, Bishop och Levins (1978) definition av familjefunktion som ett komplext fenomen som identifierar familjers problemområden med fokus på hela systemet snarare än på individerna. I denna studie definieras begreppet familjefunktion utifrån aspekterna generellt fungerande, roller, kommunikation, värme, problemlösning, föräldrars upplevda kontroll och barnens anknytningsrelationer till föräldrarna (för definitioner se figur 1).

Aspekt	Definition
Kommunikation:	Utbytet av verbal information mellan familjemedlemmar.
Roller:	De instrumentella eller affektiva funktioner familjemedlemmar står för samt fördelning och tydlighet i dessa. Roller kan både vara funktionella och dysfunktionella.
Problemlösning:	Familjens förmåga att hantera och lösa problem och konflikter i och utanför familjen.
Värme:	Upplevelsen av intoning av affekter samt hur dessa tas emot inom familjen.
Generellt fungerande:	Den övergripande upplevelsen av hur familjen fungerar.
Föräldrakontroll:	Upplevd tilltro till den egna förmågan att möta och hantera barnets beteende.
Anknytningsrelation:	Upplevd trygghet eller otrygghet i relationen till föräldern.

Figur 1. *Definitioner av aspekter inom familjefunktion*

Notis. Kommunikation, roller, problemlösning, värme och generellt fungerande (Epstein, Baldwin, Lawrence & Bishop, 1983); Föräldrakontroll (Campis, Lyman & Prentice-Dunn, 1986); Anknytningsrelationen (Alfredsson, Broberg & Wirehag, 2013)

Teoretiska utgångspunkter

Utvecklingsekologisk modell. Bronfenbrenner (1979) betonar i sin utvecklingsekologiska modell vikten av att studera systemet runt individen, då dennes utveckling sker i ständigt samspel med den omgivning hen befinner sig i. Med utveckling menas allt som individen uppfattar, önskar, räds, tänker och lär sig (Bronfenbrenner, 1979). Risken för att barn till psykiskt sjuka föräldrar också själva drabbas av psykisk ohälsa är befast i forskning, (Beardslee et al., 1988; Beardslee, Keller, Lavori, Staley & Sacks, 1993; Weissman et al., 2006) alla dessa barn drabbas dock inte av psykisk ohälsa. En förståelse för barnets behov kan enligt den utvecklingsekologiska modellen fås genom kartläggning av funktionen i de olika system som barnet ingår i. Systemen befinner sig på olika nivåer och

innefattar allt från familj, skola och kamratrelationer till institutioner och lagar (Bronfenbrenner, 1979). I denna studie står familjesystemet i fokus.

Överföring av psykisk sjukdom mellan generationer. Goodman och Gotlib (1999) utformade en integrativ modell med syfte att försöka ge en förklaring kring överföringen av risk för psykisk ohälsa mellan barn och mödrar med depression. En modell där individuella medärvda faktorer tillsammans med samspelet mellan förälder, barn och miljö spelar in. Van Doesum och Hosman (2009) har vidareutvecklat denna modell. Centralt i modellen är relationen mellan individ, familj och omgivning och den roll de spelar i att öka eller minska risken för att barnet ska drabbas av psykisk ohälsa (Hosman, Van Doesum & Van Santvoort, 2009).

Risk och resiliens. För att försöka förebygga överföring av psykisk ohälsa mellan generationer finns teorier kring riskfaktorer och skyddande faktorer. Den tidiga forskningen och teorierna kring risk och resiliens fokuserade främst på individuella faktorer medan dagens teorier har tagit ett mer relationsfokuserat perspektiv. Walsh (1996) myntade begreppet Familjeresiliens, ett systemteoretiskt begrepp där resiliens ses som en motståndskraft som byggs upp över tid i det relationella samspelet mellan individ, familj och kontext. I samband med utvecklandet av interventioner riktade till familjer där en förälder lider av psykisk sjukdom beskriver även Focht-Birkerts och Beardslee (2000) risk och resiliens ur ett familjeperspektiv, där resiliens innebär familjens förmåga att hantera affekter medan risk innebär familjens behov av att tränga undan dessa, där skam och stigma ofta ingår.

Tidigare forskning

Psykisk sjukdom hos föräldrar

Ett flertal studier har belyst den förhöjda risken för barn till föräldrar med psykisk sjukdom att själva drabbas av psykisk ohälsa. Resultatet av en longitudinell studie av Beardslee et al. (1988) visade att 30 procent av de barn som under barndomen hade en förälder med psykisk affektiv sjukdom själva drabbades av psykisk sjukdom senare i livet, medan detta endast gällde för två procent av de deltagande barnen med föräldrar utan psykisk sjukdom. Lång varaktighet i förälderns affektiva psykiska sjukdom, förekomst av andra icke-affektiva psykiska sjukdomar samt om barnet själv hade en tidig sjukdomshistoria verkade tillsammans vara faktorer med hög predicerande effekt för att även barnet skulle drabbas av psykisk sjukdom (Beardslee et al., 1988).

Liknande resultat fann Weissman et al. (2006) som fastslog att barn till deprimerade föräldrar utgjorde en högriskgrupp för senare utveckling av psykisk ohälsa. Under tjugo års

uppföljning kunde de även konstatera att symtomen ofta debuterade innan vuxen ålder (Weissman et. al, 2006). Tidigare studier har även visat att graden av allvarlighet och varaktigheten i föräldrarnas psykiska sjukdom samvarierade med fler internaliserade och externaliserade symtom och mer riskfullt beteende hos barnen (Brennan, Le Brocque & Hammen, 2003; Campbell, Morgan-Lopez, Cox & McLoyd, 2009; Van Loon, Van de Ven, Van Doesum, Hosman & Witteman, 2014). Ett antal faktorer hos barn med föräldrar drabbade av psykisk sjukdom har i forskning funnits minska risken för barnen att senare utveckla psykisk ohälsa. Lewandowski et al. (2013) fann att ett lättare temperament, bättre självkänsla och högre IQ hos barnen korrelerade med ett högre adaptivt fungerande och mindre risk att senare diagnostiseras med psykisk sjukdom. Även bra självkänsla och användandet av aktiva copingstrategier var relaterat till att barn utvecklade färre internaliserande och externaliserande symtom (Van Loon, Van de Ven, Van Doesum, Hosman & Witteman, 2015). I en intervjustudie som undersökte barns upplevelse av föräldrars psykiska sjukdom beskrev de, i termer av bra och dåliga dagar, hur de uppfattade föräldrarnas mående som växlande. Detta innebar många blandade känslor gentemot föräldern, problem i det vardagliga livet och en oförutsägbarhet i relationen (Riebschleger, 2004).

Även i svensk forskning har barnens psykiska hälsa och den ökade risken för att barnen ska utveckla psykisk eller annan ohälsa studerats. En kartläggning av Hjern, Arat och Vinnerljung (2014) visade att vid 30 till 35 års ålder hade de vuxna som under sin barndom haft en psykiskt sjuk förälder i högre grad arbetslöshet, försörjningsstöd och missbruk jämfört med jämnåriga som ej haft en förälder med psykisk sjukdom. Andelen som hade behandlats med specialistvård inom öppen- eller slutenvård för självmordsförsök eller som hade avlidit var även den högre i gruppen med en psykiskt sjuk förälder än i gruppen med föräldrar utan psykisk sjukdom (Hjern et al., 2014). I en studie av Skerfving (2015) intervjuades barn till föräldrar med psykisk ohälsa efter sitt deltagande i en stödgrupp. Barnen gav uttryck för en ambivalent inställning till föräldrarna där deras känslor av sorg, skam, ilska och skuld inför sina föräldrar blandades med kärlek och medkänsla. Merparten av barnen berättade också om att ha känt ensamhet och rädsla över att ha en familj som var annorlunda och inte "normal". Detta skapade skamkänslor hos barnen som gjorde det svårt för dem att prata med andra om sin upplevelse av föräldrarnas psykiska ohälsa. Möjligheten till att delta i stödgrupp med andra barn i samma situation menade Skerfving (2015) gav barnen ett tillfälle att tillfälligt lätta på det stigma och den tystnad som ofta präglar familjer drabbade av psykisk ohälsa.

Familjefunktion när en förälder lider av psykisk sjukdom

Tidigare forskning har visat att psykisk sjukdom hos föräldrar kan ha en negativ inverkan på familjefunktionen. En studie av Friedmann et al. (1997) visade att psykisk sjukdom hos en förälder, oavsett diagnos, ofta innebär stress och påfrestning för familjefunktionen i form av försämrade förmåga till problemlösning, kommunikation och känslomässig responsivitet. Power et al. (2016) fann liknande resultat och menade vidare att det, inom familjen, ofta var svårt att prata om föräldrarnas sjukdom då det var förknippat med skam och skuld, samtidigt som kommunikation kring föräldrarnas psykiska ohälsa var en viktig ingrediens för att främja familjefunktion och resiliens. Enligt Van Loon et al. (2014) korrelerade psykisk sjukdom hos en förälder med sämre interaktion med barnen, mindre insikt i deras aktiviteter och en mer negativ familjemiljö än i de familjer där psykisk sjukdom inte förekom hos en förälder.

Tidigare forskning har även undersökt hur relationerna påverkades i familjer där den ena partnern led av psykisk sjukdom. Benazon och Coyne (2000) fann att partners stämningssläge påverkades och att de rapporterade signifikant mer nedstämdhet än jämförelsepopulationen. Utöver detta upplevde partnern ofta en ökad börda samt förändrade rutiner och roller i relationen. Rose, Mallinson och Walton-Moss (2002) genomförde en longitudinell intervjustudie där partners till personer med psykisk sjukdom upplevde att relationen till den drabbade hade förändrats negativt och att rollerna och ansvarsfördelningen i familjen hade kastats om. Studier har även visat att de relationer där en person led av psykisk sjukdom i många fall kantades av konflikter och oenighet, och att dessa konflikter påverkade föräldraförmågan men även barnen i form av att de upplevde psykiska problem, självanklagande (Cummings et al., 2005; Fear et al., 2009).

I en studie av Phillips (2012) fanns ett signifikant samband mellan familjefunktion och barns välbefinnande, vilket var oberoende av familjens konstellation. Enligt en longitudinell studie av Klasen et al. (2015) var ett gott familjeklimat en skyddande faktor för barn till föräldrar med psykisk sjukdom gällande risken att själva utveckla psykiatriska symtom. Familjeklimatet tillsammans med socialt stöd modererade den grad av inverkan som föräldrarnas sjukdom hade på barnets psykiska hälsa (Klasen et al., 2015). Psykisk ohälsa hos föräldern har funnits påverka relationen mellan förälder och barn i form av sämre kommunikation, mindre värme, större kontrollbehov, mer oförutsägbarhet, lägre känslomässigt engagemang och ökad negativitet och irritabilitet gentemot barnet (Cummings, Keller & Davies, 2005; Jacob & Johnson, 1997; Middleton et al., 2009). I de fall föräldrabarn-relationen tvärtom innefattade mer värme och mindre kontrollerande och

överengagemang från föräldern fungerade relationen som en skyddande faktor för barns psykiska hälsa (Brennan et al., 2003; Elgar, Mills, McGrath, Waschbusch & Brownridge, 2007; Power et al., 2016; Tarullo & DeMulder, 1994). Jacob och Johnson (1997) belyste även att deprimerade föräldrar tenderade att uppfatta sina barns beteende mer negativt än föräldrar utan psykisk sjukdom. Även Conrad och Hammen (1989) menade att deprimerade föräldrar var mer negativt inställda till barnens beteende men att de också var bättre på att uppskatta barnets faktiska psykiska mående än icke-deprimerade föräldrar. Detta kan ställas i motsats till studier där tonåringars och friska föräldrars skattningar av tonåringarnas mående hade låg överensstämmelse (Salbach-Andrae, Klinkowski, Lenz & Lehmkuhl, 2009; Lauth et al., 2010). Enligt tidigare forskning har även graden av trygg anknytning mellan tonåringar och deras föräldrar funnits samvariera med tonåringarnas upplevelse av mer adaptiv familjefunktion och lägre grad av depressiva symtom (Kapanee & Rao, 2007; Rawatlal, Kliwer & Pillay, 2015).

I en svensk intervjustudie av Granath (1997) betonades att en frisk andra förälder i familjen hade haft stor betydelse för barnen under uppväxten och verkade fungera som en skyddande faktor. Svenska studier har dock belyst att separationer och skilsmässor var vanliga i denna grupp och att de ofta resulterade i att barnen till största delen bodde hos mamman, oavsett om det var mamman eller pappan som var drabbad av psykisk sjukdom (Hjern & Manhica, 2013). Relationerna mellan föräldrarna visade sig ofta vara ansträngda vilket också påverkade umgänget och relationen mellan föräldrar och barn. Detta kunde i sin tur försvåra barnets umgänge med den friska föräldern (Skerfving, 2015). Därför kan även resurser utanför familjen vara av betydelse för familjefunktionen och barnens psykiska hälsa. I ytterligare en intervjustudie uppgav barn till psykiskt sjuka föräldrar att de som yngre hade upplevt det hjälpsamt att ta stöd av syskon och vänner, ägna sig åt en fritidsaktivitet och att regelbundet åka hemifrån till familjer som inte hade liknande problematik som den egna familjen (Pölkki, Ervast & Huupponen, 2004).

