

Barn av foreldre med psykiske lidelser

Er barn som i dag vokser opp med psykisk syke foreldre i risiko for utvikling av psykososiale forstyrrelser?



Masteroppgave i pedagogikk

Lena Bratbakken

Høst 2009

UNIVERSITETET I OSLO

Det utdanningsvitenskapelige fakultet

Pedagogisk forskningsinstitutt

SAMMENDRAG AV MASTEROPPGAVEN I PEDAGOGIKK

TITTEL:

BARN AV FORELDRE MED PSYKISKE LIDELSER.

**Er barn som i dag vokser opp med psykisk syke foreldre
i risiko for utvikling av psykososiale forstyrrelser?**

AV:

LENA BRATBAKKEN

EKSAMEN:

Masteroppgave i pedagogikk PED 4390

SEMESTER:

Høst 2009

STUDIERETNING:

Allmenn

STIKKORD:

- Risiko
- Barn av psykisk syke foreldre
- Psykososiale forstyrrelser

Problemstilling og problemområde

I denne oppgaven prøver jeg å besvare problemstillingen; Er barn som i dag vokser opp med psykisk syke foreldre i risiko for utvikling av psykososiale forstyrrelser?

Dette er en teoretisk oppgave hvor jeg bruker teori og allerede foreliggende empiri på området. Hovedfokuset rettes mot barns risiko for utvikling av psykososiale forstyrrelser når de vokser opp med psykisk syke foreldre. Ikke overraskende viser forskning at barn av foreldre med psykiske lidelser selv løper en risiko for senere psykososiale og psykiske problemer. Da jeg vet at noen barn klarer seg bedre enn andre når de vokser opp med psykisk syke foreldre, har det vært naturlig å komme inn på medvirkende årsaker til disse individuelle forskjellene. I tillegg til innledning og avslutning, består oppgaven av tre kapitler. Først presenteres hvilke konsekvenser det kan ha å være barn av foreldre med psykiske lidelser. Deretter diskuteres risiko og familiens betydning. Til slutt presenteres ulike beskyttelsesfaktorer. Temaet er spesielt aktuelt nå på grunn av den økte satsningen på psykisk helse i Norge. Mitt bidrag i denne sammenheng vil være å rette et fokus mot gruppen barn av psykisk syke foreldre, som en gruppe i særlig risiko for å utvikle psykiske problemer.

Metode/Data

Den metodiske tilnærmingen i oppgaven er teoretisk og består av en framstilling av begrepene psykisk syke foreldre, psykososiale forstyrrelser, risiko, stress, resilience og beskyttelsesfaktorer sett i forhold til psykisk helse. Fremstillingene og vurderingene i oppgaven bygger på original litteratur fra ulike fagfelt blant annet pedagogikk og psykologi supplert med sekundær litteratur. Oppgaven støtter seg på litteratur av sentrale internasjonale og norske forskere, som Rutter & Garmezzy; Quinton; Masten; Lazarus & Folkman; Werner og Smith; Luthar; Antonovsky; Borge; Waaktaar & Christie; Aalbæk & Glistrup.

Min fremstilling bærer preg av en utviklingspsykopatologisk tilnæringsmåte. Ut over å undersøke og forstå de barn av psykisk syke foreldre, som på en rekke områder viser

psykososiale vanskeligheter, er det også viktig å undersøke og forstå den gruppe av barn med psykisk syke foreldre, som ikke her og nå viser tegn til vanskeligheter (Garnezy 1994; Sroufe & Rutter 1984). Med henblikk på å sammenligne de barn av psykisk syke foreldre som viser psykososiale vanskeligheter og de barn som synes resilient, er det like viktig å undersøke og forstå de forhold ved barnet og dets omgivelser, som virker å øke risikoen for å utvikle psykososiale forstyrrelser og omvendt, og hvilke faktorer som synes å minske denne risikoen.

Når jeg gjennom oppgaven viser til deler av den allerede foreliggende empiri, fokuserer jeg primært på resultatene de enkelte undersøkelser viser. I forhold til eksempelvis kliniske observasjoner eller teoretiske antagelser, tar fordelene ved den empiriske undersøkelse utgangspunkt i at forskningsprosessen kan beskrives som systematisk, kontrollert og offentlig (Schaffer 1993).

Hovedfunn

Barn av psykisk syke er i økt risiko for utvikling av emosjonelle, atferdsmessige og kognitive forstyrrelser. Forskning på psykisk sykes foreldrefungering viser at psykisk sykdom generelt og på tvers av diagnoser synes å innvirke på foreldreatferd og foreldreevnen. På bakgrunn av empirien i forhold til foreldre og familie, tyder det på at psykisk sykdom på foreldresiden primært påvirker barnets psykososiale utvikling gjennom en rekke indirekte, medierende forhold, eller assosierende psykososiale forstyrrelser av interaksjonen mellom den psykisk syke forelder, barnet og i familien som helhet. Hvordan den psykiske lidelsen påvirker barnet er imidlertid avhengig av blant annet hvordan sykdommen utspiller seg, barnets alder, kjønn og familiens nettverk.

Ut over disse indirekte, eller medierende forhold ved foreldrene og familiesamspillet, synes det også å påvirke barnets psykososiale utvikling hvis det involveres direkte i den psykisk syke forelders symptomer, vrangforestillinger og hallusinasjoner. Den risiko det er å vokse opp med psykisk syke foreldre kan være veldig forskjellig, alt ettersom hvilke risikomekanismer og beskyttende forhold som karakteriserer de familiemessige omgivelser og det enkelte barn.

Risiko er til stede når barn utsettes for situasjoner eller hendelser som øker sannsynligheten for negativt utfall. Barn av psykisk syke blir ofte utsatt for kumulativ risiko, som vil si at foreldrenes psykiske lidelse fører med seg en mengde andre risikofaktorer i tillegg til den psykiske lidelsen. Resilience har utviklet seg på bakgrunn av funn fra risikoforskningen der man ser på vellykket tilpasning på tross av betydelig risiko. Det er særlig kronisk stress som har en langsiktig negativ effekt på barn. Forskere har identifisert et sett av beskyttelsesfaktorer de mener kan være med på å redusere eventuelle negative konsekvenser for barn av psykisk syke foreldre. Dette dreier seg om individuelle, familiære og samfunnsmessige beskyttelsesfaktorer.

Barns tilknytningsforhold, deres kognisjon og evne til å regulere egne emosjoner og atferd, er sentrale tilpasningsprosesser som påvirker utviklingen til de fleste barn. Når disse prosessene blir alvorlig svekket eller skadet, er barn i betydelig risiko for mistilpassning. Flere forhold ved å vokse opp med psykisk syke foreldre bidrar til å øke risikoen for at barn utvikler problemer knyttet til disse prosessene.

INNHALDSFORTEGNELSE

1. INNLEDNING.....	9
1.1. Problemstilling.....	10
1.2. Metode.....	11
1.3. Oppgavens oppbygning.....	11
2. BARN AV PSYKISK SYKE FORELDRE.....	13
2.1. Foreldre med psykiske lidelser og barns tilknytning.....	14
2.1.1. Indre arbeidsmodeller.....	16
2.1.2. Tilknytning og sosial utvikling.....	17
2.2. Foreldre med psykiske lidelser og barns kognitive utvikling.....	19
2.3. Foreldre med psykiske lidelser og barns emosjonelle utvikling.....	19
2.4. Foreldrefungering.....	21
2.5. Utvikling av psykopatologi.....	29
2.5.1. Somatiske forstyrrelser.....	31
2.5.2. Psykiatriske forstyrrelser.....	31
2.5.3. Emosjonelle vansker.....	33
2.5.4. Kognitive vansker.....	33

2.5.5. Interpersonlige vansker.....	35
2.6. Overlevelsstrategier.....	37
2.6.1. Overdreven tilpasning.....	37
2.6.2. Utagering.....	37
2.7. Betydningen av barnets kjønn.....	38
2.8. Betydningen av barnets alder	40
3. RISIKO SETT I FORHOLD TIL RESILIENCE.....	44
3.1. Stress.....	49
3.2. Operasjonalisering av risiko.....	51
3.2.1. Familiebasert risiko.....	53
3.2.2. Risikoindikatorer og risikomekanismer.....	54
3.3. Bronfenbrenners økologiske modell.....	58
3.3.1. Familiens betydning.....	60
3.3.2. Uoverensstemmelser og fiendtlighet i familien.....	61
3.3.3. Interaksjon i familier med psykisk syke foreldre.....	63
4. RESILIENCE OG BESKYTTELSESAKTORER	66
4.1. Kauai studien.....	69

4.2. Individuelle beskyttelsesfaktorer	71
4.2.1. kognitive evner	72
4.2.2. Selvoppfatning, selvtillit og tro på egne evner	74
4.2.3. Temperamentsmessige kvaliteter	75
4.2.4. Kjønn	76
4.2.5. Andre egenskaper ved barnet.	77
4.3. Familiære beskyttelsesfaktorer	77
4.3.1. Andre forhold	79
4.4. Samfunnsmessige beskyttelsesfaktorer	80
4.4.1. Tilknytning til en prososial voksen	80
4.4.2. Jevnaldrende	81
4.4.3. Andre forhold	82
4.5. Hvordan kan man fremme god utvikling hos barn som i dag vokser opp med en psykisk syk forelder?.....	82
5. AVSLUTNING.....	84
LITTERATURLISTE.....	86

1. INNLEDNING

Det er veldokumenterte sammenhenger mellom barns problemer og problemer i voksen alder, og mellom barns og foreldres helseproblemer (Hestmann m.fl.1995). Barn av psykisk syke foreldre er i betydelig større risiko for å utvikle en psykiatrisk forstyrrelse i løpet av barndommen (Leverton 2003). Denne økte risikoen kan forstås på bakgrunn av både genetiske og miljømessige forhold ved psykiske lidelser hos foreldrene. Undersøkelser tyder på en genetisk disposisjon for en rekke psykiske lidelser, og mest tydelig ved schizofreni og store affektive lidelser (Quinton & Rutter 1985). Fokuset i denne oppgaven vil ligge på de miljømessige forhold omkring barn av psykisk syke foreldre. Undersøkelser i denne sammenheng tyder overordnet på at den psykiske lidelsen kan påvirke barnets psykososiale utvikling på direkte, eller indirekte måter. Direkte ved at barn involveres i de symptomer, som knytter seg til den psykiske lidelsen og indirekte ved at den psykisk syke forelders evne som forelder og hele familiesamspillet påvirkes og dermed belaster samspillet mellom foreldre og barn (Quinton & Rutter 1985).

I alle studier av barn i risiko har det vært et universelt funn at barn reagerer svært forskjellig på stress. På det ene ytterpunktet finner man barn som utvikler vedvarende alvorlig psykopatologi, mens man på det andre ytterpunktet finner barn som synes å komme uskadet fra stor grad av risiko. Det finnes til og med barn som tilsynelatende kommer styrket ut av motgangen. Selv med de mest alvorlige stressorene og familieavvikene, er det uvanlig at mer enn halvparten av barna opplever vedvarende alvorlig psykopatologi (Rutter 2000). Ved å studere barn som har en bedre utvikling enn forventet, har man fått kunnskap om barns mestring og kompetanse samt hvilke forhold som beskytter mot problemutvikling (Werner & Smith 1992). Risiko kan være mer eller mindre alvorlig. Mange risikofaktorer som er kroniske og inntreffer samtidig kan være alvorlige. Det er ikke risikoen i seg selv som er det viktigste, men heller spørsmålet om hvilke prosesser og mekanismer den aktiverer. For eksempel trenger ikke nødvendigvis psykisk sykdom i seg selv påvirke barnet i negativ retning, men dersom dette faller sammen med en uheldig oppdragerstil, for eksempel emosjonell utilgjengelighet, kan dette være skadelig.

Før 1970-årene var psykiatrien mest opptatt av hvordan familiens holdninger påvirket den psykisk syke. Senere ble man mer opptatt av hvordan psykiske problemer hos ett

familiemedlem kan påvirke de andre i familien (Hammen 1991). Først med Rutters undersøkelse av barn på barnepsykiatrisk avdeling på The Maudsley Hospital i 1966 skjer en vesentlig utdypning av hvordan det påvirker et barn, når en forelder er psykisk syk. Rutter (1966, ref. i Aalbæk & Glistrup 1997) påviser i denne omfattende undersøkelsen at barn av psykisk syke foreldre utgjør en risikogruppe, og de viser en signifikant større forekomst av en rekke spesifikke symptomer enn en tilsvarende gruppe barn med friske foreldre. Hvilke symptomer som gjør seg gjeldende er veldig forskjellig, og det viser seg at en stor gruppe barn ikke viser tegn på vanskeligheter. Derfor ble fokuset videre rettet mot de individuelle og familiemessige faktorene, som karakteriserer barna, deres foreldre og familiene.

Det har de siste årene blitt en økt satsning på psykisk helse blant barn og unge i Norge, gjennom blant annet opptrappingsplanen for psykisk helse og fokus på økt kunnskap blant lærere, og elever i skolen.

På bakgrunn av disse betraktninger har jeg valgt å belyse relasjonen mellom psykisk syke foreldre og deres barns psykososiale utvikling. Ved å utdype forståelsen for barn av psykisk syke foreldre og de forhold som knytter seg til deres oppvekst, ønsker jeg selv å få mer kunnskap om hva som kjennetegner denne gruppe barn, og bidra til at dette området blir mer belyst.

1.1. Problemstilling

Er barn som i dag vokser opp med psykisk syke foreldre i risiko for utvikling av psykososiale forstyrrelser?

Jeg har valgt å benytte meg av samlebetegnelsen ”psykisk syk forelder”, som omfatter foreldre som har en langvarig psykisk lidelse. Jeg velger dermed å ikke differensiere mellom ulike typer av psykiske lidelser. Det må pekes på at dette er en bred og heterogen gruppe. Forskning (Masten m.fl. 1990) viser at det er alvorlighetsgraden og effekten lidelsen har på omsorgsevnen, og ikke den spesifikke lidelsen, som har størst påvirkning på barns utvikling. Jeg erkjenner at det er viktig med kunnskap om den spesifikke psykiske lidelsen en forelder har, når man skal se på enkelttilfeller av barn av psykisk syke. I tillegg vil det være store individuelle forskjeller innen blant annet ulike lidelser, familieforhold og barns reaksjoner.

Jeg kommer derfor ikke til å gjøre rede for ulike typer psykiske lidelser. I den grad jeg skiller mellom psykiske lidelser, vil dette være når jeg henviser til studier gjort på spesifikke grupper.

Barn av psykisk syke foreldre referer til en gruppe barn som har det til felles at en, eller begge av foreldrene har en psykisk lidelse (Aalbæk & Glistrup 1997). Også her er det snakk om en bred og heterogen gruppe.

Mitt primære fokus i denne oppgaven om risiko for utvikling av psykososiale forstyrrelser hos barn av psykisk syke, velger jeg blant annet å belyse gjennom de psykososiale faktorer ved foreldrenes psykiske lidelse og disse faktorerers innvirkninger på barna. Dette betyr at jeg samtidig velger å ikke gå inn på de genetiske faktorene.

Ved betegnelsen ”psykososiale forstyrrelser” henviser jeg både til den egentlige psykiatriske tilstanden og subkliniske symptomer, eller vanskeligheter i forhold til barnets emosjonelle, kognitive og interpersonlig kompetanse.

Da jeg vet at noen barn klarer seg bedre enn andre når de vokser opp med psykisk syke foreldre, har det vært naturlig å komme inn på medvirkende årsaker til disse individuelle forskjellene.

1.2. Metode

Da dette er en teoretisk oppgave vil jeg vil bruke teori og empiri som allerede foreligger for å belyse problematikken. Min fremstilling bærer preg av en utviklingspsykopatologisk tilnæringsmåte.

1.3. Oppgavens oppbygning

I kapittel 2 tar jeg for meg mulige konsekvenser det kan ha for et barn å vokse opp med en psykisk syk forelder. Konsekvensene vil hovedsakelig bli diskutert i forhold til tre

tilpasningsprosesser sentrale for utviklingen til de fleste barn. Dette dreier seg om barns tilknytning, kognisjon og selvregulering av emosjoner og atferd. Videre tar jeg kort for meg psykisk sykes foreldrefungering, for deretter å gå nærmere inn på utviklingspsykopatologien hos barn av psykisk syke. Til slutt i dette kapittelet vil jeg se nærmere på barns overlevelsesstrategier i møte med risiko samt betydningen av barnets kjønn og alder.

Kapittel 3 omhandler risiko. Jeg definerer risiko og resilience, for så å ta for meg stress, operasjonalisering av risiko, familiebasert risiko, risikoindikatorer, og risikomekanismer. Dette ser jeg som nødvendig for å identifisere at barn av psykisk syke er i risiko for å utvikle problemer på flere områder. I tillegg er det også nødvendig å vite noe om hvilke faktorer som kan forårsake disse problemene. Deretter vil jeg presentere Bronfenbrenners økologiske modell for å presisere at barnet og familien ikke lever i isolasjon, men kontinuerlig påvirkes av den sosiale og kulturelle konteksten de er en del av. Videre belyse familiens betydning, uoverensstemmelser og fiendtlighet i familien, og interaksjon i familier med psykisk syke foreldre.

I Kapittel 4 vil det bli belyst hvilke beskyttelsesfaktorer som kan redusere eller virke nøytraliserende i forhold til de konsekvenser det er å vokse opp med en psykisk syk forelder. I denne sammenheng står begrepet resilience sentralt. Jeg vil derfor først forklare nærmere hva som menes med begrepet resilience. Deretter vil jeg beskrive hvilke individuelle-, familiære- og samfunnsmessige beskyttelsesfaktorer som potensielt kan fremme barns utvikling i høy risikomiljø. I forhold til de individuelle beskyttelsesfaktorene vil jeg ta for meg; kognitive evner, selvoppfatning, selvtillit og tro på egne evner, temperament samt kjønn og andre egenskaper ved barnet. Familiære faktorer som vil bli diskutert dreier seg om tilknytningsrelasjoner mellom barn og omsorgsgiver, foreldrenes omsorgskompetanse, positive familieforandringer, samt økonomi, arbeidsmessige forhold og andre forhold. I forhold til samfunnsmessige beskyttelsesfaktorer, vil jeg ta for meg barnets tilknytning til en prososial voksen, jevnaldrende og andre forhold. Til slutt i dette kapittelet vil jeg drøfte hvordan ulike risiko- og beskyttelsesfaktorer kan virke sammen og enten påvirke barns utvikling positivt eller negativt.

I kapittel 5 sammenfatning av hoveddelen.

2. BARN AV PSYKISK SYKE FORELDRE

Det er en overhyppighet av psykiske lidelser blant barn av alvorlig psykisk syke foreldre. Risikoen for at barna selv utvikler psykisk sykdom varierer med hva slags problemer foreldrene har, barnets alder, og om den psykisk syke forelder er alene med omsorgsansvaret eller ikke (Almvik & Ytterhus 2004). Lengdesnittundersøkelse av blant andre Rutter og Quinton (1984) viser at det ikke bare er foreldrenes psykiske lidelse, men også tilstedeværelsen av andre faktorer, som for eksempel ekteskapsproblemer og andre problemer ved ektefellen, som vil ha betydning for barnas utvikling.

Samtidig som disse barna er utsatt for større risiko enn andre barn, peker mange forskere også på deres evne til å klare seg til tross for en vanskelig oppvekst (Mevik og Trymbo 2002). Denne gruppen av barn, som ikke utvikler psykososiale vanskeligheter, er blitt beskrevet og forstått på mange måter. De er blant annet beskrevet som de usårbare barna eller superbarn. Deres evne til å klare seg ble i starten oppfattet som en absolutt usårlighet med bakgrunn i biologiske, eller genetiske egenskaper ved barnet. I dag er det innenfor utviklingspsykopatologi en tendens til å anvende begrepet resilience, for å understreke det relative aspektet.

Aalbæk og Glistrup understreker viktigheten av at det i mange undersøkelser er vist at det er stor forskjell på, i hvilken utstrekning barn av psykisk syke foreldre viser tegn på vanskeligheter. De viser videre til at en stor del av barna overhodet ikke utviser tegn på at deres psykososiale utvikling er påvirket (Aalbæk og Glistrup 1997:31). Noen barn vil innenfor sine familiekontekster mestre sin tilværelse på en tilfredsstillende måte, til tross for omgivelsene som skulle tilsi noe annet. Forskjellige barn vil også variere i forhold til hvilke problemer de utvikler. Enkelte utvikler avgrensede problemer på ett område, mens andre utvikler mer omfattende problemer på flere områder (Borge, 2003; Masten & Coatsworth, 1998).

En vurdering av om barns utvikling har nådd et tilfredsstillende resultat eller ikke, sees ofte i forhold til om det oppnås kompetanse på ulike områder (Havinghurst 1972, ref. i Masten & Coatsworth, 1998). Kompetansebegrepet har mange betydninger innen psykologien, men generelt refereres det til et mønster av effektiv tilpasning til miljøet. Kompetanse er et resultat av den komplekse interaksjonen mellom egenskaper ved barn og deres omgivelser. Dette

forholdet vil hele tiden være i forandring som en følge av at barn utvikler og forandrer seg. Ettersom barnet blir eldre, vil konteksten de fungerer i også forandre seg, og utfordringene de må mestre for å oppnå kompetanse vil som en følge av dette være forskjellige. Om et barn vurderes som kompetent i forhold til ulike oppgaver avhenger derfor av hvilket utviklingsstrinn barnet befinner seg på. Ulike utviklingsoppgaver kan reflektere både i de universelle menneskelige fenomen i utviklingen, som tilknytning til omsorgsgiver og utvikling av språk. Eller mer kulturbestemte oppgaver som for eksempel skoleprestasjoner og utvikling av sosiale relasjoner (Masten & Coatsworth, 1998).

Friendman & Chase-Linsdale (2002) hevder at barn på tvers av ulike risikokontekster påvirkes på mange av de samme måtene. Disse forskerne utviklet derfor en prosessorientert modell for å forklare hvordan og hvorfor risikofylte oppvekstmiljøer øker sannsynligheten for mistilpassning hos barn. Fokus i denne modellen rettes mot barn som opplever kronisk risiko i sitt miljø som for eksempel fattigdom, psykopatologi hos omsorgsgivere og familievold. Utgangspunktet for modellen er at forskjellige risikomiljøer vil være negativt preget av et felles sett av karakteristikk. Dette handler blant annet om dårlig stimulering og sensitivitet, uenighet, inkonsistens, uforutsigbarhet og følelser av frykt. Disse karakteristikkene antas i særlig grad å prege forholdet mellom barn og omsorgsgivere, men kan også gjelde barnets utvidede miljømessige kontekst. De miljømessige fellestrekkene antas videre å påvirke sentrale tilpasningsprosesser hos barn. Disse prosessene handler om tilknytningsforhold, kognisjon, emosjonsregulering og fysiologiske systemer. Forstyrrelser i en eller flere av disse prosessene antas å føre til mistilpassning i barns utvikling. Hvis barn til tross for risikoen klarer å opprettholde en adekvat fungering av disse systemene, er sannsynligheten større for en positiv utvikling. Om utviklingen er god eller dårlig vil i tillegg være avhengig av det gjensidige samspillet mellom individuelle karakteristikk ved barnet, (som temperament og genetiske disposisjoner), og de miljømessige betingelsene. Disse tilpasningsprosessene virker sammen og fremmer hverandre gjennom utviklingen (Friendman & Chase-Linsdale, 2002). Når jeg i det følgende skal belyse konsekvenser det kan ha for barn å vokse opp med psykisk syke foreldre vil jeg først ta utgangspunkt i tilpasningsprosessene; tilknytning, kognisjon og selvregulering av emosjoner og atferd.

2.1. Foreldre med psykiske lidelser og barns tilknytning

I forbindelse med studier av barns første relasjoner karakteriseres John Bowlbys arbeider som epokeavgjørende. Han var den første som brukte termen tilknytning for å beskrive den unike relasjonen som oppstår mellom omsorgspersoner og barn. Bowlby (1969) definerer i Smith (2002) tilknytning som et emosjonelt bånd som knytter barnet til en eller noen få personer på tvers av tid og sted. Han antok videre at tilknytning primært har to funksjoner; gi beskyttelse og trygghet. I tillegg er søken etter nærhet helt sentralt i tilknytningen. Nærhet til omsorgspersoner bør garantere for beskyttelse, sikkerhet og omsorg hvis barnets følelser blir gjengjeldt. Tilknytningsobjektet fungerer derfor som et trygt tilfluktsted, som barnet kan utforske omgivelsene fra og vende tilbake hvis det møter usikkerhet og fare. Utvikling av tilknytning til primær omsorgsgiver blir sett på som en stadie- relatert utviklingsoppgave i 6 til 12 måneders alderen (Schaffer, 1999). Kvaliteten på den tilknytningen som etableres dreier seg i hovedsak om barnet viser trygghet eller utrygghet i nærvær av omsorgspersonene. Karakteren av barns samspillerfaringer med omsorgspersonene er avgjørende for den tilknytningen som etableres. I den sammenheng er de voksnes sensitivitet overfor barnets emosjonelle uttrykk avgjørende for tilknytningsforholdets kvalitet. Sensitivitet kan her forstås som hvorvidt en omsorgsperson er aktpågivende overfor barnets signaler, at han eller hun tolker disse signalene riktig og responderer på en adekvat måte. Utvikling av trygg tilknytning er karakterisert ved at barnet oppfatter omsorgsgiver som tilgjengelig, responsiv og sensitiv for dets signaler, samtidig som barnet får vokse opp i et miljø preget av forutsigbarhet og stabilitet. Det antas videre at etablering av trygg tilknytning til omsorgspersoner tidlig i livet utgjør et viktig grunnlag for barns videre utvikling, både kognitivt, sosialt, emosjonelt og atferdsmessig (Schaffer, 1999).

Barn som vokser opp med psykisk syk forelder kan ha større problemer med å etablere trygg tilknytning til deres omsorgspersoner enn andre barn. Hverdagen kan være kaotisk og preget av uforutsigbarhet. Som følge av dette er det liten stabilitet i omsorgspersonens tilgjengelighet og responsivitet overfor barnets signaler. Det kan derfor være grunn til å anta at disse barna har større sannsynlighet for å utvikle utrygg tilknytning med omsorgspersonene (Crittenden & Ainsworth, 1989; Cicchetti & Carlson, 1989). Utrygg tilknytning kategoriseres ofte i tre grupper, vurdert i forhold til barns atferd og samspillerfaringer med omsorgspersoner (Smith, 2002);

- Utrygg unnvikende tilknytning (Type A)
- Utrygg ambivalent tilknytning (Type C)
- Utrygg desorganisert/desorientert (Type D)

Et fellestrekk som ofte karakteriserer oppveksten til disse barna er at de ikke har blitt møtt på en adekvat måte i sine kontaktforsøk med omsorgspersonene. Det antas at barn med type A tilknytning ofte har opplevd avvisning og har blitt møtt med sinne i sine kontaktforsøk. Barn med type C tilknytning har ofte opplevd inkonsistens i omsorgspersonens responsivitet og tilgjengelighet. Barn med type D tilknytning antas å ha opplevd en spesiell form for inkonsistens i omsorgspersonens atferd. Etter at omsorgspersonen først har vært konsekvent i sin omsorg over en viss periode og barnet har utformet forventninger til denne atferden, kommer det plutselig brudd med en totalt forandret atferd. Disse forandringene kan komme plutselig og er ofte veldig skremmende for barn. Særlig gjelder dette hvis de selv føler seg truet, eller når omsorgspersonen oppfattes som redd eller skremt (Crittenden & Ainsworth, 1989). Det er grunn til å anta at barn som stadig opplever frykt eller har erfart at omsorgspersoner ofte uttrykker frykt i særlig grad, vil være i risiko for å utvikle desorganisert/ desorientert tilknytning (type D). Barn som blir klassifisert med denne tilknytningstypen lever ofte i familier der barnets behov for omsorg og trygghet i alvorlig grad ikke blir ivaretatt på en adekvat måte. Undersøkelser har vist at dette ofte dreier seg om barn som blir mishandlet eller vanskjøttet av den primære omsorgspersonen, eller lever i familier der omsorgspersonen har psykiatiske vansker (Ainsworth & Eichenberg 1991). Når det er snakk om psykisk sykdom på foreldresiden, kan foreldrenes psykiske tilstand således hindre dem i å oppfatte og reagere empatisk og tilpasset barnets behov. Barnet kan få et inntrykk av den psykisk syke forelder som uforutsigbar og utilgjengelig, da alvorlig psykisk sykdom som depresjon og schizofreni ofte opptrer episodisk (Cicchetti m.fl.1995). Videre har man også sett at det ved psykisk sykdom på foreldresiden, kan være en risiko for foreldreatferd som er blitt forbundet med utrygg tilknytning. Mange undersøkelser viser også at psykisk syke foreldre for eksempel kan være emosjonelt tilbaketrukne, fraværende og irritable i kontakten med deres barn (Goodman & Brumley 1990; Weissman 1983). Dette viser at barn med psykisk syke foreldre synes å være i større risiko for å etablere utrygge tilknytningsforhold.

