

**Psykologers upplevelse av barn och behandling inom
barn- och ungdomspsykiatri vid
psykisk ohälsa hos förälder**
Helena Simonsson

Specialistarbete
Specialistutbildningen för psykologer
16 december 2017
Handledare: Ulf Axberg &
Jennifer Strand

Sammanfattning

Syftet med studien var att undersöka hur verksamma psykologer inom barn- och ungdomspsykiatrien upplever att barnet och behandlingsarbetet påverkas när det förekommer psykisk ohälsa hos föräldern. Intervjuer med tio psykologer analyserades med hjälp av tematisk analys och fyra teman med sammanlagt 12 underteman skapades. Informanterna upplevde att det är en stor grupp barn till föräldrar med psykisk ohälsa som är aktuella inom barn- och ungdomspsykiatrien. De beskrev att barnet och behandlingsarbetet kan påverkas negativt när det förekommer psykisk ohälsa hos föräldern. Behandlingsarbetet är ofta mer resurs- och tidskrävande och positivt behandlingsresultat kan utebli. Samverkan beskrevs främst förekomma med socialtjänst och skola. Flera upplevde barnet mer oroligt, ansvarstagande och skuldbelagt. Föräldraförmågan beskrevs ofta vara nedsatt på grund av föräldrarnas egna svårigheter. Dessa faktorer ställer ett ökat krav på verksamheten och övriga vårdgivare där teamarbete och samverkan måste fungera.

Studien behandlar hur psykologer inom barn- och ungdomspsykiatrien upplever att barnet och behandlingsarbetet påverkas när det förekommer psykisk ohälsa hos föräldern. Studier har visat att barn till föräldrar med psykisk ohälsa är en riskgrupp för att själv utveckla psykisk ohälsa (Beardslee, Versage & Gladstone, 1998; Elgar, Mills, McGrath, Waschbusch & Brownridge, 2007; Goodman & Gotlieb, 1999; Weissman et al., 2016). Det har bland annat framkommit att depression hos föräldern påverkar barnets nuvarande och framtida psykosociala funktion, med en ökad risk för att utveckla känslomässiga och beteendemässiga svårigheter (Ramchandani & Psychogiou 2009; Korhonen, Luoma, Salmelin & Tamminen, 2012). Det har även framkommit att framförallt döttrar till deprimerade mödrar tidigt uppvisar nedsättning i kognitiv och beteendemässig känsloreglering (Silk, Shaw, Skuban, Oland &

Kovacs, 2006). Beardslee et al. (1998) beskrev att barn som växer upp med en affektivt sjuk förälder överlag uppvisar mer generella svårigheter att fungera. De känner ökad skuld samt har svårigheter med anknytning och relationer. En uppföljande studie efter 30 år på barn som har vuxit upp med en psykiskt sjuk förälder visade att barn till deprimerade föräldrar är en högriskgrupp för att senare utveckla psykisk ohälsa i vuxen ålder (Weissman et al., 2016).

Psykisk hälsa definieras som hälsorelaterad livskvalitet där upplevt välbefinnande, symtom och funktion i dagliga aktiviteter ingår (Folkhälsomyndigheten, 2017b). Psykisk ohälsa är svårare att definiera men kan ses som ett paraplybegrepp som innefattar allt från svåra psykiatriska tillstånd till olika former av mildare symtom som varierar i intensitet och varaktighet (Folkhälsomyndigheten, 2017a). Psykisk sjukdom innebär psykisk ohälsa i en svårighetsgrad som kännetecknas av olika diagnostiska kriterier (Folkhälsomyndigheten, 2016). I denna studie används begreppet psykisk ohälsa. Andelen i den svenska befolkningen (16-84 år) med nedsatt psykisk välbefinnande enligt självskattad hälsa var 16 procent 2016 (Folkhälsomyndigheten, 2017a). Enligt OECD (2013) lider cirka 20 procent av alla vuxna svenskar av psykisk ohälsa som uppnår kliniska kriterier. Utifrån patient- och läkemedelsregistret var förekomsten av psykisk ohälsa bland barn (0-17 år) 2011, som besökt specialiserad öppenvård såsom barn- och ungdomspsykiatri, sjukhus eller använt psykofarmaka, tre procent hos flickor och fyra procent hos pojkar (Socialstyrelsen, 2013b).

Som har beskrivits ovan finns en ökad risk att barnet själv utvecklar psykisk ohälsa om föräldern inte mår bra. En svensk kartläggning visade att sex procent av barn födda 1987-1989 hade en förälder som, innan barnet fyllt arton år, vårdats ineliggande på grund av psykisk sjukdom (Hjern & Manhica, 2013). I en norsk studie fann man att 37 procent av barnen i den norska populationen har minst en förälder med psykisk ohälsa (Torvik & Rognmo, 2011). En annan studie visade att 30 procent av de barn som under barndomen har en förälder med psykisk affektiv sjukdom själva drabbas av psykisk ohälsa senare i livet

medan enbart två procent av de som har friska föräldrar drabbas (Beardslee et al., 1988). Risken för psykisk ohälsa har visat sig öka om föräldern har en långvarig sjukdom eller om barnet själv har en tidigare sjukdomshistoria (Beardslee et al., 1988).

Det finns olika förklaringsmodeller till varför det innebär en förhöjd risk att växa upp med en förälder med psykisk ohälsa, men både arv och miljö tycks påverka risken. Nedan följer förklaringsmodeller utifrån stress- och sårbarhetsmodellen, anknytningsteori, föräldraskapsstil, omvända roller, inlärningsteori och modellinlärning.

Utifrån stress-och sårbarhetsmodellen kan risken för att utveckla psykisk ohälsa bero på genetiska faktorer i kombination med psykosociala stressorer (Zubin & Spring, 1977). Föräldrarnas och barnets egen genetiska profil påverkar den miljö som barnet växer upp i. Föräldrarnas genotyper utgör en viktig del av barnets miljö eftersom det bidrar till att forma den miljö som barnet växer upp i. Epigenetiska faktorer innebär *om* och *när* andra gener ska aktiveras eller avaktiveras. Dessa påverkas av faktorer i den omgivande miljön (Broberg, Almqvist, Risholm Mothander & Tjus, 2015). Sårbarhet kännetecknas av de egenskaper ett barn har. Motståndskraft hos barnet är egenskaper som god begåvning, god social förmåga, problemlösningsförmåga, jagstyrka och känsla av sammanhang. Stress kan kännetecknas av vilken risk det är att något i den omgivande miljön kan påverka barnet negativt. Psykisk ohälsa hos föräldern är en riskfaktor för att påverka barnet i negativ riktning, men det finns skyddande faktorer; så som en annan välfungerande förälder i hemmet, välfungerande skola eller stödande socialt nätverk (Broberg et al., 2015). Goodman och Gotlieb (1999) utformade en modell för vad som ökar risken för psykisk ohälsa hos barnet om det växer upp med en deprimerad moder. Individuella genetiska faktorer i kombination med att exponeras för moderns negativa beteenden och affekter i en stressfylld miljö kan göra barnet mer sårbart och ökar risken att det själv utvecklar depression. Graden av sårbarhet beror också på när i

barnets utveckling modern blir deprimerad, barnets personlighet, kön samt sociala och kognitiva färdigheter. En frisk närvarande, stödjande fader minskar risken.