Sammantaget har tidigare forskning visat att psykisk sjukdom hos en förälder i många fall innebär en belastning för familjen. Föräldraförmåga, föräldra-barn-relationen och de andra familjemedlemmarnas psykiska hälsa är några av de områden som kan drabbas. Samtidigt omges ämnet av ett stigma där såväl förälder och barn kan uppleva skamkänslor inför att söka hjälp eller berätta för andra om familjens svårigheter (Pihkala & Johansson, 2008). Detta gör området komplext och desto viktigare att studera vidare. Barnens situation har under de senaste åren uppmärksammats i lag och vuxenpsykiatri och många aktörer är intresserade av att hjälpa familjerna till bättre fungerande och förhindra framtida psykisk

ohälsa hos barnen. Det saknas dock detaljerad baslinjedata för hur svenska barn, patienter och närstående i denna situation mår och hur familjefunktionen ser ut. Denna studie avser att fylla den luckan samt bidra med baslinjedata och tolkning inför den fortsatta utvärderingen av Axberg et al. (2013) om de preventiva familjeinterventionerna Beardslees Familjeintervention och Föra Barn på Tal.

Syfte

Den aktuella studien syftar till att undersöka psykisk hälsa och familjefunktion i familjer där minst en förälder behandlas inom vuxenpsykiatri för depression, dystymi, ångeststörning eller bipolär sjukdom. Studien ämnar skapa en baslinje inför pågående utvärderingsstudie av Axberg et al. (2013), där de preventiva interventionerna Beardslees Familjeintervention och Föra Barn på Tal undersöks.

Frågeställningar

1. Hur upplever barn, patienter och närstående sin psykiska hälsa? Hur upplever föräldrarna barnens psykiska hälsa?
2. Hur upplever barn, patienter och närstående familjens funktion?
3. Har upplevd psykisk hälsa ett samband med upplevd familjefunktion för barn, patienter och närstående?
4. Överensstämmer barnens, patienternas och de närståendes upplevelser av barnens psykiska hälsa och familjefunktion?

Metod

Deltagare

Studien utfördes på material insamlat till en pågående kvasiexperimentell kohortstudie om föräldrabaserade familjeinterventioner riktade till barn till föräldrar med psykisk ohälsa av Axberg, Priebe och Grip (2013). Vuxenpsykiatriska verksamheter, både öppen- och slutenvård, i Region Skåne, Västra Götalandsregionen, Region Kronoberg, Region Östergötland och Västerbottens Läns Landsting deltog i studien. Rekrytering till Axberg et al. (2013) skedde genom vuxenpsykiatri bland patienter som sökt eller fått behandling för depression, dystymi, ångest eller bipolär sjukdom de senaste 18 månaderna. Patienter med barn i åldrarna åtta till 17 år informerades av sin behandlare om studien och inbjöds att delta. Om patienten gav sitt medgivande inbjöds även patientens barn och den andra föräldern,

eventuellt styvförälder. Deltagande barn över 10 år fick själva vara med och skatta sin situation, då barnen var yngre skattade endast föräldrarna barnens situation. Föräldrarna skattade även situationen för barn mellan 10 och 17 år. Om flera barn mellan åtta och 17 år fanns i samma familj, skattade föräldrarna varje barns psykiska hälsa. Flera föräldrar i studien hade mer än en diagnos, dessa inkluderades ändå. Exklusionskriterier var otillräckliga kunskaper i svenska eller engelska, ett pågående alkohol- eller drogmissbruk, schizofrenidiagnos, pågående allvarlig familjekris (t ex skilsmässa eller vårdnadstvist) eller pågående livskris som försvårade deras deltagande. Även de barn som genomgick en egen behandling för depression eller ångestproblematik exkluderades ur studien.

De deltagare som hade rekryterats t.o.m. sjätte mars 2016 ingick i denna studie. Sammantaget undersöktes tre grupper: 36 patienter med psykisk sjukdom, 12 närstående (med eller utan egen kontakt inom psykiatri) och 11 barn (se tabell 1). Utöver detta fanns 65 föräldraskattningar av patienterna och de närstående om deras barns psykiska hälsa. Vid genomförandet av de statistiska analyserna blev det tvunget att stundtals utesluta ett barn och två föräldrar från vissa analyser på grund av stort internt bortfall. I denna studie har benämningen patienter använts för den grupp föräldrar rekryterade som patienter i vuxenpsykiatri. De föräldrar eller styvföräldrar som var nuvarande eller tidigare partners till patienterna har benämnts som närstående. Benämningen föräldrar har i studien använts då både patienter och närstående åsyftats. De barn som deltagit i studien benämns som barn.

Tabell 1. *Sammanställning av demografisk data*

Grupp	N	Kön (N)	Ålder (M, min-max)
Barn	11	Flicka: 6 Pojke: 4 Vill ej uppge: 1	14, 10-17
Patienter	36	Kvinna: 24 Man: 11 Vill ej uppge: 1	43, 32-61 Vill ej uppge: 1
Närstående	12	Kvinna: 5 Man: 7	43, 29-61

Instrument

Samtliga data samlades in med hjälp av tre olika frågeformulär utformade av Axberg, Priebe och Grip (2013). Ett självskattningsformulär som riktade sig till patienterna och de närstående, ett självskattningsformulär till de barn som fyllt tio år samt ett tredje formulär där föräldrarna skattade sitt eller sina barns psykiska hälsa. Beroende på vilken grupp formulären riktade sig till, innehöll de olika bakgrundsfrågor samt standardiserade skattningsskalor anpassade till respondentgruppen. Majoriteten av formulären fylldes i elektroniskt, om detta inte var möjligt kunde de även administreras i pappersform.

Denna studie har utgått från de två aspekterna psykisk hälsa och familjefunktion. Psykisk hälsa mättes med Kidscreen-27, SDQ, CORE-OM och HADS. Familjefunktion mättes med instrumenten ECR-RC, FAD och PLOC. Nedan följer en beskrivning av valda mätinstrument (översikt i figur 2):

Mätinstrument för psykisk hälsa

Kidscreen-27. Kidscreen-27 är utvecklat för att mäta hälsorelaterad livskvalitet hos barn och ungdomar i åldern åtta till 18 år. Livskvalitet definieras här som en multidimensionell konstruktion som innefattar fysiska, psykologiska, sociala och beteendemässiga faktorer hos barnet/ungdomen. Instrumentet består av 27 frågor uppdelade i fem kategorier: Fysiskt välbefinnande, Psykiskt välbefinnande, Föräldrarelationer & autonomi, Socialt stöd och kamrater samt Skolmiljö (Robitail et al., 2007). Frågorna är exempelvis "Kände Du dig frisk och i god form?" och utgår från barnets upplevelse den senaste veckan. Varje fråga besvaras med ett av svarsalternativen Aldrig, Sällan, Ibland, Ofta eller Alltid. Ett T-värde räknas ut för varje delskala och ett högt värde innebär hög hälsorelaterad livskvalitet.

Kidscreen-27 har bland annat utvärderats av Ravens-Sieberer et al. (2014) som visade på god reliabilitet med Cronbach's alpha från .80 till .84 för de fem olika dimensionerna. Resultatet visade också att Kidscreen-27 hade god validitet och god förmåga att differentiera mellan en klinisk och icke-klinisk grupp barn. Normer har utvecklats för de 13 europeiska länder som som deltog i Kidscreen-projektet (Ravens-Sieberer et al., 2014). De svenska normerna omfattar dock endast barn mellan 12 och 18 år, varför de två barn som är 10 och 11 år uteslöts ur jämförelserna mot gränsvärden.

I denna studie uppmättes samtliga delskalor ha acceptabla eller goda Cronbach's alpha-värden från .70 till .90.

Strengths & Difficulties Questionnaire (SDQ). SDQ är ett formulär för screening av psykisk hälsa för barn i åldrarna tre till 16 år. Formuläret ställer frågor kring barnets styrkor och svårigheter och kan skattas av föräldrar, lärare och efter cirka 11 års ålder av barnet själv. Totalt består SDQ av 25 items uppdelade på fem delskalor: Emotionella symtom, Beteendeproblem, Hyperaktivitet, Kamratproblem och Prosocialt beteende. Det finns även ytterligare items samt en delskala, Impact, som berör vilken inverkan de eventuella svårigheterna har på barnets liv. Exempel på frågor är “Jag försöker vara vänlig mot andra. Jag bryr mig om deras känslor” och “Jag är rastlös. Jag kan inte sitta still länge”. Svaren skattas på en tregradig skala: Stämmer inte, Stämmer delvis eller Stämmer helt. Varje delskala räknas för sig, och ett totalvärde för svårigheter räknas på samtliga delskalor förutom Prosocialt beteende, med totalt 20 items. Ju högre värde, desto fler svårigheter respektive högre grad av prosocialt beteende beräknas individen ha (Goodman, 1997).

SDQ har översatts till svenska och normerats på ett urval av 900 svenska barn i åldrarna sex till 10 år (Smedje, Broman & Hetta, 1999). Studier har visat på varierande reliabilitet. Smedje, Broman och Hetta (1999) uppmätte en acceptabel Cronbach's alpha för totalskalan (.76) medan delskalornas reliabilitet varierade. Malmberg, Rydell och Smedje (2003) fann att SDQ differentierade väl mellan en klinisk och en icke-klinisk population, hade god reliabilitet och validitet. I studien av Hagquist (2007) hade tre delskalor god reliabilitet, medan delskalorna Beteendeproblem och Kamratrelationsproblem hade låga Cronbach's alpha-värden.

I denna studie var den interna reliabiliteten för barnens självskattning god för totalskalan med Cronbach's alpha .87. Fyra av fem delskalor hade acceptabel till god intern reliabilitet med Cronbach's alpha mellan .64 och .86, delskalan Beteendeproblem uppmättes dock endast till .34. För föräldrarna var den interna reliabiliteten för merparten av delskalorna samt totalskalan god med Cronbach's alpha mellan .71 och .87. Värdet för delskalorna Kamratrelationsproblem (.53) och Beteendeproblem (.53) visade dock på lägre intern reliabilitet.

Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM). CORE-OM är ett självskattningsformulär som avser mäta psykisk hälsa och har framförallt använts i forskning som undersöker behandlingsutfall. Formuläret består av 34 påståenden där respondentens svar baseras på måendet under den senaste veckan. Frågorna är uppdelade i fyra kategorier: Fungerande, Problem/Symtom, Risker och Subjektivt välbefinnande. Ett exempel på påstående är “Jag har känt mig förfärligt ensam och isolerad”. Respondenten skattar överensstämmelsen med påståendena utifrån svarsalternativen: Aldrig, Sällan, Då och

då, Ofta och Nästan hela tiden (Barkham, Mellor-Clark, Connell & Cahill, 2006). Medelvärde för varje delskala och totalvärde för samtliga items räknas ut. Ju högre värde, desto sämre upplevd psykisk hälsa.

Både tidigare brittisk (Evans et al., 2002) och svensk utvärdering (Elfström et al., 2013) av CORE-OM visade att skalan hade mycket god intern reliabilitet. Den svenska versionen fick ett Cronbach's alpha-värde på .93. Utvärderingen visade även att den kliniska undersökningsgruppen skattade signifikant fler psykologiska problem än den icke-kliniska. I denna studie användes hela skalan vid de initiala analyserna, vid senare analyser användes totalskalan. Cronbach's alpha för delskalorna varierade mellan .71 och .96, för totalskalan var värdet .95, vilket tyder på mycket god intern reliabilitet. Skattningarna i denna studie har jämförts med svenska cut-off-värden från utvärderingen av Elfström et al. (2013).

Hospital Anxiety & Depression scale (HADS). Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) är ursprungligen utformat för att mäta ångest- och depressiva symtom hos patienter inom somatisk vård (Zigmond & Snaith, 1983). HADS består av två delskalor: Ångest och Depression, innefattandes sju items vardera. Exempel på påstående är "Jag känner mig spänd och uppskruvad" och utgår ifrån respondentens mående den senaste veckan. Svaren skattades utifrån fyra varierande svarsalternativ. För båda delskalorna räknades ett totalvärde mellan noll och 21. Ju högre värde, desto högre grad av ångest eller depression. Gränsvärden har utvecklats av Zigmond och Snaith (1983) där ett värde på åtta visar på förekomst av ångest- eller depressionssymtom och 10 indikerar klinisk ångest respektive depression.