2.1.1. Indre arbeidsmodeller

Sentralt innenfor tilknytningsteori er begrepet om indre arbeidsmodeller. Disse modellene kan forstås som mentale representasjoner som omfatter emosjonelle, så vel som kognitive komponenter. Over tid, med kognitiv modning og med barnets gjentatte samhandling med

omsorgspersonene, vil barn etter hvert forme forventninger i forhold til videre interaksjon. I arbeidsmodellene som barnet etablerer inngår elementene av hvem dets tilknytningspersoner er, hvor disse finnes og hvor responsive de forventes å være (Crittenden & Ainsworth, 1989). Indre arbeidsmodellene har også som funksjon å forsyne individet med regler som kan styre både atferd og følelser i forhold til betydningsfulle andre. Dette gjør det mulig for barnet å kunne forutse og fortolke den andre personens atferd og videre planlegge sin egen atferd som svar (Schaffer 1999). Samtidig som barnet utvikler indre arbeidsmodeller av deres forhold til andre, vil de utvikle en komplementær arbeidsmodell av sitt eget selv. Et hovedelement i denne utfyllende delen, er barnets forestilling om i hvilken grad han eller hun er velkommen (verdsatt) eller uvelkommen (nedvurdert, inkompetent) sett med tilknytningspersonens øyne. De modellene barn etablerer av sitt eget selv i interaksjon med omsorgsgiver antas å danne et viktig grunnlag for barnets videre utvikling av selvtilitt og selvoppfatning (Smith, 2002).

Utviklingen av indre arbeidsmodeller påvirkes av barnets erfaringer med å søke kontakt. Man kan derfor anta at det vil være en vesentlig forskjell på indre arbeidsmodeller som utvikles hos barn som har blitt akseptert i deres kontaktforsøk, sammenlignet med de utviklet hos barn som enten har blitt avvist eller akseptert på en inkonsekvent måte i sin samhandling med andre. Det antas videre at de indre arbeidsmodellene etter det første leveåret har en tilbøyelighet til å være stabil over tid, men at de på ingen måte er uimottakelig for påvirkning fra senere erfaringer (Schaffer, 1999). Det kan derfor være grunn til å anta at samspillerfaringer og de arbeidsmodellene barn utvikler i relasjon til omsorgsgiverne i tidlig alder, vil ha betydning for barns videre utvikling (Crittenden & Ainsworth, 1989).

2.1.2. Tilknytning og sosial utvikling

Barn av foreldre med psykiske lidelser kan være i risiko for å utvikle utrygg tilknytning til primære omsorgsgivere og til etablering av inadekvate arbeidsmodeller av seg selv og seg selv i relasjon til andre. Siden arbeidsmodellene mest sannsynlig inneholder barns forståelse av relasjonsforhold, kan dette ha betydning for karakteren av de sosiale relasjonene som dannes videre i utviklingen. Spesielt antar man at disse modellene kan ha innvirkning på barns sosiale kompetanse og utvikling av vennerelasjoner (Schaffer 1999). For barn med psykisk syke foreldre, som har utviklet negative representasjonsmodeller betyr dette at det er risiko for, at disse gjør seg gjeldende i de relasjoner som barnet står overfor å etablere med

jevndrende og kamerater for øvrig. Eksempelvis synes barn med unntvikkende tilknytningshistorier i høyere grad å utvise fiendtlighet og uprovosert aggresjon overfor kamerater, likesom de generelt involveres i negative interaksjoner (Sroufe 1989).

Barns problemer med å oppfatte og tolke sosiale signaler fra andre i tillegg til fiendtlige og aggressive reaksjonsmåter, kan føre til avvisning blant jevndrende (Rutter & Rutter, 1997). Utvikling av vennerelasjoner blir oppfattet som en viktig utviklingsoppgave i løpet av førskolealder og tidlig skolealder. Hvordan barn kommer overens med jevndrende i denne alderen blir derfor ofte oppfattet som en indikator for nåværende og fremtidig kompetanse. Barn som avvises av jevndrende kan ofte vise trekk knyttet til aggressiv og forstyrrende atferd, svake sosiale evner, lav selvtillit, dårlige skoleprestasjoner og asosial atferd (Masten & Coatsworth 1995, ref. i Masten & Coatsworth 1998). Studier av blant andre Garnezy (1974) og Rutter (1982) viser til at barn som ikke får venner, som ikke er likt av andre og som er sosialt avvist eller isolert, har en signifikant større risiko for å utvikle psykiatriske forstyrrelser enn andre barn. Særlig barn som viser fiendtlige og aggressive tendenser ser ut til å være i risiko for senere mistilpassning. Disse barna avvises ofte av prososiale jevndrende og har en tendens til å oppsøke asosiale vennegrupper der de lettere oppnår aksept for sin aggressive atferd. Dette kan føre til videre mistilpassning som skulking, kriminalitet og voldelig atferd (Schaffer 1999). At barn avvises av jevndrende kan imidlertid ikke kun forklares med utrygg tilknytning til omsorgsgivere og dertil inadekvate sosiale ferdigheter.

Egenskaper ved barnet som har nevrologiske og fysiologiske avvik i tillegg til temperamentsmessige forskjeller, vil være med å utforme barns sosiale kompetanse og vennerelasjoner (Rutter, 1997). Det er viktig å betrakte barns sosiale utvikling i et interaksjonsperspektiv. Barnet er ikke passiv mottaker av stimuli fra omsorgsgivere og andre, men bidrar aktivt til sin egen sosiale utvikling. For eksempel kan et barn med et vanskelig temperament være vanskelig å påvirke og kontrollere, noe som kan vekke negative reaksjoner både fra foreldre, andre voksne og jevndrende. Barnets gjentatte erfaring med negative reaksjoner fra andre, kan videre bidra til at de i liten grad får erfaring med positiv sosial samhandling, og dertil ikke utvikler adekvat sosial kompetanse (Smith, 2002).

2.2. Foreldre med psykiske lidelser og barns kognitive utvikling

Det har vist seg at kvaliteten på interaksjonen mellom barn og omsorgspersoner påvirker utviklingen av sentralnervesystemet (CNS) og derigjennom barns psykomotoriske utvikling. Hjernen gjennomgår en rivende utvikling i barnets to første leveår og den er spesielt påvirkelig i denne perioden. De aller fleste små barn blir møtt av sine nære voksne med åpen gjensidig blikkontakt, de blir snakket med og får respons på egne signaler. Når en slik forventet respons er svak eller uteblir, vil det ikke bare påvirke barnets atferd, det vil også påvirke utformingen av hjernen og utvikling av forbindelser mellomceller kan utebli (Grøholt m.fl. 2001).

Videre vet man at deler av hjernen er sårbar for stress. Stress øker produksjonen av glukosteroider (normale stresshormoner), som på lang sikt kan være skadelig for enkelte hjerneceller. Spesielt utsatt er hippocampus, en del av hjernen som er særlig viktig for hukommelsen. Forskere har også lett etter sammenhenger mellom hjernens utvikling og tilknytning. Det er vist at barn med trygg tilknytning bare har moderat økning av glukosteroider når de utsettes for en ukjent situasjon. Barn med utrygg tilknytning viser derimot en stor økning av disse hormonene når de utsettes for stress (Grøholt m.fl., 2001).

En generell antagelse er at barns språkutvikling er et resultat av samspillet mellom biologiske modningsprosesser, kognitiv utvikling og språklig stimulering i miljøet. Sentralt i denne prosessen er barnets samspillerfaringer med responsive omsorgspersoner som tilpasser sin egen tale til barnets tankenivå. I dette samspillet har den voksne en tendens til å gi mening til barnets ytringer som hjelper barnet til å bygge opp et lingvistisk system, der språkets form og innhold knyttes til dets sosiale mening. Omsorgspersonens responsivitet og følsomhet for barnets evne til å oppfatte og forstå synes her å være en nøkkelfaktor. Mye tyder på at dersom omsorgspersonene ikke gir tilbakemelding på barnets tidlige vokaliseringer, gester og språklige ytringer, og i det hele tatt forsømmer å etablere et nært sosialt interaksjonsforhold med barnet, kan språkutviklingen bli hemmet. Vedvarende forstyrrelser i språkutviklingen har også vist seg å være relatert til sosioemosjonelle- og atferdsmessige problemer (Rutter & Rutter, 1997).

2.3. Foreldre med psykiske lidelser og barns emosjonelle utvikling

Begrepet emosjon er vanskelig å definere entydig. Forenklet kan man si at tre komponenter ofte faller inn under dette begrepet: (1) følelsesmessige opplevelser, (2) fysiologiske forandringer og (3) emosjonelle uttrykksformer. Den følelsesmessige opplevelsen en person har når han eller hun er redd, sint, glad eller trist, blir gjerne av personen selv oppfattet som den viktigste siden ved følelseslivet. Denne komponenten tilhører en persons private og subjektive livsverden og refereres ofte til som følelser. Dette kan for eksempel dreie seg om følelser av lykke, glede, sorg, skam, skyld og angst. De fysiologiske forandringene som finner sted i individet inntreffer ofte ved kraftig emosjonell aktivering. Noen kan vi se med bare øyet, som for eksempel rødming, skjelving og gåsehud. Andre kan registreres gjennom spesielle apparater, så som blodtrykk, puls og respirasjon. Disse forandringene er stort sett regulert av det autonome nervesystemet og dermed unndratt viljens kontroll. Emosjonelle uttrykksformer spenner over et meget vidt register fra omfattende fysiske handlinger som å løpe eller slåss, til gråt, latter og finere former for mimikk (Evenshaug & Hallen, 2001).

Sentralt i emosjonell tilpasning er utvikling av evnen til å uttrykke, gjenkjenne, forstå og regulere emosjoner. Dette er evner som i neste omgang gjør det mulig å etablere meningsfulle sosiale samhandlinger med andre. Det viser seg hvordan barn av psykisk syke foreldre, i sammenligning med barn av friske foreldre, virker dårligere til selv å regulere deres emosjonelle reaksjoner (Gaensbauer m.fl. 1984). De beskrives ofte som apatiske og udifferensierende eller umodne i deres emosjonelle uttrykk (Musick m.fl. 1987, Worland m.fl. 1987).

Selve fundamentet i tilknytningsforhold består av emosjoner. Mange av de mest intense emosjonene som barn opplever oppstår i forbindelse med dannelsen, vedlikeholdet og forstyrrelser i dette forholdet. Det kan derfor være grunn til å anta at kvaliteten på tilknytningsrelasjoner og de samspillerfaringene barn har med omsorgspersoner kan være av betydning for barns evne til emosjonsregulering (Smith 2002).

Problemer knyttet til avkoding og forståelse av emosjoner, i tillegg til problemer knyttet til egne emosjonelle uttrykksformer, kan ha betydning for utvikling av empati og prososial atferd hos barn av psykisk syke. Empati dreier seg om å leve seg inn i andres følelser for å forstå hans eller hennes behov. Et barn som begynner å gråte når de hører andre barn gråter eller er lei seg viser på den måten empati. Prososial atferd kan betraktes som et samlebegrep på alle former for hjelp, omsorg, fellesskap, samarbeid og sympati (Schaffer, 1999).

Først vil jeg kort ta for meg hva som kjennetegner foreldrefungeringen til psykisk syke, deretter vil jeg se på hvordan foreldrenes psykiske lidelse påvirker barnets psykososiale utvikling. Dette fordi det å være barn av psykisk syke er forbundet med økt risiko for å utvikle psykososiale forstyrrelser. Jeg vil da begrense meg til hva den empiriske forskningen sier om hvordan foreldrenes psykiske lidelse kan føre til ulike vansker hos barnet. Jeg velger å ta utgangspunkt i Aalbæk og Glistrup(1997) metaundersøkelse av barn av psykisk syke og deres psykososiale utvikling. De deler barns vansker, som en konsekvens av foreldrenes psykiske lidelse, inn i fem underkategorier: 1) somatiske forstyrrelser, 2) psykiatriske forstyrrelser, 3) emosjonelle vanskeligheter, 4) Kognitive vanskeligheter og 5) interpersonlige vanskeligheter. Jeg mener det kan være viktig med en gjennomgang av empiri om hvordan foreldrenes lidelse påvirker barn av psykisk syke på disse områdene, fordi dette er områder som vil kunne påvirke barnets individuelle beskyttelsesfaktorer. De individuelle beskyttelsesfaktorene kan hos barn av psykisk syke være svekket. En redegjørelse for empiri kan derfor være med å bygge opp under betydningen av å styrke disse individuelle faktorene.

Videre kommer jeg kort til å belyse overlevelsstrategier. Dette igjen kan gi et bilde av hvordan barn kan reagere, som et resultat av å vokse opp i et risikomiljø. Det kan det være hensiktsmessig å få et innblikk i disse strategiene, fordi det sier noe om hvordan barnet blir møtt av omverden, og hvordan man som fagperson kan gjenkjenne ulike symptomer hos disse barna. Til slutt vil jeg se på betydningen av barnets kjønn og alder med hensyn til risikoen ved å være barn av psykisk syke foreldre.

2.4. Foreldrefungering

Det hersker i dag ingen tvil om sammenhengen mellom psykiske lidelser hos foreldre og psykiske forstyrrelser hos barn. Men sammenhengen har hittil vært påvist å ha moderat styrke og vært relativt lite spesifikk. Rutter og Quinton fant allerede i 1984 at barn av psykiatriske pasienter hadde en økt forekomst av alvorlige følelsesmessige forstyrrelser.

Med foreldrefungering menes foreldrenes hverdagsatferd i forhold til sitt barn, inkludert kognisjoner, emosjoner og attribusjoner rettet mot barnet, holdninger og verdier.

Dysfunksjonell foreldrefungering er alt forelderen gjør eller ikke gjør som kan ha en negativ påvirkning på barnet.

Det er mye kunnskap om de foreldrefunksjoner, som er sentrale for et godt nok foreldreskap og for god nok omsorg. Det gjelder omsorgspersoners evne til å se barnet som det er, engasjere seg positivt følelsesmessig i barnet, evnen til empati med barnet og evnen til å ha realistiske forventninger til barnets mestring (Killen 2000). De barna som opplever at foreldrene ser dem, forstår dem og aksepterer dem som de er, er barn som får et godt grunnlag for å utvikle god selvfølelse. De barn som opplever at de har foreldre som engasjerer seg i dem med glede, som gleder seg over å være sammen med dem, er barn som utvikler positive forventninger, optimisme og egen evne til å glede seg og engasjere seg. De barna som opplever at foreldrene er i stand til å leve seg inn i hvordan de har det, som kan trøste når de er lei seg, som kan forstå deres sinne og protest, er barn som vet hva de føler, og som våger å føle. De lærer etter hvert å regulere sine følelser. De barna som opplever realistiske forventninger, slipper å bekymre seg for å ikke skulle kunne mestre. De kan bruke sine krefter på å mestre. Opplevelsen av mestring er vesentlig for barn.

Forskning på psykisk sykes foreldrefungering viser at psykisk sykdom generelt og på tvers av spesifikke diagnoser, synes å innvirke på foreldreatferden og foreldreevnen (Aalbæk og Glistrup 1997). Det er først og fremst deprimerte mødre det er forsket på og mødres depresjon påvirker barnet både direkte og indirekte; direkte gjennom kvaliteten av omsorgen og samspillet med barnet, indirekte gjennom samlivsproblemer og eventuelle innleggelse i sykehus. Å leve med psykotiske foreldre representerer en spesiell belastning. Det å oppleve en forelder som endrer seg, som trekker tilbake sitt engasjement og legger for dagen bisarr atferd eller truer med å ta sitt eget liv, skaper utrygghet, angst og skyldfølelse. De barna som er mest utsatt når det gjelder utvikling av psykiske forstyrrelser, er barn som inkorporeres i foreldrenes paranoide system. Det vil si at de blir gitt en rolle i foreldrenes forvrengte virkelighet. Psykotiske tilstander setter foreldrefunksjonen ut av funksjon. Foreldrene er for opptatt av sin egen psykotiske indre verden til å kunne se sine egne barn, engasjere seg positivt følelsesmessig i dem, ha empati med dem og ha realistiske forventninger til dem. Foreldre med personlighetsforstyrrelser kan neppe unngå å utsette sine barn for ulike grader av periodisk vanskjøtsel og overgrep. De er følelsesmessige ustabile og derfor uforutsigbare. Deres opptatthet av egne behov står i veien for å se barnets behov og kunne leve seg inn i barnets situasjon. Disse foreldrene lever med en kronisk følelse av tomhet og engster seg for å bli forlatt. Deres forhold til andre er intense, men ustabile, ofte kortvarig, hvor de enten idealiserer eller svartmaler (Killen 2000). Anthony (1976) understreker at barnets egen

opplevelse av å henholdsvis være involvert eller ikke involvert i foreldrenes sykdom, synes av avgjørende betydning for hvordan det påvirkes av og reagerer på å ha psykisk syke foreldre. Videre fremhever Anthony (1976) at barn som involveres i den schizofrene forelder sin tilstand, inkorporeres i forelderens psykotiske verden. Barnet blir da en innebygget del av forelderens disorganiserte tanker og følelser som kommer til uttrykk i vrangforestillinger, hallusinasjoner og bizarre stemninger og atferd (ibid.). Foreldre med bipolar affektiv lidelse er også undersøkt med henblikk på foreldreatferd og foreldreevne. Davenport m.fl. (1984), som undersøker oppdragelsesmessige holdninger og atferd hos par, hvor den ene forelder er diagnostisert bipolar affektiv lidelse og sammenligner med par, hvor begge foreldre er friske. Det konstanteres at mødrene i pasientgruppen er knapp så oppmerksomme på barnets helbredsmessige behov, at de vekter dets presentasjoner, er mindre tilbøyelig til å oppmuntre barnet til åpent utfoldelse og gir uttrykk for flere negative følelser overfor barnet. Gjennom observasjonene oppfattes mødrene fra pasientgruppen som mindre aktive i interaksjonen med deres barn, mer disorganisert, anspente, inkonsekvente og ineffektive. Stemningen skifter fra en omsorgsfull forelder, til en som er hjelpsløs, ikke tilstede, irritabel og i høy grad avhengig. Barnet vet da ikke hva som skal skje, hva som vil skje, eller om dens behov vil bli møtt og det kan komme til å oppleve at det alltid befinner seg i en farlig situasjon (ibid.). Hos Weismann & Paykel (1974) undersøkes hvordan deprimerte mødre, i sammenligning med friske mødre, utfyller foreldrerollen og ivaretar de funksjoner som ligger her. De finner ut at deprimerte kvinner i den akutte episode er mindre involverende i deres barn, har en svekket kommunikasjon, økt friksjon, mangel på affeksjon og større skyld og vrede. I kontakten med deres barn er kvinnene oftere overbeskyttende, irritable, fordypet i tanker, tilbaketrukkne, emosjonelt fraværende og/ eller avvisende. Av Wiesmann (1983) identifiseres fire områder for dysfunksjon i tilknytningen til den deprimerte som forelder. For det første fremheves det at depresjon hos foreldrene synes å svekke deres evne til emosjonell involvering og interesse i deres barn. For eksempel kan dette bety at foreldrene ikke klarer å interessere seg for eller involvere seg i barnets skole, sosiale aktiviteter, eller venner. For det andre fremheves at depresjon innvirker på kommunikasjonen mellom foreldre og barn. Dette kan ses ved at barnet typisk ikke henvender seg med sine opplevelser, følelser eller problemer som ofte henger sammen med at den deprimerte forelder ikke virker interessert, er opptatt av egne forhold eller av den grunn ikke evner å lytte. For det tredje ses det generelt at den deprimerte forelder forholder seg følelsesmessig annerledes i relasjonen til sitt barn enn den friske forelder. Til slutt fremhever Weissman (1983) at det hos deprimerte foreldre er snakk om en høyere grad av fiendtlighet i forhold til deres nære familie, også barna. Den største delen av

denne fiendtligheten tar form som irritabilitet, men det ses også at det er snakk om en åpen, intens konflikt og fysisk vold. Anthony (1983) har også undersøkt deprimerte i rollen som foreldre og de knyttede funksjoner. Ut av dette har han fra observasjoner og samtaler med deprimerte mødre definert en rekke trekk eller karakteristikk, som disorganiserer eller forstyrrer kontakten mellom den deprimerte mor og det lille barn. Først fremhever Anthony (ibid.) at det er snakk om hjelpeløshet og mor sin følelse av utilstrekkelighet. Samtidig er det snakk om ambivalens, da den deprimerte mor kan betrakte det lille barn som en konkurrent, hvilket på sin side kan bety at det blir snakk om åpen aggressivitet i form av enten vrede eller fysisk angrep på barnet. Det vil også, ifølge Anthony (ibid.), være snakk om den deprimerte mors tilbaketrekning fra de forskjellige ytre ansvar, som for eksempel omsorgen for barnet mens hun vender sin oppmerksomhet mot seg selv og sin egen kropp. Til slutt vil det ses et fall i selvværd, som knytter seg til den deprimerte mor sin opplevelse av å utfylle rollen som mor dårlig, som igjen betyr at skyldfølelser, selvbebreidelser og hypersensitivitet overfor kritikk gjør seg gjeldende. Undersøkelse av Cox m.fl.(1987) sammenligner deprimerte mødre og deres barn på to år, med en kontroll gruppe bestående av friske mødre og deres barn på samme alder. Her påvises det en rekke forskjeller mellom de to gruppene i observert atferd, mens det også ses at det innen for gruppen av deprimerte mødre er snakk om stor variasjon i kvaliteten av mor – barn interaksjonen. Som gruppe betraktet gjelder det at de deprimerte mødre generelt er mindre oppmerksomme og mindre i stand til å opprettholde sosial interaksjon. Ofte oppfatter de ikke barnets signaler og er, mer flytende i kontakten til deres barn, som igjen betyr at de ofte blir mentalt fraværende under samspill med deres barn. Sammenfattende ses det at psykisk sykdom hos foreldrene, generelt og på tvers av den spesifikke diagnose synes å innvirke på foreldreatferden og foreldreevnen. Det viser til at foreldreatferden, generelt synes å forstyrres av de depressive symptomene. Det skal også nevnes at det vises en stor variasjon i foreldreatferden, de deprimerte foreldrene viser. Det er derfor ikke alene snakk om forskjeller i korrelerende forhold og symptomer på tvers av diagnoser, men også innen for den enkelte diagnose. Dermed kan mulig noe av den variasjonen som påvises i barns psykososiale tilpasning forstås på bakgrunn av denne variasjonen, som gjør seg gjeldende også i relasjon til foreldreatferd hos den psykisk syke forelder. Noe fremheves i relasjonen til den schizofrene som mor, som hun med den depressive mor deler den affektive dimensjonen i kontakten med sitt barn, emosjonell utilgjengelighet. Videre er det viktig å være oppmerksom på hvorvidt barnet involveres direkte i den schizofrene forelders vrangforestilling og hallusinasjoner. Sett ut fra dette ståsted av den psykisk syke som forelder, kan det ved schizofreni som ved en stor depresjon hvor den

primære kontakt med barnet ikke overtas av en frisk forelder, typisk far eller en annen nærstående frisk person, bli snakk om patologisk omsorgssvikt (Lier 1993a). Det ses en relasjon mellom foreldrenes psykiske sykdom på den ene siden og forstyrrelser i barnets aktuelle psykososiale utvikling på den andre, uten at dette knytter seg signifikant til en spesifikk diagnostisk kategori. Det virker nesten tvert i mot å være snakk om at sykdommens alvorlighetsgrad og grad av vedvarenhet, utgjør en avgjørende variabel. En rekke faktorer synes å gjøre seg gjeldende i relasjonen mellom psykisk sykdom på foreldresiden og forstyrrelser hos barnet. Også barnets risiko for forstyrrelser øker når begge foreldrene er psykisk syke. Generelt påvises også kvaliteten på interaksjonen mellom den psykisk syke forelder og barnet som vesentlig. Jeg vil komme nærmere inn på foreldrefungeringen senere i oppgaven.

Mange undersøkelser som er utført av barn med psykisk syke foreldre, understreker at det er viktig å være oppmerksom på hvorvidt det er en forbindelse mellom barnets psykososiale utvikling og den syke forelders kjønn. Imidlertid er det sånn at det generelt er snakk om en overvekt av kvinner blant de psykiatriske pasientene, som er foreldre, og derfor i et flertall av undersøkelsene fokuseres det på barn av psykisk syke mødre (El-Guebaly m.fl. 1978; Wang & Goldschmidt, 1994).

Rutter (1966, ref. i Aalbæk & Glistrup 1997) finner at betydningen av psykisk sykdom hos foreldrene synes størst for barn av samme kjønn som den forelder, som er den syke. Det påvises at, der enten faren eller begge foreldrene er psykisk syke, viser guttene psykiske forstyrrelser i forholdet 2:1 i sammenlikning med jentene, mens der hvor moren er psykisk syk, ses relativt flere jenter med psykiske forstyrrelser. Rutter er inne på at disse resultatene kan skyldes at foreldrene er mer hengivne og skånsomme overfor et barn av det motsatte kjønn, mens de er mer reserverte overfor et barn av samme kjønn som dem selv. Også Quinton og Rutter (1985) påviser en viss tendens til at den psykiske risiko er størst for barn av samme kjønn som den psykisk syke forelder. I deres undersøkelse ser de at sønnene med større sannsynlighet utviser forstyrrelser når far er pasienten, og at det samme gjelder for døtrene, når mor er pasienten. I forhold til de to vurderingene av barnas forstyrrelser, som inngår i undersøkelsen, lærer-spørreskjema og foreldre-intervju, er den prosentvise fordelingen av sønnene henholdsvis 40 og 33% når far er pasienten, overfor 25 og 22% når mor er pasienten. For døtrene gjelder i forhold til de samme mål 0 og 0 % når far er pasienten, overfor 11 og 16 %, når mor er pasienten. Det er imidlertid ikke snakk om statistisk

signifikans. Forfatterne fremhever selv at det er nødvendig å være varsom med å dra slutninger på bakgrunn av undersøkelsen, da det er snakk om små undersøkelsesgrupper (Rutter & Quinton 1987). Dette viser en tendens til at den psykiatriske risiko er større for barn av samme kjønn som den psykisk syke forelder, spesielt for guttenes vedkommende. Samtidig er det flere undersøkelser som peker på betydningen av den psykisk syke forelders kjønn uansett barnets kjønn. Orvaschel m.fl. (1979) sammenligner, med henblikk på å undersøke effekten av den psykisk syke forelders kjønn, barn med henholdsvis en schizofren forelder, en psykisk forstyrret, men ikke schizofren forelder og en frisk forelder. I sammenligningen brukes en rekke atferdsmessige, oppmerksomhetsmessige og nevrologiske vurderinger. Resultatene indikerer, at uansett kjønn viser barn med psykisk syke mødre en større sensitivitet overfor stimulering og en annerledes, mer klumsete og ubehagelig atferd enn barn med enten psykisk syke fedre eller foreldre uten psykisk sykdom. På samme måte påpeker Worland m.fl. (1982) i deres undersøkelse også betydningen av den psykisk syke forelders kjønn. Barnas kognitive utvikling vurderes her ut fra forskjellige IQ tester. Undersøkelsen viser en signifikant interaksjon mellom foreldrenes kjønn og diagnose, idet barn med psykotiske mødre utviser lavere IQ skåre enn barn, med psykotiske fedre. Også Feldman m.fl. (1987) finner at det utgjør en forskjell, om det er far eller mor som er psykisk syk. I deres undersøkelse ses det at typen av psykisk sykdom på foreldresiden er signifikant forbundet med atferdsmessige problemer hos barnet, når mor er pasienten, mens det ikke finnes en slik forbindelse når far er pasienten. Det viser seg at barn som bor med en psykisk syk far har signifikant færre atferdsproblemer enn barn som bor med en psykisk syk mor. Barnets kjønn alene og kombinasjonen av barnets kjønn og den psykisk syke forelders kjønn forklarer ikke den signifikante variansen i barnas atferdsmessige problemer. Undersøkelsen tyder derfor ikke på en kjønnsspesifikk forbindelse, men peker mot at psykisk sykdom hos mor er tettere forbundet med atferdsmessige forstyrrelser hos barna, uansett kjønn, enn psykisk sykdom er hos far. Mye tyder derfor på at det er den psykisk syke morens innflytelse på barnet, som er vesentlig uansett barnets kjønn og at barnet derfor er i størst risiko, når mor er pasienten (Feldman m.fl. 1987).