Psykisk ohälsa hos föräldern kan påverka relationen mellan barnet och föräldern. Man brukar utgå från två beteendesystem; anknytningssystemet hos barnet och omvårdnadssystemet hos föräldern. Anknytning definieras som det psykologiska band som finns mellan barnet och dess omsorgsperson. Kvaliteten av hur anknytningen utvecklas kommer att påverka barnets psykologiska utveckling. Psykologisk anknytning kan beskrivas som den balans som finns mellan barnets anknytnings- och utforskandesystem (Broberg, Granqvist, Ivarsson & Risholm Mothander, 2006). Anknytningen mellan barnet och föräldern utvecklas av obruten kontakt och fysisk närhet. En lyhörd förälder uppfattar när barnet behöver och inte behöver närhet. Behovet av närhet är som störst under barnets första levnadsmånader och avtar efterhand i takt med att barnet utvecklas och finner andra kommunikationsätt, så som ögonkontakt eller småprat med föräldern (Broberg et al., 2006). Föräldrarnas omvårdningsförmåga har störst betydelse för barnets anknytningsutveckling. De föräldrar vars barn utvecklar trygg anknytning uppfattar och svarar lyhört på sitt barns signaler och har förutsägbara reaktioner. De föräldrar vars barn utvecklar undvikande anknytning har svårt att vara inkännande. De fungerar bra i praktiska situationer, men brister i känslomässig närhet. De föräldrar vars barn utvecklar ambivalent anknytning är oförutsägbart lyhörda. De barn som utvecklar desorganiserad anknytning kan uppleva sin förälder som hotfull, obegriplig eller hjälplös. Föräldrar som ger spädbarn god omvårdnad och gör att barnet utvecklar trygg anknytning fortsätter i allmänhet att ge barnet en god omvårdnad (Broberg et al., 2015). Det har visat sig att en deprimerad moder är mindre benägen att utveckla ett gott samspel med sitt spädbarn, vilket behövs för barnets framväxande känsla av kompetens. Även senare i barnets utveckling har man sett att samspelet kan påverkas negativt genom moderns bristande lyhördhet (Oyserman, Mowbray, Allen Meares & Firminger, 2000).

Föräldraförmåga kan definieras som att uppfylla grundläggande behov, skydda, visa känslomässig värme, stimulera och vara stabil gentemot barnet (Clever, Unell & Aldgate, 2011). Föräldraförmåga och föräldra-barnrelationen har visat sig vara några av de viktigaste faktorerna som påverkar barnets välbefinnande och genom att stödja föräldraskapet kan den psykiska hälsan hos barnet främjas (Stewart-Brown & Schrader-McMillan, 2011). Studier har visat att vid psykisk ohälsa hos föräldern fungerar föräldra-barnrelationen sämre (Cederblad, 2003; Oyserman et al., 2000; Riebschleger, 2004; Van Loon, Van de Ven, Van Doesum, Witteman & Hosman, 2014). En del av relationssvårigheterna kan vara att föräldern är inkonsekvent i sin gränssättning, blir mer irritabel och mindre uppmuntrande av barnets nyfikenhet och utforskande. Föräldern kan känna skuld och vara besviken över barnet och ha bristande kontroll över sina egna affekter (Cederblad, 2003). Ökad irritabilitet och fientlighet gentemot barnet har till exempel visat sig vid depression hos modern (Lovejoy, Graczyk, O'Hare & Neuman, 2000). Det har visat sig att hög grad av kritik gentemot barnet kan förekomma hos depressiva mödrar (Frye & Garber, 2005). Det kan även bli svårare att vara lyhörd, förutsägbar och konsekvent gentemot barnet (Campbell, 2002). I Riebschlegers (2004) studie beskrev barn att dagarna varierade utifrån föräldrarnas affektreglering. Bra dagar innebar att barnet fick mer uppmärksamhet och engagemang från föräldern. Dåliga dagar gjorde barnen mer oroliga, rädda och förvirrade. Dessa dagar kännetecknades av mindre interaktion och uppmärksamhet från föräldern. Även vardagsrutinerna fungerade sämre dessa dagar.

Det har visat sig att olika föräldrastilar har betydelse för barnets utveckling. Föräldrastilar kan ses utifrån; *auktoritär*, *auktoritativ* och *tillåtande* med två dimensioner som *struktur* (vardagsrutiner) och *känslomässig närhet* (Baumrind, 1966). Den auktoritära föräldrastilen kännetecknas av att föräldern ska lydas villkorslöst. Den auktoritativa föräldrastilen beskrivs vara lyhörd, kommunikativ och med krav gentemot sitt barn. Den

tillåtande föräldrastilen innebär färre regler och krav där barnet får bestämma mer över sig själv utan att föräldrarna ingriper (Baumrind, 1966). Barn till auktoritära föräldrar blir ofta osäkra, tillbakadragna och oroliga. Relationen kännetecknas av restriktivitet och kyla. Barn till auktoritativa föräldrar blir ofta självsäkra och oberoende. Relationen är restriktiv och varm. Barn till föräldrar med tillåtande stil bestämmer mer över sig själv. Relationen blir varm och tillåtande (Baumrind, 1967). Ytterligare en fjärde föräldrastil, *negligerande*, har tillkommit och kännetecknas av varken regler eller värme. Relationen är kall och tillåtande (Maccoby & Martin, 1983). Den auktoritativa uppfostringsstilen har visat sig vara tydligast förknippad med positiv utveckling hos barnet. De auktoritära och försummande stilarna gör att barnet visar mindre tilltro till sig själv och lägre grad av initiativförmåga (Broberg et al., 2015). Den auktoritära föräldrastilen har ofta lett till utagerande problematik hos barnet (Broberg et al., 2015; Thompson, Hollis & Richards, 2003).

Barn som lever med en förälder med psykisk ohälsa tar ofta stort ansvar, känner oro och skam/skuld samt vill inte berätta om sin hemsituation (Socialstyrelsen, 2013a). Omvända roller har ofta visat sig förekomma om ett barn växer upp med en förälder med psykisk ohälsa (Aldridge & Becker, 2003; Van Loon, Van de Ven, Van Doesum, Hosman & Witteman, 2017). Det omvända rolltagandet kan innebära att man får ta större ansvar för förälderns mående, uträtta hushållssysslor och ta hand om småsyskon. Visst ökat ansvar bland barn har visat sig förekomma i alla familjer, vilket främjar en positiv utveckling, men för mycket av detta kan ha en negativ påverkan på barnets utveckling (Aldridge, 2006 refererad i LeFrancois, 2010). Omvända roller under barndomen kan i sin tur medföra psykisk ohälsa i vuxen ålder (Hooper, DeCoster, White & Voltz, 2011).

Den ökade risken för psykisk ohälsa hos barnet kan också förklaras utifrån ett inlärningsteoretiskt- och modellinlärningsperspektiv. Ur ett inlärningsteoretiskt perspektiv lär sig barnet antingen genom associations- eller konsekvensinlärning (Ramnerö & Törneke,

2013) Associationsinlärning innebär att två stimuli förknippas med varandra. Efter ett antal upprepningar, när dessa två stimuli har betingats, räcker det att enbart ett stimuli framträder för att man ska associera dem (Ramnerö & Törneke, 2013). Det kan till exempel vara om en förälder reagerar med ångest vid en situation kan detta väcka oro hos barnet, eftersom situationen associeras med ångest. Även när föräldern är frånvarande kan en liknande situation väcka ångest hos barnet. Konsekvensinlärning innebär att fortsätta med ett beteende som ger förstärkning. Positiv förstärkning innebär att något positivt tillförs som ökar beteendet och kan både vara önskvärt eller icke-önskvärt. Negativ förstärkning innebär att något negativt tas bort, vilket ökar beteendet oavsett om det är positivt eller negativt. Om miljön förändras och den tidigare inlärningen inte längre stämmer kan beteendet släckas ut (Ramnerö & Törneke, 2013). Det kan till exempel förklaras med att om barnet beter sig på ett visst sätt kan föräldern förstärka beteendet. Skulle föräldern sluta bekräfta ett beteende, skulle det kunna minska. Ett exempel kan vara om både barnet och föräldern lider av en ångeststörning. Föräldern kan förstärka barnets ångest genom att alltid vara närvarande när det utsätts för ångestväckande stimuli. Cobham, Dadds och Spence (1998) visade i sin studie att barnet har svårare att bli bättre i sin ångeststörning om både barnet och föräldern har liknande problematik.