En svensk utvärdering av Lisspers, Nygren och Söderman (1997) gav ett Cronbach's alpha-värde på .90 för hela skalan. Genom korrelationer mellan HADS och andra självskattningsinstrument som avser mäta samma sak (Beck Depression Inventory, BDI, och State Trait Anxiety Inventory, STAI) visade instrumentet på hög validitet.

I denna studie beräknades Cronbach's alpha för delskalorna separat, vilket visade på god intern reliabilitet för både Depression- (.87) och Ångestskalan (.90).

Mätinstrument för familjefunktion

Experiences in Close Relationships - Revised Child version (ECR-RC). ECR-RC är en omarbetning från det ursprungliga ECR-RS som undersöker vuxnas anknytningsrelationer. ECR-RC är anpassad för att barn i mellanstadieålder till tonåren ska skatta sin anknytningsrelation till var och en av föräldrarna (Brenning, Van Petegem, Vanhalst & Soenens, 2014). Den version av ECR-RC som använts i denna studie har totalt nio items, sex om anknytningsrelaterat undvikande (Avoidance) och tre om anknytningsrelaterad ångest

(Anxiety). Samtliga items kan också vändas och tillsammans ge ett mått på barnets upplevelse av trygg anknytning till föräldrarna (Security) (Alfredsson et al., 2013). Ett exempel på påstående är "Det hjälper att vända sig till min mamma när jag verkligen behöver någon". Varje item skattas på en sjugradig skala där ett motsvarar Instämmer inte alls och sju Instämmer helt. Medelvärde räknas ut för varje dimension och ett högt värde innebär att barnet har hög grad av den faktor som mäts (Anxiety, Avoidance eller Security).

Reliabiliteten i tidigare forskning har varit god, studier har visat på Cronbach's alpha mellan .81 och .92 för dimensionerna Anxiety och Avoidance (Feddern Donbaek & Elklit, 2014; Fraley et al., 2011). I en svensk utvärdering har helskalan Security bedömts ha god validitet (Alfredsson et al., 2013). I denna studie hade Avoidance och Anxiety endast acceptabla Cronbach's alpha-värden för barnens skattning om relationen till pappa: .69 till .73. Motsvarande Cronbach's alpha för relationen till mamma hade däremot mycket låg reliabilitet: .27 för Avoidance och -.13 för Anxiety. Cronbach's alpha för totalskalan Security var .85 för skattningarna om barnets relation till pappa och .53 för skattningarna om barnets relation till mamma. På grund av de låga reliabilitetsvärdena valdes att endast använda totalskalan Security som innefattade samtliga items.

McMaster Family Assessment Device (FAD). FAD är ett självskattningsformulär som avser att mäta familjefunktion utifrån McMaster's familjefunktionsmodell (Epstein et al., 1978). FAD består av 60 items fördelade på sju dimensioner: Problemlösning, Kommunikation, Känslomässig responsivitet, Roller, Känslomässigt engagemang, Beteendekontroll samt Generellt fungerande (Epstein et al., 1983). I denna studie användes FAD i sin ursprungliga form för föräldrarna samt i en kortare version med enbart delskalorna Kommunikation, Känslomässig responsivitet och Generellt fungerande (totalt 27 items) i barnens självskattningsformulär. Ett påstående är exempelvis "Vi kan inte prata med varandra om den sorgsenhet vi känner". Respondenterna skattade sitt svar på en fyrgradig skala med alternativen Stämmer helt, Stämmer för det mesta, Stämmer ibland och Stämmer inte alls. Medelvärde räknades för varje delskala och ett värde mellan ett och fyra erhöles. Ju högre medelvärde, desto mer ohälsosam funktion i familjen. Ett medelvärde över cut-off-gränsen för respektive delskala fungerar som en indikation på ohälsosam familjefunktion (Epstein et al., 1983).

FAD har vid utvärdering bedömts ha goda psykometriska egenskaper för att identifiera ohälsosam familjefunktion (Miller, Epstein, Bishop & Keitner, 1985). En senare utvärdering visade på god intern reliabilitet för sex av sju skalor med Cronbach's alpha mellan .70 och .86. Den sjunde skalan, Roller, uppnådde däremot som lägst ett Cronbach's

alpha-värde på .57 (Kabacoff, Miller, Bishop, Epstein & Keitner, 1990). Svenska normer saknas, däremot gjordes en isländsk studie kring instrumentets psykometriska egenskaper där författarna menade att FAD, översatt till isländska, var ett reliabelt mätinstrument (Juliusdottir & Olafsdottir, 2015).

I denna studie hade barnens självskattning av FAD acceptabla värden på Cronbach's alpha för delskalorna Generellt fungerande (.70) och Kommunikation (.80). Cronbach's alpha för Känslomässig responsivitet var däremot -.76. På grund av detta uteslöts denna delskala ur de fortsatta mätningarna. För patienter och närståendes skattningar varierade Cronbach's alpha mellan .69 och .87 för sex av sju skalor, vilket tyder på god intern reliabilitet. Undantaget var delskalan Beteendekontroll där Cronbach's alpha endast beräknades till .40.

Parental Locus of Control Questionnaire (PLOC). Parental Locus of Control Questionnaire är ett frågeformulär som utvecklades 1986. Originalskalan består av 47 items fördelade på fem delskalor. I denna studie har enbart skalan Parental Control använts som innehåller 10 items. Denna delskala avser mäta till vilken grad föräldern upplever sin förmåga att kontrollera sitt barns beteende, med påståenden som exempelvis "Jag känner mig alltid som om jag har kontroll över mitt barns beteende". Poängskalan sträcker sig från ett till 50, där ett högt värde motsvarar högre grad av upplevd kontroll och ett lågt värde motsvarar en lägre grad av upplevd kontroll. I samband med utformningen av skalan och en första utvärdering ansågs denna skala ha god intern reliabilitet (Campis et al., 1986). Detsamma konstaterades vid en svensk utvärdering av delskalan Parental control, där föräldrar skattade upplevd föräldrakontroll, i relation till barn i två olika åldersgrupper (Hagekull, Bohlin & Hammarberg, 2001).

I denna studie fick delskalan ett Cronbach's alpha-värde på .84, vilket visade på god intern reliabilitet. Svenska normvärden från utvärderingen av Hagekull, Bohlin och Hammarberg (2001) har använts som jämförelsedata i denna studie.

Variabel som mäts	Fylls i av	
	Vuxen	Barn (10 – 17 år)
Psykisk ohälsa, allmän hälsa	CORE-OM	Kidscreen-27
	SDQ-F (om barnet)	SDQ-S
Depression, ångest	HADS	
Generellt familjefungerande	FAD Generellt fungerande	FAD Generellt fungerande
Kommunikation	FAD Kommunikation	FAD Kommunikation
Värme	FAD Känslomässig responsivitet	
Roller	FAD Roller	
Problemlösning	FAD Problemlösning	
Gränser/ ramar	FAD Beteendekontroll	
Anknytningsrelation		ECR-RC Security Mor
		ECR-RC Security Far
Upplevd föräldrakontroll	PLOC	

Figur 2. *Mätinstrument i studien*

Design

Studien är en pilotstudie med kvantitativ ansats. Korrelationsdesign användes, en metod som syftar till att beskriva olika händelser och fastställa samvariation mellan dessa (Gavin, 2008). Eftersom studien genomfördes på klinisk data behövde metod och design anpassas efter de verkliga förhållandena med tidskrävande rekrytering, datainsamling och behandlingsprocess, något som klinisk forskning ofta ställs inför (Kasenda et al., 2014; Statens offentliga utredningar, 2009:43). Då ingen intervention genomfördes användes ingen kontrollgrupp, designen möjliggjorde inte heller uteslutning av alternativa förklarande faktorer eller fastställande av orsakssamband.

Procedur

Datainsamling. Datainsamling skedde i den pågående studien av Axberg, Priebe och Grip (2013) fram till och med sjätte mars 2016. Rekryteringen skedde enligt särskilda anvisningar genom behandlare i vuxenpsykiatri. Patienter som uppfyllde inklusionskriterierna informerades muntligt och skriftligt om studien. Om patienten gav sitt medgivande, bjöds även patientens barn och partner att delta och informerades skriftligt om

studien. Samtliga deltagare gav skriftligt samtycke till sitt eget deltagande. För barn under 15 år inhämtades även skriftligt samtycke från vårdnadshavaren eller vårdnadshavarna. Bilaga 1 innehåller informations- och samtyckesblankett för vårdnadshavare. Partner som inte var vårdnadshavare (t.ex. styvföräldrar) och barn fick snarlika, men något anpassade blanketter. Behandlaren lämnade kontaktuppgifter om deltagarna till forskningskoordinatören, som gav varje person i de deltagande familjerna ett kodnummer som användes när frågeformulären fylldes i. Kontaktuppgifterna behövs också för att kunna kontakta familjerna för uppföljning efter sex och 12 månader. Kodnyckeln förvaras i låst brandsäkert arkivskåp. Frågeformulären kunde fyllas i som papper-och-penna-formulär eller via webben. Datafilen som forskarna har tillgång till innehåller inga namn eller övriga personuppgifter utan endast kodnummer.

Då den insamlade datan innehöll ett stort antal variabler och mätinstrument gjordes begränsningar i denna studie för vilka variabler och skattningsskalor som undersöktes. Utifrån val av teori samt genomgång av tidigare forskning skapades frågeställningar, därefter valdes de mätinstrument som ansågs passa frågeställningarna. Samtliga grupper (barn, patienter och närstående) behölls, samt frågeformulären, Kidscreen-27, SDQ, CORE-OM, HADS, ECR-RC, FAD och PLOC.

Dataanalys. Data analyserades med IBM SPSS Statistics 23.0. Reliabilitetsskattningar gjordes med Cronbach's alpha för samtliga del- och helskalor. Därefter undersöktes förutsättningarna för parametriska test med resultat som visade att merparten data ej var normalfördelad. För att kompensera för detta togs beslutet att använda icke-parametriska test genomgående i studien. En gemensam fil skapades för att kunna jämföra de olika gruppernas skattningar på skalorna SDQ och FAD. I övrigt analyserades barn-, patient- och närståendegruppernas resultat separat. För korrelationsanalys användes Spearman's Rank Order Correlation (ρ). För att avgöra styrkan i korrelationerna användes Cohens (1988) gränsvärden för svag ($r=.10$ till $.29$), måttlig ($r=.30$ till $.49$) och stark ($.50$ till 1.0) korrelation. Mann-Whitney U-Test användes för att jämföra två gruppers resultat med varandra och Kruskal-Wallis Test för jämförelse mellan tre grupper. När det förelåg signifikanta skillnader mellan grupperna vid jämförelse med Kruskal-Wallis Test användes Mann-Whitney U-Test som post hoc-test för att bestämma mellan vilka grupper dessa skillnader fanns.

Etiska aspekter. Då studien berörde uppgifter som för många deltagare kan upplevas känsliga och personliga, har data behandlats med stor sekretess, med utgångspunkt i de forskningsetiska principerna och individskyddet. Under individskyddet går även informations-, samtyckes-, konfidentialitets- och nyttjandekravet som denna studie genomgående haft för avsikt att följa (Vetenskapsrådet, 2002). Informations- och

samtyckeskravet uppfylldes vid den initiala datainsamlingen, se avsnitt datainsamling och bilaga 1. Deltagarna är inte anonyma för forskningskoordinatören, bland annat eftersom deltagarna kommer att kontaktas igen för uppföljning efter sex och 12 månader. Forskningskoordinatören delade ut en kod för varje deltagare och förvarar kodnyckeln i låst och brandsäkert arkivskåp. Datafilen som forskare och författarna till studien hade tillgång till innehåller inga namn eller övriga kontaktuppgifter, utan endast kodnumret, vilket varit i linje med konfidentialitetskravet. Deltagarna i den övergripande studien har enligt personuppgiftslagen (PuL) rätt att gratis en gång per år få del av de uppgifter om sig som hanteras i forskningsprojektet och vid behov få eventuella fel rättade. Den övergripande studien av Axberg et al. (2013), vars data denna studie utgick ifrån, har även blivit etikprövad och godkänd av Regionala Etikprövningsnämnden i Göteborg (diarienummer 1029-13). För att värna om nyttjandekravet har information och data inte använt i något annat syfte än den befintliga studiens.