Å avdekke betydningen av ekteskapelige uoverensstemmelser er vesentlig, fordi ekteskapelige uoverensstemmelser og psykopatologi hos foreldrene ikke er uavhengige. Flere undersøkelser har vist at psykisk sykdom med stor hyppighet er assosiert med ekteskapelige uoverensstemmelser. For eksempel fremhever Quinton & Rutter (1985) om de ekteskapelige forhold i de familiene de undersøker, henholdsvis psykisk syke og friske foreldre, er gift og

bor sammen, er den del hvor dette ikke gjelder mer enn dobbelt så stor for pasientgruppen, nemlig 20 % overfor 8 %. Videre er det for mye flere av pasientenes ekteskap snakk om nåværende uoverensstemmelser i form av hyppige krangler, diskusjoner og stridigheter. Wang % Goldschmidt (1994) fremhever i deres kvalitative og deskriptive undersøkelse av psykisk syke foreldre, særlig deres egen beskrivelse av deres familiesituasjon og deres barn, at høy grad av generelle ekteskapelige uoverensstemmelser, oppløsning og brudd i familien samt konflikter mellom separerte foreldre karakteriserer de ekteskapelige forhold hos den gruppen psykisk syke foreldre som de undersøker. Hos Quinton & Rutter (1985) ses det dessuten at de ekteskapelige forhold i pasientens familier, synes tett knyttet til pasientens psykiatriske tilstand. Det viser seg i sammenligninger mellom henholdsvis depressive, schizofrene og personlighetsforstyrrelser hos foreldrene, at ekteskapelig uoverensstemmelse i høyere grad gjør seg gjeldene ved personlighetsforstyrrelser enn ved de to øvrige diagnostiske kategorier. Ved psykisk sykdom på foreldresiden er det ofte assosiert med uoverensstemmelser i det ekteskapelige forhold. Når barn med psykisk syke foreldre vurderes som forskjellige fra barn med friske foreldre, relateres forskjellen direkte til foreldrenes psykopatologi i seg selv. I forståelsen av hvordan det påvirker barnet å vokse opp med psykisk syke foreldre, er det viktig å være oppmerksom på forhold som er knyttet til eller karakteriserer foreldrenes psykiske lidelse, heller enn selve diagnosen. I motsetning til flere av de tidligere temaene virker det ikke, når det gjelder betydningen av ekteskapelig uoverensstemmelser, å være forskningsmessig uenighet. Undersøkelser viser generelt, som jeg tidligere har berørt i oppgaven, at ekteskapelige uoverensstemmelser utgjør en vesentlig faktor eller medierende variabel i relasjonen mellom psykisk sykdom hos foreldrene og psykiske forstyrrelser hos barna deres. Rutter (1971) undersøkte allerede hva det betyr for barn, at det på deres foreldreside er snakk om så vel ekteskapelige uoverensstemmelser som psykisk syke foreldre. En undersøkelsesgruppe bestående av 80 gutter, ses det at det for 38 av disse guttene, hvor foreldrene vurderes til å ha et dårlig ekteskap, at det er snakk om en forhøyet risiko for antisosial atferd, mens det samme ikke gjelder for de resterende 42 guttene hvor foreldrene vurderes til å ha et godt eller rimelig godt ekteskap. Videre ses det at risikoen forhøyes ytterligere, hvis det også er snakk om en personlighetsforstyrrelse på foreldresiden. Undersøkelsen konkluderer også med at personlighetsforstyrrelser på foreldresiden ikke har noen effekt på barna, når det samtidig er snakk om et harmonisk ekteskap. Denne konklusjonen støttes av Emery m.fl. (1982) som påviser at det for barn av deprimerte foreldre gjelder, at deres problemer i skolen synes direkte relatert til omfanget av ekteskapelige uoverensstemmelser. Videre viser undersøkelsen at det i tilfeller hvor det ikke er snakk om

ekteskapelige uoverensstemmelser, heller ikke ses en større risiko for at barn med deprimerte foreldre utviser problematferd i skolen, enn for barn med friske foreldre. Et resultat som klart påpeker det viktige i å være oppmerksom på foreldrenes innbyrdes forhold som en viktig variabel for barnets psykososiale utvikling. Undersøkelsen påviser ikke det samme forhold for barn av schizofrene foreldre. Disse barns atferd i skolen relaterer seg ikke i samme utstrekning til hvorvidt det er snakk om ekteskapelige uoverensstemmelser mellom deres foreldre. Denne forskjellen til tross fremhever Emery m.fl. (1982) allikevel at variabelen ekteskapelig uoverensstemmelse, generelt forklarer en større del av den varians av problemer i skolen, som barna viser enn psykopatologi på foreldresiden. I overensstemmelse med dette, konkluderer Quinton & Rutter (1985) om betydningen av uoverensstemmelser at psykisk sykdom hos foreldre kun medfører en mindre risiko for barna, hvis det ikke samtidig er snakk om uoverensstemmelser og brudd i familien. Også dette resultatet støtter den antagelse at den betydning, det har for et barn og dets psykososiale utvikling å vokse opp med psykisk syke foreldre, heller stammer fra forhold som korrelerer med psykisk sykdom enn fra selve sykdommen. Sammenfattende, på bakgrunn av de foreliggende undersøkelsene, ser det ut til at ekteskapelig uoverensstemmelse utgjør en avgjørende medierende variabel i relasjonen mellom psykisk sykdom hos foreldrene og psykiske forstyrrelser hos barna deres. Videre kan en ikke med sikkerhet si at uoverensstemmelser utgjør den eneste operative variabel. Det vises for eksempel, at ekteskapelig uoverensstemmelse ikke gjør rede for den forhøyede forekomst av forstyrrelser hos barn av schizofrene foreldre (Emery m.fl. 1982).

I hvilken grad påvirker det barnet og dets psykososiale utvikling, der det er snakk om psykisk sykdom hos begge foreldrene? Mange undersøkelser fremhever at der det er en høy forekomst av psykisk sykdom hos ektefeller til psykiatriske pasienter (Wang & Goldschmidt 1994). For eksempel viser Quinton & Rutter (1985) at det for dobbelt så mange i denne pasientgruppen gjelder, at den ikke – hospitaliserende ektefellen utviser psykiske forstyrrelser. Den viser videre at en tredjedel av parene i denne pasientgruppen, at begge foreldrene er psykisk syke (Rutter & Quinton 1987). Det viser seg også at, jo mer kronisk pasientens forstyrrelser viser seg å være, dess større er sannsynligheten for, at det hos ektefellen er snakk om vedvarende psykiske forstyrrelser eller problemer (Rutter & Quinton 1984). I relasjon til psykisk sykdom kan dette bety at det er snakk om at psykisk sårbare individer, velger å gifte seg med mennesker som synes sårbare på samme eller lignende måte. Rutter & Quinton (1987) fremhever at barnets risiko for psykiske forstyrrelser øker, når begge foreldrene er psykisk syke. Også Weissman m.fl. (1984) påviser i deres undersøkelse av barn med depressive

foreldre, er signifikant flere av barna hvor begge foreldrene er psykisk syke diagnostiseres ut fra DSM – III, enn barn hvor en av to, eller ingen foreldre er psykisk syke. I prosent er det snakk om at 12.2 % av barna hvor begge foreldrene er psykisk syke, diagnostiseres som deprimerende, mens det samme gjelder for 8.3 % av barna, hvor en av to foreldre er psykisk syke og ikke gjeldende for de barn hvor begge foreldrene er friske. Feldman m.fl. (1987) uttrykker seg imidlertid litt annerledes. Hvis barnet vokser opp med en enslig mor eller far som er psykisk syk, vil det si det samme som at 100 % av foreldresiden er psykisk syk, mens hvis en av to foreldre er psykisk syke er det kun snakk om 50%. Hvis barnet vokser opp med at både mor og far er psykisk syke, er det igjen snakk om at proporsjonen av syke foreldre er 100 %. Videre hevder Feldman m.fl. (1987) at sannsynligheten for, at barnet viser forstyrrelser er størst når proporsjonen av psykisk sykdom på foreldresiden er 100 %, mens den er lavere ved 50 % og minst hvor det ikke er snakk om psykisk syke foreldre. Betydningen det har for et barn å ha en frisk forelder og et forhold til denne fremhever allerede Anthony (1976), i det han konkluderer, at den psykiske tilstand hos den ikke innlagte av foreldrene og dennes foreldrefungering for barnet er mer avgjørende for barnets utvikling enn den syke forelders diagnose. Det ligger i denne konklusjonen samtidig en understrekning av at omsorgsevnen hos den ikke syke forelder, kan beskytte barnet mot de negative virkninger av at den ene forelder er psykisk syk. Også i Kauai undersøkelsen (jfr 4.1.) vises det at de barn som beskrives som stress – resistente blant annet karakteriseres av, at andre omsorgspersoner, fedre, besteforeldre eller eldre søsken er til stede og til rådighet utover mor (Werner 1985). Videre kan det her nevnes, som jeg allerede har vært inne på, at den kompensere betydning av den andre forelder kan variere med foreldrenes kjønn. Feldman m.fl.(1987) viser, som nevnt, at det primært er et positivt forhold mellom mor og barn som synes å minske betydningen av uoverensstemmelser mellom barnet og den psykisk syke far, mens det omvendt ikke synes å gjøre seg gjeldende. Disse beskyttende forhold og mekanismer vil jeg komme tilbake til senere i oppgaven.

2.5. Utvikling av psykopatologi

Psykososial utvikling vil si utvikling av biologiske, psykologiske og sosiale funksjoner eller evner på ulike alderstrinn (Aalbæk & Glistrup 1997:8). Sroufe og Rutter (1984:18) definerer utviklingspsykopatologi som "...the study of the origins and course of individual patterns of behavioral maladaptations , whatever the age of onset, whatever the causes, whatever the

transformations in behavioral manifestation, and however complex the course of the developmental pattern may be...”. Det er vist gjennom mange undersøkelser at det er stor forskjell på, i hvilken utstrekning barn med psykisk syke foreldre viser tegn på vanskeligheter. Det viser seg videre at en stor del av barna overhodet ikke viser tegn på at deres psykososiale utvikling er påvirket.

Utviklingspatologien har bidratt til å øke vår forståelse av risiko- og beskyttelsesfaktorer assosiert med atferdsforstyrrelser og emosjonelle vansker hos barn. Det finnes mange typer risiko, som individuelle, familiære og samfunnsmessig risiko. Dessuten kan risiko være mer eller mindre alvorlige, mange risikofaktorer er kroniske og opptrer samtidig og er av den grunn alvorlige. Barn skaper sitt eget individuelle oppvekstmiljø. Hvert enkelt barn utløser med andre ord ulike reaksjoner fra de voksne. Derfor virker samme type risiko forskjellig inn på det enkelte barn. Det viktigste er ikke risikoen i seg selv, men de prosessene og mekanismene den aktiverer. Et eksempel på dette vil være at depresjon hos foreldre leder ikke nødvendigvis til psykiske problemer hos barna. Men dersom depresjonen faller sammen med en uheldig oppdragerstil, kan det være skadelig (Borge 2003). Mange utviklingsteoretikere tenker seg at effekten av tidlig erfaring i siste instans avhenger av relasjonen mellom barnet og dets miljø. Slike tilnærminger til barns utvikling kalles transaksjonstilnærminger. De ser på hvordan egenskaper ved barnet og egenskaper ved miljøet interagerer over tid, for så å bestemme utviklingsutfallet (Sameroff & Mackenzie 2003). Forskning på temperament er et område som har utfordret antagelsen om at spedbarns atferd kun er miljøbestemt. Forskning har vist at mange temperamentsforskjeller er medfødt og at relasjonen mellom foreldrene og barn er gjensidig. Transaksjonsmodellen kan illustrere hvordan dette finner sted. Spedbarnets atferd vil være med på å forme foreldrenes respons. Et spedbarn som raskt roes når det blir trøstet, vil lett øke foreldrenes opplevelse av mestring og kompetanse. Motsatt vil et spedbarn som stivner og fortsetter å gråte under forsøk på trøst, med økt sannsynlighet få foreldrene til å føle seg avvist og hjelpeløse. Dess mer responderende spedbarnet er overfor den støtte og trøst som gis av foreldrene, dess enklere er det å etablere et sterkt følelsesmessig bånd (Atkinson m.fl. 2000).

Mitt fokus vil videre være rettet mot foreldrepsykopatologi som en risikofaktor, der jeg vil se på sannsynligheten for at barn av psykisk syke utvikler psykopatologi og/eller vansker på bakgrunn av denne risikofaktoren. Foreldrenes psykiske lidelse kan påvirke barnas psykososiale utvikling indirekte. Den psykiske lidelsen påvirker foreldrefungeringen og

samspeilet i familien, direkte, ved at barnet involveres i de psykiske symptomene. (Aalbæk & Glistrup 1997). Jeg vil i kapittel 3 blant annet komme nærmere inn på risiko knyttet til familiebasert risiko, risikoindikatorer og risikomekanismer.

2.5.1. Somatiske forstyrrelser

Det er vanskelig å si noe sikkert om barns somatiske vansker har noen sammenheng med foreldrenes psykiske sykdom, fordi ulike undersøkelser på området gir motstridende svar om barnas somatiske utvikling. En av årsakene til dette kan være at det er uenighet om hvordan somatiske forstyrrelser skal måles og hvorvidt det påvirker barnas somatiske tilstand å vokse opp med en psykisk syk foreldre. På tross av dette kan det være nyttig å nevne den somatiske utviklingen, da de somatiske vanskelighetene synes viktig å være oppmerksom på i relasjon til det tidlige samspeilet mellom barnet og dets omgivelser. Flere undersøkelser viser en tendens til en sammenheng mellom små barns somatiske tilstand og foreldrenes psykiske sykdom. Det fremgår imidlertid ikke klart om denne påvirkningen kommer til uttrykk i somatiske forstyrrelser senere i barnets liv. I flere av undersøkelsene som er gjort på området viser det seg at barn av psykisk syke oftere klager over hodepine enn barn fra kontrollgruppen. Kan det skyldes at de er mer utsatt for risiko som fører til hodepine, som for eksempel psykososial ustabilitet i familien? I tillegg er det en økt forekomst av barn med en fødselsvekt på under 2500 gram blant barn, der mor var innlagt på en psykiatrisk avdeling i en periode på to år før og etter en fødsel. Det å være født med en lav fødselsvekt kan gjøre omsorgen for barnet vanskeligere, hvor mor selv har psykiske vanskeligheter, og barnets utvikling belastet. Omvendt kan det være snakk om at barnet som en reaksjon på et ustabil omsorgsmiljø reagerer ved å ikke utvikle seg alderssvarende.(Aalbæk & Glistrup 1997).

2.5.2. Psykiatriske forstyrrelser

Med utgangspunkt i en antakelse om at barn av psykisk syke foreldre er i en økt risiko for å selv utvikle psykiatriske lidelser, har en rekke undersøkelser avdekket en økt forekomst av psykiatriske forstyrrelser hos denne gruppen av barn (Aalbæk & Glistrup 1997).

Nyere studier har vist at 50% av barn til foreldre med psykiske lidelser kommer til å oppleve en depresjon innen slutten av ungdomsårene (Killen 2000:93).

I en undersøkelse av Welner m.fl., fant de at 8 av 75 barn med deprimerte foreldre utviser mer enn fem depressive symptomer, men dette ikke gjør seg gjeldende for barna i kontrollgruppen. 7 % av barna i risikogruppen oppfyller faktisk de diagnostiske kriteriene for depresjon hos voksne. Orvaschel m.fl., viser i deres undersøkelse at 12 av 28 barn med psykisk syke foreldre, selv utvikler forskjellige former for psykopatologi basert på intervju med foreldre og barn. Også Decina m.fl. viser i en tverrsnittundersøkelse av 31 barn med foreldre som lider av en affektiv sinnslidelse, at det for omkring halvparten av disse barna kan stilles en egentlig psykiatrisk diagnose. I kontrollgruppen med 18 barn er dette kun tilfelle for et enkelt barn.

Weissman (1983) undersøkte 194 barn av deprimerte foreldre i forhold til en kontrollgruppe og konkluderte med at det er en signifikant forskjell, med hensyn til hvor mange DSM-111-diagnoser som finnes i de to gruppene med barn. Således er risikoen for å få en diagnose tre ganger så høy blant barn av deprimerte foreldre.

Quinton og Rutter slår fast på bakgrunn av en longitudinell undersøkelse av 192 barn av psykisk syke foreldre med psykoser, emosjonelle forstyrrelser eller personlighetsforstyrrelser, at det er en økt forekomst av psykiske lidelser hos disse barna. Undersøkelsen strekker seg over fire år og over halvparten av disse 192 barna, viste tegn på en eller flere psykiatriske forstyrrelser. Omkring 30% av disse barna, utviklet vedvarende psykiatriske forstyrrelser i løpet av de fire årene undersøkelsen pågikk. Det omhandlet spesielt atferdsforstyrrelser og i mindre grad om emosjonelle forstyrrelse (Aalbæk & Glistrup 1997).

På bakgrunn av studier gjort på forekomsten av psykiske lidelser hos barn av psykiske syke foreldre, mener Aalbæk og Glistrup at det er rimelig å konkludere med at resultatene fra slike studier peker i samme retning. Flere barn av psykisk syke viser tegn på psykiatriske forstyrrelser, samt et bredt spekter av symptomer av både affektive og atferdsmessig karakter (Aalbæk & Glistrup 1997).

2.5.3. Emosjonelle vansker.

Emosjonelle forstyrrelser viser seg ofte i form av triste følelser og endret stemningsleie med endret selvfølelse og aktivitetsnivå. I alvorlig grad kan de også kalles affektive forstyrrelser eller depressive tilstander. Relativt alvorlige tilfeller forekommer bare hos 1-3 % av barn i 8-12 års alder, men øker til 8% etter puberteten, spesielt hos unge jenter (Borge 2003).

Med fokus på emosjonell utvikling hos barn av psykisk syke foreldre tyder undersøkelser på, at denne gruppen barn har signifikant flere vanskeligheter enn i kontrollgruppene. Det viser seg at disse emosjonelle vanskelighetene fortsetter, på tross av, bedring i foreldrenes psykiske lidelse. Dette viser at det ikke bare primært er foreldrenes psykiske lidelse som er avgjørende for barnets emosjonelle problemer, men også de psykososiale forstyrrelser i familien som er knyttet til foreldrenes psykiske sykdom, og som kan vedvare etter de akutte symptomene ved foreldrenes lidelse bedres. I forlengelsen av studier på barnets emosjonelle utvikling har enkelte undersøkelser videre fokusert på barnets og den unges selv vurdering som et område, hvor det å vokse opp med en psykisk syk foreldre kan ha innflytelse. Hirsch m.fl. fant i sin studie med barn av psykisk syke foreldre, at det var signifikant lavere selvtillitt blant barn av psykisk syke enn hos barn i kontrollgruppen. Flere undersøkelser er gjort på tilknytning mellom psykisk syke mødre og deres barn og resultatene viser at en del barn har en utrygg tilknytning, er mye engstelige, triste og har dårlig impuls kontroll (Aalbæk & Glistrup 1997).

Andrew G. Billings og Rudolf Moos finner i sin tverrsnittundersøkelse, hvor de ut fra foreldrevurderinger studerer 133 barn i alderen 0-18 år med depressive foreldre, at en signifikant større del av disse barna er triste, engstelige og utviser andre emosjonelle problemer i forhold til kontrollgruppen (Aalbæk & Glistrup 1997).

Ut ifra flere studier av det å vokse opp med en psykisk syk forelder, viser det seg at mange av de minste barna får emosjonelle vanskeligheter, særlig i forhold til tilknytning. Dette fastholdes imidlertid også hos de litt eldre barna.

2.5.4. Kognitive vansker

I mange undersøkelser av barn med schizofrene foreldre har det vært en tendens til å vektlegge de kognitive vanskene. Et kognitivt område det har vært mye fokus på er barns oppmerksomhet. Interessen for dette området bygger på en antagelse om at mangler i eller forstyrrelser av evnen til å opprettholde oppmerksomheten over lengre tid, som er karakteristisk for voksne schizofrene, dels kan være en tidlig forløper for senere schizofreni og dels et område hvor vanskelighetene kan få betydning for barns generelle utvikling. Resultatene av undersøkelsen viser at barn av psykisk syke ofte har vanskeligheter med å holde oppmerksomheten over lengre tid.

En annen gruppe av kognitive vanskeligheter det er forsket på i forbindelse med barn av psykisk syke foreldre, er tankeforstyrrelser. Arboleda og Holzman (1985) undersøker en gruppe på 20 barn i alderen 5-16 år med psykotiske mødre. De så på hvorvidt deres tankeforstyrrelser skiller seg ut i forhold til henholdsvis psykotiske barn, innlagte barn med ikke psykotiske atferdsproblemer og friske barn. Det viste seg at en signifikant større del av barna i høy-risiko-gruppen kommer med forstyrrende svar på alle nivåer i forhold til både friske barn og barn som er innlagt med ikke psykotiske forstyrrelser. Kun gruppen av psykotiske barn skilte seg ikke fra barn av psykotiske foreldre med hensyn til forstyrret tenkning. Begge disse gruppene kan karakteriseres ved meget løse assosiasjoner, flytende svar, tendens til autistisk logikk, usammenhengende tale og neologismer som vil si språklig nydannelse.

I en undersøkelse av Worland m.fl.(1982) viser det seg ingen signifikant forskjell med hensyn til intelligensskåre, mellom barn med psykotiske foreldre, og barn med ikke psykotiske foreldre. 78 barn med psykisk syke foreldre deltok i undersøkelsen. Andre studier viser at barn av schizofrene foreldre har lavere intelligens enn barn i kontrollgruppene, og at intelligensskårene til barn i risiko for depresjon kan være enda lavere. (ikke god setning)

Overordnet ser det ikke ut til at det å vokse opp med en psykisk syk forelder henger sammen med en lavere intellektuell evne vurdert ut fra intelligenstester. Aalbæk og Glistrup (1997) mener likevel at det er rimelig å konkludere med at det er en tendens til at barn med psykisk syke foreldre, i forhold til kontrollgruppen, er svakere stilt på det verbale området. Disse resultatene bygger i all vesentlighet på undersøkelser av diverse testsituasjoner, og det er derfor interessant å rette fokuset mot undersøkelser som forsøker å vurdere, om og hvordan disse kognitive vanskelighetene kommer til uttrykk i barnas dagligliv, primært skolen.

Undersøkelser tyder på at de kognitive vanskene ikke er fremtredende i forhold til intellektuelle vansker i skole sammenheng, ut fra vurderinger gjort av lærere og medelever. Med kunnskapen om at barna ikke har lav intelligens, som følge av foreldrenes psykiske lidelse, er det viktig å fokusere på hva som kan være årsaken til at barna ikke gjør det optimalt på skolen. Studier peker på muligheten for at det kan være en sammenheng mellom de spesifikke kognitive vanskene, de sosiale og interpersonlige relasjonene som barna inngår i.

2.5.5. Interpersonlige vansker

Interpersonlige vansker vil si vanskeligheter med sosiale relasjoner i forhold til andre mennesker. Feldman m.fl.(1987) utførte en tverrsnitt undersøkelse av foreldre og lærevurderinger av barns sosiale kompetanse i forhold til aktiviteter, interpersonlige relasjoner og atferd i skolen. De fant ut at barn med psykisk syke foreldre skiller seg signifikant ut fra deres jevnaldrende med hensyn til den sosiale kompetansen på alle tre områdene. Det viste seg at de deltar i færre aktiviteter, har mindre venner, tilbringer mer tid alene og har et mer problematisk forhold til skolen. I hjemmet kan det være stor grad av ustabilitet og dårlig familiesamspill, dette igjen resulterer i dårlig utvikling av sosial kompetanse og vanskeligheter i forhold til interpersonlige relasjoner utenfor familien. De barna som hadde et godt forhold til omsorgspersonene og der det var et godt familiesamspill, deltok i flere fritidsaktiviteter og andre sosiale sammenhenger utenfor familien.

Flere andre undersøkelser bekrefter vanskeligheter med sosial kompetanse og interpersonlige relasjoner hos barn av psykisk syke foreldre. (Aalbæk & Glistrup 1997). Watt m.fl. fant som en del av en longitudinell studie, at risikogruppen bestående av 44 barn i 15 års alderen med schizofrene foreldre, skiller seg signifikant fra kontrollgruppen med hensyn til lærevurderinger av deres sosiale atferd. Barna har færre venner og mindre harmoniske forhold til skolen, er mindre aktive i klassen og virker i det hele tatt mindre motivert for å gå på skolen. Fisher m.fl. fant i sin studie på bakgrunn av venner vurderinger, at barn av psykisk syke foreldre er mer trege eller sløve og sosialt påtrengende enn sine jevnaldrende (Aalbæk & Glistrup 1997).

Undersøkelser av interpersonlige vansker hos barn av psykisk syke foreldre, viser en økt risiko for å fungere dårligere på det sosiale og interpersonlige området enn sine jevnaldrende

med friske foreldre. En antagelse på bakgrunn av slike resultater, kan være at barn av friske foreldre i større grad kan gjøre bruk av interpersonlig kompetanse. I tillegg kan tendensen til ikke å klare å holde oppmerksomheten over lenger tid, svekke barn av psykisk syke, når det gjelder å inngå i nære relasjoner med andre. Videre kan det være mulig at barn av psykisk syke ikke i tilstrekkelig grad har lært å inngå i interpersonlige relasjoner, og at dette gir dem problemer på det kognitive området med hensyn til å holde på oppmerksomheten (Aalbæk & Glistrup 1997).

Forskning tyder på at det å vokse opp med en psykisk syk forelder, kommer til uttrykk i en økt risiko for interpersonlige vanskeligheter hos disse barna. For å forstå denne økte forekomsten av interpersonlige vanskeligheter, kan det være relevant å undersøke sammenhengen mellom disse vanskelighetene og barnets kognitive kompetanse og mangler. Det er også viktig å rette oppmerksomheten på hvordan barnet inngår i interaksjon med den psykisk syke forelder. Studier viser at barn som trekkes inn i foreldrenes psykotiske verden ofte er i størst risiko for å utvikle egne problemer (Aalbæk & Glistrup 1997).

2.6. Overlevelsstrategier

Overlevelsstrategier blir av Kari Killen definert som ”måter barnet forholder seg på for å mestre sin situasjon best mulig når det er truet”(2004:133). De overlevelsstrategiene barnet utvikler, vil blant annet være avhengig av når omsorgssvikten setter inn og hvordan den arter seg, av barnets temperament, fysiske utvikling og vitalitet, dets sensitivitet, kreativitet og intellektuelle utrustning. Strategiene kan være mer eller mindre konstruktive eller destruktive når det gjelder barnets videre utvikling og samspill med andre. Hvordan overlever disse barna? Jeg vil i det følgende kort beskrive to overlevelsstrategier: den overdreven veltilpassede, og den utagerende.

2.6.1. Overdreven tilpasning

Denne gruppen forsøker å tildekke både ovenfor seg selv og ovenfor omverdenen hvor dårlig de har det. De observerer den voksnes holdning og humør, og forsøker å oppføre seg slik at de unngår å utløse uønskede reaksjoner. Dette forsøker de å unngå ved å behage foreldrene mest

mulig, eller ved å forhindre at det oppstår situasjoner, for eksempel ved å avlede. Barn med overdreven tilpasningsstrategi viser ofte en atferd og ferdigheter som ligger langt over det funksjonsnivået en med rimelighet kan forvente ut fra deres alder og utrustning. De kan oppføre seg som små voksne allerede fra to-treårsalderen, sannsynligvis avhengig av både styrken i foreldrenes forventninger, deres egen opplevelse av hvor nødvendig det er, deres medfødte egenskaper og egen evne til å leve opp til disse forventningene.

Det kan være enkelt å få øye på disse barna når deres overlevelsesstrategi viser seg i sterkt uttalt grad. Men det er vanskeligere når den er mindre uttalt og kanskje under utvikling. Observerer vi tilknytningsatferden, det vil si at vi observerer barn og foreldre i stressfylte situasjoner, vil vi derimot kunne se strategien på et tidligere tidspunkt.

2.6.2. Utagerende

Denne overlevelsesstrategien, som viser seg ved aggressiv, destruktiv atferd, er lettere å få øye på. Den er preget av sterk uro. Barnet ødelegger leken og læresituasjonen for de andre. Det ødelegger andre barns eiendeler, forstyrrer og skaper uro. Det skal ingenting til for å utløse aggresjon hos dette barnet. Det kan feiltolke et blick i omgivelsene, tillegge andre aggresjon og så angripe for å forsvare seg. Det utagerende barnet vil sannsynligvis være å finne blant de manøvrerende og fremfor alt blant barna med desorganisert tilknytningsmønster. Dette barnet skaffer seg også en slags kontroll over omgivelsene ved å drive den voksne verden til vanvidd, ikke bare foreldre, men av og til hele nabolag og institusjoner.

De overlevelsesstrategier som er beskrevet ovenfor, er de en hyppigst møter. Det er heller ikke slik at barn enten viser den ene eller den andre av disse overlevelsesstrategiene. De kan skiftevis vise begge, avhengig av situasjonen. Enkelte barn kan også etter års bruk av den første strategien skifte til den andre. Hos det overdrevent tilpassede barnet kan en dessuten observere såkalte umotiverte aggresjonsutbrudd.

De ulike overlevelsesstrategiene, som er beskrevet ovenfor, vil selvfølgelig påvirke samspillet mellom foreldre og barn og mellom barnet og dets sosiale nettverk. Den overdrevent veltilpassede strategien kan gi større muligheter for barnet til å knytte seg til både andre barn

og voksne i sitt sosiale nettverk, som for eksempel skolen. Dette gjelder særlig den som presterer. Den utagerende overlevelsesstrategien vil derimot ofte føre til at barnet opplever ytterligere avvisning og en bekreftelse på at det ikke er noe verdt. Nettverkets avvisning kan bli en sentral faktor i å vedlikeholde og forsterke den onde sirkelen og påvirke barnets utvikling negativt. Det vil lett få sydebukkrolle som bare vil bekrefte dets dårlige selvoppfatning. Overlevelsesstrategiene beskrevet ovenfor kan være både konstruktive og destruktive, etter hvordan det påvirker barnets personlighetsutvikling, kompetanseutvikling, forhold til andre mennesker og våre muligheter til å hjelpe. De kan komme langt på avgrensede områder, mens deres personlighetsutvikling og sosiale utvikling kan gå i stå. Dersom vi går bak disse tilsynelatende ulike overlevelsesstrategier, finner vi de samme følelsene av hjelpeløshet, forvirring, skyld, angst, sorg, tomhet, aggresjon og depresjon. Disse varierer i styrke. Mestring og overlevelsesstrategier er barnets måte å hanske med omsorgssiktsituasjonen på og vegre seg både overfor egne følelser og overfor omverdenen. Med mestring og overlevelsesstrategier skaffer det seg en viss kontroll over sin situasjon, eller i hvert fall en opplevelse eller illusjon av en viss kontroll (Killen 2004).