Utifrån social inlärningsteori lär sig människan genom att observera omgivningen och ta efter det som verkar fördelaktigt, vilket kallas modellinlärning (Bandura, 1977). Modellinlärning sker genom fyra steg; *uppmärksamhet, bibehålla det i minnet, motorisk reproduktion och motivation*. Detta innebär att man först måste vara uppmärksam. Därefter behöver man ha förmågan att minnas och kunna översätta det som har uppmärksammats till något begripligt. Det behöver även finnas motivation för att lära sig något nytt (Bandura, 1977). Genom modellinlärning imiterar barnet den äldres beteende. Ett barn som lever med och iakttar hur en förälder som ger god omvårdnad beter sig, gynnar utvecklingen av psykisk

hälsa (Broberg et al., 2015). Växer barnet upp med en förälder som inte mår bra ökar risken att barnet själv utvecklar psykisk ohälsa eftersom det har föräldern som rollmodell. Om föräldern till exempel har många undvikande- och säkerhetsbeteenden för att skydda sig mot ångest, finns en risk att även barnet utvecklar sådana beteenden. Detta kan på kort sikt minska ångest och oro, men på lång sikt riskera att öka barnets besvär och generaliseras till fler situationer.

Ovanstående aspekter kan samverka i olika grad och över tid när man ska undersöka bakgrunden till hur föräldrarnas psykiska ohälsa kan påverka barnet och behandlingsarbetet inom barn- och ungdomspsykiatri. Trots detta har det visat sig att det är många av barnen som aldrig aktualiseras inom barn- och ungdomspsykiatri även om behov av egen behandling finns (Larson, Knutsson-Medin, Sundelin & Trost von Werder, 2000). Hur stor andelen barn inom barn- och ungdomspsykiatri är, som har en förälder med psykisk ohälsa, finns inte mycket forskning på. Det finns dock viss forskning som har visat att föräldrar till aktuella barn inom barn- och ungdomspsykiatri ofta uppvisar psykisk ohälsa (Ferro, Verdelli, Pierre & Weissman, 2000; Swartz et al., 2005; Vidair et al., 2011). Man har även sett att psykisk ohälsa hos föräldern kan göra att de söker mer hälso- och sjukvård för sitt barn, vilket både kan bero på brister i föräldraförmågan och bristande energi samt tolerans för barnets beteende (Campbell, 2002). Flera studier har visat att om föräldern inte har egen behandling minskar möjligheten för barnet att bli friskt (Ferro et al., 2000; Swartz et al., 2005; Vidair et al., 2011). Det har även visat sig att behandling av barn med beteendeproblem är mindre effektiv om föräldern har en obehandlad depression. När föräldern förbättras i sitt mående minskar beteendeproblemet hos barnet (Van Loon, Granic & Engels, 2011). Man har också sett att barn till föräldrar med psykisk ohälsa till exempel uppvisar mer uttalade beteendeproblem, vilket visar sig när barnet aktualiseras för behandling (Agha, Zammit, Thapar & Langley, 2017; Rishel, Greeno, Marcus & Anderson, 2006b). Studier har visat att

om föräldern deltar i föräldraträning i grupp kan den egna psykiska hälsan förbättras. Känslan av att dela sina erfarenheter med andra föräldrar gör livet mer normaliserat och leder till att föräldern mår bättre (Barlow, Smailagic, Huband, Roloff & Bennett, 2014).

Inom barn- och ungdomspsykiatri i Sverige arbetar man med barnet på olika sätt. Barn- och ungdomspsykiatri i Stockholms läns landsting har utfärdat riktlinjer som stöd för bedömning och behandling inom verksamheten. I bedömningsfasen fokuserar man på barnets aktuella tillstånd, svårigheter, funktionsnivå och symtom (BUP, 2015). Bedömningen görs utifrån förälderns problembeskrivning som kompletteras med observation av och individuellt samtal med barnet. Familjesammanhanget behöver bedömas för att kunna överväga vilka behandlingsinsatser som ska rekommenderas (BUP, 2015). I behandling är det dock barnet och barnets problematik som utgör fokus snarare än familjesystemet. I riktlinjerna för trotssyndrom och uppförandestörning lyfter man bland annat fram anknytningsmönster, föräldrastil, samspel och psykopatologi hos föräldern som olika faktorer som kan påverka barnets mående. Man lyfter bland annat fram att otrygg anknytning, auktoritär föräldrastil eller psykisk sjukdom hos föräldern kan öka risken för beteendeproblem hos barnet (BUP, 2015).

Syfte

Syftet med föreliggande studie är att öka kunskapen om hur verksamma psykologer inom barn- och ungdomspsykiatri upplever att barnet och behandlingsarbetet påverkas när det förekommer psykisk ohälsa hos föräldern.

Metod

Informanter

Tio legitimerade psykologer, verksamma inom allmän barn- och ungdomspsykiatrisk öppenvård, intervjuades om sin syn på hur barnet och behandlingsarbetet inom barn- och ungdomspsykiatri påverkas när det förekommer psykisk ohälsa hos föräldern. Informanterna var kvinnor i åldern 31-59 år och de hade varit verksamma som legitimerade psykologer mellan 1,5-25 år. Antal verksamma år inom barn- och ungdomspsykiatri varierade från 1,5 - 25 år. Under intervjun framkom att informanterna träffade barn med föräldrar för bedömning, behandling och utredning. Kriterier för inkludering var legitimerad psykolog och verksam inom en allmän barn- och ungdomspsykiatrisk öppenvårdsmottagning. Informanterna rekryterades från Västra Götalandsregionen och Region Halland.

Procedur

Intervjupersonerna rekryterades genom att kontakt togs med olika barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar i Västra Götaland och Region Halland, antingen via avdelningschef eller direkt med ett utskick via e-post till presumtiva informanter. I samband med kontakten bifogades ett informationsbrev, där bland annat studiens syfte och upplägg presenterades (bilaga 1) Därefter fick informanten återkomma om hen kunde tänka sig att ställa upp. En av avdelningscheferna som kontaktades informerade att ingen psykolog kunde medverka från den mottagningen på grund av tidsbrist. En annan avdelningschef skulle tillfråga psykologerna på mottagningen, men återkom inte. Ytterligare kontakt togs med

avdelningschefen som lovade att lyfta det i psykologgruppen på nytt, men återkom inte efter det. Kontakt togs då med fler psykologer som var positiva till att delta i studien och sammanlagt intervjuades tio psykologer. I samband med att informanten tackade ja till att delta gavs informationen att intervjun skulle spelas in via ljudupptagning för att därefter transkriberas. De fick information om att enbart författaren skulle transkribera intervjumaterialet och därefter skulle inspelningen raderas. Informanten informerades även att intervjumaterialet skulle avidentifieras i syfte att bevara hens anonymitet. Informanten fick godkänna detta innan medgivande gavs. Medgivande gavs antingen skriftligt via e-post eller muntligen via telefon. I samband med kontakten bestämdes plats och tid för intervjun. Intervjuerna ägde rum under mars/april 2017 på en lämplig plats för informanten. Sex av tio intervjuer ägde rum på informantens arbetsplats, två av intervjuerna vid Psykologiska institutionen i Göteborg och två intervjuer hemma hos informanterna. Vid intervjutillfället fick informanten en muntlig genomgång av den skriftliga informationen för att säkerställa att hen hade kännedom om studiens syfte och att intervjumaterialet skulle presenteras avidentifierat i syfte att bevara hens anonymitet. Informanten påmindes om att materialet skulle transkriberas av författaren och att ljudinspelningen därefter skulle raderas. Eftersom deltagandet var frivilligt kunde samarbetet när som helst avbrytas och informanten kunde välja att avstå att svara på frågor. Ingen av intervjupersonerna avbröt sitt deltagande. Vid ljudinspelningen användes en surfplatta. Intervjun följde intervjumallen och följdfrågor anpassades och ställdes efterhand. Samtliga intervjuer varade mellan 45 till 60 minuter.