Val av analysmetoder och redovisning av resultat har genomgående präglats av etisk diskussion och ställningstagande för att värna om deltagarnas integritet. Då deltagarantalet i studien varit lågt, framförallt i barn- och närståendegruppen, har noga hänsyn tagits för att ingen deltagare skulle kunna identifieras av sig själv eller andra utifrån sina svar. Detta har exempelvis gjorts genom att inte dela upp grupperna ytterligare utifrån kön, annat än då jämförelse med cut-off-värden krävde det. Det gjordes även genom att inte redovisa enskilda individers eller familjers svar och inte heller genomföra analyser där flera variabler kopplas samman för prediktion av en beroende variabel. Denna respekt för deltagarna och deras integritet har varit viktig genomgående i studien. Då psykisk sjukdom ofta är sammankopplat med tabun och känslor av skam och skuld, framför allt när barn och föräldraskap står i fokus (Pihkala & Johansson, 2008) (Becker, Kilian, Kilian, Lahmeyer, & Krumm, 2009) har det varit viktigt att de frågeställningar och analyser som har använts i största möjliga mån inte har bidragit till att öka stigmatiseringen av psykiskt sjuka. Tvärtom har syftet varit att öka kunskapen om situationen för familjer som har drabbats av psykisk sjukdom och i ett större perspektiv optimera de preventiva insatser som nu utvecklas inom vuxenpsykiatrin genom att visa på samband mellan olika faktorer, öka resiliensen och minska riskfaktorerna.

Resultat

Bakgrundsdata

En sammanställning av demografiska variabler gjordes för de olika grupperna. En översikt över psykiatriska diagnoser i patientgruppen, baserat på 35 svar, visade att 12

personer hade en depressionsdiagnos, åtta personer bipolär sjukdom och tre personer en ångestdiagnos. Fem av deltagarna uppgav att de hade en kombinerad depressions- och ångestdiagnos och två personer bipolär sjukdom i kombination med ångestdiagnos. Fem personer rapporterade att de hade annan eller ospecificerad diagnos eller att de inte visste. På frågan om hur länge deltagarna haft kontakt med vuxenpsykiatrien uppgav 11 av 36 personer att de varit i kontakt med vuxenpsykiatrien under en månad till ett år, 10 personer uppgav att kontakten hade varat under 10 år eller mer. Resterande personer hade varit i kontakt med vuxenpsykiatrien sedan ett till 10 år tillbaka. Åldern för den första kontakten med vuxenpsykiatrien varierade mellan 18 och 49 år.

Bland de närstående uppgav två av 12 personer att också de hade egen kontakt med vuxenpsykiatrien. Av 48 deltagare i patient- och närståendegruppen uppgav 12 att deras barn vid något tillfälle haft kontakt med barn- och ungdomspsykiatrien. Sju av 10 barn uppgav mamman som den förälder med psykisk sjukdom och tre barn uppgav pappan. På frågan om hur barnen uppfattade den psykiskt sjuka förälderns mående svarade nio av 11 barn att de upplevde förälderns mående variera med bra och dåliga dagar. Fem av 10 barn rapporterade att de bodde med båda föräldrarna, och ett barn uppgav att det bodde växelvis hos föräldrarna. Tre barn uppgav att de bodde med mamma och ett barn rapporterade att det bodde med mamma och hennes nya partner.

Barnens skattning av sin psykiska hälsa

Barnens skattade psykiska hälsa undersöktes med Kidscreen-27 och SDQ (tabell 2). Jämförelse med normdata visade att inga medelvärden uppnådde kliniska gränsvärden (cut-off) på någon hel- eller delskala. Fem barn skattade kliniska värden på en eller flera delskalor i Kidscreen-27 och tre barn skattade kliniska värden på enstaka delskalor i SDQ. Inga signifikanta könsskillnader fanns för barnens skattningar.

Tabell 2. Barnens skattade psykiska hälsa samt cut-off för medelvärde på Kidscreen-27 och SDQ (n=9-11)

Formulär	M (SD)	Md	Min-max	Cut-off
Kidscreen-27 (T-värden)				
Fysiskt välbefinnande	49.54 (7.82)	51.03	32.69-59.36	48.06
Psykologiskt välbefinnande	49.39 (10.94)	45.66	35.49-64.35	46.10
Autonomi & föräldrarelation	59.21 (9.52)	59.06	44.03-74.39	46.15
Socialt stöd & kamrater	51.26 (10.67)	50.19	26.73-66.34	46.41
Skolmiljö	51.80 (14.66)	54.40	16.28-71.00	46.09
SDQ				
Emotionella symtom	2.90 (2.92)	2	0-9	5
Beteendeproblem	1.30 (1.26)	1	0-4	4
Hyperaktivitet	2.70 (2.75)	2	0-8	7
Kamratproblem	1.90 (1.85)	2	0-5	4
Prosocialt beteende	9.40 (0.97)	10	7-10	5
Totalskala (ej prosocial)	8.80 (6.60)	6.5	1-20	14

Notis. Cut-off för Kidscreen-27 enligt Ravens-Sieberer et al. (2014). Cut-off för SDQ enligt Smedje et al. (1999). Högt värde på Kidscreen-27 indikerar bättre psykisk hälsa. Högt värde på SDQ indikerar sämre psykisk hälsa (omvänt för Prosocial).

Barnens skattning av familjefunktion

Barnens skattning av familjefunktion undersöktes med FAD och ECR-RC (tabell 3). Jämförelse med normdata visade att inga medelvärden uppnådde kliniska gränsvärden (cut-off) på någon hel- eller delskala. Två barn skattade kliniska värden på en eller två delskalor i FAD och ett barn skattade ett värde under 75:e percentilen för jämförelsedata på ECR-RC Far. Medelvärdet för barnens skattning av graden av trygghet i anknytningsrelationen på ECR-RC var lägre för relationen till pappa än till mamma, men denna skillnad var ej signifikant. Inga signifikanta könsskillnader fanns för barnens skattningar på FAD och ECR-RC.

Tabell 3. Barnens skattning av familjefunktion samt cut-off för medelvärde på ECR-RC och FAD (n=9-10)

Formulär	M (SD)	MD	Min-max	Cut-off
ECR-RC				
Security Mor	6.20 (0.60)	6.56	5.44 – 7.00	3.96
Security Far	5.75 (1.12)	5.89	3.33 – 7.00	3.38
FAD				
Generellt fungerande	1.42 (0.36)	1.42	1.00 – 1.92	2.0
Kommunikation	1.80 (0.50)	1.72	1.33 – 3.11	2.2

Notis. Cut-off för ECR-RC enligt Alfredsson et al. (2013). Cut-off för FAD enligt Epstein et al. (1983). Högt värde på FAD indikerar mer ohälsosam familjefunktion. Högt värde på ECR-RC indikerar trygg anknytningsrelation.

Notis. Ett barn uteslutet ur beräkningen av ECR-RC på grund av för låg ålder för aktuell jämförelsedata.

Korrelationsanalys med Spearman's Rank Order Correlation visade på starka negativa korrelationer mellan delskalan Generellt fungerande i FAD och helskalan Security i ECR-RC gällande anknytningsrelationen till båda föräldrarna: $\rho = -.55$, $n=10$, $p < .1$ (mamma) och $\rho = -.86$, $n=10$, $p < .01$ (pappa). Detta innebar att det, barnens skattningar, fanns ett starkt positivt samband mellan hälsosam familjefunktion och trygg anknytning till båda föräldrar och omvänt.

En stark korrelation fanns också mellan barnens skattningar av trygg anknytningsrelation till mamman och upplevelsen av mer fungerande kommunikation i familjen $\rho = -.52$, $n=10$, $p < .1$, och vice versa. Detta samband fanns ej för barnens skattning om relationen till pappan.

Samband mellan barnens skattningar

Med Spearman's Rank Order Correlation gjordes korrelationsanalys av barnens skattningar på Kidscreen-27 (delskalorna Physical Wellbeing och Psychological Wellbeing), SDQ (Totalskala), FAD (delskalan Generellt fungerande) och ECR-RC (Security Mor och Far) (Tabell 4).

Starka negativa signifikanta korrelationer fanns mellan Kidscreen-27 och SDQ Totalskala, vilket innebar ett samband mellan högre skattad livskvalitet på Kidscreen-27 och lägre förekomst av problemsymtom på SDQ i barnens rapportering eller omvänt.

En stark positiv signifikant korrelation fanns mellan SDQ Totalskala och FAD Generellt fungerande $\rho = .77, n=10, p < .01$, vilket innebar ett starkt samband mellan sämre psykisk hälsa och ohälsosam familjefunktion i barnens skattningar eller omvänt. Liknande fanns medelstarka negativa icke-signifikanta korrelationer mellan resultatet av barnens skattningar på delskalan Generellt fungerande i FAD och skattningarna på delskalorna Physical Wellbeing och Psychological Wellbeing i Kidscreen-27.

En stark negativ signifikant korrelation fanns mellan barnens skattningar på SDQ Totalskala och ECR-RC Security Far: $\rho = -.65, n=10, p < .05$. Detta innebar ett samband mellan sämre psykisk hälsa och otryggare anknytningsrelation till pappan, och omvänt. Motsvarande korrelationsanalys mellan barnens skattning av psykisk hälsa och trygg anknytningsrelation till mamma visade enbart en svag negativ icke signifikant korrelation

Tabell 4. *Korrelationer för barnens skattning av psykisk hälsa och familjefunktion (n=9-11)*

Formulär	1	2	3	4	5	6	7
1. Kidscreen-27 Physical Wellbeing		.86**	-.82**	-.46	-.13	-.09	.42
2. Kidscreen-27 Psychological Wellbeing			-.66*	-.40	-.11	.07	.39
3. SDQ Totalskala				.77**	.07	-.25	-.65*
4. FAD Gen. fungerande					.23	-.55	-.86**
5. FAD Kommunikation						-.52	-.07
6. ECR-RS Security Mor							.40
7. ECR-RS Security Far							

** $p < .01$, * $p < .05$

Föräldrars skattning av sin psykiska hälsa

Patienter och närståendes psykiska hälsa mättes med HADS och CORE-OM och jämfördes med cut-off-värden för respektive instrument. I patientgruppen översteg både kvinnornas ($M=11.04, SD=6.12$) och männens ($M=11.30, SD=2.91$) medelvärden cut-off-värdet på delskalan Ångest i HADS, Detsamma gällde för delskalan Depression (Tabell 5), vilket innebar symtomnivåer motsvarande måttlig depression och betydande ångest. Patientgruppens medelvärden för kvinnor och män översteg även cut-off-värden samtliga delskalor i CORE-OM (Tabell 5). Med undantag för delskalan Problem/Symtom i CORE-

OM, där männens medelvärde översteg cut-off, översteg närståendegruppens medelvärden inte övriga gränsvärden (Tabell 5).

Tabell 5. Patienters och närståendes uppskattade psykiska hälsa samt cut-off för medelvärde på HADS och CORE-OM. (Patienter, $n=35$. Närstående, $n=12$)

Formulär	Patienter			Närstående			Cut-off
	M (SD)	Md	Min-max	M (SD)	Md	Min-max	
Kvinnor							
HADS:							
Ångest	11.04 (6.12)	13.00	0-19	3.60 (4.34)	2.00	0-10	8
Depression	10.04 (4.87)	11.00	0-17	3.20 (4.55)	2.00	0-11	8
CORE-OM							
Fungerande	1.67 (0.60)	1.79	0.08-2.67	0.83 (0.50)	0.75	0.42-1.67	1.19
Problem	2.26 (0.85)	2.50	0.25-3.17	1.12 (0.89)	0.83	0.50-2.67	1.74
Välbefinnande	2.31 (0.92)	2.50	0.00-3.75	1.05 (1.18)	0.50	0.00-3.00	1.67
Risker	0.39 (0.46)	0.25	0.00-1.67	0.07 (0.15)	0.00	0.00-0.33	0.20
Total	1.73 (0.63)	1.88	0.12-2.44	0.82 (0.64)	0.56	0.38-1.94	1.26
Män							
HADS:							
Ångest	11.30 (2.91)	12.00	5-15	5.71 (3.45)	4.00	3-12	8
Depression	8.82 (3.48)	8.00	4-14	3.43 (2.64)	3.00	1-9	8
CORE-OM:							
Fungerande	1.90 (0.45)	2.00	1.08-2.42	0.68 (0.42)	0.58	0.25-1.25	1.24
Problem	2.29 (0.62)	2.25	1.42-3.58	1.29 (0.72)	1.08	0.58-2.67	1.28
Välbefinnande	2.52 (0.67)	2.75	1.50-3.50	0.96 (0.76)	0.75	0.25-2.50	1.53
Risker	0.58 (0.47)	0.50	0.00-1.50	0.02 (0.06)	0.00	0.00-0.17	0.26
Total	1.88 (0.42)	1.97	1.24-2.53	0.81 (0.45)	0.71	0.35-1.68	1.20

Notis. Cut-off för HADS enligt Zigmond och Snaith (1989). Cut-off för CORE-OM enligt Elfström et al. (2013). Högt värde indikerar högre grad av psykisk ohälsa.

En jämförelse med Mann-Whitney U-Test av gruppernas medianvärden för samtliga delskalor i CORE-OM visade att patientgruppen ($Md=2,21$, $n=35$) skattade signifikant sämre psykisk hälsa än närståendegruppen ($Md=0,80$, $n=12$) $U=37,00$, $p<.001$. Även på HADS skattade patientgruppen ($Md=12,00$, $n=35$) en signifikant högre grad av ångestsymtom än närståendegruppen ($Md=3,50$, $n=12$), $U=68,50$, $p=.001$. Detsamma gällde delskalan Depression, där patientgruppen ($Md=10,00$, $n=35$) skattade en signifikant högre grad av

depressiva symtom än närståendegruppen (Md=2,50, n=12), $U=60,50$, $p<.001$. En jämförelse med Mann-Whitney U-Test visade att det inte fanns signifikanta skillnader mellan könen.