2.7. Betydningen av barnets kjønn

Kauai studien (jfr 4.1.) har påvist forskjeller mellom gutter og jenter med hensyn til motstandsdyktighet overfor stress generelt. De forholder seg i dette materialet blant mange andre forhold også eksplisitt til betydningen av barnets kjønn i forhold til å takle stressfylte livsomstendigheter. Til disse hører de tilfellene hvor barnas oppvekst er preget av fattigdom, foreldre uten utdanning og et disorganisert oppvekstmiljø preget av krangler, alkoholmisbruk og også psykisk sykdom hos foreldrene. Resultatene viser at barnets kjønn ser ut til å ha betydning for hvordan barna klarer seg gjennom disse stressfylte begivenhetene generelt. Videre tyder det overordnet på at stressfylte begivenheter i barndommen i høyere grad fører til senere problemer hos gutter i risikogruppen, mens stressfylte begivenheter i ungdommen i høyere grad ser ut til å påvirke jentenes senere atferd. Denne forskjellen mellom kjønnene tar Werner & Smith (1993) som et uttrykk for de forskjellige sosiale krav og forventninger som fra omgivelsene stilles til gutter og jenter i forskjellige faser av deres liv, og at tilsynelatende deres livsbetingelser ikke nødvendigvis virker likt og like stressende på begge kjønn.

I den foreliggende empiri om barn med psykisk syke foreldre preger langt den overveiende del av undersøkelsene på, at det overordnet ikke ser ut til å være noen forskjell med hensyn til den psykososiale utviklingen mellom henholdsvis gutt og jente (Gamer m.fl. 1977a; Orvaschel, Mednic, Schulsinger & Rock 1979; Watt m.fl. 1984; Worland m.fl. 1982). Billings & Moos (1983; 1985) gjennomførte en undersøkelse med barn av deprimerte foreldre, og inndelte barna i deres undersøkelse i tre aldersgrupper og finner ingen kjønnsforskjeller i noen av disse aldersgruppene i forhold til barnas psykososiale tilpasning. Feldman m.fl. (1987) finner i deres store tverrsnittundersøkelse, ingen forskjeller med hensyn til fordelingen av atferdsproblemer mellom gutt og jente med psykisk syke foreldre. De finner, i motsetning til Werner & Smith (1993), heller ingen sammenheng mellom barnets kjønn og dets evne til at klare stressfylte situasjoner bedre enn andre. Kommer nærmere inn på Emmy & Werner sin longitudinelle studie senere i oppgaven.

I deres longitudinelle undersøkelse finner imidlertid Quinton og Rutter (1985) i forlengelse av Werner og Smith (1993) sin undersøkelse nevnt ovenfor, at det er en kjønnsforskjell med hensyn til sårbarhet overfor krangler og uoverensstemmelser i familien, som ofte karakteriserer familier med en psykisk syk foreldre. De (Quinton & Rutter, 1985) påviser således, at det er en markant større sammenheng mellom disse uoverensstemmelser og psykososiale problemer hos gutter enn hos jenter. Det viser seg at det tilsynelatende kun er en kortvarig økt sårbarhet i forhold til jentene, da resultatene etter en fireårig oppfølgingsstudie ikke lenger tyder på at det er noen forskjell mellom de to kjønn. Disse resultatene kan igjen i forlengelse av Werner og Smith (1993) tyde på at jentene i en kortere periode er litt mer motstandsdyktige enn guttene overfor disse kranglene, men at de siden også påvirkes av dem (Quinton og Rutter 1985).

Også i forhold til ekteskapelige uoverensstemmelser fins det undersøkelser som påviser kjønnsforskjeller. Emery & O`Leary (1982) og Earls & Jung (1987) viser, samstemmende, at ekteskapelige uoverensstemmelser ser ut til å korrelere med atferdsproblemer hos barna, og at det i særlig grad gjør seg gjeldende hos guttene. Dette igjen kan tyde på at jenter, i en periode, er mer motstandsdyktige overfor stress enn guttene. Denne økte motstandsdyktigheten kan imidlertid avspeile at foreldrene er mer tilbøyelige til å la guttene overvære deres innbyrdes krangler, mens de i høyere grad beskytter jentene fra disse opplevelsene (Rutter, 1985b). Igjen kan en se hvordan betydningen av barnets kjønn, i forhold til tilpasningen i en familie med en psykisk syk foreldre, fremstår som et resultat av den forskjellige interaksjonen som kan være

mellom foreldre og barn av forskjellig kjønn, snarere enn som et forhold ved barnets kjønn per se.

Også i enkelte av risiko undersøkelsene av schizofrene er det resultater som viser betydningen av barnets kjønn. Tienari, Lahti, Naarala, Moring, Wahlberg & Wynne (1990 ref i Aalbæk & Glistrup 1997) finner i deres undersøkelse av barn med schizofrene foreldre, at det er en tendens til at det er flere gutter enn jenter med schizofrene foreldre som viser tegn på alvorligere forstyrrelser. Likeledes finner Silverton, Finello & Mednic (1983) og Mednic m.fl. (1984), på bakgrunn av deres longitudinelle undersøkelse av barn med schizofrene mødre The Danish High-Risk study, at det er markante forskjeller med hensyn til den senere utvikling i forhold til både tidlige somatiske og sosiale stressorer mellom risiko- gutt og – jente. Et resultat som kommer til syne i Kauai undersøkelsen (jfr 4.1), og som Emmy og Werner (1993) ser som en avspeiling på den forskjellige oppdragelsen av gutter og jenter, gjør at gutter kan ha det vanskeligere med å takle situasjoner de ikke har kontroll over eller kan påvirke, slik som adskillelse fra den syke forelder.

Det kan i denne sammenheng nevnes at det også fins en gruppe undersøkelser som tyder på en viss betydning av barnets kjønn i forhold til den psykisk syke forelder sitt kjønn. El-Guebaly, Offord, Sullivan & Lynch (1978) finner at det ikke overordnet er noen forskjell mellom gutter og jenter med psykisk syke foreldre med hensyn til barnas psykososiale utvikling, men det kan ses en kjønnsforskjell når barnets kjønn sammenfaller med foreldrenes. De finner at gutter med psykisk syke fedre viser flere problemer enn gutter med psykisk syke mødre.

Sammenfattet er det ikke entydig hvorvidt barnets kjønn spiller en rolle i forhold til den risiko, det er for barnets psykososiale utvikling, når det er snakk om psykisk sykdom på foreldresiden. En stor del av den forliggende empiri peker på at barnets kjønn er av mindre betydning når det er snakk om en overordnet vurdering av hvordan det påvirker barn å vokse opp med psykisk syke foreldre. Disse undersøkelsene vurderer på denne bakgrunn gutter og jenter med psykisk syke foreldre under ett, som en gruppe. Fokuset bør rettes mot de forskjellige måtene henholdsvis gutter og jenter møtes av og interagerer med deres omgivelser (Aalbæk & Glistrup, 1997 s: 53-57).

2.8. Betydningen av barnets alder

Det å vokse opp med psykisk syke foreldre synes overordnet å være en risiko for barn i alle aldre i forhold til deres psykososiale utvikling. Videre viser det seg at disse barna, på forskjellige alderstrinn, utviser forskjellige typer av psykososiale vanskeligheter (Gelfand & Teti, 1990; Jetlund, 1990). Forskjellen mellom barnets psykososiale vanskeligheter på forskjellige alderstrinn kan rent pragmatisk ses som en avspeiling av barnets fysiske og psykososiale kompetanse på forskjellige alderstrinn. Eksempelvis kan små barn, som tilbringer mye av tiden sin i samvær med mor, utvise forstyrrelser i tilknytning til moren, oppmerksomhet mot foreldrene og andre områder, som knytter seg til disse nære relasjonene. Mens det eldre barnet også kan utvikle problemer i forhold til skole, lærere og venner.

Spørsmålet videre vil være om det er mulig å vurdere om denne risikoen er like stor for barn i forskjellige aldre, eller om det er perioder i barnets liv, hvor det å ha psykisk syke foreldre er en større risiko for barnets psykososiale tilpasning, enn andre perioder. De fleste undersøkelser forholder seg ikke eksplisitt til barnets alder. En del generaliserer på tvers av barnets alder i deres vurderinger av risikoen for barnets utvikling ved å vokse opp med en psykisk syke foreldre (Decina m.fl., 1983; Hirsch m.fl., 1985; Orvaschel m.fl. 1981; Wang & Goldschmidt, 1994). På bakgrunn av disse undersøkelsene er det ikke mulig å gi en mer nyansert vurdering av risikoen på forskjellige alderstrinn. Andre fokuserer på en aldersgruppe som de så beskriver ut fra en rekke parametre (Beardslee m.fl., 1987; Fisher, 1980; Gamer m.fl., 1977a; Petti m.fl., 1988). På bakgrunn av disse undersøkelsene er det mulig å danne seg et inntrykk av hva som karakteriserer barnas problemer på forskjellige tidspunkt i livet. Det er vanskeligere å vurdere om det å vokse opp med psykisk syke foreldre påvirker barnet mer i noen perioder av deres liv enn andre, eller om det ikke er snakk om kritiske perioder i barnets utvikling hvor det virker mer sårbart enn i andre perioder (Feldman m.fl. 1987; Rutter, 1980).

En undersøkelse som eksplisitt forholder seg til risikoen ved å vokse opp med psykisk syke foreldre i forhold til barnets utvikling i forskjellige aldersperioder er Billings & Moos (1983). De finner på bakgrunn av en inndeling av barna i tre aldersgrupper, henholdsvis 0-6, 6-13 og 14-18 år, at det på en lang rekke parametre ikke er signifikante forskjeller med hensyn til den påvirkning det er å vokse opp med psykisk syke foreldre vurdert ut fra barnas psykososiale utvikling. På samme vis finner Feldman m.fl. (1987) i deres undersøkelse, at det ikke på bakgrunn av barnets alder er mulig å forutse hvor sårbart barnet er i forhold til å utvikle psykososiale vanskeligheter. De aldersrelaterte forskjellene i fordelingen av Child Behavior

Check List – scores (CBCL) som Feldman m.fl. (ibid) anvender som mål for barnas atferdsmessige kompetanse, skiller ikke barna i risikogruppen fra deres jevnaldrende venner. Også Fisher & Jones (1980) konkluderer med på bakgrunn av deres analyse av sammenhengen mellom en rekke familievariabler og barnas psykososiale tilpasning, at det ikke er snakk om signifikante aldersforskjeller.

På bakgrunn av den empiriske litteraturen er det derfor ikke overordnet noe som tyder på at det er eldre eller perioder i barnets liv, som er særlig risikofylte fremfor andre i forhold til å vokse opp med psykisk syke foreldre. På denne bakgrunn er det umiddelbart ikke noe i veien for å undersøke risikoen for barn av psykisk syke foreldre under et og på tvers av alder. Men i denne sammenheng vurderes ikke hvorvidt det er perioder i barnets liv, som med henblikk på eksempelvis psykopatologi i voksenalderen, synes viktigere enn andre. Selv om det ikke tyder på at barn i en bestemt alder er mer utsatt, eller i større risiko for å utvikle psykososiale forstyrrelser enn barn i andre aldersgrupper, er det likevel mulig at det kan være forskjeller med hensyn til hvilke aspekter ved interaksjonen med den psykisk syke forelder, som utgjør en risiko for barnets tilpasning i forskjellige perioder av dets liv (Anthoni, 1976; Masten & Garmezy, 1985; Rutter, 1994).

Som jeg tidligere har vært inne på (jfr 2.5.1) om somatiske vanskeligheter, tyder undersøkelser om barn av psykisk syke foreldre eksempel på at det, især for sped- og småbarn med psykisk syke foreldre, samtidig er en økt risiko for barnets somatiske tilstand. Disse somatiske vanskelighetene kan oppstå ved den første kontakten mellom barnet og den øvrige familien. For eksempel ved lav fødselsvekt fordrer dette ekstra ressurser og omsorg hos den nyfødtes foreldre. Det kan være vanskelig å møte slike utfordringer i en allerede belastet familie, som lett kan lede til en negativ interaksjon mellom barnet og foreldrene (Reid & Morris, 1983 ref i Aalbæk & Glistrup, 1997). Det kan derfor med det samme være skapt en uhensiktsmessig interaksjon som vanskeliggjør en emosjonell tilknytning til foreldrene. Omvendt kan spedbarn være beskyttet mot visse aspekter, ved å vokse opp med psykisk syke foreldre, på grunn av dets manglende kognitive kapasitet til å oppfatte og forstå for eksempel den psykotiske mors vrangforestillinger (Rutter, 1985b). For førskole barnet derimot, som selv er i en alder preget av magisk tenkning og fantasi, kan disse vrangforestillingene og fantasiene derimot være voldsomt forstyrrende for dets emosjonelle og kognitive utvikling (Anthony, 1987b). Det kan være vanskelig for et barn i førskolealder å skille mellom morens

virkelighetsoppfattelse og den allment aksepterende, som videre kan lede til hyppige konflikter og vanskeligheter.

For litt eldre barn i skolealder, som i kraft av en mer differensiert kognitiv kompetanse og en mer nyansert oppfattelse av seg selv og verden, kan bedre distansere seg fra morens vrangforestillinger. Dette aspektet ved interaksjonen med den psykisk syke forelder har derfor mindre betydning. På den annen side er det mulig at barn i denne alderen er mer sårbare i forhold til mindre avvikende, men allikevel gjennomgripende forstyrrelser av foreldrenes evne til å oppfatte dem selv og deres omverden, herunder deres barn (Aalbæk & Glistrup 1997). En undersøkelse av Jaenicke, Hammen, Zupan, Hiroto, Gordon, Adrian & Burge (1987) av 31 barn i skolealder og deres deprimerte mødre, forsøker å belyse dette forhold. Deres utgangspunkt er en antakelse om at barnet på dette tidspunktet i livet har utviklet kognitive skjemaer, eller representasjonelle modeller av seg selv og sin omverden, og at denne utviklingen påvirkes av å vokse opp med en psykisk syk forelder. De finner at disse barna med depressive mødre har et mer negativt syn på seg selv, at de i det hele tatt viser en negativ attribusjon stil og påviser en sammenheng til mødrenes kroniske stress, nåværende depressive stemning og det negative preg, som karakteriserer interaksjonen mellom disse mødre og deres barn. Aspekter ved morens måte å oppfatte seg selv og sin omverden på, kan se ut til å påvirke den måten barnet i denne perioden av sitt liv utvikler kognitive skjemaer av seg selv og sin omverden. Utviklingen av disse skjemaene kan videre påvirke hvordan barnet inngår i relasjon til sin omverden og kan også være tidlige stadier til senere psykopatologi, som depresjon og angst (Beardslee m.fl, 1984; Gelfand & Teti, 1990 ref i Aalbæk).

Videre kan det tenkes at det er aspekter i interaksjonen med den psykisk syke forelder, som i ungdomstiden virker viktig i forhold til den unges tilpasning. I denne perioden står den unge overfor utfordringer i forbindelse med å oppnå en voksen - identitet blant annet i forhold seksuell modning, karriere og det å oppnå uavhengighet av foreldrene. Med en psykisk syk forelder står den unge uten relevante modeller for, og instruksjon, om disse sosiale ferdigheter (Gelfand & Teti, 1990). I en undersøkelse av Weissmann (1983) med fokus på forholdet mellom 16 deprimerte mødre og deres ungdoms barn, ser en noen av de aspekter av foreldrenes psykiske sykdom som synes sentrale i relasjon til den unges psykososiale utvikling. De deprimerte mødre er markant dårligere fungerende i forhold til involvering i og interesse for de unges liv, og de unge oppfatter foreldrene som avvissende. Forholdet mellom den unge og foreldrene virker uengasjert og signifikant mer fiendtlig enn i familier

uten psykisk sykdom (ibid.). Generelt kan den depressive forelder ha vanskeligheter ved å klare det økende nivået av krav og utfordringer som den unge representerer. Weissmann (ibid.) observerer en markant forsterkning av de utfordringer eller konflikter som nevnt ovenfor som forbindes med ungdomstiden, og det å skulle omstille seg til en voksentilværelse (Gelfand & Teti, 1990). Følelser av vrede mot foreldrene, mangel på foreldremessig tilsyn og de sosiale ulemper på grunn av foreldrenes eventuelle sosiale isolasjon, skaper ytterligere problemer for disse unge.

Oppsummerende synes det, med utgangspunkt i disse enkelte eksemplene på hvordan forskjellige aspekter ved interaksjonen med den psykisk syke forelder kan tenkes å ha forskjellig betydning for barnet på forskjellige alders- og utviklingstrinn, viktig å være oppmerksom på barnets alder i vurderingen av, hvordan det påvirker barnet å vokse opp med psykisk syke foreldre (Cicchetti, 1993; Masten & Garmezy, 1985). Som allerede nevnt virker det mulig, som hovedparten av den foreliggende empirien viser, å forholde seg til gruppen av barn med psykisk syke foreldre under et, på tvers av alder. Undersøkelser viser også at forskjellige forhold i interaksjonen med den psykisk syke forelder kan tenkes å påvirke barnets utvikling på forskjellige alderstrinn. Først ved å være oppmerksom på barnet, de forskjellige utviklingsmessige oppgaver det står overfor gjennom sin oppvekst og de kvaliteter eller karakteristikkene det er i besittelse av, og som kan beskytte det mot aspekter ved det å vokse opp med psykisk syke foreldre, virker det mulig å forstå hvordan det påvirker barnet å vokse opp med psykisk syke foreldre.

3. RISIKO SETT I FORHOLD TIL RESILIENCE

I etterkrigstiden ble det gjort undersøkelser for å lete etter faktorer som resulterte i adaptiv fungering til tross for stor grad av risiko. Disse undersøkelsene har, blant annet, bidratt til en betydelig empirisk litteratur på schizofreni. Denne litteraturen er et viktig grunnlag for studiet av resiliens (Masten m.fl. 1990). Tidlige undersøkelser av psykisk syke foreldre hadde primært fokus på å forstå mistilpasset atferd. Undergruppen av pasienter som viste adaptiv atferd, ble ansett som atypisk og ble derfor viet lite oppmerksomhet. Medisinske modeller som fokuserte på symptomer og negative resultater var dominerende fram til 1970 tallet (Masten & Powell 2003). Man ble da interessert i observasjoner som viste at mange barn som stod i faresonen for å utvikle psykopatologi, greide seg overraskende bra. På denne tiden ble

forskerne opptatt av individuelle reaksjoner på risiko (Masten & Powell 2003; Anthony 1987).

Risiko er til stede når barn utsettes for situasjoner eller hendelser som øker sannsynligheten for negativt utfall. Begrepet er knyttet til et mulig negativt utfall, som kan preges av feilutvikling og vansker på ulike områder. Det å ha en forelder som er psykisk syk, er en signifikant risiko for negativ utvikling hos barn og unge (jfr.2.2). Mye tyder på at det som defineres som risikofaktorer varierer med barns alder og utviklingsnivå (Werner & Smith 1982). På ulike alderstrinn kan man finne ulike prediktorer for problemutvikling. Spedbarn er fullstendig avhengige av omsorgsgiverne, og de er derfor spesielt sårbare for konsekvensene av tap eller mishandling fra foreldrenes side. På samme tid er spedbarn beskyttet fra opplevelse av grusomheter som oppstår for eksempel i kriger eller store katastrofer, fordi de ikke forstår hva som skjer. Ungdommer har mer avanserte tilpasningsevner. De er mer sårbare overfor tap som angår venner, skole og lignende. De forstår hva dette betyr for framtiden deres, en innsikt yngre barn ikke har. Risiko dreier seg altså om forhold ved barnet selv eller miljøet som kan være risikable og truende for barns utvikling. Det er ikke risikoen i seg selv som er uheldig, men mekanismene den aktiverer (Borge 2003; Rutter 1990, 2000).

Tidligere studier av risiko fokuserte ofte kun på en enkelt risikofaktor. Barn av psykisk syke er sårbare for utviklingsproblemer på grunn av biologi- og miljøkarakteristikker, som skaper en multippel risikosituasjon. Det er vanlig at barn som erfarer en type risikofaktor, også erfarer en rekke andre risikofaktorer (Rutter 2000). Dette gjør det vanskelig å skille mellom hvilke risikofaktorer som resulterer i ulike reaksjoner hos barna. Forskning på risiko har derfor skiftet fokus, fra kun å se på en risikofaktor til å være opptatt av kumulativ risiko. Kumulativ risiko betyr at nye problemer legger seg oppå tidligere uløste problemer (Borge 2003:54). Det finnes mange typer risiko, og dessuten kan risiko være mer eller mindre alvorlige. Mange risikofaktorer er kroniske og opptrer samtidig, og er av den grunn alvorlige. Barn skaper sitt eget individuelle oppvekstmiljø, og hvert enkelt barn utløser med andre ord ulike reaksjoner fra de voksne. Derfor virker samme type risiko forskjellig inn på det enkelte barn. Det viktigste er ikke risikoen i seg selv, men de prosessene og mekanismene den aktiverer. For eksempel leder ikke depresjon hos foreldrene nødvendigvis til psykiske problemer hos barna. Men dersom depresjonen faller sammen med uheldig oppdragerstil, kan det være skadelig (Borge 2003:46). Jo flere risikofaktorer som opptrer samtidig, jo mer sårbare blir barna for psykopatologi. I tillegg kan det være vanskelig å avgjøre hvilke

risikofaktorer som oppsto først, og hvilke som er et resultat av foreldrenes psykiske lidelse eller andre forhold.

I de siste 30 årene er risikobegrepet blitt supplert med og slått sammen med begrepet psykososial og videre til et tredje begrep, psykososial risiko, som viser til samspillet mellom sosiale forhold og individets psykiske fungering (Borge 2003:48). Psykososial risiko handler om økt sannsynlighet for at barns utvikling ledes inn på problemveier med negativt utfall. Resultatet kan være avgrensede problemer som mistriivsel og psykosomatiske symptomer, eller mer omfattende vansker, som for eksempel antisosial atferd, rusproblemer eller andre former for psykopatologi. (Ogden 1995). Det vil være det enkelte barns reaksjoner på risiko som er av størst betydning, ikke hva slags risiko det dreier seg om (Friedman & Chase-Lansdale 2002). Psykososial risiko kan deles inn i tre typer: individuell, familiebasert, og samfunnsmessig risiko.

Individuell risiko kan være medfødte problemer, ervervede problemer fra komplikasjoner ved fødselen og utvikling av alvorlige tilpasningsproblemer. Individuell risiko kan også være knyttet til barnets status og med det menes status som, barnevernsbarn, flyktning, eller offer for overgrep. Individuell risiko er også forbundet med barns temperament eller personlighet. Imidlertid har resiliensforskningen vist at et vanskelig temperament kan beskytte barn snarere enn å svekke dem. Dette fordi barn skaper sitt eget miljø ved at foreldrene reagerer på atferden deres. I forhold til forståelsen av risikofaktorer er det vesentlig å vurdere betydningen av hvert enkelt barns grad av sårbarhet. Dette forklares ut i fra sårbarhetsfaktorer i miljøet og individuelle disposisjoner, som igjen er knyttet til biologi og psykososiale forhold. De psykopatologiske effektene av risikoerfaringer kan bli sterkt moderert av hvordan individer kognitivt og affektivt prosesserer sine erfaringer (Rutter 1990).

Familiebasert risiko er knyttet til voksne og deres foreldrerolle. Eksempler på denne typen risiko kan være mentale eller somatiske helseproblemer, alkoholmisbruk, omsorgssvikt og mishandling, disharmoniske ekteskap og mangelfull evne til å oppdra og sette grenser for barna. Dette er direkte risikofaktorer fordi de angår barnas hverdag. Men også indirekte risiko rammer familier. Samfunnsforhold, nabolag og forhold ved arbeidsplassen er faktorer som i sin tur kan forverre forholdene i hjemmet.

Den tredje hovedgruppen av risikoer er av samfunnsmessig art. Katastrofer utgjør en samfunnsmessig risiko, som oftest inndeles i menneskeskapte og naturskapte katastrofer. Eksempler på menneskeskapte katastrofer der man har forsøkt å analysere resilienceprosesser, er blant annet terrorangrep og skyteepisoder. Naturskapte katastrofer kan være flom, ras, skogbrann og jordskjelv. Resilient atferd under katastrofer gir nyttig kunnskap om normal fungering under unormale forhold (Borge 2003). Å leve i kronisk fattigdom kan påvirke barn. Det kan ha direkte og åpenbare effekter på barnas fysiske betingelser, eksempelvis underernæring og sykdom. Det kan også ha andre typer innvirkning, for eksempel at fattige barn er mer utsatt for lærevansker, lavere IQ, atferdsvansker og kriminalitet (Schaffer 1999). Den forsinkede intellektuelle utviklingen kan skyldes for få læringsmuligheter på grunn av mangel på pedagogisk materiale. Endringer i en families finansielle status påvirker også familiemedlemmenes psykologiske status. Familier som plutselig opplever en nedgang i inntekt er de som ofte kommer dårligst ut. De psykologiske effektene av fattigdom dreier seg mye om familierelasjoner, og særlig i forhold til barn. Den mest drastiske påvirkningen på barn skyldes endrede familierelasjoner, for eksempel de hyppige ekteskapelige konfliktene de kan bli vitne til (Schaffer 2000).

Resiliencebegrepet har utviklet seg på bakgrunn av funn fra risikoforskningen, der man ser på vellykket tilpasning på tross av betydelig risiko. Resiliens er et fornorsket begrep av det engelske begrepet resilience. Resilience er opprinnelig et ord hentet fra fysikkfaget og betegner et objekts evne til å ha vært strukket eller bøyd (Waaktar og Christie 2000:17). I dagligtalen benyttes også resilience om menneskelige fenomen, dette handler da om den menneskelige evnen til bedring. Resilience forekommer både som engangsfenomen og som vedvarende prosesser. Dette kan illustreres ved hjelp av de tre begrepene gjenopprette, opprettholde og forbedre. Å gjenopprette sin psykologiske fungering innebærer at man finner tilbake til sin vante atferd etter å ha opplevd en akutt alvorlig risikosituasjon. Dette kan i mange tilfeller betraktes som et engangsfenomen. De to andre begrepene viser til resilienceprosesser som kan vare over tid. Barn som daglig erfarer alvorlige situasjoner på grunn av vanskelige oppvekstforhold preget av kronisk elendighet, kan til tross for slike erfaringer opprettholde en relativt tilfredsstillende psykologisk fungering. Det viser seg at barn i risiko også kan bli sterkere av det de har vært gjennom, og forbedrer sin fungering. Det er ikke en type resilience og en type risiko. For på samme måte som risikoen varierer, vil også resilience variere i form av grader av psykisk velvære (Borge 2003:15-16). En av de mest etablerte definisjonene, som inkluderer prosessene i utviklingen av resilience, er Rutters

definisjon: ”..resilience involves a range of processes that bring together quite diverse mechanisms operating before, during and after encounter with stress experience or diversity” (Waaktar & Christie 2000:17-18). I Rutter sin definisjon er resilience knyttet til risiko og i tillegg er det lagt vekt på stresshendelser. Det blir da lagt vekt på de individuelle forskjellene ved graden av et individs opplevelse av stress og de ulike risikofaktorene (jfr.3.1). Rutters definisjon inkluderer prosessene, men beskriver ikke hvordan beskyttende faktorer, både hos individet og i miljøet, er med i utviklingen av resilience. Barn som lever med risikofylte forhold er ingen homogen gruppe, og hvert enkelt barn vil måtte finne sine unike prosesser for å takle den vanskelige situasjonen. Samtidig kan man anta det at i de fleste tilfeller vil det være beskyttende faktorer, som kjennetegner de som klarer seg bra.

Odin, Hjemdal m.fl. (2006:195) har kommet med en alternativ definisjon: ”resilience may alternatively be defined as the protective factors, processes and mechanisms that contribute to a good outcome despite experiences with stressors shown to carry significant risks for developing psychopathology”. Denne definisjonen omhandler beskyttelsesfaktorer og det faktum at mange barn, som lever under risikoforhold, utvikler psykopatologi. Dette kan sees i forhold til barn av psykisk syke, som selv er i risiko for å utvikle psykopatologi, og det vil derfor være viktig å fokusere på hva man kan gjøre for å styrke sterke sider ved barna og deres miljø. Resilience kan ses på som en transaksjonsprosess der både genetiske, biologiske, psykologiske og sosiologiske faktorer inngår. Det er altså i en interaksjon mellom individet og miljøet at en resilience utvikling oppstår (Egeland m.fl.1993).