Intervju

Studien har utförts med hjälp av kvalitativ forskningsmetod i form av semistrukturerade intervjuer. Intervju som metod motiveras med förhoppningen om att nå en djupare förståelse av informantens kliniska erfarenhet och upplevelse (Kvale & Brinkman, 2014).

Enligt Kvale och Brinkman (2014) används den kvalitativa forskningsintervjun för att undersöka hur intervjupersonen upplever sin omvärld genom att ta del av hens erfarenhet. Genom bearbetning av intervjumaterialet kan nya insikter erhållas och bidra till ny kunskap inom forskningsområdet. Forskning baserad på intervjuer förutsätter utvecklade färdigheter hos intervjuaren vad gäller socialt samspel, kunskap om området samt metod. Kunskap om epistemologi och etiska aspekter kopplade till forskningsintervjuandet krävs också. Det är viktigt att intervjuaren skapar en miljö där intervjupersonen känner sig trygg att dela med sig fritt av sina erfarenheter samtidigt som respekt för hens integritet bevaras. Intervjun är en aktiv process där ny kunskap genereras genom interaktionen mellan intervjuaren och intervjupersonen. Halvstrukturerad intervju följer viss struktur med frågor utifrån teman samtidigt som den ger utrymme för flexibilitet genom att intervjuaren är följsam, vilket beaktades under intervjun.

Intervjuerna utgick från en semistrukturerad intervjumall (bilaga 2) som bestod av 13 övergripande frågor. Intervjuerna inleddes med demografiska frågor så som arbetslivserfarenhet, antal år inom barn- och ungdomspsykiatri och huvudsakliga arbetsuppgifter. Därefter utgick intervjun från *problemlösningsmodellen*, med frågor utifrån aktuellt tillstånd, önskat tillstånd, resurser och hinder (Petitt & Olson, 2010). Frågorna syftade till att fånga informanternas erfarenheter och upplevelser av hur barnet och behandlingsarbetet inom barn- och ungdomspsykiatri påverkas när det förekommer psykisk

ohälsa hos föräldern. Intervjupersonen fick svara på frågor hur den aktuella situationen såg ut, önskesituationen samt vilka förutsättningar och hinder som fanns för att nå dit. Intervjumallen kompletterades med öppna och specifika följdfrågor när det bedömdes vara relevant. Avslutningsvis fanns utrymme för egen reflektion, vilket innebar att informanterna hade möjlighet att tillägga egna funderingar.

Databearbetning

Den kvalitativa forskningsintervjun syftar till att få ta del av intervjupersonens erfarenheter, upplevelser och uppfattningar och därigenom få en mångfacetterad beskrivning av kvalitativa aspekter av individens omvärld (Kvale & Brinkman, 2014).

Efter att intervjun spelades in transkriberades materialet. Därefter analyserades materialet utifrån induktiv tematisk analys (Braun & Clarke, 2006). Tematisk analys går ut på att identifiera och analysera materialet genom att strukturera det under olika teman och därefter sammanfatta. Tematisk analys är en flexibel och användbar metod för att bearbeta ett komplext material. Den tematiska analysen är inte bunden till en förutbestämd teoretisk bakgrund (Braun & Clarke, 2006). Analysen bearbetades epistemologiskt, det vill säga att utifrån ett kunskapsteoretiskt perspektiv så sanningsenligt som möjligt fånga något som sker i den verkliga världen (Willig, 2013). Den tematiska analysen innebär att materialet analyseras i sex steg (Braun & Clarke, 2006).

Det första steget innebär att *lära känna data*. Tio intervjuer transkriberades i sin helhet och resulterade i 88,5 sidor med enkelt radavstånd. Intervjumaterialet transkriberades utan ”suckar” och ”pauser”, men bibehölls i övrigt i sin helhet. Den kortaste intervjun var 38

minuter och den längsta 59 minuter. Utskriften lästes igenom två gånger. Intressanta och relevanta citat utifrån studiens syfte markerades och reflektioner utifrån materialet noterades.

Det andra steget innebär att *skapa initiala koder*. Intervjumaterialet lästes igenom ytterligare en gång och varje meningsenhet/citat kodades. Ett citat kunde gå in under flera olika koder. Databearbetningen utgick från intervjumaterialet och baserades således inte på någon teoretisk förståelse (Braun & Clarke, 2006). Koderna antecknades i marginalen som därefter fördes över till ett separat papper tillsammans med citaten.

Det tredje steget innebär att *leta efter teman*. Koder som liknande varandra blev underteman och kategoriserades under huvudteman. Data inom ett visst tema ska hänga samman och tydliga skillnader mellan olika teman ska föreligga. Ett tema ska bidra med något viktigt till forskningsfrågan (Braun & Clarke, 2006).

I det fjärde steget *utvärderades teman* genom att koder och citat flyttades mellan olika teman och analysen fördjupades.

Det femte steget innebär *identifiering och namngivning* av de slutgiltiga temana. Analysen resulterade i fyra huvudteman och 12 underteman. Namnet på temat försökte definiera innebörden så väl som möjligt. Ett antal representativa citat valdes ut och placerades under tillhörande tema i resultatdelen.

I det sjätte steget *skrevs analysen*. Intervjupersonerna refererades till som informanter eller med fiktiva namn. Exempel på tematisering, se bilaga 3.

Etiska aspekter

Studentarbeten som genomförs inom ramen för högskoleutbildning på avancerad nivå räknas inte som forskning i etikprövningslagens mening. Specialistarbeten under

specialistutbildningen kan jämföras med dessa studentarbeten på avancerad nivå (Etikprövningsnämnden, 2017). Man ska dock förhålla sig etiskt i sitt specialistarbete. Enligt Vetenskapsrådet (2002) måste det finnas en balans mellan forskningskravet och individskyddskravet. Individskyddskravet är utgångspunkten för forskningsetiska överväganden och kan delas in i fyra allmänna huvudkrav på forskningen: *informationskravet*, *samtyckeskravet*, *konfidentialitetskravet* och *nyttjandekravet*. Eftersom det var ett professionsurval bedömdes intervjuerna inte vara av lika känslig natur som om det hade varit ett patienturval, men hänsyn togs till Vetenskapsrådets individskyddskrav.

Informationskravet innebär att informanten ska få information om studiens syfte, vilka villkor som gäller för deltagandet, att deltagandet är frivilligt och rätten till att avbryta sin medverkan (Vetenskapsrådet, 2002). Samtliga informanter fick både skriftlig och muntlig information om studiens syfte, upplägg och innehåll. I informationsbrevet framgick vad undersökningen skulle innefatta och vad den skulle syfta till; hur barnet och behandlingsarbetet inom barn- och ungdomspsykiatri påverkas när det förekommer psykisk ohälsa hos föräldern. I informationen framgick även vilka som var ansvariga för studien, det vill säga studiens författare, handledare och avdelningschef. I samband med kontakt och tidsbokning för intervjun fick informanten ge medgivande till ljudinspelning. Eftersom medverkan i undersökningen var frivillig kunde informanten avbryta sitt deltagande, vilket meddelades vid intervjutillfället. Detta ingår även i *samtyckeskravet* som handlar om att informanten har rätt att själv bestämma över sin medverkan (Vetenskapsrådet, 2002). *Konfidentialitetskravet* innebär att informantens identitet och personuppgifter ska skyddas och att ingen obehörig kommer åt det (Vetenskapsrådet, 2002). Inför intervjun informerades även informanten hur intervjumaterialet skulle användas och att det skulle redovisas aidentifierat i syfte att bevara hens anonymitet, vilket även framgick i informationsbrevet. Informantens identitet skyddades genom aidentifiering med kod och namn som lagrades

separat. Efter genomförd undersökning, analys och sammanställning av studien förstördes det insamlade materialet, det vill säga ljudinspelning via surfplatta och transkriberade utskrifter. Informanten informerades även i samband med intervjun att endast författaren hade tillgång till inspelningen och utskriften. Detta ingår även i *nyttjandekravet* som innebär att uppgifter om enskilda enbart får användas för forskningsändamål (Vetenskapsrådet, 2002). Sammantaget uppfylls Vetenskapsrådets fyra regler.