Föräldrars skattning av familjefunktion

Patienter och närståendes upplevelse av familjefunktion och föräldrakontroll mättes med hjälp av FAD och PLOC. Patientgruppens medelvärden översteg cut-off-värden på delskalorna Problemlösning (M=2.31, SD=0.56) och Roller i FAD. För de närstående översteg gruppens medelvärden cut-off på delskalorna Problemlösning, Roller och Generellt fungerande (Tabell 6). Båda patient- och närståendegruppens medelvärden översteg cut-off-värden på delskalan Föräldrakontroll i PLOC, där ett värde över cut-off innebar högre upplevd föräldrakontroll.

En jämförelse med Mann-Whitney U-Test visade att det inte fanns några signifikanta skillnader mellan könen eller mellan patienter och närstående på FAD och PLOC.

Tabell 6. Patienters och närståendes skattning av familjefunktion samt cut-off för medelvärde på FAD och PLOC. (Patienter, n=32-35. Närstående, n=12)

Formulär	Patienter			Närstående			Cut-off
	M (SD)	Md	Min-max	M (SD)	Md	Min-max	
Kvinnor och män							
FAD:							
Problemlösning	2.31 (0.56)	2.33	1.00-3.50	2.39 (0.48)	2.42	1.67-3.17	2.2
Kommunikation	1.99 (0.52)	1.89	1.11-3.22	2.09 (0.63)	2.22	1.11-3.22	2.2
Känslo. resp	1.67 (0.60)	1.50	1.00-2.83	2.01 (0.89)	1.83	1.00-3.67	2.2
Roller	2.37 (0.39)	2.36	1.64-3.09	2.34 (0.37)	2.36	1.91-3.18	2.3
Känslo. eng	1.69 (0.42)	1.50	1.00-2.71	1.94 (0.68)	1.83	1.14-3.14	2.1
Beteendekontroll	1.75 (0.37)	1.67	1.11-2.56	1.67 (0.29)	1.67	1.33-2.33	1.9
Gen. fungerande	1.97 (0.55)	1.92	1.00-3.67	2.07 (0.70)	2.04	1.17-3.33	2.0
Kvinnor							
PLOC:							
Föräldrakontroll	3.92 (0.72)	4.10	1.70-5.00	4.10 (0.80)	4.25	3.00-4.90	3.49
Män							
PLOC:							
Föräldrakontroll	3.98 (0.58)	3.90	3.10-4.70	3.98 (0.63)	4.10	2.40-4.70	3.52

Notis. Cut-off för FAD enligt Epstein et al. (1983). Cut-off för PLOC enligt Hagekull et al. (2011). Högt värde på FAD indikerar ohälsosam familjefunktion. Högt värde på PLOC indikerar hög upplevd föräldrakontroll.

Föräldrars skattning av barnens psykiska hälsa

Vid jämförelse mellan patient- och närståendegruppen skattningar av barnens psykiska hälsa och svenska normvärden uppnåddes inte kliniska gränsvärden (Tabell 7). Jämförelse mellan grupperna och könen med Mann-Whitney U-Test visade att det inte fanns några signifikanta skillnader i hur de skattade barnens psykiska hälsa.

Tabell 7. Patienter och närståendes skattningar av barnens psykiska hälsa samt cut-off för medelvärde på SDQ (Patienter $n=45-46$, Närstående $n=15$)

Formulär	Grupp						Cut-off
	Patienter			Närstående			
	Md	M (SD)	Min-max	Md	M (SD)	Min-max	
SDQ:							
Emotionella symtom	2.00	2.70 (2,51)	0-9	2.00	2.27 (1.79)	0-6	5
Beteendeproblem	1.00	1.48 (1.49)	0-6	0.00	1.13 (1.85)	0-6	4
Hyperaktivitet	3.00	2.93 (2.32)	0-10	2.00	2.60 (2.44)	0-8	7
Kamratproblem	1.00	1.43 (1.93)	0-10	1.00	1.80 (2.18)	0-7	4
Prosocial	8.50	8.11 (1.94)	3-10	9.00	8.53 (1.96)	5-10	5
Totalskala	7.00	8.62 (5.88)	0-24	6.00	7.80 (5.20)	1-19	14

Notis. Cut-off för SDQ enligt Smedje et al. (1997).

Samband mellan föräldrarnas skattningar

Sambanden mellan patienters och närståendes skattningar av psykisk hälsa och upplevd familjefunktion undersöktes med Spearman's Rank Order Correlation.

Korrelationsanalys av patientgruppens skattningar visade på starka signifikanta positiva samband mellan Totalskalan i CORE-OM och delskalorna Ångest $\rho=.74$, $n=33$, $p<.01$, och Depression $\rho=.62$, $n=35$, $p<.01$, i HADS, där höga värden på den ena skalan samvarierade med höga värden på den andra skalan och vice versa.

För de skalor som mätte familjefunktion och psykisk hälsa, fanns måttliga positiva signifikanta samband mellan delskalorna Generellt fungerande i FAD och delskalan Ångest i HADS $\rho=.42$, $n=33$, $p<.05$, Generellt fungerande och Totalskalan i CORE-OM $\rho=.35$, $n=35$, $p<.05$, samt mellan delskalan Kommunikation och Totalskalan i CORE-OM $\rho=.43$, $n=35$, $p<.05$, och delskalan Depression i HADS $\rho=.36$, $n=35$, $p<.05$ (Tabell 8). Detta

innebar att högre grad av upplevd psykisk ohälsa och ångest till viss del samvarierade med högre grad av ohälsosam familjefunktion och vice versa.

Tabell 8. *Korrelationer för patienters och närståendes skattning av psykisk hälsa och familjefunktion. (Patienter, n=33-46. Närstående, n=11-15)*

Skala patienter	1	2	3	4	5	6	7	8
1. HADS Ångest		.45**	.74**	.29	-.31	.42*	.21	.21
2. HADS Depression			.62**	.16	-.17	.29	.18	.36*
3. CORE-OM Total				.07	.35*	.37*	-.13	.43*
4. SDQ Total					-.72*	.21	.14	.30
5. PLOC Kontroll						-.47**	-.19	-.28
6. FAD Gen. fungerande							.67**	.69**
7. FAD Känsl. resp								.79**
8. FAD Kommunikation								
Skala närstående	1	2	3	4	5	6	7	8
1. HADS Ångest		.74**	.56	.32	-.61*	.28	.46	.31
2. HADS Depression			.64*	.31	-.49	.18	.21	.26
3. CORE-OM Total				.33	.16	.16	.23	.24
4. SDQ Total					-.70**	.69*	.66*	.57
5. PLOC Kontroll						-.07	-.09	-.02
6. FAD Gen. fungerande							.69*	.92**
7. FAD Känsl. resp								.91**
8. FAD Kommunikation								

** $p < .01$, * $p < .05$

Ett måttligt negativt signifikant samband fanns även mellan upplevd föräldrakontroll (PLOC) och delskalan Generellt fungerande i FAD $\rho = -.47$, $n = 35$, $p < .01$, vilket innebar att högre grad av upplevd föräldrakontroll samvarierade med mer hälsosam upplevelse av familjefunktionen och vice versa. Övriga samband i patientgruppen var svaga till måttliga och inte signifikanta.

I närståendegruppen visade Spearman's Rank Order Correlation på ett starkt positivt signifikant samband mellan CORE-OM och delskalan Depression i HADS $\rho = .64$, $n = 12$, $p < .05$. Det fanns även ett starkt negativt signifikant samband mellan delskalan Ångest

(HADS) och Föräldrakontroll (PLOC) $\rho = -.61$, $n=11$, $p < .05$, vilket innebar att högre upplevd föräldrakontroll samvarierade med lägre grad av ångestsymtom och vice versa.

Korrelationsanalys med Spearman's Rank Order Correlation visade på starka negativa signifikanta samband mellan upplevd föräldrakontroll (PLOC) och skattning av barnets psykiska hälsa (SDQ) för både patientgruppen $\rho = -.70$, $n=45$, $p < .01$, och de närstående $\rho = -.72$, $n=15$, $p < .01$. I närståendegruppen fanns även starka positiva signifikanta korrelationer mellan SDQ och delskalorna Generellt fungerande $\rho = .69$, $n=$, $p < .05$, och Känslomässig responsivitet $\rho = .66$, $n=$, $p < .05$, i FAD (Tabell 8).

Mellan patienternas och de närståendes skattningar av den egna psykiska hälsan och upplevelsen av barnens psykiska hälsa fanns endast svaga till måttliga icke-signifikanta samband.

Samband mellan barnens och föräldrarnas skattningar

Familjefunktion. Barnens (de över tio år), patienternas och de närståendes medianvärden för delskalorna Generellt fungerande, Kommunikation, Känslomässig responsivitet jämfördes med Kruskal-Wallis Test. Analysen visade att gruppernas skattningar endast skilde sig signifikant på delskalan Generellt fungerande $\chi^2(2) = 7.72$, $p < .05$ med mean rank-värde 19.80 för barnen, 24.41 för patientgruppen och 24.94 för de närstående (Tabell 9). Post hoc-test med Mann-Whitney Test visade att skillnaden bara var signifikant mellan barn (Md=1,42, $n=10$) och patienter (Md=1,92, $n=35$), $U=56,00$, $z=-2,79$, $p < .05$, vilket innebar att barnen skattade familjefunktionen signifikant mer hälsosam än patienterna.

Psykisk hälsa. Barnens, patienternas och de närståendes skattningar av barnens psykiska hälsa jämfördes med Kruskal-Wallis Test som visade att det inte fanns några signifikanta skillnader mellan grupperna (Tabell 9).

Tabell 9. Jämförelse med Kruskal-Wallis Test mellan barnens, patienternas och de närståendes skattningar på SDQ och FAD. (Barn n=9-10. Patienter n=28-40, Närstående n=8-12.)

Formulär	Grupp						df	χ^2	p
	Barn		Patienter		Närstående				
	n	Md	n	Md	n	Md			
SDQ									
Emotionell	10	2.00	46	2.00	15	2.00	2	0.10	0.952
Beteendeproblem	10	1.00	46	1.00	15	0.00	2	1.88	0.391
Hyperaktivitet	10	2.00	46	3.00	15	2.00	2	2.03	0.363
Kamratrelationer	10	2.00	46	1.00	15	1.00	2	1.06	0.590
Prosocial	10	10.00	46	8.50	15	9.00	2	4.41	0.110
Totalskala	10	6.50	46	7.00	15	6.00	2	0.42	0.813
FAD									
Kommunikation	10	1.72	35	1.89	12	2.22	2	0.99	0.611
Känslo. resp.	9	1.67	35	1.50	12	1.83	2	0.18	0.914
Gen. fungerande	10	1.42	35	1.92	12	2.04	2	7.72	0.021*

*p<.05

Diskussion

Denna studie har undersökt hur barn, patienter och närstående skattar sin psykiska hälsa och familjefunktion i familjer där en förälder behandlas inom vuxenpsykiatri för depression, dystymi, ångeststörning eller bipolär sjukdom.

Huvudsakliga fynd

Resultaten visar att varken barnen eller de närstående uppvisar kliniska symtom på psykisk ohälsa, vilket patienterna gör. Generellt upplever grupperna inte familjefunktionen mindre hälsosam än jämförelsegrupper i andra studier, däremot rapporterar patienter och närstående områdena problemlösning och roller vara mindre funktionella. Visst samband finns mellan psykisk hälsa och familjefunktion i alla tre grupper med starkast samband i barnens rapportering. Överlag råder överensstämmelse mellan gruppernas upplevelse av familjefunktionen och barnens psykiska hälsa, med undantag för upplevelsen av familjens generella fungerande, där barnen rapporterar mer hälsosamt fungerande än patienterna.

Resultatdiskussion

Psykisk hälsa. Barnen i studien uppger på gruppnivå inte sämre psykisk hälsa än jämförelsepopulationen. Dock skattade fyra av tio barn värden som indikerar psykisk ohälsa på delskalan Psychological Wellbeing i Kidscreen-27, som undersöker förekomsten av positiva känslor och tillfredsställelse med livet. Då tidigare forskning har betonat den förhöjda risken för barn med en förälder med psykisk sjukdom att själva utveckla psykisk ohälsa (Beardslee et al., 1988; Weissman et al., 2006), är även dessa enskilda barns värden relevanta. Trots att inget av gruppens medelvärden överstiger kliniska gränsvärden verkar det finnas en substantiell grupp bland dessa barn som ändå uppvisar tecken på psykisk ohälsa. Även då inget barn har skattat kliniska värden på SDQ, bör detta resultat tolkas med försiktighet. Jämförelsedata för SDQ är baserad på föräldraskattningar, och då vuxna tenderar skatta sina barns psykiska hälsa mer allvarlig än vad barnen själva gör (Salbach-Andrae et al., 2009), skulle detta kunna få som implikation att gränsvärdena för SDQ är högre och svårare att överstiga än om de hade varit utvecklade på barns självskattningar.