Det viser seg vanskelig å finne et norsk ord som dekker begrepet resilience, men det fins alternative ord som for eksempel; motstandskraft og mestring. Motstandskraft er ikke helt dekkende fordi det fremhever i for sterk grad det som er i barnet og i for liten grad det som er i miljøet. Begrepet motstandskraft ivaretar ikke samspillet i samme grad. Det finnes altså ingen barn som er helt motstandsdyktige mot alle typer belastninger, men det dreier seg om komplekse samspill som både i personen og i situasjonen blir bestemmende for utfallet av belastningen for den enkelte. Mestring er i større grad enn resilience basert på læring. Man trenger ikke være utsatt for risiko for å vise mestring, alle kan bli bedre til å mestre hverdagen og problemene sine. Resilience er derimot uløselig knyttet til risiko (Borge 2003:14-17). Resilience er derfor litt av både motstandskraft og mestring.

For å kunne forstå resilienceprosesser trenger man et mål for hvor farlig ulike former for psykososial risiko er for barns psykiske helse. Mål for alvorlighetsgraden kan vi få ved å spesifisere risikoen ut fra om den er akutt eller kronisk, eller ut fra hvor mye samspill det er mellom de ulike risikotyper. Dette kan gi et inntrykk av alvorret i situasjonen, og dermed hvor realistisk det er å forvente utvikling av resilience hos dem som utsettes for risiko.

Gjennom å beskrive noen av de beskyttende faktorene, som en anser som viktige, vil man kunne belyse hvordan resilience utviklingen foregår i en interaksjon mellom individet og miljøet. Dette vil jeg komme nærmere inn på i kapittel 4, hvor jeg også vil gi en grundigere utdypning av resilience begrepet. For å få en bedre forståelse om hva resilience er, vil jeg først gå nærmere inn på begrepet stress. Videre vil jeg se på andre risikofaktorer som er til stede hos barn av psykisk syke foreldre.

3.1. Stress

Stress er et begrep det er veldig vanskelig å definere og det eksisterer derfor ingen definisjon det er enighet om (Rutter 1983). Begrepet stress blir ofte definert enten som stimulus, (stressor) eller respons. Stimulus definisjoner tar for seg hendelser i miljøet, der man går ut fra at noen hendelser vanligvis er stressende. Respons definisjoner går ut på at man ser på stress som en tilstand, der en person reagerer med stress, er under stress og så videre. Problemet med en respons definisjon på stress er at man ikke har noen systematisk måte å identifisere hva som vil være en stressor eller ikke. Videre vil både en stimulus og en respons definisjon være avhengig av hverandre. Det vil si at en stimulus definisjon forutsetter en respons, og en respons definisjon vil være avhengig av at individet har blitt utsatt for en stimulus. En stimulus er en stressor når den produserer en stressende atferd eller fysiologisk respons, og en respons er stressende når den er et resultat av et krav, skade, trussel eller belastning (Lazarus & Folkman 1984:1-21). I tillegg tar verken stimulus definisjonen eller respons definisjonen hensyn til individuelle forskjeller når det gjelder påvirkningen ulike stressorer vil ha på et individ.

Ser man bort fra ekstreme miljøbetingelser som vil føre til stress hos de fleste mennesker, som for eksempel tortur eller dødsfall, vil graden av en persons opplevelse av stress være avhengig av individuelle forskjeller og miljøbetingelser. Stress inneholder et fortolknings- og

opplevelseselement, man kan si at det ikke er et spørsmål om hvordan barn har det, men heller hvordan barn tar det. Det kan derfor være vanskelig å trekke klare grenser mellom risiko og utfordringer. Det som for et barn kan være en belastning, kan for et annet barn være en utfordring som gir barnet erfaringer å vokse på (Ogden 1995; Borge 2003). Psykologisk stress blir definert som ”..a particular relationship between the person and the environment that is appraised by the person as taxing or exceeding his or her well-being” (Lazarus & Folkman 1984:19). Det vil si at en persons reaksjoner på en hendelse vil være avhengig av egenskaper hos individet og miljøet det er en del av, noe som gjør at det vil være nærliggende å knytte begrepet opp mot resilience. Videre i oppgaven benyttes derfor begrepet psykologisk stress når det snakkes om stress.

Det er vanlig å skille mellom akutt og kronisk stress. Akutt stress er krisepreget og kan ses i sammenheng med ekstreme miljøbetingelser, som de aller fleste mennesker vil oppleve som stressende. Det er særlig kronisk stress som vil ha en langsiktig negativ effekt på barn (Ogden 1995:40). Kronisk stress er stress som varer over en lang tidsperiode. Det som skiller det mest fra akutt stress er dets gjennomtrengende og varige natur. De mest nevneverdige formene for kronisk stress er blant annet fattigdom, dårlig foreldreforhold, omsorgssvikt og foreldrenes psykopatologi (Friedman & Lansdale 2002), i tillegg alle risikofaktorer som kan være tilstede hos barn av psykisk syke foreldre. Barn av psykisk syke er spesielt utsatt for utviklingsproblemer på grunn av genetikk og miljøkarakteristikker som skaper en multipl risikosituasjon (jfr.3.0). Selv kompetente mestringsferdigheter kan være mangelfulle når man opplever kronisk og episodisk stress i familier der en foreldre er psykisk syk (Hammen 2003). Kronisk stress i familien er, i enda større grad enn mødres depresjon, en prediktor på barnets sviktende tilpasning og eventuelle symptomer (jfr.2.2). Barn kan klare seg relativt bra med en forelder som er psykisk syk så lenge de kroniske stressfaktorene er avklart og det er åpenhet rundt dem. Et eksempel på dette kan være at den psykisk syke forelder har innfunnet seg med sin lidelse og barnet har fått informasjon om hva som feiler mor/far, og i tillegg har et støttende nettverk rundt seg. Stressorer er blant de vanligste grunnene til depressive reaksjoner hos voksne, og det er grunn til å anta at dette også er tilfelle hos barn (Hammen 2003).

Det er mange spørsmål som gjenstår når det gjelder sammenhengen mellom stressende livshendelser og psykiske lidelser hos voksne, men det er en betydelig mengde studier som gir empirisk bevis som støtter et slikt forhold. I kontrast til dette er det mye som indikerer en

mulig betydning av stressende livshendelser i opphavet til psykiske lidelser hos barn. Mange studier viser at kronisk stress, som for eksempel omsorgssvikt eller familiedisharmoni, kan føre til en betydelig økning i risikoen til å utvikle psykiske lidelser. Man vet derimot langt mindre om effekten av akutte stressende livshendelser slik man forsker på hos voksne (Rutter 1983). Det er ikke utført kontrollstudier av resilience hos barn under stress, på grunn av det etiske aspektet. Det man vet er stort sett fra retrospektive studier, og prospektive studier som vanligvis begynner etter at stressoren har oppstått eller allerede er i utvikling (Masten m.fl.1990).

Risikofaktorer kan være biologiske og knyttet til psykisk helse, lav fødselsvekt eller feilernæring. Foreldrenes psykiske helse og intelligens, som psykiatriske lidelser, verbale evner, angst og depressive symptomer. De kan være sosiologiske og knyttet til fattigdom og lav sosio-økonomisk status eller familierelatert i form av konflikter, atskillelse og tap(jfr. 2.3). Samme resultater viser seg på tvers av studier gjort på kumulativ risiko; etter hvert som antall risikofaktorer øker, blir barnets utviklingsstatus dårligere (Friedman & Chase-Lansdale 2002). Alle barn har en unik oppvekst historie som i sin detaljrikdom skiller det fra andre barn. Men samtidig er det likhetstrekk mellom barn innenfor det samme årskull og som vokser opp i det samme geografiske området. Det finnes visse mønstre av risikofaktorer og utviklingsmuligheter som fører til at det kåres vinnere og tapere i oppvekstmiljøet. Forholdet mellom risiko- og mestringsfaktorer er et komplisert samspill mellom medfødte og lærte forhold, mellom individ og samfunn og mellom fortid og nåtid (Ogden 1995).

Psykososial risiko kan deles inn i tre: individuell, familiebasert og samfunnsmessig risiko (jfr. 3.). Disse er ikke gjensidig utelukkende, så de kan opptre hver for seg eller i kombinasjon. I henhold til oppgavens problemstilling vil jeg her legge vekt på familiebasert risiko. Jeg vil belyse hva ulik forskning på barn av psykisk syke viser, i forhold til hvilke tilleggs risikofaktorer den psykiske lidelsen bidrar til, og hvilke konsekvenser dette har for barnet.

3.2. Operasjonalisering av risiko

Som eksemplifisert overfor, er det en viss uenighet og hvordan man skal operasjonalisere risiko. Risikooperasjonaliseringen kan variere fra studie til studie (Luthar & Zigler 1991). Skal man se på kronisk, alvorlig risiko eller akutt eller kortvarig risiko? Man kan også se på

små "irriterende" ting som skjer i hverdagen (hassles). Hverdagsstress er bedre egnet til prospektive studier av kausale forhold, på grunn av deres hyppige inntreden i menneskers liv i løpet av korte tidsintervaller. Det er dessuten enklere å manipulere enn alvorlige stressorer. I tillegg kan man også bruke spesifikke stressende livshendelser som tilnærming, for eksempel skilsmisse, økonomisk deprivasjon eller psykopatologi hos foreldrene. En svakhet i tidligere studier ved bruk av spesifikke livsstressorer har vært mangel på kontrollgrupper. Disse studiene besvarer ikke spørsmålet om hvorvidt kompetansenivået til barn, som kalles resiliente, kan sammenliknes med kompetansenivået til velfungerende barn i den generelle populasjonen.

Sosioøkonomisk status blir ofte brukt for å måle miljøpåvirkning som risiko (Masten, Best & Garmezy 1990). Det er enkelt å bruke modeller som inneholder denne variabelen, og det er enkelt og raskt å skaffe til veie informanter. Det er likevel mange faktorer som begrenser den vitenskapelige verdien av å bruke sosioøkonomisk status som et mål på livsstress. Kunnskap om et individs sosioøkonomiske status gir ikke noe informasjon i seg selv om prosessene dette påvirker miljøet med. Det kan derfor være fordelaktig å redusere den sosiologiske variabelen til en psykologisk. Barns kompetansenivå påvirkes mer av hva foreldrene gjør i sine interaksjoner med barna enn av foreldrenes status på bakgrunn av yrke, inntekt og andre sosiodemografiske variabler (Masten, Best & Garmezy 1990).

Forskere må også ta høyde for subjektive oppfattelser av risiko. Meningen med en særlig stressende hendelse kan variere betydelig fra individet som opplever den til forskeren som ser det hele utenfra (Luthar, Cicchetti & Becker 2000). Noen individer kan mene at de selv har det bra, til tross for at forskerne mener at livene deres er veldig stressende. I tråd med dette må man i tillegg se på objektivt bestemt risikostatus (Luthar, Cicchetti & Becker 2000). Hvis barn flest opplever en spesifikk hendelse som ubehagelig, men en undergruppe opplever den som nøytral, bør man samle inn data fra den sistnevnte gruppen for å belyse beskyttelsesfaktorer. Forskernes oppgave blir å avgjøre hvorfor disse barna skiller seg fra normen. Er de for eksempel generelt mer optimistiske enn de andre på grunn av et lett temperament?

Det er viktig å vurdere risikofaktorens alvorlighetsgrad og varighet, og ikke bare hvilken type risiko barnet utsettes for. Rutter (1987) trakk en parallell til stress/risiko ved å snakke om infeksjon. Immunitet overfor infeksjoner skjer ikke gjennom en uvanlig sunn livsstil. Tvert

imot. Det skjer gjennom erfaring med å overvinne milde infeksjoner på en vellykket måte – enten gjennom at man blir vaksinert eller ved at man blir immun gjennom infeksjoner som oppstår naturlig. Det virker sannsynlig å anta at mye av det samme skjer i forbindelse med erfaring av psykososial risiko.

3.2.1. Familiebasert risiko

Familiebasert risiko er knyttet til voksne og deres foreldrerolle. Eksempler på denne typen risiko kan være mentale eller somatiske helseproblemer, alkoholmisbruk, omsorgssvikt og mishandling, disharmoniske ekteskap, og mangelfull evne til å oppdra og sette grenser for barna. Dette er direkte risikofaktorer fordi de angår barnas hverdag. Men også indirekte risiko rammer familier. Samfunnsforhold, nabolaget og forhold ved arbeidsplassen er faktorer som i sin tur kan forverre forholdene i hjemmet (Borge 2003). Psykososial risiko i familien påvirker barn forskjellig. Det kan utgjøre en signifikant forskjell med hensyn til barnets sannsynlighet for å utvikle psykopatologi (Rutter 1999).

Disharmoniske ekteskap vil ofte føre med seg en del konflikter. Konflikten er som regel mellom foreldrene, med barnet som tilskuer. På denne måten er barnet direkte involvert. Barnet er vitne til konflikter som kan føre til oppløsningen av et forhold mellom to mennesker, som barnet oftest har en sterk emosjonell tilknytning til (Shaffer 1999). Dette kan føre til tosidig lojalitet. Konflikten mellom foreldrene er en av de mest destruktive erfaringene i forhold til barnets mentale helse (Shaffer 1999). En av grunnene til dette, er at foreldrekonflikten ofte synes å vare over tid. Alle familier har konflikter av og til, men enkelte familier lever med mer eller mindre kroniske uoverensstemmelser slik at denne atmosfæren blir en del av oppvekstmiljøet. Når dette blir en del av hverdagen, kan det ha en stor påvirkning på barnets personlighetsutvikling (Shaffer 1999).

Foreldre med alvorlige mentale lidelser kan ha vansker med å gi fysisk og emosjonell omsorg, eller vedvarende omsorg på grunn av symptomer ved lidelsen (Masten m.fl.1990). Når det gjelder forskning på barn av deprimerte mødre er et av hovedfokusene hvilke påvirkning mødrenes depresjon har på foreldre-barn forholdet. Det er tre variabler som det har blitt lagt størst vekt på i studier av foreldre-barn forholdet: negativ, fiendtlig interaksjon (negativ affekt, kritikk, negative ansiktsuttrykk), positiv atferd (positiv affekt, ros, affektiv kontakt) og

manglende engasjement (ignorering, tilbaketrekning, stillhet, motvillige) (Hammen 2003). Forskning viser til flere potensielle konsekvenser av manglende foreldrefungering relatert til foreldrenes depresjon, der negativ- eller lite responsiv atferd kan føre til usikker tilknytning eller dårlig emosjonell selvregulering hos barnet. Slik atferd kan i tillegg hindre tilegnelse av viktige interpersonlige ferdigheter og problemløsningsevner. Dette kan føre til at barnet utvikler dårlige mestringsferdigheter og dysfunksjonelle tankemønstre om seg selv og andre, som eventuelt kan føre til depressive reaksjoner eller mangelfull sosialfungering. Observasjonsstudier gjort på dysfunksjonelle foreldre – barn interaksjonen, viser at det kan være en sammenheng mellom slike interaksjoner og dårlige sosiale ferdigheter, tilknytning, tanker om selvet og andre indikatorer av mangler som kan føre til depresjon (Hammen 2003).

Fendrich m.fl.(1990) sin studie på psykopatologi hos barn av psykisk syke, indikerer at både foreldrenes ekteskapskonflikter og foreldre – barn konflikter er viktige risikofaktorer for både internale og eksterne lidelser. Den økte risikoen for at barn av deprimerte utvikler en alvorlig depresjon gir indikasjoner på at det er et genetisk mønster ved denne lidelsen. Det stratifiserte utvalget barn av deprimerte kan gi støtte til at det er distinkte mønstre til depresjon hos barn: et genetisk (foreldrene) og det andre miljø (familie risikofaktorer). Foreldre depresjon viser seg å være sterkt assosiert med de fleste av familie risikofaktorene i denne studien. Tilstedeværelsen av deprimerte foreldre kan dermed være en miljø risikofaktor til barnet fordi det som er identifisert av hver enkelt risikofaktor er inkludert i denne studien. Det å ha foreldre som er syke kan derfor bidra til en mengde andre risikofaktorer som det kan være vanskelig å operasjonalisere i en undersøkelse. Det kan som nevnt tidligere være vanskelig å avgjøre hvorvidt risikofaktorene som oppstår er et resultat av foreldrenes psykiske lidelse eller andre forhold.

3.2.2. Risikoindikatorer og risikomekanismer

Risikoindikatorer kan være mulige forløpere for problemutvikling eller de markerte forhold som kan være årsaken til problemutviklingen (Ogden 1995). Det er her snakk om samvariasjon mellom ulike variabler, som for eksempel familie risikofaktorer og barndomspsykologi, og ikke direkte årsakssammenhenger. Videre favner risikoindikatorer den direkte årsakssammenhengen som er angitt ovenfor, med mindre grad av sikkerhet. Det er som tidligere nevnt vanskelig å avgjøre hvilke risikofaktorer som resulterer i ulike vansker på

grunn av den multiplikative effekten til kumulativ risiko. Masten m.fl. (1990) skiller mellom proksimale (nære), og distale (fjerne) risikofaktorer. Distale risikofaktorer, som for eksempel sosioøkonomisk status, blir ikke erfart direkte av barnet; de blir formidlet av proksimale variabler. Proksimale risikofaktorer, som for eksempel foreldre psykopatologi, påvirker barnet direkte. Med andre ord kan den distale risikofaktoren lav sosioøkonomisk status bli formidlet av den proksimale risikofaktoren foreldre psykopatologi. Ved å se på sammenhenger der den kumulative risikoen påvirker biologiske og psykososiale indikatorer gjensidig, kan man ikke se direkte årsakssammenhenger; men det gir ofte mer reliable indikatorer (Ogden 1995).

Det er viktig å skille mellom risikomekanismer og risikoindikatorer. Et eksempel på betydningen av dette er effekten av foreldre – barn separasjon for utvikling av psykopatologi. Funn fra slike studier viser at det er først når foreldre – barn separasjonen er tilknyttet dårlige foreldreferdigheter, at barnet er i risiko for å utvikle psykopatologi som voksen. Det vil si at foreldre – barn separasjon kun er en indikasjon på at et barn er i større risiko for å utvikle psykopatologi. På lik linje er lav sosioøkonomisk status statistisk forbundet med økt risiko for psykiske lidelser. Det virker som om det i stor grad skyldes de brede sosiale trekkene som predisponerer til dårlig foreldreferdigheter. Den proksimale risikomekanismen ligger i dårlig foreldreferdigheter heller enn i lav sosioøkonomisk status (Rutter 2000).

Longitudinelle studier (Rutter 2000) har vist betydningen av indirekte kjedeeffekter, der atferd eller erfaringer i en alder predisponerer til en annen risiko- eller beskyttelsesfaktor på et senere tidspunkt. En rekke studier viser at antisosial atferd i barndommen, assosiert med tidlige psykososiale risikoerfaringer, er etterfulgt av markant økning i sannsynligheten for psykososial risiko og vansker i ungdomsårene og voksenlivet. Jenter i tenårene fra psykososiale høy – risiko miljøer er i større fare for å utvikle vennskap med individer som viser avvikende atferd, ta del i risikabel seksuellatferd og krangle med venner. De som viser antisosial atferd i barndommen har større sannsynlighet for å bli arbeidsløse, mangle sosial støtte og krangle med venner, i tillegg til å erfare flere ekteskapsproblemer og brudd. En rekke studier understreker at en av grunnene til at psykopatologi utvikles etter kronisk stress, er at det vanskelige miljøet fortsetter å eksistere. Det er ikke kun det faktum at miljøet ikke forandrer seg, men at et negativt miljø har en tendens til å predisponere til forekomsten av senere stress og motgang. Sekvensen av tidligere vansker opprettholdes dermed ofte gjennom negative kjedeeffekter, der en negativ erfaring predisponerer til andre negative erfaringer. For at disse negative kjedeeffektene skal forandres til mer tilpasningsdyktige, må det oppstå noen

hendelser eller erfaringer som er med på å bryte med det negative mønstret. Det er sannsynlighet for at minst noen av aspektene ved prosessene som fremmer resilience kan ligge i karakteren ved de interpersonlige interaksjonene som oppstår over tid. Forskning har i tillegg vist behovet for å ta hensyn til menneskers erfaringer før de møter stress eller vansker som setter dem i risiko for psykopatologi. Barn som har erfart kronisk psykososiale vansker, har større sannsynlighet for å utvikle en lidelse som etterfulgt av en akutt stresserfaring. Hvorvidt stress eller motgang øker eller minsker sårbarhet til senere negative erfaringer er avhengig av om det blir erfart som håndterlig, resulterer i suksessfull mestring og, eller fører til følelsen av mestring, self – efficacy og selvtillit.

De fleste barn kan takle en risikofaktor uten alvorlige utviklingskonsekvenser (Werner & Smith 1982, Rutter 2000, Friedman & Chase – Lansdale 2002). Det er en generelt lav risiko assosiert med å oppleve kun en risikofaktor, men hvis barn blir utsatt for to eller tre risikofaktorer øker sannsynligheten for at de skal utvikle psykiske problemer, fordi risikofaktorene forsterker hverandre gjensidig (Ogden 1995). Graden av risiko øker ekstremt fort med antall familie risikofaktorer som barn og unge utsettes for. Sannsynligheten for å utvikle alvorlige atferdsproblemer er 100 ganger høyere for dem med et høyt antall av familie risikofaktorer, sammenlignet med dem med et lavt antall (Rutter 2000). Rutter og Quinton har i sine epidemiologiske studier av 10-åringer identifisert seks familievariabler, hvor alle var sterkt og signifikant assosiert med barnepsykiatriske lidelser. Disse omfattet alvorlige ekteskapskonflikter, lav sosial status, familiestørrelse, foreldrekriminalitet, mødre med psykisk lidelse og offentlig omsorgsovertagelse. Det som var overraskende var at barn som var utsatt for en av disse risikofaktorene ikke var mer mottagelig for å utvikle en psykiatrisk lidelse enn barn som ikke var utsatt for noen risikofaktor. Selv med kronisk familiestress virket det som om barn ikke var i spesiell psykiatrisk risiko så lenge det bare var den ene risikofaktoren. På den andre siden, når to av risikofaktorene oppstod sammen, økte risikoen fire ganger så mye (Rutter 2000). Når det gjelder barn av psykisk syke vil det stort sett dreie seg om flere risikofaktorer enn kun en. Psykisk lidelse vil være etterfulgt av en rekke andre tilleggsproblemer som for eksempel disharmoniske ekteskap, skilsmisse og ustabilitet.

Fokuset til de longitudinelle undersøkelsene (Ogden 1995) på risikofaktorer, har blant annet vært stabiliteten og utviklingen til de individuelle kjennetegn som indikatorer på mistilpassing og tilpasning. Eksempler på slike kjennetegn er sosial kompetanse og aggresjon. En svakhet med slike studier er at de først og fremst ser på observerbare kjennetegn og ikke de

underliggende utviklingsprosessene, som kan gi forskjellig observerbare utslag på ulike alderstrinn. For eksempel kan problematferd komme til uttrykk på forskjellige måter på ulike alderstrinn som en konsekvens av at hvem som viser problematferd på de ulike alderstrinnene forandrer seg, eller av at de underliggende prosessene gir forskjellig utslag på de ulike alderstrinnene. Det er i tillegg ulike vansker som ikke har identifiserbare forløpere. Kunnskapen fra slike studier utgjør ofte grunnlaget for studier av et annet tema: forholdet mellom økologiske og, eller individuelle faktorer i barndommen (prediktorer) på den ene siden, og voksen status på forskjellige områder den andre (kriterier). En forsøker å fastslå hvor stor sannsynligheten er for at barn med visse kjennetegn vil utvikle bestemte problemer eller som ungdom/voksen får status som for eksempel kriminell, misbruker eller psykiatrisk pasient. De beste prediktorene for problemer i voksen alder på grunnlag av vurderinger i barndommen synes å være brede indikatorer på manglende tilpasning (inadekvate kamerat relasjoner, antisosial atferd og prestasjonsproblemer) i skolealderen. En rekke undersøkelser har påvist store feilmarginer i forsøkene på å predikere barns utvikling, det er derfor mer fruktbart å snakke om risikoindikatorer og ikke direkte årsakssammenhenger. Resilience barn ” trosser prediksjonene”, og blir dermed eksempler på barn som ikke utvikler problemer, slik en ville forvente ut fra prediksjonen på grunnlag av risikofaktorer.

Forskningsresultater tyder på at symptomer i barndommen ikke predikerer senere patologi så godt som mønstre av kompetansemangler for tilpasning. Emosjonelle symptomer kan være ustabile og bli sterkt påvirket både av situasjoner og utviklingsnivå. Det kan derfor være bedre å predikere på grunnlag av barnets ”bevissthet om og mestringsmåte i forhold til de aktuelle utviklingsoppgavene” (Ogden 1995). Dette fremhever betydningen av å styrke sosial kompetanse og mestringsforventning hos barn av psykisk syke, slik at dette kan fungere som beskyttelsesfaktorer.

I noen tilfeller kan det som virker som risikofaktorer opererer som beskyttelsesfaktorer for høy-risiko individer. Beskyttelseskvaliteten ligger i mekanismen og ikke i variabelen i seg selv. Det er mange eksempler på trekk som fungerer som en risiko for en type utfall, og som en beskyttelse mot andre. Innen atferd kan høy - fysiologisk reaktivitet til stress være en risikofaktor for angstlidelser, mens en beskyttelsesfaktor mot antisosial atferd. Selv om hovedrisikoen for å utvikle psykopatologi ligger i en familiekonflikt som eksisterte før og fortsatte etter en skilsmisse, kan også skilsmissen bidra til å få en slutt på konflikten (Rutter 2000).

Jeg vil nå presentere Bronfenbrenners økologiske modell. Denne er viktig å ha i mente når man skal vurdere et barns livssituasjon. Mennesker utvikles ikke i isolasjon, så miljøet er en viktig kilde til påvirkning. Denne modellen presenteres for å presisere det komplekse samspillet som finner sted mellom barn, familie og samfunnet rundt. Dette er viktig for en bred forståelse av hvilke konsekvenser det kan ha for barn, som i dag vokser opp med en psykisk syk forelder.

3.3. Bronfenbrenners økologiske modell

Når man skal vurdere hvilke konsekvenser det kan ha for et barn å vokse opp med psykisk syke foreldre, er det viktig å ikke betrakte familien som en isolert enhet uten påvirkning fra samfunnet rundt. Barn inngår i ulike sosiale og kulturelle kontekster som de påvirker og som de selv blir påvirket av. Dette kan dreie seg om forskjellige miljøer som familie, skole og venner. I denne sammenheng vil jeg presentere Bronfenbrenners økologiske modell, for å illustrere de komplekse påvirkningene som finner sted mellom barn, familie og det større samfunn.

Mange faktorer kan bidra til å forklare hvilke konsekvenser det kan ha for et barn å vokse opp med en psykisk syk forelder. Både individuelle personlighetsfaktorer, familiens interaksjonsmønstre, akutte stressfaktorer og den kulturelle konteksten familien lever i vil i denne sammenheng være av betydning. Bronfenbrenner (1977) beskriver barns oppvekstmiljø som fire relaterte systemer: mikro-, meso-, ekso og makrosystemet. Det som skjer innenfor et system, henger sammen med det som skjer i de andre.

Mikrosystemet omfatter barnets primære miljøer. Det omfatter de prosessene der menneskene er i direkte samhandling med hverandre, for eksempel som i en familie. (Bronfenbrenner, 1977). Forskjeller i barn og foreldres individuelle karakteristikk, som temperament og genetiske faktorer, vil i denne sammenheng være avgjørende for det samspillet som etableres. I tillegg vil familiens struktur og størrelse, deres måte å løse konflikter på, samt stressnivå i familien være faktorer som påvirker barnets mikromiljø.

Mesosystemet består av barnets sosiale nettverk, og er forbindelse mellom to eller flere mikrosystemer som barnet deltar aktiv i. Dette kan eksempelvis være skoleklasse og venner (Bronfenbrenner, 1977). Gode mesosystemforbindelser fungerer ofte som viktige beskyttelsesfaktorer for barn som vokser opp med psykisk syke forelder. For eksempel kan positive skoleopplevelser eller det å ha prososiale venner fungere beskyttende eller kompensere for eventuelle negative erfaringer i hjemmet (Emery & Laumann-Billings, 2002).

Eksosystemet er en utvidelse av mesosystemet, som inkluderer settinger som barnet ikke er en del av, men som indirekte påvirker miljøer barn aktivt deltar i. Dette kan for eksempel dreie seg om foreldrenes jobb, sosiale støttesystemer og sosioøkonomisk status (Bronfenbrenner, 1977). Eksempelvis kan det å oppleve lite sosial støtte fra omgivelsene eller det å være arbeidsledig øke stressnivå hos omsorgsgiver. Videre kan dette ha betydning for deres omsorgspraksis og psykologiske fungering, som igjen kan påvirke barn fungering (Levendosky & Graham – Bermann, 2001).

Makrosystemet inkluderer samfunn, kultur, lover, og verdisystemer. Det som skjer i dette systemet, er av indirekte betydning for hva som skjer i de andre systemene (Bronfenbrenner, 1977). Ulike kulturer vil variere i forhold til deres syn på familien som system og barneoppdragelse. Hvilke lover, normer og regler som er gjeldene i ulike kulturer vil derfor bidra til å forme og påvirke foreldres holdninger og omsorgspraksis overfor barn.