Resultat

Barnet

Det första temat handlar om barnet. Informanterna tog upp att barnet påverkas negativt när antingen en eller båda föräldrarna lider av psykisk ohälsa. Flera av informanterna framhöll att barnet kan ha levt länge med en förälder som inte mår bra och så småningom själv utvecklat psykisk ohälsa varför kontakt med barn- och ungdomspsykiatri tas. Hur barnet påverkas kan skilja sig åt. Det kan både bero på vilken typ av ohälsa föräldern har, barnets problematik och ålder samt vilka som finns runt omkring. Utifrån dessa aspekter har temat delats in i tre underteman. Det första undertemat handlar om att barnet blir mer oroligt när det har en förälder med psykisk ohälsa. Det andra undertemat behandlar att barnet blir mer ansvarstagande genom ett omvänt rolltagande. Det tredje undertemat lyfter att barnet blir skuldbelagt av både förälder och omgivande system.

Barnet blir mer oroligt. Några av informanterna beskrev att barn som växer upp med föräldrar med psykisk ohälsa ofta känner oro över föräldern. De uppfattade att ständig oro för förälderns mående kan påverka barnets mående och funktionsnivå negativt. Agneta berättade

om en patient vars mor varit inlagd i längre perioder. Hon uppfattade att flickan till följd av separationerna hade utvecklat egen ångestproblematik.

”Nu när mamman blev sjuk så pang så fick flickan tvångstankar dag ett. /.../ Det var bara en somatisk sjukdom som orsakade det, men det finns ju kvar trauma av såna svåra tillstånd och att föräldrarna har försvunnit.”

Sara lyfte fram att oron över föräldrarna kan påverka funktionsnivån negativt eftersom barnet kan få svårare att vara ifrån sin förälder. Vidare menade hon att behovet av att vara nära sin förälder påverkar barnets möjligheter att utveckla egna sociala relationer. Samtidigt poängterade hon att barnets oro ofta minskar om en av föräldrarna är frisk eftersom barnet då kan förlita sig på att den andra föräldern tar ansvar för den sjuke föräldern.

”En oro av hur föräldern mår. Att barnet tänker mycket på det. Funderar kring föräldern. /.../ hur man orkar fokusera på skolarbete. Att det påverkar relationen med föräldern, att man vill vara nära. Det kan även påverka socialt, kamratrelationer, för att man inte vill lämna föräldern. Sen beror det ju så klart på om det är två föräldrar, om det finns en som mår bra kan nog barn släppa kontrollen lite mer, släppa oron, om det vet att det finns någon där för den föräldern som inte mår bra.”

Vissa av informanterna betonade att många barn till föräldrar med psykisk ohälsa blir oroliga eftersom de har otillräcklig kunskap om vad som orsakar förälderns beteende. Annika exemplifierade obegripligheten genom att berätta hur det kan vara för barn som växer upp med en förälder som har bipolär sjukdom.

”Ja nu tänker jag rätt mycket på dem som har förälder med bipolär sjukdom. Till exempel att det här obegripliga när en förälder bara är frånvarande och ligger i sängen hela tiden och vad det gör. Att det är en hel förståelsevärld och när man är liten så fattar man ingenting och det hänger ju i länge. Det spelar ingen roll att man har en förklaringsmodell för vad betyder den förklaringen. Det är jättesvårt att få det att betyda någonting. För social och emotionell utveckling så har det stor betydelse.”

Barnet blir mer ansvarstagande och det blir omvända roller. Flera av informanterna beskrev att barnet blir mer ansvarstagande när föräldern lider av psykisk ohälsa. De upplevde att barnet tar ett ökat ansvar för sig själv, sin familj och hemmet vilket blir ett omvänt rolltagande. Några av informanterna tyckte att det omvända rolltagandet kunde märkas i behandlingsarbetet genom att barnet tar större ansvar både för sig själv och föräldern samt att föräldern inte stöttar tillräckligt mycket i varken behandlingen eller i barnets övriga vardag. Monika beskrev hur svårt det kan vara för vissa föräldrar att överhuvudtaget komma upp på morgonen, vilket ställer ett ännu högre krav på barnet.

”Det finns ju många som inte orkar komma upp på morgonen och hjälpa sina barn till skolan. Dem orkar inte. Barn får ta mycket ansvar för att städa och handla. De tar ansvar för sina föräldrar för de är oroliga för föräldrars mående. De vågar inte tala om att de mår dåligt för de vill inte vara en belastning.”

Barnets ökade ansvarstagande kunde även visa sig genom att det inte alltid vågar berätta för föräldern hur det egentligen mår. Andra gav exempel på ansvarstagande genom att berätta om barn som stannade kvar med den sjuke föräldern av rädsla för att hen ska ta sitt liv. Agneta berättade om en av hennes patienter som tog ett stort föräldraansvar.

”Det var någon tjej som jag tänker på som missade hela sin skolgång för hon gick hela nätterna igenom, bokstavligen i mammas fotspår, nätterna igenom och var skräckslagen att hon skulle skada sig, ramla eller ta livet av sig. Föräldrarna var skilda och hon vågade inte flytta till pappan för att hon var tvungen att skydda mamman och när hon till slut flyttade till pappa så tog mamman livet av sig. /.../ De vågar inte flytta hemifrån. Det blir ett överansvar.”

Utifrån omvända roller berättade Susanne om en flicka som inte hade fått vara barn i den utsträckningen som hon hade behövt.

”Jag har ju haft en tjej i rummet som sa – mamma du måste ju först hjälpa dig själv innan du kan hjälpa mig, fixa dig själv först, för guds skull. /.../ Det kan bli omvända roller mellan förälder och barn.”

Vissa informanter betonade att det ofta kan dröja länge innan barnet berättar om föräldrarnas mående. Sofia upplevde att det ofta kommer fram efterhand när barnet berättar om det ansvar som det tar hemma.

”Oftast tar ju de barnen mycket mer ansvar för sina föräldrar än vad de borde göra. De säger det. Det brukar komma fram någon gång att - mamma mår ju inte bra. Det är synd om pappa.”

Barnet kan bli skuldbelagt. Flera av informanterna upplevde att barnet kan bli skuldbelagt av föräldern eller omgivande system och därför är det särskilt viktigt att skilja på vad som är barnets respektive föräldrarnas svårigheter. De påtalade också att det är viktigt att

inte tillskriva barnet något som egentligen tillhör familjens sätt att fungera. En av informanterna tog upp att man måste ta hänsyn till vad som är åldersadekvat och ingår i barnets egen utveckling innan man gör sina bedömningar. Annika gav exempel från en av sina patienter som hade vuxit upp i en familj med psykisk ohälsa och som själv mådde mycket dåligt och kände skuld.

”Jag hade ett samtal idag, en flicka som mår jättedåligt och hela hennes familj mår dåligt. Verkligen psykisk ohälsa. Inte bara hos henne utan hela familjen. Men där hon säger att det är bättre jag flyttar så att dem kan få vara ifred så att det får läka lite. /.../ Då står hon där mitt i och mår jättedåligt och tar ändå hela den skulden i det här – om bara jag försvinner så blir det nog bättre.”

Vidare kom Annika in på att vissa familjer gör barnet sjukare än vad det egentligen är. Hon upplevde att när barnet blir friskare kommer föräldrarna med något nytt problem, vilket gör att skulden återigen läggs på barnet. Detta kan vara svårt att arbeta med. Susanne tog upp att man bör vara öppen om detta i behandlingsrummet för att barnet ska känna sig mindre skuldbelagt. Barnet kan behöva en bundsförvant i behandlaren.