Resultatet från föräldrarnas skattade psykiska hälsa visar att det finns en signifikant skillnad mellan patienter och närståendes skattningar. Patienterna skattar sitt psykiska mående sämre än de närstående, och till skillnad från de närstående överstiger patienternas skattningar kliniska gränsvärden på samtliga delskalor i CORE-OM och HADS. Den signifikanta skillnaden mellan patienters och närståendes resultat var att vänta då samtliga patienter har rekryterats via vuxenpsykiatrien på grund av sin psykiska sjukdom. Det ska tilläggas att två till tre personer i närståendegruppen genomgående skattar kliniska värden på flera delskalor. Dessutom uppger två av de tolv närstående att de har egen kontakt med vuxenpsykiatrien. Detta tyder på att psykisk ohälsa finns även inom denna grupp, en förekomst hade varit intressant att undersöka vidare med ett större deltagarantal då tidigare forskning (Benazon & Coyne, 2000) belyst att makar och partners till personer med depression själva tenderar att uppvisa ökad nedstämdhet.

Patienters och närståendes skattningar av barnens psykiska hälsa på SDQ överstiger inte gränsvärdena för psykisk ohälsa, vilket innebär att de på gruppnivå inte upplever att barnen mår psykiskt dåligt. Vid jämförelse mellan patienter och närståendes skattningar finns inte heller några signifikanta skillnader i upplevelsen av barnens psykiska hälsa. Ett resultat som inte går i linje med den forskning som beskriver att deprimerade föräldrar tenderar att vara mer negativt inställda till sina barn än friska föräldrar (Jacob & Johnson, 1997; Tarullo & DeMulder, 1994), då det i denna studie verkar råda samstämmighet mellan patienter och närståendes uppfattning av barnens psykiska hälsa.

Familjefunktion. Resultatet av barnens skattningar visar att barnen överlag upplever familjefunktionen som hälsosam och anknytningsrelationerna till båda föräldrarna som trygga.

Barnens upplevelse av en trygg anknytningsrelation till båda föräldrarna korrelerar starkt med deras upplevelse av en god familjefunktion. Liknande visar resultatet att ju tryggare barnen upplever relationen till mamman, desto mer välfungerande uppgår de att kommunikationen i familjen är och vice versa. Detta går i linje med tidigare forskning som har visat på ett samband mellan trygg anknytning hos tonåringar och en mer välfungerande kommunikation inom familjen (Kapanee & Rao, 2007; Rawatlal et al., 2015) och att kommunikationsförmågan ofta påverkas negativt i familjer när en förälder lider av psykisk ohälsa (Jacob & Johnson, 1997; Power et al., 2016). Ett samband mellan upplevd kommunikation i familjen och anknytningsrelationen till pappan finns inte i denna studie. Att sambandet endast gäller för relationen till mamman är svårt att förklara. Det faktum att samtliga barn uppgår sig bo helt eller delvis med mamma (med eller utan annan vuxen) och att sju av tio barn uppgår mamman som den förälder som är drabbad av psykisk sjukdom, kan troligtvis påverka resultatet. Dock är undersökningsgruppen liten, vilket gör en slutsats svår att dra.

Resultaten från patienternas och de närståendes skattningar på FAD och PLOC visar att gruppernas upplevelse av familjefunktion och grad av föräldrakontroll, överlag stämmer väl överens. Både patienter och närstående skattar den upplevda graden av föräldrakontroll högre än jämförelsepopulationen, vilket tyder på att de uppfattar sig ha god förmåga att hantera sina barns beteende. Resultatet av skattningarna i FAD visar att både patienter och närstående upplever mindre fungerande problemlösningsförmåga och lägre tillfredsställelse med rollerna inom familjen än jämförelsepopulationen, vilket går i linje med tidigare forskning, där det i familjer där en förälder lider av psykisk ohälsa, tenderar att vara mer konflikter och otydligare roll- och ansvarsfördelning (Goodman & Gotlib, 1999). Ett viktigt resultat som går emot denna forskning är att båda grupperna överlag upplever familjefunktionen som hälsosam.

Trots att samstämmigheten mellan patienters och närståendes skattningar är god tenderar de närstående att skatta det generella familjefungerandet som något mer ohälsosamt än patienterna. Inga av dessa skillnader är signifikanta men hade varit av intresse att undersöka vidare med ett större deltagarantal.

Samband mellan psykisk hälsa och familjefunktion. Resultatet från barnens skattningar visar att det finns en koppling mellan barnens upplevelse av sin psykiska hälsa

och familjefunktionen. Ju bättre barnen skattar sitt mående, desto mer hälsosamt uppger de att familjen fungerar och omvänt. Detta visar även tidigare forskning som har pekat på sambandet mellan psykisk ohälsa och sämre familjefunktion (Epstein et al., 1978; Phillips, 2012), samt att ett gott familjeklimat kan fungera som en skyddande faktor för barnens psykiska hälsa (Klasen et al., 2015).

Då resultatet visar att barnens skattade psykiska hälsa korrelerar mer med anknytningsrelationen till pappan än med anknytningsrelationen till mamman, verkar anknytningen till pappan ha större samband med barnets mående än vad anknytningen till mamman har. Då barnens skattade medelvärde på ECR-RC ligger något högre för relationen till mamman än till pappan, betyder inte detta att anknytningen till mamman är mindre trygg. Det kan istället tänkas att en trygg eller otrygg anknytning till pappan ger större utslag på barnets psykiska hälsa. Denna skillnad kan vara påverkad av det faktum att det främst är barnens mammor (sju av tio) som lider av psykisk sjukdom. Enligt Granath (1997) är en annan närvarande frisk förälder en skyddande faktor för barn som lever i familjer där en förälder lider av psykisk ohälsa. I studien uppgav nio av elva barn att det varierade mycket hur den drabbade föräldern mår, vilket enligt Riebschleger (2004) kan innebära en oförutsägbarhet i föräldrarnas beteende som påverkar barnens känslor och stämningsläge och gör att de måste anpassa sitt beteende efter hur föräldern mår. Att detta kan leda till känslor av otrygghet, förstärker ytterligare vikten för barnen av att ha en annan trygg vuxenrelation.

Resultatet från korrelationsanalyser mellan patienters och närståendes skattningar av psykisk hälsa och upplevd familjefunktion pekar på att det finns vissa samband. Patientgruppens skattningar tyder på att psykisk hälsa till viss del samvarierar med förmågan att hantera sitt barns beteende samt upplevelsen av kommunikation och det generella fungerandet i familjen.

I närståendegruppen finns enbart ett signifikant samband, det mellan skattade ångestsymtom och upplevd föräldrakontroll, vilket innebär att ju högre ångestnivå de närstående upplever desto sämre förmåga att hantera sitt barns beteende bedömer de sig ha och omvänt.

På ett överskådligt plan tyder resultatet från korrelationsanalyserna i patient- och närståendegruppen på att det finns en större samvariation mellan patienternas psykiska hälsa och upplevelse av familjens fungerande än vad det gör i närståendegruppen. Det blir dock svårt att dra en slutsats kring detta, då många av sambanden inom grupperna är svaga och otydliga. Något som i sin tur tyder på att det finns stor variation i de individuella skattningarna och att det kan finnas faktorer, som inte kontrolleras i denna studie som

påverkar sambandet mellan deltagarnas psykiska hälsa och den upplevda familjefunktionen. Vidare pekar det också på komplexiteten i begreppet familjefunktion som enligt Epstein et al. (1978) innefattar och att olika aspekter av familjefunktion kan samvariera olika mycket med individens psykiska hälsa.

Samband mellan psykisk hälsa, familjefunktion och föräldrarnas upplevelse av barnens psykiska hälsa. Resultatet från patienters och närståendes skattningar av barnens psykiska hälsa visar att det inte finns några tydliga samband mellan hur de skattar sin psykiska hälsa och deras upplevelse av barnens psykiska hälsa. För de närstående finns måttliga korrelationer mellan deras upplevda psykiska hälsa och hur de skattar barnens psykiska hälsa, dessa är dock inte signifikanta. Däremot finns det, inom båda grupperna, starka samband mellan upplevd föräldrakontroll och skattningarna av barnens psykiska hälsa. I denna studie upplever både patienter och närstående högre grad av föräldrakontroll än jämförelsepopulationen, deras skattningar pekar också på att de inte upplever sina barn må psykiskt dåligt. Vilket pekar på att både patienter och närstående upplever sina barn må bra och upplever sig ha god förmåga att hantera sitt barns beteende. En viktig indikation utifrån detta resonemang är att sambandet även går i motsatt riktning, det vill säga, de föräldrar som skattar sitt barns psykiska hälsa sämre upplever även lägre grad av förmåga att hantera barnets beteende. Det finns vissa samband mellan patienter och närståendes skattningar av den egna psykiska hälsan och upplevd föräldrakontroll men de samband som finns mellan upplevd föräldrakontroll och hur de skattar barnets psykiska mående är starkare. Detta tyder i sin tur på att det finns en känslighet inför barnens psykiska hälsa som i högre grad än förälderns egna psykiska hälsa påverkar upplevelsen av föräldrakontroll.

I närståendegruppen finns starka signifikanta samband mellan skattning av barnens psykiska hälsa på SDQ och delskalorna Generellt fungerande och Känslomässig responsivitet i FAD, vilket inte är fallet i patientgruppen. Utifrån detta verkar det råda ett starkare samband mellan upplevelsen av barnets psykiska hälsa och familjefunktion i närståendegruppen än i patientgruppen, vilket är intressant då det i föregående avsnitt råder större samvariation mellan patienternas egen skattade hälsa och familjefunktionen. Detta hade varit av intresse att undersöka vidare på familjenivå, för att få insikt i hur upplevelser skiljer sig åt och överensstämmer inom samma familj.

I närståendegruppen finns även starka signifikanta samband mellan skattning av barnens psykiska hälsa på SDQ och delskalorna Generellt fungerande och Känslomässig responsivitet i FAD, vilket inte är fallet i patientgruppen. Utifrån detta verkar det råda ett starkare samband mellan upplevelsen av barnets psykiska hälsa och familjefunktionen i

närståendegruppen än i patientgruppen, vilket är intressant då det, i föregående avsnitt råder större samvariation mellan patienternas skattade psykiska hälsa och familjefunktionen. Även i barnens skattningar finns som nämnts tidigare en stark samvariation mellan skattad psykisk hälsa och det upplevda generella familjefungerandet. Detta hade varit av intresse att undersöka vidare på familjenivå, för att få insikt i hur upplevelser skiljer sig åt och överensstämmer inom samma familj.

Överensstämmelse mellan barns och föräldrars upplevelser. Jämförelser mellan barnens och föräldrarnas skattning av barnens psykiska hälsa och familjefunktion visar på större överensstämmelse än vad tidigare forskning har visat på (Salbach-Andrae et al., 2009; Lauth et al., 2010). Dock skattar 5 av 10 barn värden på Kidscreen-27 som indikerar på psykisk ohälsa, ett mätinstrument som enbart skattas av barnen. SDQ som användes för jämförelsen mellan de tre grupperna är som tidigare nämnt utvärderat efter föräldraskattningar, vilket kan göra det mindre känsligt för barns eventuella dåliga mående. Det enda område där barns och föräldrars skattningar skiljer sig signifikant åt är mellan upplevelsen av familjens generella funktion, där patienterna upplever familjefunktionen mer ohälsosam än barnen. Även de närståendes skattning skiljer sig från barnens, men denna skillnad är ej signifikant. Detta tyder på att barnen och föräldrarna i studien är generellt mer överens om det psykiska måendet men upplever familjefunktionen olika.

Metoddiskussion

Då studien undersöker data vid baslinjemätning och ingen intervention har genomförts har korrelationsdesign valts som metod. Styrkan i att göra en undersökning av baslinjedata är att perspektivet kan hållas brett, innefatta många aspekter och utgöra ett bra underlag för den kommande utvärderingen av de preventiva familjeinterventionerna. En bredare kartläggning med klinisk utgångspunkt där både barn, patienter och närstående deltar kan bidra med viktig kunskap inför fortsatt utforskande av området. Som nämnt i resultatdiskussionen, saknas det ofta jämförelsedata för barns skattningar av sin psykiska hälsa och familjefunktionen, detta utgör ytterligare ett skäl till varför en utförlig baslinjemätning är viktig. Den valda kvantitativa metoden har bidragit med styrkan att kunna jämföra överensstämmelsen i barns, föräldrars och närståendes skattningar av psykisk hälsa och familjefunktion. Dessutom kan det tänkas att den kvantitativa metoden har gjort det möjligt för individer att delta i studien trots det känsliga och stigmatiserade ämne som studien behandlar. En kvantitativ ansats kan ha gjort det lättare för deltagarna att känna anonymitet och en möjlighet att våga delta.