Dette økologiske systemet består altså av systemer som representerer skrittvisse utvidelser av barns miljø, der hvert av disse miljøene påvirker og blir selv påvirket av de andre systemene. Det er den gjensidige påvirkningen av de fire systemene som utgjør et barns unike oppvekstmiljø (Bronfenbrenner, 1977). Over tid kan det skje endringer innen systemene, for eksempel så kan barn få flere søsken, foreldrene kan skille seg og de kan få nye partnere. Det kan også skje endringer i samfunnets lover, verdier og normer, som igjen kan få konsekvenser for alle systemene. Bronfenbrenners modell illustrerer at faktorer som ligger utenfor en familie kan ha konsekvenser for omsorgen innen familien (Smith & Ulvund 1999). Systemene er aktive, organiserte og selvregulerende. Den indre styringen fungerer etter homeostaseprinsippet, der systemet på grunn av utviklingspåvirkninger sjelden er i likevekt, men tilstreber denne. Den ytre styringen består av gjensidig tilpasning til andre systemer samt opprettholdelsen av systemets grenser. Økologiske overganger er når barnet går fra en

mikrosetting til en annen. For en sunn utvikling er det viktig at disse blir ivaretatt. Når man tar et økologisk perspektiv, tar man et metapetaperspektiv som bygger sine metoder på andre teorier, man skal derfor være forsiktig med å kalle perspektivet en teori. Økologiperspektivet ser på barnet som en stimulus, det vil si at man ser hvilke reaksjoner barnet utløser hos andre og i miljøet. I tillegg ser man på barnet som en prosessor. Dette er den kognitive delen og går på hvordan barnet oppfatter eller bearbeider påvirkninger. Til slutt ser man barnet som en aktør. Da ser man på hvordan barnet handler i forhold til omgivelsene. Barn og unge er aktører på flere arenaer, knyttet til hjem og familie, skole/barnehage og fritid. Det er en gjensidig påvirkning og tilpasning, der barnet formes av miljøet men samtidig også konstruerer miljøet. Barnet former og konstruerer sin virkelighet slik at den gir mening "her og nå" (Bronfenbrenner, 1977). Styrken til denne modellen er at den samsvarer godt med praksis og at den tar hensyn til at virkeligheten er mangfoldig, samt at ting henger sammen fra mikro til makro. Svakheten er at den kan virke overveldende i sitt forsøk på å favne virkeligheten. Dette kan føre til manglende presisjon når man skal anvende perspektivet på konkrete hendelser.

3.3.1. Familiens betydning

Selv om psykisk sykdom hos foreldrene synes å være en viktig indikator for barnets risiko, er det mye som tyder på at denne risiko ikke utelukkende kan forstås på bakkgrunn av den psykiske lidelse per se. Den må også vurderes i forhold til de tilknyttede psykososiale forstyrrelser i familien (Rutter & Quinton 1984).

Når det gjelder de overordnede demografiske forhold ved familien, som familiens størrelse, foreligger det ikke mye empiri spesifikt i relasjon til familier med psykisk syke foreldre (Feldman m.fl. 1987). Men jeg vil i det videre vise til enkelte undersøkelser, som eksplisitt forholder seg til betydningen av familiens størrelse i forhold til barnets psykososiale utvikling.

Jensen m.fl. (1990) viser til informasjon om familiens størrelse i deres tverrsnittundersøkelse av 134 barn i alderen 6 – 12 år med psykisk syke foreldre, og et tilsvarende antall barn i en kontrollgruppe. Dette gjør de ut fra en antagelse om at de barn som kommer fra mindre familier, er i større risiko for å utvikle psykososiale vanskeligheter enn barn fra større

familier. Resultatene fra undersøkelsen støtter denne antagelse, da de påviser signifikante sammenheng mellom antallet av barn i familien og noe av målene for barnets psykososiale tilpasning, som anvendes i undersøkelsen. Det samme finner Feldman m.fl. (1987) at det er en tendens til. Barna i risikogruppen utviser færre problemer når de kommer fra større familier enn når de kommer fra mindre. Dette viser at barn fra store familier, det vil si familier med mer enn 4 barn, er i større risiko for å utvikle atferdsforstyrrelser, mens barn med emosjonelle forstyrrelser oftere kommer fra mindre familier (Rutter & Cox 1985). Tilsynelatende på bakgrunn av denne empiri er det en tendens til at barn av psykisk syke foreldre i mindre familier er i større risiko for å utvikle vanskeligheter, enn barn i større familier. Disse undersøkelsene omkring familiens størrelse forteller ikke i seg selv noe om dynamikken bak resultatene. En mulig forklaring på disse resultatene kunne være at alvorlig syke foreldre på grunn av deres sykdom får færre barn enn mindre syke foreldre (Feldman m.fl. 1987). Det er også mulig at det i en større familie kan være flere friske medlemmer som kan overta noe av de funksjoner, som den psykisk syke forelder selv har vansker med å ivareta (ibid.).

På bakgrunn av disse undersøkelsene er det ikke mulig å vurdere hvilken betydning antallet av søsken har i forhold til barnets psykososiale utvikling. Imidlertid må det i forlengelse av overveielser omkring betydningen av familiens størrelse være viktig å være oppmerksom på kvaliteten av det forhold barnet har til sine søsken, fremfor bare å se på antallet av søsken (Feldman m.fl. 1987). Videre peker undersøkelser på at de eldste barna synes å være i litt større risiko for å utvikle internaliserende eller emosjonelle forstyrrelser, mens yngre barn er i litt større risiko for å utvikle atferdsforstyrrelser (Jensen m.fl., 1990).

Oppsamlende er det ikke mulig å danne seg et klart bilde av betydningen av søsken i forhold til risikoen ved å vokse opp med psykisk syke foreldre. Det er enkelte undersøkelser som tyder på at antallet av søsken har en betydning for risikoen ved å vokse opp med psykisk syke foreldre, liksom plasseringen i søsken – flokken tilsynelatende kan ha innflytelse på denne risiko, men det mangler empiri som mer eksplisitt sikter mot å undersøke disse forhold nærmere (Aalbæk & Glistrup 1997). For å kunne forstå hvordan det påvirker barnet å vokse opp med psykisk syke foreldre, må en ikke bare se på selve proporsjonen av psykisk syke og friske familiemedlemmer, men også de forhold i familien, som knytter seg til proporsjonen.

3.3.2. Uoverensstemmelser og fiendtlighet i familien

I vurderingen av hva det betyr å vokse opp med psykisk syke foreldre, synes det vesentlig å være oppmerksom på graden av uoverensstemmelser i familien. Barn som vokser opp i en familie med psykisk syke foreldre, er i større risiko for å oppleve dels ekteskapelige uoverensstemmelser, som jeg allerede har diskutert, dels fiendtlig atferd og krangler i familien som helhet.

Rutter og Quinton (1984; 1987) finner i deres longitudinelle undersøkelse av 137 familier med psykisk syke foreldre ingen signifikante forskjeller i foreldrevarme eller kritikk, i hyppigheten for lek eller snakk, i forekomsten av positiv interaksjon, forventninger eller forbud i forhold til barna deres. Forfatterne (ibid.) konkluderer derfor med at de psykisk syke foreldrene, som inngår i undersøkelsen, er like hengivne som foreldrene de sammenlignes med. På tross av denne konklusjonen understreker de, at det vil være feil å anta, at barna i disse familiene opplever den samme kvaliteten av familielivet som barn fra kontrollgruppen. Dels som jeg allerede har vært inne på fra denne undersøkelsen, at barna med psykisk syke foreldre opplever langt flere uoverensstemmelser mellom deres foreldre. Dels viser undersøkelsen at barna signifikant oftere er utsatt for henholdsvis fiendtlig, psykotisk og angstfull/ depressiv atferd i familien enn barn fra kontrollgruppen. Fiendtlig atferd vil si både irritasjon og aggresjon overfor barnet, som krangler og vold mellom foreldrene, mens barnet er tilstede. Psykotisk atferd gjelder alle former for tilsynelatende bizar atferd som morbid sjalusi eller tvangsmessige ritualer, mens angstfull/ depressiv atferd gjelder alle affektive tilkjendegivelser som gråt, emosjonell tilbaketrekning og uttrykte bekymringer eller frykt (Aalbæk & Glistrup 1997). Av disse viser undersøkelsen at den fiendtlige atferd er den variabel, som, når det er tatt høyde for andre variabler, best gjør rede for barnas atferds- og følelsesmessige forstyrrelser. Det konkluderes med at opplevelsen av fiendtlighet i familien utgjør en av de vesentligste medierende variabel i assosiasjon mellom psykisk sykdom hos foreldrene og forstyrrelser hos barna deres.

Pettit m.fl. (1988) søker å belyse om det er en sammenheng mellom barnets opplevelser av fiendtlighet i familien og utvikling av sosiale eller interpersonlige vanskeligheter spesielt i forhold til aggressiv atferd. De henviser til undersøkelser, som finner at kompetent sosial atferd hos barna henger sammen med et følelsesmessig varmt og forstående familiemiljø, og finner i deres egen undersøkelse at det er en sammenheng mellom tidlige forhold i familien og barnets interpersonelle kompetanse. Spesielt mødrenes negative forventninger i forhold til

barna deres og aksepten av aggresjon som middel til å løse konflikter i familien, ser på bakgrunn av denne undersøkelsen ut til å henge sammen med sosiale vanskeligheter hos barna.

Empirien på området peker på det viktige ved å være oppmerksom på uoverensstemmelser og fiendtlighet i familier med psykisk syke foreldre. Det ses videre at den økte risiko for å oppleve uoverensstemmelser eller fiendtlig atferd i familien, som barn med psykisk syke foreldre er i, henger tett sammen med deres psykososiale vanskeligheter. Ved økt risiko for uoverensstemmelser og fiendtlighet i familien, tyder det på, at de demografiske forhold, som tidligere nevnt, har betydning.

3.3.3. Interaksjon i familier med psykisk syke foreldre

I forhold til barn av psykisk syke foreldre synes det viktig å være oppmerksom på interaksjonen i familien. Dette på bakgrunn av retrospektive studier av voksne, som har beskrevet barndommen preget av avvising fra foreldrenes side og et negativt miljø i familien preget av brudd og ustabilitet (Orvaschel m.fl., 1980).

Med utgangspunkt i noen av de tidligere nevnte undersøkelser, som finner at familier med psykisk sykdom er karakterisert ved mangelfull eller forvirrende kommunikasjon (Fisher m.fl. 1987), søker Fisher m.fl.(1980b) å vurdere sammenhengen mellom familievariabel og barns utvikling i familier med psykisk syke foreldre. Resultatene fra undersøkelsen peker på at det er en signifikant sammenheng mellom kommunikasjon i familien på den ene side og barnets sosio- emosjonelle utvikling og problemløsningskapasitet på den andre (Fisher & Jones 1980). Det viser seg, at barn av psykisk syke foreldre, som klarer seg dårligst i forhold til lærer- og kameratvurderinger, kommer fra familier med signifikant mer avvikende kommunikasjon enn de barna som klarer seg best.

Tilstedeværelsen av en psykisk forelder i familien øker sannsynligheten for mangelfull eller upresis kommunikasjon (Barocas m.fl. 1985), og at denne ser ut til å henge sammen med vanskeligheter for barnet i interpersonelle relasjoner utenfor familien. Denne sammenheng er utelukkende belyst i undersøkelser av familier med schizofrene foreldre (Aalbæk & Glistrup 1997). De fleste undersøkelser som fokuserer mer bredt på betydningen av miljøet i og

omkringfamilien i forhold til å vurdere risikoen ved å være barn av psykisk syke foreldre, anvender The Family Environment Scale, som er en test, som måler familiemiljøet på bakgrunn av en rekke parametre: De interpersonelle forhold i familien, herunder familiens samhold og kommunikasjon; familiens orientering mot det enkelte familiemedlems utvikling, herunder uavhengighet og familiens orientering utad; og de mekanismer i familien, som opprettholder den som system, herunder organisering og kontroll. Ut fra disse prøver undersøkelsene å påvise en eventuell sammenheng mellom familiemiljøet og barnets psykososiale utvikling.

Billings & Moos (1983; 1985), finner i deres undersøkelse av 218 barn i alderen 0-19 år med deprimerte foreldre, at miljøet i familien med en deprimert forelder på en rekke områder skiller seg fra miljøet i familier tilhørende kontrollgruppen. Derfor er familiene med en deprimert forelder, i forhold til de interpersonelle forhold i familien karakterisert ved mindre samhold og mer konflikt, samt at de tilsynelatende har vanskeligere for å uttrykke seg og kommunisere innbyrdes. De legger videre mindre vekt på det enkelte familiemedlems utvikling av selvstendighet og verdier, på samme måte som de ikke vekter felles aktiviteter særlig høyt. I forhold til barnas utvikling er det spesielt det manglende sammenhold og mangel på interpersonlig støtte i familien, som korrelerer med barnets vanskeligheter.

Davenport m.fl. (1984) påviser i deres undersøkelse av familier, hvor den ene forelder har en bipolar affektiv lidelse, tyder det på at disse familiene kan ha større vansker med å uttrykke affekt. Det enkelte familiemedlem kan ha vanskeligere med å oversette og kommunisere videre følelser til andre familiemedlemmer, og det ses ofte en benektelse av følelser i et forsøk på å opprettholde status quo i familien (ibid.). Fisher m.fl. (1987) finner at de barn som klarer seg best og som viser selvstendig initiativ i forhold til andre, kommer fra familier hvor interaksjonen dels er preget av balanse, hvilket vil si at alle involverte tar initiativ til og deltar i interaksjonen, dels av varme.

Silverman m.fl. (1988), finner at de dårligst fungerende barn kommer fra familier, som vekter den enkeltes uavhengighet av familien mindre. Kauffman m.fl. (1979) beskriver hvordan det ser ut til å være en sammenheng mellom barnets tilpasning og den grad av involvering, eller følelsesmessig investering, som ligger fra foreldrenes side i forhold til barnets liv. På samme måte finner Hirsch m.fl. (1985) i deres undersøkelse av 32 unge med henholdsvis psykisk og fysisk syke foreldre en sammenheng mellom familiens vektning av uavhengighet og de unges

selvverdsfølelse. De unge som kommer fra familier med større samhold, bedre kommunikasjon, mindre konflikt og som fremmer, eller støtter selvstendighet, har størst selvverd.

Det bekreftes videre i en rekke undersøkelser, at familiens organisering og kontroll ser ut til å være relatert til barnets psykososiale utvikling. Silverman m.fl. (1988) finner at de familier, som fungerer dårligst ofte er karakterisert ved en meget rigid organisering, som om de er preget av en høy grad av kontroll. Undersøkelsen viser videre at det ser ut til å være en sammenheng mellom disse forhold og barnets utvikling, slik at de barn, som klarer seg dårligst ofte kommer fra familier med mye kontroll.

Som en konsekvens av foreldrenes psykiske sykdom og i forlengelse av nevnte undersøkelser, kan en se at familier med psykisk syke foreldre ofte er mer isolerende i forhold til deres nærmeste omgivelser enn familier uten psykisk sykdom. Feldman m.fl. (1987) finner at de fleste av familiene i deres undersøkelse, hele 80 %, hadde vært utsatt for alvorlig stressende begivenheter innen det siste året. På tross av dette viser det seg, at omtrent halvdelen av disse familiene ikke har hentet støtte fra uformelle nettverk utenfor familien, venner, naboer, mens en tredjedel ikke har mottatt hjelp fra det formelle nettverket, offentlige instanser.

På bakgrunn av dette kan man si at det er flere resultater som tyder på at det negative miljøet i og rundt familier med psykisk syke foreldre er en viktig, medierende faktor i sammenhengen mellom foreldrenes psykiske lidelse og barnets psykososiale utvikling. Resultatene tyder også på at den psykiske lidelse hos foreldrene, enten det dreier seg om schizofreni, eller depresjon, er forbundet med en økt risiko for psykososiale forstyrrelser i familien, og at disse forstyrrelser henger signifikant sammen med barnas psykososiale vanskeligheter. Samtidig tyder disse undersøkelsene på at disse familiene med psykisk syke foreldre, er i fare for å bli isolert. Videre ses at tilstedeværelsen av en psykisk syk forelder i familien har kritiske konsekvenser for familieinteraksjonen, og dermed for barnets aktuelle psykososiale utvikling. Videre understreker empirien om familier med psykisk syke foreldre, at selv om psykisk sykdom hos foreldrene utgjør en viktig indikator for barnets risiko, skyldes dette ikke så mye sykdommen i seg selv, som det skyldes de assosierende psykososiale forstyrrelser i familien. I vurderingen av hvordan det påvirker barnet å vokse opp med psykisk syke foreldre, viktig å være oppmerksom på disse forhold ved familien.

4. RESILIENCE OG BESKYTTELSESFAKTORER

Å vokse opp med en psykisk syk forelder kan som vist i kapittel 2 få alvorlige negative konsekvenser for barn både atferdsmessig, kognitivt, sosialt og emosjonelt.

Til tross for oppvekst i et ugunstig miljø med en psykisk syk forelder er det altså barn som klarer seg godt. Å finne ut hva som bidrar til at enkelte barn har en adaptiv tilpasning til tross for oppvekst i ugunstige betingelser, vil bidra med viktig informasjon for å kunne hjelpe andre barn som ikke har en like god tilpasning.

Begrepet ”resilience” omfatter barn som har vært utsatt for en eller annen form for belastning i livet, men som til tross av dette likevel synes å klare seg bra. Resilience handler om å forstå hva det betyr å være menneskelig, og hvordan barn strever for å tilpasse seg for å bli fullverdige individ til tross for at de møter risiko. Det viser seg vanskelig å finne et norsk ord som dekker begrepet resilience, men det fins alternative ord, som for eksempel motstandskraft og mestring. Motstandskraft er ikke helt dekkende, fordi det framhever i for sterk grad det som er i barnet og i for liten grad det som er i miljøet. Begrepet motstandskraft ivaretar ikke samspillet i samme grad. Det finnes altså ingen barn som er helt motstandsdyktige mot alle typer belastninger, men det dreier seg om komplekse samspill som både i personen og i situasjonen blir bestemmende for utfallet av belastningen for den enkelte. Mestring er i større grad enn resilience basert på læring. Man trenger ikke være utsatt for risiko for å vise mestring, fordi alle kan bli bedre til å mestre hverdagen og problemene sine. Resilience er derimot uløselig knyttet til risiko (Borge 2003:14-17). Resilience er derfor litt av både motstandskraft og mestring.

Det er viktig å påpeke at resilience barn klarer seg bedre enn man kan forvente ut fra den vanskelige situasjonen de er i, men at det ikke vil si at de takler alle deler av livet like bra sett i forhold til jevnaldrene som lever under normale oppvekstvilkår. Med dette menes for eksempel at et resilience barn kan takle foreldrenes psykiske lidelse og de vanskelige hjemmeforholdene, men ha store faglige problemer. Forskning viser imidlertid at mange av faktorene som bidrar til positiv utvikling ligger utenfor personen selv, som blant annet familie, venner og nettverk. Altså utvikles resilience i et samspill mellom barnets individuelle egenskaper og miljøets egenskaper. Barn kan vise resilience tilpasning i forhold til noen typer

stressfaktorer, men ikke nødvendigvis i forhold til alle. Dersom omstendighetene endrer seg, vil også den resilience tilpasningen endres.

For å kunne forstå resilienceprosesser trenger man et mål for hvor farlig ulike former for psykososial risiko er for barns psykiske helse. Mål for alvorlighetsgraden kan vi få ved å spesifisere risikoen ut fra om den er akutt eller kronisk, eller ut fra hvor mye samspill det er mellom de ulike risikotyper. Dette kan gi et inntrykk av alvoret i situasjonen, og dermed hvor realistisk det er å forvente utvikling av resilience hos dem som utsettes for risiko (Waaktaar og Christie 2000).

I dette kapittelet vil jeg ta for meg ulike beskyttelsesfaktorer som kan nøytralisere eller redusere konsekvensene det kan ha for et barn å vokse opp med en psykisk syk forelder. Rutter (1990) påpeker betydningen av å fokusere på hvorfor og hvordan noen individer klarer å opprettholde for eksempel høy selvtillit og mestringsforventning, til tross for at de erfarer samme motgang som får andre til å gi opp. Begrepene resiliens og beskyttelsesfaktorer kan betraktes som de positive motpartene til begrepene sårbarhet (som betegner et individs mottakelighet for et negativt resultat) og risikofaktorer. Beskyttelsesfaktorer endrer en persons reaksjon på en situasjon som vanligvis kunne føre til mistilpassede resultater. En beskyttelseseffekt er derfor kun tydelig sammen med en risikofaktor (Werner, 1990). For å kunne svare på hvorfor og hvordan noen klarer seg bra til tross for motgang, er man nødt til å rette fokus mot utviklings- og situasjonsmekanismer som er involvert i beskyttelsesprosessene.

Definisjonen av sårbarhets- og beskyttelsesmekanismer er mer spesifikk enn definisjonen av resilience. Den refererer til endringer i en persons respons på risiko. I Rutter (1990) sin beskrivelse av sårbarhets- eller beskyttelsesmekanismer forutsettes det en økning (sårbarhet) eller forbedring (beskyttelse) av reaksjonen på en faktor som er indirekte og avhengig av en eller annen type interaksjon. De forandrer effekten til en annen variabel i stedet for eller i tillegg til å selv ha en direkte effekt. Rutter påpeker altså her at sårbarhet og beskyttelse er motpoler til samme konsept. I tillegg vil sårbarhets- eller beskyttelseeffekten kun gjelde i kombinasjon med risiko, ettersom det må være risiko til stede for at resilience kan

forekomme. Uten stressorer vil derfor ikke en beskyttelsesfaktor ha en merkbar effekt bortsett fra at det er en god ferdighet å inneha for en positiv utvikling.

Werner (1990) viser til tre ulike tilnæringsmodeller for mekanismene i beskyttelsesfaktorene: kompensasjonsmodellen, utfordringsmodellen og immunitetsmodellen. Kompensasjonsmodellen innebærer at man ser stressfaktorer og individuelle egenskaper kombinert i forutsigelsen av utfallet. Alvorlig stress kan reduseres som et resultat av personens kvaliteter eller støtte fra andre. I utføringsmodellen ser man på stress som en potensiell forsterkning for kompetanse, og forholdet mellom stress og kompetanse kan derfor være kurvelineært. Det vil si at erfaringen med stress kan bidra til at en person blir sterkere, og lettere kan takle ny risiko. Utfordringsmodellen illustrerer dessuten utvikling over tid, noe som ikke kommer like godt frem i de to andre modellene. Immunitetsmodellen innbefatter avhengighetsforhold mellom stressorer og beskyttelsesfaktorer. Beskyttelsesfaktorene modererer påvirkningen stress kan ha på en persons tilpasning, men trenger som tidligere nevnt ikke å ha noen merkbar effekt dersom ingen stressorer er tilstede. Ifølge Werner (1990) kan ikke disse tre tilnæringsmodellene ses uavhengig av hverandre. Avhengig av personens strategibruk vil de kunne enten fungere overlappende, samtidig eller vekselvis.

I resten av dette kapittelet vil jeg ta for meg hvilke faktorer som kan virke beskyttende og fremme resilient tilpasning hos barn av foreldre med psykiske lidelser. Werner (1990) i likhet med Norman Garmezy (1985) deler beskyttelsesfaktorer inn i tre undergrupper: individuellefaktorer, familiefaktorer og samfunnsmessige faktorer. Jeg kommer også til å følge denne inndelingen av beskyttelsesfaktorer. I tillegg er det viktig å påpeke den dynamiske interaksjonen som er tilstede mellom disse faktorene og den store sosiale konteksten barnet er en del av. Så lenge balansen mellom stressende hendelser og beskyttelsesfaktorer er fordelaktig, er en vellykket tilpasning mulig. Men dersom stressende hendelser overgår beskyttelsesfaktorene kan selv det mest resiliente barnet utvikle problemer. Resilience tar for seg individuelle variasjoner i responsen på risiko. Noen mennesker bukker under for stress og motgang, mens andre mestrer det. Resilience kan ikke bli sett på som en stabil egenskap hos individet. De menneskene som mestrer vansker på et punkt i livet, vil ikke nødvendigvis gjøre det på et senere tidspunkt. Med andre ord; hvis omstendighetene forandrer seg, forandrer også resilience seg (Rutter 1990).

Poenget er at det er nødvendig å se på mekanismene som er involvert og ikke se beskyttelse som et arvelig kjennetegn på variabelen i seg selv. Ikke alle personlige kvaliteter assosiert

med resilience blir sett på som attraktive. De som ofte virker mest immune for stress er de som kan kjennetegnes med ”sosiopatiske” personlighetstrekk, i den grad at de virker som at de har en overfladisk tilknytning til mennesker, mål eller grupper, og at de skifter fort fra et forhold til et annet når det etablerte forholdet blir forstyrret. Det virker som de har en forståelse av sine egne behov og begrensninger, og at de unngår situasjoner som kan kreve ting av dem som de enten ikke vil eller føler at de ikke kommer til å klare. Slike faktorer kan fungere beskyttende, men det er ikke nødvendigvis faktorer som blir satt pris på av jevnaldrende (Rutter 2000).

Tre forhold går igjen når man skal beskrive hva som beskytter mot sosial belastning og psykologisk stress: kjennetegn ved barnets temperament eller disposisjoner (individperspektivet), familiesamhold og muligheter for trygg tilknytning til signifikante voksne (relasjons- eller familieperspektivet) og støttende personer i skole og nærmiljø som representerer sosial støtte og -kontroll, og som fungerer som rollemodeller (nettverksperspektivet). Det ser ut til å være kjennetegn som på tvers av kulturer og undersøkelser av risikobarn skiller de motstandsdyktige barn fra de som utvikler problemer. En har forsøkt å beskrive hvilke brede faktorer som virker beskyttende og kjennetegner motstandsdyktige barn, men har heller gradvis gått over til å understreke de sosiale og psykologiske prosessene og mekanismene dette skjer gjennom (Ogden 1995).

4.1. Kauai - studien

Kauai undersøkelsen, som regnes som helt sentral innenfor resilienceforskningen, var en langvarig oppfølgingsundersøkelse, hvor Emmy Werner og Ruth Smith fulgte opp 698 barn som ble født i 1955, gjennom mer enn 40 år. Til tross for at denne studien er relativt gammel, og utført på Kauai i staten Hawaii, blir den ofte grundig referert til i litteraturen om resilience. Jeg mener den fortsatt har en stor relevans fordi man ser mange likhetstrekk med resultater fra denne undersøkelsen og resultater som kommer frem i senere undersøkelser og på tvers av kulturer. Mange av barna på Kauai levde i fattigdom og under risiko og 29 av de, var barn av foreldre som var under behandling for psykiske problemer, det vil si ca. 4 % av barna i undersøkelsen. Dette gjør undersøkelsen interessant i denne sammenheng og understreker

viktigheten med et fokus på barn av psykisk syke, som en risikogruppe blant en barnepopulasjon i et samfunn. Hvert av de 29 barna ble matchet med kontrollgruppe barn av samme kjønn, sosioøkonomisk status ved fødsel og etnisitet. Den sosioøkonomiske statusen til barna av psykisk syke foreldre skilte seg ikke fra resten av barna i undersøkelsen. For det meste var etnisiteten til foreldrene som ble behandlet for psykiske problemer også likt fordelt som resten av befolkningen på Kauai. Det var flere gutter(n:18) enn jenter(n:11) med foreldre som var i behandling for psykiske problemer. Innen barna var fylt 10 år hadde 12 av 29 barn med psykisk syke foreldre, utviklet alvorlige lærevansker og/ eller atferdsproblemer. Innen de var fylt 18 år hadde 16 av 29 vist tegn på antisosial atferd eller psykiske problemer. Dobbelt så mange av dem var gutter.

Flesteparten av resilience barna som ikke hadde utviklet noen mestringsproblemer de to første tiårene av livet var barn av deprimerte foreldre (Werner & Smith 1982). Mange atferdskarakteristikker skiller resilience barn av psykisk syke foreldre fra de som utvikler atferdsproblemer i løpet av de 20 første årene i livet. Resilience barna ble som spedbarn karakterisert av mødrene sine som lette å ha med å gjøre og snille av natur. Videre ble de sett på som mer uavhengige, autonome og sosialt orienterte enn barna som senere utviklet alvorlige mestringsproblemer. De fleste barna med mestringsproblemer og atferdsvansker var barn av schizofrene mødre, mens flertallet av resilience barna var barn av deprimerte mødre. Werner og Smith (1982) har derfor sammenlignet disse to gruppene, og deres respektive kontrollgrupper. Barn av schizofrene er ulike barn av deprimerte på en rekke kognitive, sosiale og emosjonelle variabler både når de er 20 måneder og 10 år, og når det gjelder deres behov for psykisk helsevern når de er 10, 18 og 24 år. De fant kun en signifikant forskjell mellom barn av deprimerte mødre og deres kontrollgruppe, en forskjell som kunne oppstått ved tilfeldighet: når barna var 10 år, la lærerne merke til et noe større antall av atferdsproblemer hos barn av deprimerte mødre enn hos kontrollgruppen. Dette samsvarer med forskning på deprimerte mødre nevnt tidligere der manglende foreldrefungering relatert til foreldrenes depresjon kan føre til dårlig emosjonell selvregulering hos barnet.