”Om man vet att föräldern inte mår bra, att den också kan titta på sig själv eller jobba med sig själv, så att det inte bara blir så mycket fokus på barnet för det är ju ändå ett system som är sjukt. Så att man ändå kan ha samtal kring det på ett öppet sätt. Så kanske barnet känner sig mindre ensamt, skuldbelagt eller så.”

Katarina tyckte att man behöver vara ännu tydligare vid samverkansmöten för att minska skuldbeläggandet. Vid möten med familj, socialtjänst och skola, där alla är närvarande, kan det vara svårt att benämna saker vid dess rätta namn.

”Ibland blir jag orolig för att man lägger för mycket på att det är barnets svårigheter och föräldrarnas svårigheter det talar man inte så mycket om och då blir det mer att man har fokus på barnet och ja även om man har de här samverkansmötena där socialtjänsten är med så tycker jag att man hade behövt vara tydligare med att skilja ut vad som är vad i det.”

Flera av informanterna berättade om socialtjänstens gruppverksamhet ”Barn till psykiskt sjuka eller missbruk”. Jenny tog upp att sådana verksamheter kan vara ett sätt att minska skuldbeläggandet hos barnet och ge en förklaring till varför föräldern beter sig som den gör.

”Den verksamheten tror jag är jätteviktig att barn som har föräldrar med bekymmer. Ja att de kan få mycket där som avlastar dem från skuld och som ger förklaringar till varför mamma eller pappa funkar så och gör så.”

Föräldern

Det andra temat behandlar föräldern. Flertalet av informanterna betonade att det är en stor grupp barn med föräldrar som inte mår bra men att psykisk ohälsa är ett brett begrepp och att det därför finns stora skillnader avseende problematik och svårighetsgrad. De flesta ställde frågor om föräldrarnas mående i anamnesupptagningen, men därefter ägnades sällan någon tid åt deras mående och dess eventuella påverkan på barnet. Flera av informanterna tog upp att det ofta är hela familjesystemet som mår dåligt, vilket både försvårar och förlänger behandlingstiden och därmed också barnets möjlighet att få adekvat stöd. De flesta betonade

att om det finns *en* förälder i familjen som är frisk underlättar det för barnet. Samtidigt påtalade flertalet att det räcker att *en* förälder mår dåligt för att det ska påverka barnet negativt. Utifrån detta har temat delats in i tre underteman. Det första undertemat handlar om föräldrarnas svårighet att se barnets behov. Det andra undertemat visar att barnet lär sig av hur föräldern hanterar sina svårigheter. Det tredje undertemat omfattar föräldrarnas förmåga till affektreglering som förändras vid psykisk ohälsa.

Föräldrarnas svårighet att se barnets behov. Flera av informanterna beskrev att föräldrar med psykisk ohälsa ofta har svårt att se barnets behov och klarar inte av att möta barnets signaler på ett adekvat sätt. Louise upplevde att föräldern kan förbise vissa tecken hos sitt barn på grund av upptagenhet av egna svårigheter.

”Men på något sätt så har jag upplevt att barn. Eller ja föräldrar som mår dåligt missar vissa tecken hos barnet som de bör följa upp just för att de är inne i sig själva. När de har sina problem. Ja jag upplever att barnet kanske blir lite inneslutet. Dens problem blir inte lika uppmärksammat på samma sätt.”

Flera av informanterna tog upp att svårigheten att se barnets behov ofta beror på bristande energi hos föräldern, framförallt vid depression, men även vid annan problematik. Annika upplevde att föräldrarnas självupptagenhet gör det svårare att arbeta med behandling utifrån barnets perspektiv.

”Det är väl det som är problem med de depressiva föräldrarna. De är så uppe i sig själva så det går inte att ta barnperspektivet. Och då blir det jättesvårt för oss att jobba. Då får man jobba med vems symtom är vems.”

Monika upplevde att en förälder som inte mår bra ofta utgår från sitt eget perspektiv och därmed saknar förmåga att se och möta barnets behov. Hon tyckte också att en del av föräldrarna får en mer kritisk syn på barnet och att barnets svårigheter blir besvärliga på grund av bristande energi hos dem själva.

”Friska föräldrar orkar hålla på rutiner, orkar hålla på struktur, orkar hjälpa sina barn att göra det dem själva inte förmår och orkar. Medan föräldrar med psykisk ohälsa inte orkar upprätthålla det, inte hos sig själva och inte hos barnet heller. Där faller ju mycket. /.../ Föräldrar som inte mår bra är mer i sig själva. De har inte samma förmåga att utgå från barnets perspektiv utan de utgår mycket från sitt eget perspektiv och hur mycket dem orkar och vad dem förmår och ser svårigheterna på ett annat sätt.”

Barnet lär sig av hur föräldern hanterar sina egna svårigheter. Flertalet av informanterna beskrev att barnets psykiska ohälsa kan bero på ett inlärt beteende. Därför upplevde de att det är svårare för ett barn att bli friskt om föräldrarnas problematik kvarstår eftersom barnet ser till hur föräldern gör. Barn lär av sina föräldrar och har dem som modell för hur man ska vara i de flesta sammanhang. Några av informanterna tog upp att det blir tydligt vid gruppbehandlingar, särskilt vid ångestproblematik hos både förälder och barn. Susanne berättade om en av hennes patienter där modern har blivit en rollmodell.

”Jag har en tjej som bor ensam med sin mamma och väldigt litet nätverk, alltså bara mormor och några tjejkompisar till mamma. Mamma har ju flera diagnoser, utmattning, bipolär, ptsd. Är mycket sängliggande och tjejen ser man blir en kopia.”

Många av informanterna upplevde att föräldrarna ofta har varit långvarigt sjuka, vilket kan ha lett till en längre tids omsorgssvikt. Monika tog upp hur föräldern som rollmodell både vidmakthåller och försvårar läkning hos barnet.

”Ibland vid depression kan det vara så att de gått med en deprimerad förälder som har varit det nästan hela barnets liv. Det klart att då ha de både haft omsorgssvikt och själva mått dåligt och inte haft något stöd. Men även de med ångest, de har haft en förälder som hela tiden är en rollmodell som vidmakthåller och ökar på svårigheterna.”

Om föräldern inte gör något åt sin egen problematik är det svårt att ingjuta hopp hos barnet, det vill säga att livet kan innebära något positivt. Agneta tog upp hur komplicerat det blir om föräldern har samma problematik utan att göra någonting åt det.

”Men det klart att det påverkar naturligtvis väldigt mycket. För jag tänker om man skulle ta ångest eller kräkfobi. Det påverkar ju direkt. Det är omöjligt att behandla ett barn för kräkfobi när föräldern själv har det. Så det påverkar i allra högsta grad.”

Louise menade att föräldrarna inte utgör någon homogen grupp och betonade att föräldrarna skiljer sig åt. Vissa är mer öppna med att de mår dåligt och inte vill överföra sitt dåliga mående på barnet. Andra föräldrar upplevde hon sakna reflektionsförmåga avseende hur deras mående och beteende kan påverka barnet negativt.

”Kanske på det sättet att man har något samtal med föräldern bara för att höra mer om hur den mår, men också hur den förhåller sig till barnet, så att säga. Vissa

föräldrar har varit öppna med att de mår dåligt och gör allt för att barnet, ja inte att föra över sitt dåliga mående på barnet. Men vissa reflekterar inte över det överhuvudtaget.”

Föräldrarnas förmåga till affektreglering förändras vid psykisk ohälsa. Flera av informanterna beskrev hur föräldrarnas förmåga till affektreglering förändras om hen inte mår bra. Vissa menade att om föräldern inte har kapacitet att fungera på en adekvat nivå kan det leda till en kritisk syn på barnet. Dessa föräldrar klarar inte alltid av att stå ut med sina egna känslor. Klarar man inte av att stå ut med sina egna känslor kan det vara svårt att hantera någon annans dåliga mående. Katarina tyckte att den svåraste gruppen föräldrar med psykisk ohälsa är de med personlighetsproblematik eftersom de ofta blir mycket kritiska mot barnet och har svårt att reglera sina känslor.