De två i studien använda huvudbegreppen psykisk hälsa och familjefunktion har försökt mätas med valda mätinstrument. Samtliga frågeformulär som mätte psykisk hälsa korrelerade starkt för både barn och föräldrar, vilket tyder på god validitet för psykisk hälsa. Styrkan i korrelationerna mellan de formulär som mäter familjefunktion hade mer varierade resultat för de olika grupperna och delskalorna. Detta indikerar att begreppet familjefunktion innehåller flera olika aspekter, att en familj kan fungera olika bra i olika avseenden och att barn och föräldrars upplevelse av familjefunktionen skiljer sig mer åt än deras upplevelse av psykisk hälsa.

En initial tanke med studien var att jämföra olika familjers psykiska hälsa och familjefunktion med varandra. Detta har dock inte varit genomförbart då deltagarantalet varit för litet och bortfallet för stort, vilket gör det svårt att få ihop jämförbara familjer och även innebär en risk för deltagarnas anonymitet. Det låga deltagarantalet i studien gör att generaliserande slutsatser inte kan dras utanför den undersökta gruppen. Att grupperna i undersökningen är små betyder att det finns en risk för typ II-fel, vilket innebär att nollhypotesen accepteras trots att den är falsk. Trots att studien utgår från standardiserade instrument så har inte alla instrument jämförelsevärden utvecklade på barn, rätt åldersgrupp eller ett svenskt urval. Detta gör att exempelvis barns skattningar ibland behövs tolkas utifrån föräldrarnas perspektiv, vilket kan leda till osäkra eller missvisande resultat.

En slutlig fundering är att urvalet av deltagande barn inte är representativt då deras deltagande i studien kräver att föräldrarna i någon mån har informerat barnet om patientens psykiska sjukdom. Detta kan ha påverkat urvalet i studien till att exempelvis omfatta de barn i familjer som har mer välfungerande kommunikation och fler resurser att hantera sin sjukdom än barn i svårare drabbade familjer.

Svårigheten att genomföra klinisk forskning är framför allt att rekrytering är en svår och långsam process och att resultaten inte blir normalfördelade (Kasenda et al., 2014; SOU 2009:43). Trots dessa och andra svagheter som kliniska studier ofta möter är det av stor vikt att de ändå genomförs då de bidrar med en kunskap som är svår att erhålla på annat sätt.

Kliniska implikationer

Då studien genomförts inom vuxenpsykiatri får resultatet implikationer för de kliniska behandlare som träffar familjerna och genomför de preventiva interventionerna. Utifrån de resultat som funnits i studien, betonas ur kliniskt perspektiv, vikten av att se varje familj för sig, då sambanden mellan psykisk hälsa och familjefunktion verkar skilja sig åt på flera sätt. Dock upplever både patienter och närstående i denna studie att roller och

problemlösning fungerar sämre än i jämförelsepopulationen, vilket tyder på att detta är viktiga aspekter att beröra i ett kliniskt sammanhang. Det bör slutligen understrykas hur viktigt det är att upprätthålla barnperspektivet. Trots att interventionerna är av preventiv karaktär och både patienter och närstående i studien inte upplever sina barn lida av psykisk ohälsa, visar studien att det i enskilda barns skattningar finns indikationer på psykisk ohälsa, vilket är viktigt att ta på allvar.

Framtida forskning

Inför fortsatt forskning på detta område behövs fler kliniska studier med ett vidare perspektiv och ett större deltagarantal. Även då rekryteringen till kliniska studier ofta är svår är det inför framtida forskning av relevans att fortsätta undersöka patienters, barns och närståendes psykiska hälsa och upplevelse av familjefunktion för att få en djupare förståelse och öka förmågan att hjälpa de familjer som är i behov av stöd. Fortsättningsvis hade det varit intressant att vidga perspektivet ytterligare genom att utforska de sammanhang som familjerna befinner sig i, exempelvis kontaktnät och socioekonomiska faktorer. Detta för att få ökad kunskap om kontexten kring de familjer där en förälder lider av psykisk sjukdom, något som troligtvis påverkar både psykisk hälsa och familjefunktion. För att vidare undersöka barns ökade risk att själva drabbas av psykisk ohälsa när en förälder lider av psykisk sjukdom behövs även fler longitudinella studier som utforskar risk- och resiliensfaktorer över tid. Denna studie tyder på att familjemedlemmar kan uppleva vissa aspekter av familjefunktionen fungera bättre än andra, vilket gör det viktigt för framtida forskning att även fokusera på det som är mer välfungerande. Detta för att uppmärksamma familjens styrkor och minska det stigma och de känslor av skam och skuld som ofta förekommer i de familjer där en förälder lider av psykisk sjukdom.

Slutligen kan inte nog betonas vikten av fler kvantitativa studier ur barnperspektiv. Barn till föräldrar med psykisk sjukdom är en identifierad riskgrupp för egen psykisk ohälsa, och för att kunna skapa sig en bild av deras behov och hur framtida ohälsa kan förebyggas behövs deras situation utforskas mer och jämförelsenormer utformade på barn utvecklas.

Det är dags att göra barnen synliga!

Referenser

- Alfredsson, E., Broberg, A. G. & Wirehag, L. (2013). ECR-RC9: A valid self-report measure of attachment among 10 to 17-year-olds. Opublicerad studie, Göteborg: Psykologiska institutionen, Göteborgs Universitet.
- Axberg, U, Priebe, G & Grip, K. (2013). Projektplan utvärdering av föräldrabaserade interventioner riktade till barn till föräldrar med psykisk ohälsa. Opublicerad projektplan, Göteborg: Psykologiska institutionen, Göteborgs Universitet.
- Barkham, M., Mellor-Clark, J., Connell, J. & Cahill, J. (2006). A core approach to practicebased evidence: A brief history of the origins and applications of the CORE-OM and CORE system. *Counselling and Psychotherapy Research*, 6, 3-15.
- Benazon, N. R. & Coyne, J. C. (2000). Living with a depressed spouse. *Journal Of Family Psychology*, 14(1), 71-79. doi:10.1037/0893-3200.14.1.71
- Beardslee, W., Keller, M., Lavori, P., Klerman, G., Dorer, D. & Samuelson, H. (1988). Psychiatric disorder in adolescent offspring of parents with affective disorder in a non-referred sample. *Journal Of Affective Disorders*, 15(3), 313-322. doi:10.1016/0165-0327(88)90028-6
- Beardslee, W., Keller, M., Lavori, P., Staley, J. & Sacks, N. (1993). The Impact of Parental Affective Disorder on Depression in Offspring: A Longitudinal Follow-up in a Nonreferred Sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(4), 723-730.
- Becker, T., Kilian, S., Kilian, R., Lahmeyer, C. & Krumm, S. (2009). S09-04 Family needs, children and parenthood in people with mental illness. *European Psychiatry*, 24(Supplement 1), S48. doi:10.1016/S0924-9338(09)70281-0
- Brennan, P. A., Le Brocque, R. & Hammen, C. (2003). Maternal Depression, Parent-Child Relationships, and Resilient Outcomes in Adolescence. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(12), 1469-1477. doi:10.1097/00004583-200312000-00014
- Brenning, K., Van Petegem, S., Vanhalst, J. & Soenens, B. (2014). The psychometric qualities of a short version of the Experiences in Close Relationships Scale - Revised Child version. *Personality And Individual Differences*, 68, 118-123.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development : experiments by nature and design*. Cambridge, Mass. : Harvard Univ. Press, 1979.

- Campbell, S. B., Morgan-Lopez, A. A., Cox, M. J. & McLoyd, V. C. (2009). A latent class analysis of maternal depressive symptoms over 12 years and offspring adjustment in adolescence. *Journal Of Abnormal Psychology*, 118(3), 479-493. doi:10.1037/a0015923
- Campis, L.K., Lyman, R.C. & Prentice-Dunn, St. (1986). The Parental Locus of Control Scale: Development and validation. *Journal of Clinical Child Psychology*, 15(3), 260-267.
- Cohen, J. W. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd edn). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Conrad, M. & Hammen, C. (1989). Role of maternal depression in perceptions of child maladjustment. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 57(5), 663-667. doi:10.1037/0022-006X.57.5.663
- Cummings, E., Keller, P. S. & Davies, P. T. (2005). Towards a family process model of maternal and paternal depressive symptoms: exploring multiple relations with child and family functioning. *Journal Of Child Psychology & Psychiatry*, 46(5), 479-489. doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00368.x
- Elfström, M., Evans, C., Lundgren, J., Johansson, B., Carlsson, S. & Hakeberg, M. (2013). Validation of the Swedish version of the clinical outcomes in routine evaluation outcome measure (CORE-OM). *Clinical Psychology And Psychotherapy*, 20(5), 447-455. doi:10.1002/cpp.1788
- Elgar, F. J., Mills, R. S. L., McGrath, P. J., Waschbusch, D. A. & Brownridge, D. A. (2007). Maternal and paternal depressive symptoms and child maladjustment: The mediating role of parental behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 943-955.
- Epstein, N. B., Bishop, D. S. & Levin, S. (1978). The McMaster Model of Family Functioning. *Journal Of Marriage & Family Counseling*, 4(4), 19-31.
- Epstein, N. B., Baldwin, Lawrence M. & Bishop, Duane S. (1983). The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*, Vol 9(2), 171-180. doi: 10.1111/j.1752-0606.1983.tb01497.x
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J. & Audin, K. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: Psychometric properties and utility of the CORE-OM. *British Journal Of Psychiatry*, 180 (JAN.), 51-60. doi:10.1192/bjp.180.1.51
- Fear, J., Champion, J., Reeslund, K., Forehand, R., Colletti, C., Roberts, L. & Compas, B. (2009). Parental depression and interparental conflict: Children and adolescents' self-

- blame and coping responses. *Journal Of Family Psychology*, 23(5), 762-766 5p.
doi:10.1037/a0016381
- Feddern Donbaek, D. & Elklit, A., (2014). A validation of the Experiences in Close Relationships-Relationship Structures scale (ECR-RS) in adolescents. *Attachment And Human Development*, 16(1), 58-76. doi:10.1080/14616734.2013.850103
- Focht-Birkerts, L. & Beardslee, W. R. (2000). A child's experience of parental depression: Encouraging relational resilience in families with affective illness. *Family Process*, 39(4), 417-434. doi:10.1111/j.1545-5300.2000.39403.x
- Folkhälsomyndigheten (2015) Sjukdomar och besvär. Hämtad från
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/statistik-och-undersokningar/enkater-och-undersokningar/nationella-folkhalsoenkaten/psykisk-halsa/sjukdomar-och-besvar/>
- Folkhälsomyndigheten (2016) Hämtad 2 maj från
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/statistik-och-undersokningar/enkater-och-undersokningar/nationella-folkhalsoenkaten/psykisk-halsa/>
- Fraley, R. C., Heffernan, M. E., Vicary, A. M. & Brumbaugh, C. C. (2011). The experiences in close relationships—Relationship Structures Questionnaire: A method for assessing attachment orientations across relationships. *Psychological Assessment*, 23(3), 615-625. doi:10.1037/a0022898
- Friedmann, M. S., McDermut, W. H., Solomon, D. A., Ryan, C. E., Keitner, G. I. & Miller, I. W. (1997). Family functioning and mental illness: A comparison of psychiatric and nonclinical families. *Family Process*, 36(4), 357-367. doi:10.1111/j.1545-5300.1997.00357.x
- Gavin, H. (2008). *Understanding research methods and statistics in psychology*. [Elektronisk resurs]. Los Angeles, [Calif.] ; London : SAGE, cop. 2008.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal Of Child Psychology & Psychiatry*, 38(5), 581. doi:10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x
- Goodman, S. H. & Gotlib, I. H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, 106(3), 458-490. doi:10.1037/0033-295X.106.3.458
- Granath, K. (1997). "Det var så mycket jag inte förstod-": en intervjuundersökning med vuxna barn till psykiskt sjuka föräldrar. Sköndal : Sköndalsinstitutet, 1997 ; (Stockholm : Typoprint).