Høyrisiko resilience gutter og jenter hadde få alvorlige sykdommer i de første to tiårene av livet og hadde en tendens til å komme seg raskt. I mellomtrinnet og ungdomsskolen viste de tilstrekkelig problemløsningsferdigheter og kommunikasjonsferdigheter, og deres perseptuellmotoriske utvikling var aldersriktig (Wernwr & Smith 1982). Dette er ferdigheter som ofte viser seg å være mangelfulle hos barn av deprimerte mødre (Hammen 2000). I

senere ungdomsår viste resilience barna sterkere indre "locus og control", ansvarlig og prestasjonsorientert holdning til livet og et mer positivt selvbilde enn sine jevnaldrende med mestringsproblemer. Senere utviklet de en følelse av koherens mellom deres tanker om livet og hvordan virkeligheten var, og de kunne regne med en rekke uformelle støttekilder. Videre uttrykket de også et større ønske om å forbedre seg, for eksempel ved å fortsette en psykologisk vekst. Blant hovedfaktorene i omsorgsmiljøet som så ut til å bidra til resilience og stress motstandsdyktighet hos høyrisiko barna var: alderen til forelderen av motsatt kjønn (yngre mødre for resilience gutter, eldre fedre for resilience jenter), antall av barn i familien (fire eller færre), avstanden mellom resilience barnet og det neste i søskenflokket (mer enn to år), antall og type alternativ omsorgsgiver i tillegg til moren innen husholdningen (far, besteforeldre, eldre søsken), arbeidsmengden til moren (inkludert fast arbeid utenfor hjemmet), mengden av oppmerksomhet som ble rettet mot barnet av primær omsorgsgiveren(e) som spedbarn, tilgjengeligheten til søsken som omsorgsgivere eller samtalepartnere i barndommen, struktur og regler i husholdningen i ungdomsårene, tilstedeværelsen av et flergenerasjons nettverk bestående av familie og venner i ungdomsårene og det kumulative antallet av kroniske stressende livshendelser i barndommen og ungdomsårene.

4.2 Individuelle beskyttelsesfaktorer

I et transaksjonsperspektiv blir barns utvikling sett som et resultat av den gjensidige interaksjonen mellom egenskaper ved barn og faktorer i miljøet. Barn vil på denne måten i kraft av sine personlighetstrekk eller karakteristikk være med på å skape sitt eget oppvekstmiljø og gjennom det forme de erfaringene som blir gjort. Barn som vokser opp med psykisk syke foreldre kan være i risiko for å utvikle problemer på flere områder både akademisk, sosialt, emosjonelt og atferdsmessig. I denne sammenheng kan karakteristikk og egenskaper ved barnet virke beskyttende og forhindre en slik uheldig utvikling. Disse egenskapene blir ofte kalt individuelle beskyttelsesfaktorer og er beskyttelsesfaktorer i barnet. Flere slike faktorer har blitt identifisert og dette handler blant annet om; gode kognitive evner, sosiabilitet og lett temperament, tro på egne evner og høy selvtillit, arvelige disposisjoner og fravær av mentale og fysiske handikap, attraktivt utseende, positiv selvopplevelse og selvforståelse, og det å ha spesielle talenter (Masten & Coatsworth 1998) (Quinton & Rutter 1985) (Garmazy, 1994).s:123. En annen karakteristikk ved barnet, som tradisjonelt nevnes

som eksempel på et individuelt beskyttende forhold, er barnets kjønn. Det er heller ikke med hensyn til dette forhold enighet om hvorvidt, og på hvilken måte, det influerer på barnets motstandsdyktighet. (Werner & Smith, 1993.)

4.2.1. Kognitive evner

En gruppe av individuelle beskyttelsesfaktorer, som i de senere år har vakt interesse innenfor forskningen omkring barn av psykisk syke foreldre, er karakteristikken ved barnets kognitive måte å fungere på. Det har tidligere typisk vært fokusert spesifikt på barnets intelligens, og enkelte undersøkelser har (j.fr.2.5.4) vist en tendens til, at de best fungerende barna har en høyere intelligenskvotient (El-Guebaly & Offord 1980). IQ tester blir ofte brukt som et mål på intellektuell fungering. Barn som viser gode prestasjoner på disse testene har også ofte gode informasjonsprosesseringsferdigheter og problemløsningsstrategier. Dette er ferdigheter som kan fremme mestring hos barn som vokser opp under ugunstige forhold. Gode problemløsningsferdigheter kan blant annet bidra til at barn på en mer fleksibel måte kan orientere seg i miljøet og beskytte seg selv mot farlige situasjoner. Mindre gode problemløsningsferdigheter kan derimot føre til at barn har større problemer med å orientere seg i truende situasjoner og opplever vansker i forhold til å komme frem til konstruktive løsninger i disse situasjonene. Gode kognitive evner kan også bidra til at barn opplever mestring i akademiske sammenhenger og føre til at de trives på skolen. (Heller et al., 1999). Barn av psykisk syke foreldre som ikke har så gode kognitive evner, kan derimot oppleve ytterlige nederlag i skolesammenheng og dermed bidra til økt risiko for videre mistilpassning. Liten grad av mestringsfølelse i akademiske sammenhenger kan blant annet føre til at barn distanserer seg fra skolen og av den grunn ytterligere isolerer seg fra sosial omgang med andre (Masten & Coatsworth, 1998).

Woorland m.fl. (1987) finner at mål for barnets intelligens er et meget sikkert grunnlag for å vurdere, i hvilken utstrekning det på et senere tidspunkt i barnets liv oppstår psykiske vanskeligheter. Imidlertid er det grunn til å være oppmerksom på en rekke usikkerheter med hensyn til å anføre barnets intelligens som en beskyttende faktor. Forskning på området er ikke entydig i vurderingen av hvilken betydning det har for barnets intelligens å vokse opp med psykisk syke foreldre. Videre er det viktig å være oppmerksom på hvordan barnas kompetanse vurderes med henblikk på å finne fram til de barn, som på tross av

omstendighetene, klarer seg godt. Således benytter en del undersøkelser seg av mål for barnets kompetanse, som kan henge tett sammen med barnets intellektuelle formåen. Er det tilstrekkelig å konkludere med at barnets IQ eventuelt ser ut til å ha en beskyttende funksjon? Det kan for eksempel tenkes at et velbegavet barn har flere positive opplevelser på skolen, og dermed får en økt opplevelse av kompetanse i denne sammenheng, og at barnet dermed får et styrket selvvverd. (Garmezy, 1994). Det er også mulig at disse barna er i besittelse av problemløsningsstrategier, som gjør dem bedre i stand til å takle den omgivelsesmessige risiko som det er å vokse opp med psykisk syke foreldre (Garmezy 1994). Det kan også være en mulighet at de mer begavede barna har en økt opplevelse av å tiltro til, å ha innflytelse på og kontroll i forhold til begivenhetene omkring barnet.

I det hele tatt har det skjedd en utvikling innenfor område, ved at interessen ikke bare rettes mot intelligenskvotienten som et uttrykk for barnets kognitive kapasitet, men rettes mot barnets kognitive måte å fungere på mer generelt (Rutter 1985). Flere peker her på det viktige i at barnet er i stand til å hente hjelp og støtte i sosiale relasjoner, og på en måte som ikke vekker negative reaksjoner hos andre mennesker. (Rutter 1985). Likeledes kan barnet ved å ha kognitiv kompetanse i forhold til sosiale relasjoner, oppnå en fornemmelse av og ha mulighet til å gjøre noe i forhold til de ytre forhold, som innebærer det å ha en familie med en psykisk syk forelder.

Flere studier har undersøkt forholdet mellom intellektuell fungering og sosial utvikling hos barn (Kandel m.fl., 1998; Masten & Coatsworth 1998). Resultatene fra disse studiene tyder på at intellektuell fungering virker som en modererende faktor i forhold til utvikling av prososial og antisosial atferd hos barn som vokser opp i risikomiljøer. Kognitive evner kan derfor sies å ha en spesifikk beskyttelses- eller sårbarhetsfunksjon i prosessen som knytter ugunstige forhold til sosial atferd. God kognitiv fungering vil i denne sammenheng fungere som en beskyttelsesfaktor mot utvikling av antisosial atferd og fremme prososial atferd hos barn. Svekket kognitiv fungering kan derimot fungere som en risikofaktor for utvikling av antisosial atferd.

Selv om det er grunn til å anta at intellektuelle evner er en nødvendig faktor for resilience, er kognitive evner alene ikke nok. Selv om gode kognitive evner mest sannsynlig vil bidra til gode skoleprestasjoner, vil kompetent tilpasning på andre områder også kunne bidra til dette. For eksempel kan barn med gode sosiale ferdigheter vekke positive reaksjoner fra andre, som

igjen bidrar til at de blir likt av andre og får venner. Dette kan føre til at de trives på skolen og av den grunn gjør det bedre på skolen, mer enn hvis de ikke hadde hatt gode sosiale ferdigheter.

4.2.2. Selvoppfatning, selvtillit og tro på egne evner

Selvoppfatning dreier seg om en persons oppfatning, holdning, følelse eller tro om seg selv og egen kompetanse på bakgrunn av de vurderingene han eller hun foretar av seg selv. Selvtillit er et overlappende begrep, men kan i tillegg handle mer om det å akseptere seg selv og godkjenne eller sette pris på at man er den man er (Schaffer, 1999).

I forlengelse av barnets kognitive måte å fungere på fremhever en rekke undersøkelser av motstandsdyktige barn og unge av psykisk syke foreldre en annen viktig individuell beskyttelsesfaktor, nemlig barnets eller den unges positive selvopplevelse og selvforståelse. (Aalbæk & Glistrup 1997). Beardslee & Podorefsky (1988.) finner i deres undersøkelse av unge med psykisk syke foreldre, at de unge, som klarer seg godt, er karakterisert med en velutviklet selv – forståelse. En selvforståelse som, ifølge forfatterne (ibid.) kommer til uttrykk gjennom de unges utviklende evne til å vurdere deres situasjon, de muligheter de har for å handle og konsekvensene av disse handlingene. De utviser en ekstraordinær forståelse for deres foreldres lidelse og er i stand til å vurdere, og beskrive denne lidelsen og de problemer den medfører, adskilt fra dem selv. De er således i stand til å vurdere at det er noe galt med deres foreldre, og at de ikke selv er årsaken til disse problemene. På denne bakgrunn gir de uttrykk for selvverd og selvtillit og en tro på deres egen virkeevne, som synes karakteristisk for motstandsdyktige barn med psykisk syke foreldre (Rutter 1985b). Earls m.fl. (1987) beskriver hvordan denne faktor allerede synes tydelig hos førskolebarnet. De barn, som klarer seg godt, er således karakterisert ved høy grad av involvering, kreativitet og selvstendig initiativ i forhold til de lekesituasjoner, de vurderes i.

De motstandsdyktige barna, som nevnt i ovenstående undersøkelse har en klar oppfattelse av dem selv som adskilt fra foreldrenes psykiske sykdom, og dette fremheves flere steder i litteraturen som en viktig individuell beskyttelsesfaktor. Som en del av The st. Louis Risk Research Project, finner Anthony (1987b) at en av de faktorer som viser seg å ha en beskyttende effekt for barn med psykotiske foreldre, er barnets evne til å skape en

psykologisk, intellektuell og følelsesmessig avstand til den syke forelder. Barn, som på denne måten ikke ligger under for foreldrenes vrangforestillinger, men som utviser en sunn skepsis, ser ut til å klare seg best. I denne forbindelse (jfr. 4.2.1.), de barn som ser ut til å klarer seg best, har en høyere verbal IQ. Noe av bakgrunnen for denne tendensen ligger i at de dermed bedre kan begrepsliggjøre eller objektivere den psykiske lidelsen og dermed skape avstand. Videre kan det nevnes at Anthony (1987b) på bakgrunn av St. Louis undersøkelsen fremhever, at de motstandsdyktige barna, som på denne måten er gode til å skape avstand til foreldrenes sykdom, også kan tenkes å få problemer. De mekanismer, som de anvender, for eksempel som distansering, isolering av affekt, fortrenning og rasjonalisering, viser seg, ifølge Anthony (ibid.), ofte å gjøre det vanskelig for dem å inngå i gode følelsesmessige relasjoner til andre. Denne manglende evnen til å inngå i tette relasjoner til andre betegnes flere steder som den psykologiske pris disse barna betaler for deres umiddelbare motstandsdyktighet ovenfor påvirkning fra de risikofaktorer, som er forbundet med foreldrenes sykdom.

4.2.3. Temperamentsmessige kvaliteter

En av de individuelle beskyttelsesfaktorer som ofte anføres ved å ha generell betydning for motstandsdyktighet, er barns temperamentsmessige kvaliteter. I et interaksjonsperspektiv vil egenskaper ved barn i gjensidig interaksjon med faktorer i miljøet være avgjørende for om et barn har adekvat eller mistilpasset utvikling. Temperamentsmessige forskjeller hos barn vil derfor vekke ulike reaksjoner fra omgivelsene og påvirke måten andre forholder seg til dem på. Forskjeller i barns temperament kan også påvirke deres valg av aktiviteter og miljøer, og på denne måten bidra til at barn er med på å skape sitt eget oppvekstmiljø. Utadvendte og åpne barn kan for eksempel søke mer kontakt med andre enn sjenerte og engstelige barn. Dette kan videre føre til at enkelte barn får mer sosial erfaring enn andre. Å ha et sosialt, imøtekommende og "lett" temperament utløser ofte flere positive reaksjoner fra andre. I tillegg kan det lette mestringsstrategier og problemløsningsferdigheter hos barn (Rutter & Rutter, 1997).

Innenfor litteraturen om barn av psykisk syke foreldre, er det en tendens til å anføre, at barnets temperament må formodes å ha en betydning uten nærmere og gjøre rede for eller undersøke denne (Schaffer, 1993). Et forsøk på nærmere å undersøke betydningen av barnets

temperament gjøres eksempelvis av Quinton og Rutter (1985). I deres longitudinelle undersøkelse finner de at de barn med psykisk syke foreldre, som har det undersøkelsen betegner som et ”lett temperament”, klarer seg bedre enn de barn som har et ”vanskelig temperament”. Quinton og Rutter (ibid.) vurderer barnas temperament på bakgrunn av en rekke atferdsbeskrivelser, og finner at karakteristikker, som at barnet overveiende er i godt humør, utviser regelmessighet i forhold til spise- og sovemønstre og er føyeelig og lett å gjøre til lags, er konstitusjonelle forhold ved barnet som tilsynelatende er med på å øke barnets motstandsdyktighet.

Det er imidlertid ikke klart hvilke mekanismer som ligger bak at det å være ”et lett barn” får betydning for at barnet utviser færre problemer. En måte å forstå det på er at disse fornemme barn, i kraft av deres konstitusjon, er mindre mottakelig for stress som de utsettes for i deres omgivelser (ibid). Det kan imidlertid også tenkes at disse barna, i kraft av deres karakteristikk, utløser færre negative reaksjoner fra blant annet deres foreldre, og at beskyttelsen fra deres temperament på denne måten gjør seg gjeldene ved at de utsettes for færre stressfylte opplevelser. Og omvendt, at de besværlige barna er vanskeligere å omgås for foreldrene og lettere vekker irritasjon hos disse, spesielt hvis de selv kjemper med psykiske lidelser. Det kan i forlengelse av disse antagelser også være snakk om at foreldrene, når de er irritable eller aggressive og krangler, er mindre tilbøyelige til å la disse følelsene komme til uttrykk overfor det temperamentsmessige lette barnet. Quinton og Rutter (1985) finner således, at det i familier med flere barn er en klar tendens til, at foreldrene i forbindelse med krangler retter deres fiendtlige atferd mot det temperamentsmessige mer besværlige barnet i familien. Det tyder på den bakgrunn at, at barnets temperament, i familier med psykisk syke foreldre, som nettopp er karakterisert ved mange og voldsomme uoverensstemmelser og krangler, kan beskytte barnet gjennom innflytelse på foreldre – barn- interaksjonen.

4.2.4. Kjønn

En annen av de konstitusjonelle karakteristikker ved barnet, som tradisjonelt nevnes som eksempel på et individuelt beskyttende forhold, er barnets kjønn. Som jeg allerede tidligere i oppgaven har vært inne på tidligere (2.7) er det heller ikke med hensyn til dette forhold enighet om, hvorvidt og på hvilken måte det influerer på barnets motstandsdyktighet. På en rekke spesifikke områder i den tidlige barndom virker gutter å være mer sårbare enn jenter,

mens det omvendte tilsynelatende gjør seg gjeldende i tenårene (Werner & Smith, 1993). Et eksempel på denne forskjellige sårbarheten i forhold til barnets kjønn er, hvorledes undersøkelser peker på en større sammenheng mellom foreldrenes krangler og problemer hos guttene enn hos jentene med psykisk syke foreldre. På bakgrunn av empirien om barn av psykisk syke foreldre, synes det generelt å være en tendens til at likhetene mellom de to kjønn med hensyn til motstandsdyktighet er mer markante enn forskjellige.

4.2.5. Andre egenskaper ved barnet.

Andre egenskaper ved barn har også blitt relatert til resilient tilpasning hos barn i risiko. Organiske forhold knyttet til arv, svangerskap og fødsel slår ofte ut som en signifikant faktor i de fleste resiliencestudier. Barn med resilient tilpasning skiller seg ofte ut ved at det er fravær av arvelige belastninger i slekten, kombinert med medfødt robusthet som gir gode sosiale ferdigheter, og gode intellektuelle ressurser. (j.fr. 4.1) Emmy Werner sin studie av resilience, viser at de barn som kommer dårligst ut på alle tidspunkt over en 40 års tidsperiode, er de barna der det er alvorlige komplikasjoner i tilknytning til svangerskap/fødsel slik at barnet pådro seg en eller flere former for hjerneorganiske skader (Werner & Smith 1992). Faktorer ved barnet som fravær av fysiske og mentale handikap, samt det å ha et attraktivt utseende eller spesielle talenter, har også blitt assosiert med bedre tilpasning hos barn i risiko (Masten & Coatsworth, 1998).

4.3. Familiære beskyttelsesfaktorer

En av de forhold ved den psykisk syke forelder, som beskrives som en viktig beskyttelsesfaktor, er hvis den psykisk syke forelder på tross av sin sykdom klarer å ivareta sentrale foreldrefunksjoner, slik at kvaliteten av dennes foreldreevne ikke forringes vesentlig. Som jeg tidligere har vært inne på (jfr.2.4.) viser det seg at det ofte er en sammenheng mellom psykisk sykdom hos foreldrene, nedsatt foreldreevne og atferdsmessige problemer hos barna.

Kauai – studien viser til ulike familieforhold som virker beskyttende for barn av psykisk syke (jfr.4.1). Familiene til resilience barn kjennetegnes av struktur og regler i hjemmet, mors arbeidsmengde, et lavt antall kumulative kroniske stressende hendelser, oppmerksomhet og

emosjonell støtte til barnet fra primæromsorgsgiver. Dette gir klare indikasjoner på betydningen av å styrke foreldrefungeringen hos psykisk syke foreldre. Jeg vil derfor belyse ulike foreldrefunksjoner som karakteriserer god foreldrefungering.

Foreldrefungering innebærer som nevnt tidligere foreldrenes hverdagsatferd overfor sitt barn (jfr.2.4.). Kari Killen (2000) problematiserer betegnelsen ”god nok” foreldre, som har blitt mye brukt uten å bli ordentlig definert. Det å være en god forelder handler om å dekke både de fysiske og følelsesmessige behovene som barnet har i forhold til sin alder og sitt utviklingsnivå. Å være en ”god nok” forelder innebærer at den fysiske og følelsesmessige omsorgen står i forhold til de behov barnet gir uttrykk for, og ikke de voksnes behov. En ”god nok” forelder aksepterer barnet som det er. Der omsorgen er ”god nok” setter foreldrene grenser for barnet slik at det føler trygghet. I følge Killen beveger man seg på en skala fra å være en ”god nok” til ”for dårlig” forelder, alt etter hvilken livssituasjon man befinner seg i. De fleste foreldre er ”gode nok”, og de færreste er mer enn det. Foreldre som er emosjonelt positive og som gir oppmerksomhet til sitt barns prososiale atferd, bidrar til at barnet viser mindre aggressivitet og utvikler selv – regulerings ferdigheter. Dette støtter oppunder at god foreldrefungering kan virke som en beskyttelsesfaktor mot utviklingen av atferdsproblemer (Baydar m.fl.2003). Killen (2000) fremhever fire viktige foreldrefunksjoner: 1) evnen til å se barnet som det er, 2) evnen til å engasjere seg positivt følelsesmessig i barnet, 3) evne til empati med barnet og 4) evne til å ha realistiske forventninger til barnets mestring.

Disse fire foreldrefunksjonene forutsetter sensitivitet hos foreldrene (og eventuelt andre omsorgspersoner). Ainsworth m.fl. (1978:142) definerer foreldresensitivitet som evnen til å oppfatte og tolke barnets signaler, og å respondere raskt og passende. Hvordan foreldre oppfatter barnet får konsekvenser for deres holdninger og atferd overfor det. Jo mer realistisk man oppfatter barnet, jo mer sannsynlig er det at en forholder seg til det på måter som dekker dets behov og muligheter. Evnen til å se barnet som det er, er blant annet avhengig av hvordan en selv har det, og hvordan barnets atferd og reaksjoner påvirker oss. Det vil si, som tidligere nevnt at det er et transaksjonsforhold mellom barnets og foreldrenes atferd overfor hverandre. Klarer man å se barnet for den det er vil dette føre til et godt samspill og en trygg tilknytning. Det motsatte vil ofte være tilfelle hos psykisk syke foreldre (jfr.2.0) (Killen 2000). Evnen til å se barnet som det er vil også bidra positivt til hvordan foreldre håndterer eventuelle vansker og problemer hos barnet. Hvorvidt foreldrene mener barnets problem kun ligger i barnet eller at det er et samspill mellom barnet og deres foreldrefungering, vil være av

stor betydning for deres vilje til å forandre sin egen foreldrepraksis og deres holdninger til barnet (Peters m.fl.2005).

Andre forhold ved den psykisk syke forelder, som synes å ha en beskyttende funksjon i forhold til barnets utvikling, er varigheten og alvorlighetsgraden av sykdommen (Fisher m.fl., 1987). Anthony (1976; 1987b) fremhever viktigheten av at barnet er i stand til å skape avstand til den psykiske lidelse, og at det er stor forskjell på hvor involverende den psykisk syke forelder er. Hvis den psykisk syke forelder ikke makter å involvere barnet, kan det lette barnets bestrebelser etter å skape avstand til den psykiske sykdommen. I forlengelse av dette omkring barnet, hører også et godt forhold til en eventuell frisk ektefelle til den psykisk syke forelder. Fisher m.fl. (1987) finner at det ser ut til, at den friske forelder i noen utstrekning er i stand til å kompensere for de manglende foreldrefunksjoner på den psykisk syke forelder sin side. Fisher m.fl. (1987) sier videre at det kan sees i sammenheng det viktige i barnets evne til å objektivere den psykisk syke forelder, og forstå hans eller hennes sykdom uavhengig av seg selv.

Foreldrenes oppdragsstil har også blitt funnet å ha betydning for barnets utvikling. I denne sammenheng har en autoritativ oppdragsstil hos foreldrene blitt relatert til høyere selvtillit og bedre kognitiv- og sosial fungering hos barn i risikomiljøer (Masten & Coatsworth, 1998). En autoritativ oppdragsstil er karakterisert ved høy grad av responsivitet og varme fra foreldrene, kombinert med høy grad av kontroll og gjensidighet i forhold til krav, rettigheter og ansvar mellom barn og voksne (Evenshaug & Hallen, 2001). Denne oppdragerstilen har blitt assosiert med resilient tilpasning hos høyrisiko barn. I tillegg har den blitt funnet å fungere som en beskyttelsesfaktor mot antisosial atferd hos barn som utsettes for et høyt nivå av psykososial risiko (Masten & Coatsworth, 1998). Her er det imidlertid viktig å ta i betraktning kulturelle variasjoner. Ulike kulturer vil i stor grad variere i syn på hva som oppfattes som god barneoppdragelse og dertil hva som karakteriseres som adekvat tilpasning hos barnet. En autoritativ oppdragerstil har særlig i vestlige kulturer blitt assosiert med resilient tilpasning hos barn med psykisk syke foreldre.

4.3.1. Andre forhold

Andre forhold ved familien, som jeg tidligere har vært inne på, kan også fremheves som beskyttelsesfaktorer: få ekteskapelige uenigheter, og uenigheter i familien mer generelt (Quinton & Rutter, 1985; Rutter 1971), en åpen kommunikasjon i familien (Kimchi & Sscaffner 1990), et støttende og sammenhengende familiemiljø (Hirsch m.fl., 1985; Kimchi & Sscaffner 1990), og aktive innbyrdes forhold i familien preget av varme og gjensidighet (Fisher et al. 1987; Rutter 1985b). Videre fremheves familiens sosioøkonomiske status ofte som en faktor, dersom den er høy, som en beskyttende funksjon (Masten & Garmezy, 1985; Werner & Smith, 1993; Sameroff, Barocas & Seifer, 1984). Seifer & Sameroff (1987) gjør seg i denne forbindelse en rekke antagelser om den mulige beskyttende funksjon, som høyere sosioøkonomisk status kan ha. De foreslår at det i familier med høyere sosioøkonomisk status kan tenkes å være flere muligheter for handling, og en større fornemmelse av selv å kunne kontrollere disse handlingene. Det kan også tenkes å være større fleksibilitet og flere ressurser i forhold til å takle forandringer i familien og dermed gradvis tilvenne barnet til disse forandringene på en alderssvarende måte. Det er også en rekke andre forhold omkring familien, som kan fungere som beskyttelsesfaktorer. Flere nevner det beskyttende i gode skole erfaringer, i et velfungerende skolemiljø med god kontakt til lærere og venner (Garmezy & Masten, 1985; Rutter, 1979), og muligheter for støtte i det nære, omkringliggende samfunnet (Feldman et al., Kauffman et al., 1979; Rutter, 1979). Dette vil jeg komme nærmere inn på i neste avsnitt.

4.4. Samfunnsmessige beskyttelsesfaktorer

I lys av Bronfenbrennes økologiske modell inngår barn i et komplekst samspill med flere ulike miljøer, som de mer eller mindre aktivt er en del av. I barnets primære miljø befinner familien seg og vil naturligvis i stor grad påvirke barns utvikling på flere områder. Når dette miljøet svikter eller ikke er i stand til å fremme barns utvikling på en adekvat måte, er det av stor betydning at andre miljøer kan fungere kompenserende for disse svakheter. Flere faktorer i barns utvidede miljø har blitt funnet for å beskytte mot mistilpassning og fremme resilience tilpasning hos barn utsatt for risiko.

4.4.1. Tilknytning til en prososial voksen

Det viser seg at de barna som klarer seg best i oppveksten er de som har hatt minst en person som har fulgt dem gjennom belastningene, og vist mye støtte og omsorg (Waaktar & Christie 2003). En omsorgsfull bestemor, lærer, trener eller en venn av familien kan for eksempel i denne sammenheng fungere som et foreldersubstitutt. I tillegg til å vise omsorg og emosjonell støtte, kan disse bidra med oppfølging og hjelp til praktiske gjøremål, samt fungere som gode rollemodeller og veiledere for barnet. Foreldre med psykiske problemer har imidlertid ofte et mangelfullt nettverk, og noen med spesielt alvorlige psykiatriske lidelser vil forsøke å holde både seg selv og barna borte fra nettverket. Dette kan ha negativ innvirkning på barna både ved at de ikke får nok kontakt med jevnaldrende utenfor skoletid og ved at de ikke får mulighet til å knytte seg til andre voksne utenfor hjemmet (Killen 1994).

4.4.2. Jevnaldrende

Å bli godt likt av andre, samt det å ha en eller flere nære venner har også blitt knyttet til resilience tilpasning hos barn i risiko (Masten & Coatsworth, 1998). Det er viktig at barn utvikler gode interpersonlige ferdigheter for å kunne utvikle gode sosiale relasjoner (Ogden 2003). I følge Suniya S. Luthar (2006) hviler resilience fundamentalt på relasjoner. Mennesket har et grunnleggende ønske om å tilhøre og i den psykologiske utviklingen er positive tilknytninger en viktig del, da sterke og støttende forhold er avgjørende for å oppnå og holde på resilient tilpasning. Positive forhold til jevnaldrene kan i tillegg være med på å virke forbedrende på barn i risiko (Luthar 2006). Påvirkninger fra jevnaldrende kan fremme prososial atferd, som vil si trøste – og – hjelpe atferd som for eksempel å gi ros og gjøre vennlige handlinger overfor andre. Negative reaksjoner og forhold til antisosiale jevnaldrende kan derimot bidra til å vedlikeholde problematferd (Borge 2003). Det synes å ha en beskyttende effekt å føle tilhørighet til en gruppe med jevnaldrende. Barn som har levd under ekstreme betingelser utvikler ofte ekstreme strategier for å overleve. Det viser seg at når disse er satt i en positiv ramme i skole og nærmiljø går det bedre med barna (Waaktar & Christie). Longitudinelle studier har vist at sammenhengen mellom vanskeligheter i familien og utagerende atferd ble svekket som følge av vennskap og aksept hos jevnaldrende (Luthar 2006). Forhold til jevnaldrene kan være svekket hos barn av psykisk syke, studier av barn i risiko viser at barn av psykisk syke er mindre populære blant jevnaldrende og har en redusert

sosial fungering. I tilfeller der utfallet er positivt viser ofte barnet gode sosiale ferdigheter (Hammen 1991).