”Jag tycker det är svårare när det är mer en förälder med personlighetsproblematik. Det kan bli ganska hög konfliktnivå i rummet. Alltså nu ska jag inte överdriva, men man märker att föräldern går igång väldigt lätt så och när man. Ja man förstår ju i de situationerna att blir det så här så förstår man ju hur det kan bli hemma också. Det är ju det svåraste egentligen. När det är föräldrar som har väldigt lätt för att gå igång. Lätt för att vara kritiska mot sina barn. Som är ganska invaliderande mot barnen.”

Flera informanter tog upp att många föräldrar med psykisk ohälsa inte klarar av att tillgodose de mest grundläggande behoven hos ett barn som till exempel måltider, sovtider, kontakt med förskola/skola och aktiviteter. Sofia betonade dock sin oro över en annan grupp av föräldrar, de som klarar av barnets mest basala behov, men brister i den känslomässiga

omvårdnaden. Dessa barn är svårare för omgivningen att upptäcka och deras hjälpbehov prioriteras inte alltid. Det är ofta lättare att upptäcka något som är mer synligt.

”Jag menar en person med psykisk ohälsa kan ju sköta det allra mest nödvändiga för barnen. Fina kläder, hela och rena och går på alla möten och sådär, men den där känslomässiga anknytningen och den biten. Den orkar man inte riktigt för att man är så slutkörd.”

Jenny upplevde att svårighet med affektreglering hos förälder med psykisk ohälsa kan bli extra tydlig i en konfliktfylld situation och gav exempel från en av sina patienter. Hon menade att den förväntan som finns i ett föräldraskap, att stå för en större mognad än vad barnet uppvisar, inte alltid finns.

”Jag tänker på det ärendet jag fick åka till X-stad med när du skulle varit här sist. Där har ju mamma lite liknande problematik som flickan även om flickan har mer av autismdelen, men där funkar saker ganska bra när föräldern kan hålla sig och flickan kan bli upprörd, men om föräldern och barnet blir upprörda samtidigt då blir det totalt kaos och det var ett sånt läge som det blir så starka självmordstankar och planer och så. Där blev det extremt tydligt att om föräldern inte hade haft de bekymren som de har, eller den har i detta fallet, så hade det varit helt annorlunda för barnet.”

Samverkan

Det tredje temat handlar om samverkan. De flesta av informanterna tog upp att barn till föräldrar med psykisk ohälsa är en resurskrävande grupp som ofta kräver fler samarbetspartners. Samverkan beskrevs främst vara med socialtjänst och skola. Hur samverkan ser ut kan skilja sig och variera i omfång och kvalitet. Flertalet beskrev att många av familjerna behöver fler insatser än vad både kan erbjudas och vad familjerna orkar ta emot. De flesta tyckte att det var bra med samverkan om det fungerar väl, men det förekom sällan samarbete med vuxenpsykiatri. Några tog även upp att man gör orosanmälan till socialtjänsten om det finns misstanke att barnet far illa. Utifrån detta har temat delats in i två underteman. Det första undertemat handlar om att barn till föräldrar med psykisk ohälsa är en resurskrävande grupp där det ofta blir många samarbetspartners. Det andra undertemat rör samverkan mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri som beskrevs nästintill vara obefintlig.

Resurskrävande grupp där kvaliteten på samarbetet påverkar både barnet och behandlingsarbetet. Flera av informanterna beskrev att familjerna ofta behöver mer avlastning och praktisk hjälp med fungerande stödinsatser. Flera tog upp att kvaliteten på samarbetet kan variera och se olika ut beroende på vilka man samverkar med och familjens problematik. Personkännedom och kännedom om varandras verksamheter tyckte flera underlättar gott samarbete. De flesta medverkade regelbundet vid SIP-möten (samordnad individuell plan) som är ett sammankallande bindande möte. Flera tyckte att vissa av mötena kunde bli bra för den fortsatta behandlingskontakten, men generellt ansågs det vara för övergripande och omfattande, vilket minskade möjlighet till delaktighet och öppenhet. Annika hade önskat fler informella samverkansmöten till exempel med färre deltagare för att öka

kvaliteten, förutom SIP-mötena. Hon menade också att fördelen med ett gott samarbete gör att man kan arbeta via socialtjänsten.

”En del ärenden har vi jättegott samarbete med socialtjänsten, men kanske också där BUP varit väldigt tydliga med vad vi kan göra och inte göra. Det tänker jag också är en risk att här ska vi göra så himla mycket och så kommer man in i det här och så blir det sammanblandat. Men när man får till det där goda samarbetet med socialtjänsten, där vi också kan jobba lite mer genom socialtjänsten. För dem kan vara på plats mycket mer än vad vi kan vara.”

Katarina tog upp att man inte alltid vågar tala klartext om hur situationen verkligen ser ut för barnet. Hon trodde att anledningen kan vara att man vill skydda familjen, vilket istället blir ett missriktat skydd och snarare ett hinder i samarbetet. För stora grupper gör att ansvaret också delas upp och känslan av delaktighet kan gå förlorad. Man vet inte alltid hur och var informationen går vidare eller hur informationen tolkas av deltagarna.

”Ett hinder jag kan tycka är att man inte vågar tala klartext om hur illa det faktiskt är ibland. /.../ Jag gissar att det är för att man vill skydda familjen på något sätt, men det blir ett missriktat skydd för man behöver vara mycket tydligare tycker jag med dem svårigheterna som finns.”

Moa ifrågasatte hur socialtjänsten tänker kring frågan om placeringar i familjehem eller på behandlingshem när det är familjesystemet som inte fungerar. Målet är ofta att barnet ska tillbaka till sin familj som inte har förändrats.

”Jag tycker att det är helt absurt i nuläget där man säger att då har vi ett barn och en förälder och här funkar det inte och då plockar vi barnet och så sätter vi det i

behandlingshem eller familjehem eller vad det nu är, men sen ska vi ändå hela tiden arbeta tillbaka mot eller föräldern överklagar eller vad det nu är för något. Och tänka att då lämnar vi tillbaka ett barn som har blivit botat. Du vet, att inte se att det här systemet behöver man arbeta med.”

Barnet påverkas negativt på grund av bristande samverkan mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri. De flesta hade uppfattningen om att samarbetet mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri nästintill var obefintlig. Den enda kontakten som beskrevs förekomma är vid remittering i samband med att barnet fyllt 18 år. Flera uttryckte också oro över att vuxenpsykiatri saknar barnperspektiv eftersom de sällan tar hänsyn till att deras patient även är förälder. Flertalet av informanterna menade att bättre samarbete hade kunnat förbättra behandlingsresultatet genom ökad förståelse och ett större helhetsperspektiv. Sara tog upp att hon försöker få till ett samarbete när behandlingen inte går framåt för varken barnet eller föräldern.

”Försökt få till ett samarbete eller inte alltid samarbete men i alla fall någon sorts avstämning hur dem tänker. Vuxenpsykiatri har det varit i de fallen. Hur dem tänker för det kan ju lätt bli, eller ja nu tänker jag på ett ärende, när man kört fast. Förälderns behandling kommer inte framåt för att barnet mår dåligt. Barnets behandling kommer inte framåt för att föräldern mår dåligt.”

De flesta av informanterna nämnde dock att den främsta kontakten med vuxenpsykiatri är vid remittering. Katarina berättade att remitteringen ibland sker i form av möten, men sällan i andra sammanhang, vilket hon tyckte var synd eftersom verksamheterna har olika perspektiv och det behöver sammanföras.

”Det vi mest gör är vid överremittering. Då kan vi samarbeta. Vi kan ha gemensamma möten. Men det är sällan vi har ett samarbete när det är föräldern som går på VPM och vi har ett barn hos oss. Det är jättesällan, men hade absolut varit bra för det är ju. Vi har ju olika perspektiv och det hade ju varit jättebra att man hade sammanfört det mer. Det gör vi inte, eller väldigt sällan.”