- Hagekull, B., Bohlin, G. & Hammarberg, A. (2001). The role of parental perceived control in child development: A longitudinal study. *International Journal of Behavioral Development*, 25(5), 429-437.
- Hagquist, C. (2007). The psychometric properties of the self-reported SDQ – An analysis of Swedish data based on the Rasch model. *Personality And Individual Differences*, 431289-1301. doi:10.1016/j.paid.2007.03.022
- Hjern, A., Manhica, H. A. (2013) Barn som anhöriga till patienter i vården - hur många är de? (Nationellt kompetenscentrum anhöriga). Hämtad från http://www.anhoriga.se/Global/BSA/Dokument/Rapporter_kunskapsöversikter/Nka_rapport_Barn_som_anhöriga_2013-1.pdf
- Hjern, A., Arat, A. & Vinnerljung, B. (2014) Att växa upp med förälder som har missbruksproblem eller psykisk sjukdom - hur ser livet ut i ung vuxen ålder? (Nationellt kompetenscentrum anhöriga). Hämtad från http://www.anhoriga.se/Global/BSA/Dokument/Rapporter_kunskapsöversikter/BSA_Chess-4_webbNy.pdf
- Hosman, C. H. van Doesum, K. M., & van Santvoort, F. (2009). Prevention of emotional problems and psychiatric risks in children of parents with a mental illness in the Netherlands: I. The scientific basis to a comprehensive approach. *Advances In Mental Health*, 8(3), 250-263.
- Hälso- och sjukvårdslagen (2009:979, 2 g §). Hämtad den 3 april från http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763
- Jacob, T. & Johnson, S. L. (1997). Parent-child interaction among depressed fathers and mothers: Impact on child functioning. *Journal Of Family Psychology*, 11(4), 391-409. doi:10.1037/0893-3200.11.4.391
- Juliusdottir, G. M. & Olafsdottir, H. (2015). An Icelandic Version of McMasters Family Assessment Device (FAD). *Research On Social Work Practice*, 25(7), 815-827.
- Kabacoff, R. I., Miller, I. W., Bishop, D. S., Epstein, N. B., & Keitner, G. I. (1990). A psychometric study of the McMaster Family Assessment Device in psychiatric, medical, and nonclinical samples. *Journal Of Family Psychology*, 3(4), 431-439. doi:10.1037/h0080547
- Kapanev, A. R. M. & Rao, K. (2007) Attachment style in relation to family functioning and distress in college students. *J Indian Acad Appl Psychol* 2007;33:15-21.

- Kasenda, B., von Elm, E., You, J., Blumle, A., Tomonaga, Y., Saccilotto, R. & ... Briel, M. (n.d). Prevalence, Characteristics, and Publication of Discontinued Randomized Trials. *Jama-Journal Of The American Medical Association*, 311(10), 1045-1051.
- Klasen, F., Otto, C., Kriston, L., Patalay, P., Schlack, R., & Ravens-Sieberer, U. (2015). Risk and protective factors for the development of depressive symptoms in children and adolescents: results of the longitudinal BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(6), 695-703 9p. doi:10.1007/s00787-014-0637-5
- Lauth, B., Arnkelsson, G. B., Magnússon, P., Skarphéðinsson, G. Á., Ferrari, P. & Pétursson, H. (2010). Original Research Paper: Parent–youth agreement on symptoms and diagnosis: Assessment with a diagnostic interview in an adolescent inpatient clinical population. *Journal Of Physiology - Paris*, 104(Towards a Dialogue between Psychoanalysis and Neuroscience: At the Crossroads between Body and Mind), 315-322. doi:10.1016/j.jphysparis.2010.09.004
- LeFrançois, B. A. (2010). Distressed fathers and their children: A review of the literature, *International Journal of Social Psychiatry*. doi: 10.1177/0020764010387478
- Lewandowski, R., Verdeli, H., Wickramaratne, P., Warner, V., Mancini, A. & Weissman, M. (2014). Predictors of Positive Outcomes in Offspring of Depressed Parents and Non-depressed Parents Across 20 Years. *Journal Of Child & Family Studies*, 23(5), 800-811. doi:10.1007/s10826-013-9732-3
- Lisspers, J., Nygren, A. & Soderman, E. (1997). Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD): some psychometric data for a Swedish sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96(4), 281-286.
- Malmberg, M., Rydell, A. M. & Smedje, H. (2003). Validity of the Swedish version of the strengths and difficulties questionnaire (SDQ-Swe). *Nordic Journal Of Psychiatry*, (5), 357. doi:10.1080/08039480310002697
- Middleton, M., Scott, S. & Renk, K. (2009). Parental Depression, Parenting Behaviours, and Behaviour Problems in Young Children. *Infant And Child Development*, 18(4), 323-336
- Miller, I. W., Epstein, N. B., Bishop, D. S. & Keitner, G. I. (1985). The McMaster Family Assessment Device: Reliability and validity. *Journal Of Marital And Family Therapy*, 11(4), 345-356. doi:10.1111/j.1752-0606.1985.tb00028.x
- OECD (2013) Mental Health and Work: Sweden. Hämtad från http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/employment/mental-health-and-work-sweden_9789264188730-en#page4

- Phillips, T. (2012). The Influence of Family Structure Vs. Family Climate on Adolescent Well-Being. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 29(2), 103-110 8p.
doi:10.1007/s10560-012-0254-4
- Pihkala, H. & Johansson, E. E. (2008). Longing and fearing for dialogue with children— Depressed parents' way into Beardslee's preventive family intervention. *Nordic Journal Of Psychiatry*, 62(5), 399-404. doi:10.1080/08039480801984800
- Pihkala, H. & Söderblom, B. (2015) *Tre metoder som stöd till barn med föräldrar med psykisk ohälsa*. Västerbottens läns landsting
- Power, J., Goodyear, M., O'Hanlon, B., Cuff, R., Perlesz, A., Maybery, D. & Reupert, A. (2016). Family resilience in families where a parent has a mental illness. *Journal Of Social Work*, 16(1), 66-82. doi:10.1177/1468017314568081
- Priebe, G., & Afzelius, M. (2015). Barns behov av information, råd och stöd när en förälder är psykisk sjuk - hur efterföljs lagen? : en utvärdering av implementeringen i Psykiatri Skåne. Lund : Lunds universitet ; Kristianstad : Region Skåne, 2015.
- Psykiatri Skåne (2013). Kvalitetsbokslut. Hämtad från
https://www.skane.se/Public/psykiatri_skane/ledning/redovisande%20dokument/Psykiatri-Skane-Kvalitetsbokslut-webb.pdf
- Pölkki, P., Ervast, S. & Huupponen, M. (2004). Coping and Resilience of Children of a Mentally Ill Parent. *Social Work In Health Care*, 39(1/2), 151-163.
- Ravens-Sieberer, U., Herdman, M., Devine, J., Otto, C., Bullinger, M., Rose, M. & Klasen, F. (2014). The European KIDSCREEN approach to measure quality of life and well-being in children: development, current application, and future advances. *Quality Of Life Research*, 23(3), 791-803. doi:10.1007/s11136-013-0428-3
- Rawatlal, N., Kliewer, W., & Pillay, B. J. (2015). Adolescent attachment, family functioning and depressive symptoms. *South African Journal Of Psychiatry*, 21(3), 80-85.
doi:10.7196/SAJP.8252
- Riebschleger, J. (2004). Good days and bad days: the experiences of children of a parent with psychiatric disability. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28(1), 25-31 7p.
- Robitail, S., Ravens-Sieberer, U., Simeoni, M., Rajmil, L., Bruil, J., Power, M. & ... Auquier, P. (2007). Testing the Structural and Cross-Cultural Validity of the KIDSCREEN-27 Quality of Life Questionnaire. *Quality of Life Research*, (8). 1335.
- Rose, L., Mallinson, R. K. & Walton-Moss, B. (2002). A grounded theory of families responding to mental illness. *Western Journal Of Nursing Research*, 24(5), 516-536.
doi:10.1177/019394502400446397

- Rutter, M. & Quinton, D. (1984). Parental psychiatric disorder: Effects on children. *Psychological Medicine*, 14, 853-880.
- Salbach-Andrae, H., Klinkowski, N., Lenz, K. & Lehmkuhl, U. (2009). Agreement between youth-reported and parent-reported psychopathology in a referred sample. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18(3), 136-143 8p. doi:10.1007/s00787-008-0710-z
- Skerfving, A. (2015). Barn till föräldrar med psykisk ohälsa: Barndom och uppväxtvillkor (Doktorsavhandling). Stockholms universitet, institutionen för socialt arbete.
- Smedje, H., Broman, J., Hetta, J. & von Knorring, A. (1999). Psychometric properties of a Swedish version of the 'Strengths and Difficulties Questionnaire.'. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 8(2), 63-70. doi:10.1007/s007870050086
- Socialstyrelsen (2001). Folkhälsorapport. Hämtad från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12980/folkhalsorapport-2001.pdf>
- Statens offentliga utredningar (2009:43) Klinisk forskning - Ett lyft för sjukvården. Stockholm: Edita Sverige AB. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/contentassets/43d82d24d3264d03be9e72f0a50763c0/klinisk-forskning---ett-lyft-for-sjukvarden-sou-200943>
- Tarullo, L. B. & DeMulder, E. K. (1994). Dialogues with preadolescents and adolescents: Mother-child interaction patterns in affectively.. *Journal Of Abnormal Child Psychology*, 22(1), 33.
- Torvik, F. A. & Rognmo, K. (2011). Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser (Folkhelseinstituttet 2011:4) Hämtad från <http://www.fhi.no/dokumenter/0d04decc0b.pdf>
- van Doesum, K. M. & Hosman, C. H. (2009). Prevention of emotional problems and psychiatric risks in children of parents with a mental illness in the Netherlands: II. Interventions. *Advances In Mental Health*, 8(3), 264-276.
- van Loon, L. A, van De Ven, M., van Doesum, K., Witteman, C. & Hosman, C. H., (2014). The Relation Between Parental Mental Illness and Adolescent Mental Health: The Role of Family Factors. *Journal Of Child & Family Studies*, 23(7), 1201-1214. doi:10.1007/s10826-013-9781-7
- van Loon, L. A., van De Ven, M. M., van Doesum, K. M., Hosman, C. H. & Witteman, C. M. (2015). Factors Promoting Mental Health of Adolescents Who Have a Parent with Mental Illness: A Longitudinal Study. *Child & Youth Care Forum*, 44(6), 777-799.

- Vetenskapsrådet (2002). Forskningsetiska principer: inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Hämtad från:
http://www.gu.se/digitalAssets/1268/1268494_forskningsetiska_principer_2002.pdf
- Walsh, F. (1996). The Concept of Family Resilience: Crisis and Challenge. *Family Process*, 35(3), 261-281.
- Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Warner, V., Pilowsky, D. & Verdeli, H. (2006). Offspring of depressed parents: 20 years later. *The American Journal Of Psychiatry*, 163(6), 1001-1008.
- Zigmond, A.S. & Snaith, R. P. (1983) The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatr. scandinavia*, 67, 361-370.

Bilaga 1



GÖTEBORGS UNIVERSITET



LUNDS UNIVERSITET

V

INFORMERAT SAMTYCKE

Jag har blivit skriftligen och muntligen informerad om projektet
"Utvärdering av föräldrabaserade interventioner riktade till barn till föräldrar med psykisk ohälsa"

Jag vet

- Att det är helt frivilligt att delta i projektet.
- Att jag kan avbryta min medverkan när som helst utan förklaring och utan att det kommer att påverka behandlingen i övrigt.
- Att mina och eventuellt barnets/barnens uppgifter behandlas konfidentiellt.
- Att resultaten från projektet kommer att publiceras i vetenskapliga tidskrifter, där ingen enskild deltagares resultat kommer att visas utan endast gruppens resultat.
- Att projektet har genomgått prövning och blivit godkänt i regionala etikprövningsnämnden i Göteborg (Dnr:1029-13).
- Att projektet är huvudsakligen finansierat av Socialstyrelsen.
- Att enligt personuppgiftslagen (PuL) har jag rätt att gratis en gång per år få ta del av de uppgifter om mig som hanteras och vid behov få eventuella fel rättade.
- Att huvudansvarig för projektet är lektor Ulf Axberg, Psykologiska institutionen Göteborgs universitet, 031-786 16 39.

Jag samtycker till att

Delta i projektet och till att personuppgifter om kontaktuppgifter, ålder, kön och uppgifter om svar på frågeformulär behandlas i projektet i enlighet med den information som framgår av informationsbladet.

Jag deltar

.....

Jag vill ha möjlighet att fylla i formulären digitalt. Skicka inloggningsuppgifter till

..... (ange här din e-post).

Mitt barn får delta (ange barnets namn och personnummer)

.....

Inloggningsuppgifter för barnet skickas till.....
(ange här din eller barnets e-post).

Tilldelat kodnummer: _____



GÖTEBORGS UNIVERSITET



LUNDS UNIVERSITET

V

.....
Forskningsdeltagarens underskrift

.....
Ort och Datum

.....
Personnummer

Kontaktuppgifter till Dig:

Förmann

Efternamn

Mobil

E-post

Adress

Postnr

Stad

Jag (behandlares namn) inom

..... (verksamhetens namn textat)

har förklarat studiens upplägning och syfte

.....
Behandlares underskrift

.....
Datum

Löpnummer på basdatablad:

Tilldelat kodnummer: _____