4.4.3 Andre forhold

Medlemskap i organisasjoner, tilknytning til religiøse miljøer, deltagelse på fritidsaktiviteter, samt det å ha en hobby har også blitt identifisert som beskyttelsesfaktorer for barn i risiko (Egeland m.fl., 1993). Å føle tilhørighet, bli akseptert og få vist sine talenter kan bidra til økt selvtillit og mestringsfølelse hos barn. I tillegg kan deltagelse på ulike aktiviteter bidra til at barn får venner og opplever voksne som positive rollemodeller

4.5. Hvordan kan man fremme god utvikling hos barn som i dag vokser opp med psykisk syke foreldre?

Barn av psykisk syke utsettes for en mengde ulike risiko- og beskyttelsesfaktorer. For å kunne forstå hvorfor noen barn har en bedre utvikling enn andre, er det viktig å finne ut hvordan disse faktorene virker sammen. Selv om studier har vært betydelig konsistente i å identifisere ulike faktorer som potensielt kan fungere beskyttende og fremme resilient tilpasning hos barn i risiko, er det imidlertid flere forhold som må tas i betraktning.

Mistilpassning eller resilient utvikling kan som regel ikke knyttes til spesifikke risiko- eller beskyttelsesfaktorer. Hvor mange risikofaktorer som er til stede samtidig og eventuelt hvilken kumulativ effekt dette kan ha vil her være relevant. Dette vil også være tilfelle i forhold til hvor mange og hvilke beskyttelsesfaktorer som er til stede. Det sentrale i denne sammenheng er imidlertid ikke å identifisere ulike risiko- og beskyttelsesfaktorer for å måle de opp mot hverandre. Mer relevant er det å identifisere de underliggende tilpasningsprosessene som disse faktorene påvirker, enten positivt eller negativt (Heller m.fl. 1999).

Masten & Coatswort (1998) hevder at barn som har en resilient tilpasning ikke er i besittelse av mystiske eller unike kvaliteter. De har heller klart å opprettholde grunnleggende beskyttelsesprosesser, som generelt fremmer tilpasning og er felles for alle mennesker. Sentralt i denne sammenheng er prosessene som omhandler barns tilknytning, kognisjon og

selvregulering av emosjoner og atferd. Normalt har disse prosessene nok styrke til å opprettholde god utvikling, til tross for relativt ugunstige forhold. Hvis et barn derimot blir utsatt for så stor risiko at disse prosessene blir alvorlig skadet eller overgår mestringskapasiteten til barnet, vil det være alvorlig risiko for mistilpasning.

Om barn av psykisk syke har en resilient tilpasning må også vurderes i forhold til barnets alder og utviklingsnivå. Som en følge av at barn vokser og utvikler seg vil kravene som stilles til kompetent tilpasning være forskjellig mellom yngre og eldre barn. Hvilke risiko- og beskyttelsesfaktorer som vil være relevant for resilient tilpasning, vil derfor også variere i forhold til barns alder og utviklingsnivå. I tillegg er det viktig å ta i betraktning kulturelle faktorer når man skal vurdere resilience hos barn. Hva som oppfattes som adekvat utvikling vil variere mellom ulike kulturer. Dette har videre betydning for hvilke faktorer som enten fremmer eller hemmer utviklingen og hva som karakteriseres som resilienttilpasning (Friedman & Chase- Linsdale 2002).

For å kunne fremme god tilpasning hos barn, som vokser opp med psykisk syke foreldre er det derfor viktig å ta i betraktning flere forhold. Ingen familier er like og hva som bidrar til resilient tilpasning vil derfor også variere mellom barn og familier. Egenskaper ved foreldre og barn, familiens generelle fungering og faktorer i miljøet vil påvirke hvilke beskyttelses- og risikofaktorer som enten fremmer eller hemmer barnets utvikling. Barn kan også vise varierende grad av kompetanse på tvers av domener i utviklingen. Et barn som viser god utvikling på det kognitive området, kan for eksempel ha problemer på det emosjonelle eller sosialeområdet. Hvordan de ulike områdene påvirker hverandre vil derfor være av betydning for om et barn blir betraktet som resilient eller ikke.

Å finne et generelt svar på hva som fremmer god utvikling hos barn av psykisk syke, vil som en konsekvens av disse forholdene derfor være problematisk. Et nyttig utgangspunkt er allikevel å vurdere hvordan ulike faktorer påvirker de sentrale tilpasningsprosessene felles for utviklingen til de fleste barn. Sentralt i denne sammenheng er å redusere eller nøytralisere risikofaktorer som potensielt kan skade disse systemene. Eller styrke faktorer som kan virke beskyttende og fremme disse prosessene. For eksempel er barn som vokser opp med psykisk syke foreldre i risiko for å utvikle inadekvate tilknytningsforhold til omsorgsgiver. Dette kan ha negative konsekvenser for barns videre utvikling på flere områder. I denne sammenheng blir det derfor sentralt å identifisere faktorer som kan virke beskyttende mot en slik

mistilpassning. Tilknytning til en annen prososial voksen kan tenkes å fungere kompensierende i dette tilfellet. Å styrke et slik forhold blir derfor viktig for å fremme barns utvikling i denne sammenheng.

5. AVSLUTNING

Barn av psykisk syke er i økt risiko for å utvikle kognitive, emosjonelle og atferdsmessige forstyrrelser. Forskning på psykisk sykes foreldrefungering viser at psykisk sykdom generelt og på tvers av diagnoser synes å innvirke på foreldreatferd og foreldreevnen. Hvordan den psykiske lidelsen påvirker barnet er imidlertid avhengig av blant annet hvordan sykdommen utspiller seg, barnets alder og familiens nettverk. Studier gjort på barn av deprimerte, schizofrene og psykotiske pasienter viser at disse barna er i betydelig større risiko enn kontrollgruppebarna for å utvikle psykopatologi. Jeg ser videre på hvordan ekteskapelige uoverensstemmelser synes å utgjøre en avgjørende medierende variabel, når de kommer til uttrykk overfor, eller involverer barnet, på samme måte som den psykisk syke forelders foreldreatferd og foreldreevne kan ha avgjørende betydning for barnets tilpasning. Det viser seg også at risikoen for at barn med psykisk syke foreldre utviser psykiske forstyrrelser øker når begge er psykisk syke, eller når det er snakk om en enslig psykisk syk forelder. Videre fremgår det hvordan forskjellige demografiske forhold ved familien, som størrelse og proporsjon av psykisk syke familiemedlemmer, også ser ut til å påvirke risikoen. Jeg har sett på hvordan en familieinteraksjon preget av uoverensstemmelser og fiendtlighet synes å medvirke til sammenhengen mellom psykisk sykdom hos foreldresiden og barnets psykososiale utvikling. Kommunikasjon i familien og familiens manglende orientering mot det enkelte familiemedlems utvikling synes også å utgjøre medierende forhold. Samtidig forekommer det ofte alvorlig stressende begivenheter i familier med en psykisk syk forelder og sammen med isolasjon, er det med på å øke risikoen for barnets psykososiale utvikling. Betydningen av trygg tilknytning blir fremhevet som en faktor som fungerer som en beskyttelse mot stress. Videre har vi sett at barn som trekkes inn i foreldrenes psykotiske verden ofte er i størst risiko for utvikling av egne problemer. Barn som vokser opp under vanskelige oppvekstforhold finner ulike overlevelsesstrategier for å mestre sin situasjon best mulig. Det er grunn til å konkludere med at det å vokse opp med en psykisk syk forelder kan ha alvorlige negative konsekvenser for barn. Både kognitivt, emosjonelt, atferdsmessig og sosialt er disse barna i risiko for å utvikle problemer. Det er imidlertid ikke slik at alle barn

som vokser opp med psykisk syke foreldre vil utvikle problemer på disse områdene. Individuelle, familiære og situasjonsbetingende faktorer bidrar til at det er vanskelig å si noe generelt om hvilke konsekvenser det kan ha for et barn å vokse opp med psykisk syke foreldre.

Ulike risiko- og beskyttelsesfaktorer vil påvirke barn og familier forskjellig. Hvilke konsekvenser disse vil føre til for barn vil være avhengig av individuelle karakteristikk ved barnet, faktorer i familien og i samfunnet generelt. Med disse forholdene tatt i betraktning, vil det derfor være store variasjoner i forhold til hvilke konsekvenser det kan ha for et barn av psykisk syke. Det er likevel slik at barns tilknytningsforhold, deres kognisjon og deres evne til å regulere egne emosjoner og atferd, er sentrale tilpasningsprosesser som påvirker utviklingen til de fleste barn. Hvis disse prosessene blir alvorlig svekket eller skadet er barn i betydelig risiko for mistilpassning. Etter gjennomgang av studier på området tyder resultatene på at barn som vokser opp med psykisk syke foreldre utsettes for påvirkninger som øker risikoen for at disse prosessene påvirkes negativt.

Ved å belyse empiri i relasjon til barna har jeg forsøkt å redegjøre for hvordan denne gruppen barn er i større risiko for å utvikle en rekke psykososiale forstyrrelser. Forstyrrelser som spenner seg fra somatiske problemer og egentlige psykiatriske lidelser, til vanskeligheter innenfor kognitive, emosjonelle og interpersonlige funksjonsområder. Med henblikk på å forstå hvordan det påvirker barn å vokse opp med psykisk syke foreldre, viser det seg ikke nok å forholde seg til den psykisk syke forelder sin lidelse i seg selv. Det er viktig å forstå hvordan denne risikofaktoren kommer til uttrykk i interaksjonen mellom den psykisk syke forelder og barnet og i familien som helhet.

Fordi det å vokse opp med en psykisk syk forelder innebærer en større risiko for at sentrale tilpasningsprosesser enten kan bli betydelig svekket, eller skadet, kan dette ha alvorlige negative konsekvenser for barn. Om dette fører til mistilpassning hos barn på ulike områder vil imidlertid være avhengig av hvilke beskyttelsesfaktorer som er tilstede i forskjellige barns liv. Faktorer som beskytter de sentrale tilpasningsprosessene vil være spesielt viktig i denne sammenheng. Dette dreier seg om faktorer som enten kan redusere eller nøytralisere de skadelige effektene det kan ha å vokse opp med en psykisk syk forelder, i forhold til disse prosessene. Både individuelle, familiære og samfunnsmessige beskyttelsesfaktorer kan bidra til dette.

LITTERATURLISTE

Ainsworth, M.D.S, M.C.Blehar, C. Waters & S. Wall (1978). *Patterns of Attachment. A Psychological Study of Strange Situations*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Almvik, A. & B. Ytterhus (2004): *Ualminnelig alminnelighet. Barn og unges hverdagsliv når mor har psykiske vansker*. Trondheim: Institutt for sosialt arbeid og Helsevitenskap. Norges Teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Anthony, E.J. (1976): *How Children Cope in Families with a Psychotic Mother*. I: Rextford, E.N. (Red.): *Infant Psychiatry: A New Synthesis*. 239-247. New York: Yale University Press.

Anthony, E.J. (1983): *An Overview of the Effects of Maternal Depression on the Infant and Child I*: Morrison, H. (Red.): *Children of Depressed Parents- Risk, Identification and Intervention*. 1-17. New York: Grune & Stratton.

Anthony, E.J. (1987b). *Risk, Vulnerability, and Resilience: An Overview*. I: Anthony, E.J. & B.J. Cohler (Red.) *The Invulnerable Child*. 3-48. New York: Guilford Press.

Arboleda, S. & P.S. Holzman (1985): *Thought Disorder in Children at Risk for Psychosis*. *Archives of Genral Psychiatry*. 42. 1004-1013.

Baydar, N., J.M. Reid & C. Webster-Stratton (2003). *The Role of Mental Health Factors and Program Engagement in the Effectiveness of a Preventive Parenting Program for Head Start Mother*. I: *Child Development*, 74, No.5, 1433-1453. The Society for Research in Child Development, Inc.

Billings, A.G. & R.H. Moos (1983). *Comparisons of Children of Depressed and Non-Depressed Parents: A social-Environmental Perspective*. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 11:4. 463-486.

Billings, A.G. & R.H. Moos (1985): *Children of Parents with Unipolar Depression: A Controlled 1-year Follow –Up*. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 14:1. 149-166.

Borge, A. I. H. (2003): Resiliens. *Risiko og sunn utvikling*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32, 513-531.

Cicchetti, D., M.L. Rogosch & K.D. Holt (1993). Resilience in maltreated children: Processes leading to adaptive outcome. *Development and Psychopathology*, 5, 626-647.

Cicchetti, D. & V. Carlson (1989). *Child Maltreatment. Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. Cambridge: Cambridge University Press.

Cox, A.D., C. Puckering, A. Pound & M. Mills (1987): The Impact of Maternal Depression in Young Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 28:6. 917-928.

Crittenden, P.M. & M.D.S. Ainsworth (1989). Child maltreatment and attachment theory. I: Cicchetti, D. & V. Carlson (Red.). *Child Maltreatment. Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. Cambridge: Cambridge University Press.

Davenport, Y.B., C. Zahn-Waxler, M.L. Adland & A. Mayfield (1984): Early Child-Rearing Practices in Families With a Manic-Depressive Parent. *American Journal of Psychiatry*. 141. 230-235.

Decina, P., C.J. Kestenbaum, S. Farber, L. Kron, M. Gargan, H.A. Sackeim & R.R. Fieve (1983): Clinical and Psychological Assessment of Children of Bipolar Probands. *American Journal of Psychiatry*. 140:5. 548-553.

Earls, F. & K.G. Jung (1987): Temperament and Home Environment Characteristics as Casual Factors in the Early Development. *Journal of Child and Adolescent Psychiatry*. 26. 491-498.

Egeland, B., E. Carlson. & L.A. Sroufe (1993). Resilience as process. *Development and Psychopathology*, 5, 517-528.

El-Guebaly, N., D.R. Offord, K.T. Sullivan & G.W. Lynch (1978): Psychosocial Adjustment of Offspring of Psychiatric Inpatients. *Canadian Journal of Psychiatry*. 23. 281-290.

Emery, R.E. & K.D. O` Leary(1982): Children`s Perceptions of Marital Discord and Behavior Problems of Boys and Girls. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 10:1. 11-24.

Emery, R.E. & L. Laumann- Billings. (2002). *Child Abuse. I: Rutter, M. & E. Tylor. (Red.) Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford: BlackWell Publishing Company

Evenshaug, O. & D. Hallen (2001). *Barne- og ungdomspsykologi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Feldman, A. R., A. R. Stiffman & K.G. Jung (1987): Children at Risk. *In the web of parental Mental Illness*. New Brunswick and London: Rutgers university press.

Fendrich, M., V. Warner & M. Weissman (1990). Family Risk Factors, Parental Depression, and Psychopathology in Offspring. I: *Developmental psychopathology*, 26, 40-50. Cambridge: Cambridge University Press.

Fisher, L. (1980): Child Competence and Psychiatric Risk. I: Model and Method. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 168:6. 323-331.

Fisher, L., J.E. Jones (1980): Child Competence and Psychiatric Risk – II. Areas of Relationship Between Child and Family Functioning. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 168:6. 332-337.

Fisher, L., R.F. Kokes, R.E.Cole, Perkins, P.M. & L.C. Wynne (1987). *Kompetent Children at Risk .A study of well- function Offspring of Disturbed Parents. Offspring of disturbed Parents. I: Anthony, J.E. & B.J. Cohler (Red.): The Invulnerable Child*. Ney York: The Guilford Press.

Friedman, R.J. & P.L. Chase- Lansdale (2002). *Chronic Adversities. I: Rutter, M. & E. Taylor. Child and Adolescent Psychiatry*. 4th ed. Blackwell Publishing.

Gaensbauer, T.J., R.J. Harmon, L. Cytryn & D.H. McKnew(1984). Social and Affective Development in Infants With a Manic-Depressive Parent. *American Journal of Psychiatry*. 141. 223-229.

Garmezy, N. (1994): Reflections and Commentary on Risk, Resilience, and Development. I: Haggerty, R. J., L. R. Sherrod, N. Garmezy & M. Rutter (Red.): *Stress, Risk, and Resilience in Children and Adolescents*: Cambridge: Cambridge University Press.

Garmezy, N. (1985). Stress-Resistant Children. I: Stevenson, J.E. Recent Research in Developmental Psychopathology. A Book Supplement to the journal of Child Psychology and Psychiatry, Number 4. Oxford.

Garmzey, N. 1983. Stressors of childhood. I: Garmezy, N. og M. Rutter (red): *Stress, coping, and development in children*. New York: McGraw-Hill Book Company.*****

Gelfand, D. & D.M. Teti (1990): The Effects of Maternal Depression on Children. *Clinical Psychology Review*. 10. 329-353.

Glistrup, K. 2004. Det barn ikke vet..... har de vondt av. *Familiesamtaler med psykisk syke foreldre og deres barn*. Oslo: Pedagogisk forum..****

Glistrup, K. 2006. Hva barn ikke ved.... har de ondt af. *Familiesamtaler om psykiske lidelser*. København: Hans Reitzels Forlag.****

Goldstein, S. & Brooks, R. B. 2005. Handbook of Resilience in Children. New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers*****.

Goodman, S.H.& H.E. Brumley (1990): Schizophrenic and Depressed Mothers. Relational Deficits in Parenting. *Developmental Psychology*. 26:1. 31-39.

Grøholt, B., H. Sommerschild & I. Garløv (2001). Lærebok i barnepsykiatri. Oslo: Universitetsforlaget.

Haggerty, J. R. (1994). Stress, risk and resilience in children and adolescents. *Processes, mechanisms, and interventions*. New York: Cambridge University Press.

Hammen, C. (1991). Depression Runs in Families. *The Social Context of Risk and Resilience in Children of Depressed Mothers*. New York: Springer – Verlag.

Hammen, C. (2003). Risk and Protective Factors for Children of depressed Parents. I: Luthar, S. (Red.): Resilience and Vulnerability. Adaptation in the Context of Childhood. Adversities. Cambridge: Cambridge University Press.

Heller, S.S., J.A. Larrieu, R. D'Imperio & N.W. Boris (1999). Research on resilience to child maltreatment: empirical considerations. *Child Abuse and Neglect*, 23, 321-338.

Hestmann, E., Vikan, A. & T. Huseby (1995). Psykiatriske pasienters barn- hva gjøres?. I: Tidsskrift Nor Lægeforen, nr. 23, 2891-2.

Hirsch, B.J., R. Moos & T.M. Reischl (1985). Psychosocial Adjustment of Adolescent Children of Parents With Mental Disorders. *Journal of Abnormal Psychology*. 94:2. 154-164.

Hjemdal, O., O. Friberg, T.C. Stiles, J.H. Rosenvinge & M. Martinussen. (2006). Resilience Predicting Psychiatric Symptoms: A Prospective Study of Protective Factors and their Role in Adjustment to Stressful Life Events. I: *Clinical Psychology and Psychotherapy*. Clin. Psychol. Psychother. 13, 194-201. Published online in Wiley Interscience. (www.interscience.wiley.com). DOI:10.1002/ccp.488

Jensen, P., L. Bloedau, J. Degroot, T. Ussery & H. Davis (1990): Children at Risk. I: Risk Factors and Child Symptomatology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 29:1. 51-59.

Jetlund, L. (1990): Psykiatriske patienters barn – også psykiatriens ansvar ? Trondheim: Sosialhøgskolen.

Kauffman, C., H.U. Grunebaum, B.J. Cohler & E. Gamer (1979): Superkids: Competent Children of Psychotic Mothers. *American Journal of Psychiatry*. 136. 1398-1402.

- Killen, K. (2004). *Sveket- Omsorgssvikt er alles ansvar*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Killen, K. (2000). *Barndommen varer i generasjoner. Forebygging er alles ansvar*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Kimchi, J. & B. Schaffner (1990): *Childhood Protective Factors and Stress Risk*. I: Arnold, L.E. (Red.): *Childhood Stress*. 475-500. New York: John Wiley & Sons.
- Lazarus, S.R. & S. Folkman. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Levendosky, A.A. & S.A.Graham-Bermann (2001). *Parenting in Battered Women: The Effects of Domestic Violence on Women and Their Children*. *Journal of Family Violence*.16, 171-192.
- Leverton, T. J. (2003). *Parental psychiatric illness: the implications for children*. I: *Child and Adolescent Psychiatry*, 16 (4), 395-402. Lippincott Williams & Wilkins, Inc.
- Lier, L. (1993a): *Psykisk syge forældre*. I: Lier, L., T. Isager, O.S. Jørgensen & F.W. Larsen. (Red.): *Børnepsykiatri*: 96-100. København: Hans Reitzels Forlag.
- Luthar, S.S. (2006). *Resilience in Development: A Synthesis of Research across Five Decades*. I: Cicchetti, D. & D.J. Cohen(Ed.). *Developmental Psychopathology- Risk, Disorder and Adaptation*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Luthar, S.S. & E. Zigler (1991). *Vulnerability and Competence: A review of research on resilience in childhood*. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 6-22.
- Luthar, S.S., D. Cicchetti & B. Becker (2000). *The construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work*. *Child Development*, 71(3), 543-562.
- Masten, A.S & N. Garmezy (1985): *Risk, Vulnerability, and Protective Factors in Developmental Psychopathology*. *Advances in Clinical Child Psychology*. 8. 1-50.

Masten, A.S., K.M. Best og N. Garnezy (1990). Resilience and Development: Contributions from the study of children who overcome adversity. I: *Developmental and Psychopathology*, 2, 425-444. Cambridge University Press.

Masten, A.S. & J.D. Coatsworth (1998). The Development of Competence in Favorable and Unfavorable Environments: Lessons From Research on Successful Children. *American Psychologist*, 53, 205-220.

Masten, A.S. & J.L. Powell (2003). Resilience Framework for Research, Policy, and Practice. I: S.S. Luthar (Red.) *Resilience and Vulnerability. Adaptation in the Context of Childhood Adversities*. 1-25. Cambridge: Cambridge University Press.

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

Musick, J.S., F.M. Stott, K.K. Spencer, J. Goldman & B.J. Cohler (1987): Maternal Factors Related to Vulnerability and Resiliency in Young Children at Risk. I: Anthony, E.J. & Cohler, B.J. (Red.): *The Invulnerable Child*. 229-252. New York: The Guilford Press.

Ogden, T. (1995). *Kompetanse i kontekst. En studie av risiko og kompetanse hos 10- og 13-åringene*. Rapportserie nr. 3, 1995. Oslo: Barnevernets utviklingscenter.

Ogden, T. (2003). *Sosial kompetanse og problematferd i skolen. Kompetanseutviklende og problemløsende arbeid i skolen*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Orvaschel, H., S. Mednick, F. Schulsinger & D. Rock (1979): The Children of Psychiatrically Disturbed Parent. *Archives of General Psychology*. 36.691-695.

Orvaschel, H., M.M Weissman & K.K. Kidd (1980): Children and Depression. *Journal of Affective Disorders*. 2. 1-16.

Orvaschel, H., M.M Weissman, N. Padian & T.L. Lowe (1981): Assessing Psychopathology in Children of Psychiatrically Disturbed Parents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. 20. 112-122.

Peters, S., R. Calam & R. Harrington (2005). Maternal attributions and expressed emotion as predictors of attendance at parent management training. I: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 46. 436-448. Oxford: Blackwell Publishing.

Pettit, G.S., K.A. Dodge & M.M. Brown (1988): Early Family Experience, Social Problem Solving Patterns, and Children's social Competence. *Child Development*. 59. 107-120.

Quinton, D. & M. Rutter (1985): Family Pathology and Child Psychiatric Disorder: A four-year Prospective Study. I: Nicol, A. R. (Red.): *Longitudinal Studies in Child Psychology and Psychiatry*: 91-136. London: John Wiley & Sons

Rutter, M. (1971): Parent-Child Separation: Psychological Effects on the Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 12. 233-260.

Rutter, M. (1980): The Long-Term Effects of Early Experience. *Developmental Medical Child Neurology*. 22. 800-815.

Rutter, M. (1983). Stress, Coping and Development: Some issues and some Questions. I: Garnezy, N. & M. Rutter (red): *Stress, coping, and development in children*. New York: McGraw-Hill Book Company.

Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to Psychiatric disorder. *British Journal of psychiatry*. 147, 598-611.

Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.

Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. I: Rolf, J., D. Masten, D. Cicchetti, K.H. Nuechterlein & S. Weintraub (Red.). *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. 181-214. New York: Cambridge University Press

Rutter, M. (1994): Stress Research: Accomplishments and Tasks Ahead. I: Haggerty, R.J., Sherrod, L.R., Garmezy, N. & Rutter, M. (Red.): Stress, Risk and Resilience in Children and Adolescents. 355-385. Cambridge: Cambridge University Press

Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21, 119-144.

Rutter, M. (2000). Resilience reconsidered: conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. I: J.P. Shonkoff & S.J. Meisels (Red.). Handbook of Early Childhood Intervention. Second edition (s. 651-683). Cambridge: Cambridge University Press.

Rutter, M. & D. Quinton (1984): Parental Psychiatric Disorder: Effects on Children. *Psychological Medicine*:14: 853-880.

Rutter, M. & A. Cox (1985): Other Family Influences. I: Rutter, M. & Hersov, L. (Red.): Child and Adolescent Psychiatry – Modern Approaches: 58-81. London: Blackwell Scientific Publications.

Rutter, M. & D. Quinton (1987): Parental Mental Illness as a Risk Factor for Psychiatric Disorders in Childhood. I: Magnusson, D. & Øhman, A. (Red.): Psychopathology – An Interactional Perspective: 199-219. Orlando: Academic Press Inc.

Rutter, M. & M. Rutter (1997). Den livslange udvikling. Forandring og kontinuitet. København: Hans Reitzels Forlag.

Schaffer, H. R. (1993): Beslutninger om børn. *Psykologiske spørgsmål og svar*. København: Hans Reitzels Forlag.*****

Schaffer, R.H. (1999). Social udvikling. København: Hans Reitzels Forlag.

Seifer, R. & A.J. Sameroff (1987): Multiple Determinants of Risk and Invulnerability. I: Anthony, E.J. & Cohler, B.J. (Red.): *The Invulnerable Child*. 49-69. New York: The Guilford Press.

Silverman, W.K., J.A. Cerny & W. B. Nelles (1988): The Familial Influence in Anxiety Disorders – Studies on the Offspring of Patients with Anxiety Disorders. *Advances in Clinical Child Psychology*. 11. 223-248.

Skerfving, A. 2005. Att synliggöra de osynliga barnen- *om barn till psykisk sjuka föräldrar*. Stockholm: Forlagshuset Gothia.*****

Smith, L.(2002). Tilknytning og barns utvikling. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Smith, L. & S.E.Ulvund(1999). Spedbarnsalderen. Oslo: Universitetsforlaget.

Sroufe, L.A. (1989). Relationship, Self, and Individual Adaptation. I: Sameroff, A.J. & Emde, R.N. (Red): *Relationship Disturbances In Early Childhood*. 70-96. USA: Basic Books.

Sroufe, L. A. & M. Rutter (1984): The domain of Developmental Psychopathology. I: *Child Psychology*, 55, 17-29. The Society for Research in Child Development, Inc.

Waaktar, T. & J.H.Christie (2000). Styrk sterke sider. *Håndbok I resiliecegrupper for barn med psykososiale belastninger*. Oslo: Kommuneforlaget AS

Wang, A.R. & V.V. Goldschmidt (1994). Interviews of Psychiatric Inpatients about their Family Situation and Young Children. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 90. 459-465.

Weissman, M.M. (1983): The Depressed Mother and Her Rebellious Adolescent. I: Morrison, H. (Red.): *Children of Depressed Parents – Risk, Identification, and Intervention*. 99-114. New York: Grune & Stratton.

Welner, Z., A. Welner, M.D. McCrary & M.A.Leonardo (1977): Psychopathology in Children of Inpatients with Depression: A Controlled Study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*: 164:6. 408-413.

Werner, E.E. (1990). Protective factors and individual resilience. I: Shonkoff, J.P. & S.J. Meisels (Red.) Handbook of early Childhood Intervention. First Edition. 97-116. Cambridge: Cambridge University Press.

Werner, E.E. & R.S. Smith (1982). Vulnerable but Invincible: A longitudinal study of resilient children and youth. New York: McGraw-Hill.

Werner, E.E. (1985): Stress and Protective Factors in Childrens Lives. I: Nicol, A.R. (Red.): Longitudinal studies in Child Psychology and Psychiatry. 335-357. London: John Wiley & Sons.

Werner, E.E. & R.S. Smith (1992): Overcoming the Odds. *High Risk Children from Birth to Adulthood*. Ithaca, New York: Cornell University Press.

Werner, E.E. & R.S. Smith (1993): Overcoming the Odds. *High Risk Children from Birth to Adulthood*. Ithaca, New York: Cornell University Press.

Woorland, J., D.G. Weeks & C.J. Janes (1987): Predicting Mental Health in Children at Risk. I: Anthony, E.J. & B.J. Cochler (Red.): The Invulnerable Child. 185-210. New York: The Guilford Press.

Woorland, J., D.G. Weeks, S.M. Weiner & J. Schechtman (1982): Longitudinal, Prospective Evaluations of Intelligence in Children at Risk. *Schizophrenia Bulletin*. 8:1. 135-141.

Aalbæk, T. & S. Glistrup (1997): Børn af psykisk syge forældre. *En undersøgelse af relationen mellem psykisk syge forældre og deres børns psykosociale udvikling*. Århus: Psykologisk Studieforskningsserie; vol.1, No.1. Aarhus Universitet.