Kunskapen inom och mellan verksamheterna om vilka sekretessregler som gäller är ofta bristfälliga. Detta i sin tur försvårar samverkan. Louise tyckte att sekretessen ibland kan försvåra samarbetet mellan verksamheterna.

”Jag tror att samarbete också kan försvåras på grund av tystnadsplikt och man ska ju skydda barnet och man ska säkert skydda föräldrarna. Även att det är tidskrävande i ett redan stressande arbete att sätta sig i vuxnas problem när man jobbar med barnet även om det går hand i hand.”

Behandling

Det fjärde temat lyfter fram behandlingsarbetet. De flesta av informanterna beskrev att behandlingsarbetet med barnet förändras när det förekommer psykisk ohälsa hos föräldern. Ofta tar behandlingsarbetet längre tid och barnet blir mer ensamt, vilket i sin tur kan försvåra möjligheten att bli friskt. Fokus förflyttas från barn till förälder och i och med det förändras samspelet mellan dem. Flertalet informanter tog upp att behandlingsarbetet med barnet förbättras om föräldern får adekvat hjälp för sina egna svårigheter. De flesta var mycket kritiska till barn- och ungdomspsykiatriens förändrade synsätt som blivit mer individ- och symtominriktat. Utifrån detta har temat delats in i fyra underteman. Det första undertemat

beskriver att behandlingen ofta är tidskrävande och att behandlingsresultat kan utebli. Det andra undertemat handlar om förändrat samspel och förflyttat fokus i behandlingen. Det tredje undertemat lyfter fram att behandlingstiden påverkas om föräldern har en egen vårdkontakt. Det fjärde undertemat tar upp barn- och ungdomspsykiatrins förändrade synsätt.

Behandlingen är tidskrävande och behandlingsresultat kan utebli. De flesta av informanterna beskrev att kontakten ofta blir utdragen och att behandlingsresultat kan utebli. Kontakten beskrevs delvis bli utdragen för att det är svårare att få till förändringar mellan sessionerna. Många upplevde att barnet lätt blir ensamt i behandlingssituationen och förväntningarna från föräldrarna kan vara att det ska bli friskt på egen hand. Om man inte får till någon förändring eller att barnet blir för lämnat uteblir resultat. Flera beskrev att man som behandlare ofta behöver stanna upp för att ta ett nytt grepp, om behandlingen inte går framåt, och att det förutsätter både mer tid och resurser. Sara tog upp att barn- och ungdomspsykiatrins verksamhet inte är tillräckligt flexibel för att klara av att hjälpa familjer med psykisk ohälsa.

”Men i dem här familjerna så ser ju inte förutsättningarna ut så. Det är svårt att få till det. Det har väl inte organisationen, eller så vi är organiserade, har väl inte så stor förståelse för det. De har inte riktigt med det i beräkningen. Det är ju ofta när man inte kommer någonstans så förstår man. Man får gå tillbaka och ta ett nytt grepp i ärendet, så förstår man att de här svårigheterna ligger i relationerna eller familjemåendet.”

Flera av informanterna ställde sig kritiska till barn- och ungdomspsykiatrins ökade utredningsköer. När behandlingen inte går framåt eller resultatet uteblir planeras ofta en utredning, istället för att fundera över om det finns andra bidragande faktorer till varför det

inte går framåt. Annika ifrågasatte detta tillvägagångssätt eftersom det kan handla om något helt annat som inte har berörts i behandlingen.

”Jag tänker ofta att vi är duktiga på att lägga det på barnen igen, ja för när behandlingsresultat uteblir – vad kan man göra då, jo man kan utreda! Alltid utreda och så kanske det är något helt annat som vi inte ens har frågat om.”

Moa uttryckte liknande tankegångar och betonade vikten av att förstå att barn reagerar olika utifrån den rådande familjesituationen.

”Jag kan tycka det här med utredningar. /.../ Hur tänker man kring barn och symptom. Återigen, hur kan man förvänta sig att ett barn inte ska reagera om man lever under de här omständigheterna. Hur ska man då tänka att det är en adhd som ska förklara det. /.../ Barnet lever fortfarande i en kontext där man inte kan möta barnet i det för att det är kaos runt omkring. Är det att göra barnet en tjänst och då säga att det var du som hade diagnosen eller snarare att försöka sätta plåster på benbrott.”

Några av informanterna, till exempel Jenny lyfte fram att flertalet föräldrar med psykisk ohälsa har dålig ekonomi, vilket kan försvåra familjernas möjlighet att utöva olika aktiviteter. Den pressade ekonomin hos föräldrarna kan även leda till att de inte har ekonomisk möjlighet att besöka barn- och ungdomspsykiatri, vilket leder till att man inte kommer vidare i behandlingen.

”Det handlar ju om psykisk ohälsa hos föräldern och det ju inte sällan det har en väldigt pressad ekonomisk situation som faktiskt påverkar barnen mycket. Och att

det kan vara ett hinder också att ens kunna ta sig till hjälp för att bussen kostar pengar eller vad det kan vara. Det kan ju vara ett hinder mer i familjerna men som också påverkar barnen mycket också och som finns mer i de här familjerna än i andra familjer.”

Flera av informanterna diskuterade hur utsatt den här gruppen barn är i samhället och den hopplöshet man kan känna som behandlare när man inte ser någon framgång i behandlingen. Även om behandlingsarbetet har gått framåt lever barnet kvar i en familj där en av föräldrarna har varit sjuk. Monika tog upp att man ofta träffar föräldrar som har viljan att hjälpa sina barn, men saknar förmågan på grund av egna problem. Hon hade önskat att föräldrarna skulle få mer stöd i sin föräldraroll.

”Man sitter där, barnet vill, föräldrar vill och så blir det ett misslyckande, på misslyckande på misslyckande och så ska man följa upp och så har ingenting hänt. Ja det blir väldigt mycket misslyckanden och det blir som att peka på oförmågan. Och så får man någonstans landa i att vi kommer inte kunna göra något där. Då skulle man önska att det fanns något mer och vad gör man då? Och inte något istället för mamma och pappa för jag tänker att barnet längtar efter att kunna göra de här sakerna med mamma och pappa.”

Monika kom vidare in på att både barnet och behandlaren slutligen kan hamna i ett läge att behöva acceptera situationen, vilket hon tyckte kändes sorgligt eftersom det innebär att barnet kommer fortsätta att leva i en dysfunktionell miljö.

”Jag tänker den hopplösheten man känner, att det kommer inte hjälpa och att barnet lever i det hela tiden - det hjälper inte vad jag behöver eller säger för jag

kommer inte få det ändå. Det tycker jag är hemskt. Det är en acceptans, ja barnet måste acceptera och vi måste också acceptera att så är det någonstans.”

Förändrat samspel och förflyttat fokus. Flertalet av informanterna upplevde att samspelet förändras och att fokus ofta förflyttas från barn till förälder när föräldern mår dåligt. Flera fruktade att det man ser i rummet kan tänkas bli flera gånger värre utanför rummet och att det är svårt för föräldern att inta barnperspektivet. Jenny tog upp att beroende på problematik hos föräldern ser samspelet olika ut. En depressiv förälder har svårt att svara känslomässigt på barnets signaler. En irriterad förälder har svårt med affektreglering, vilket gör att den föräldern blir oförutsägbar för barnet.

”Det är ju mycket beroende på vilken ohälsa hos föräldern. Absolut att det syns ett samspelsmönster att det påverkas och om det är mer föräldrar som inte orkar och är deppiga eller orkar svara upp varken känslomässigt eller rent på barnens signaler. Så ser man det i rummet, så kan man ju tänka sig att det är minst så tydligt hemma. Om det är föräldrar som har svårt att hantera aggressioner och blir uppvarvade, så är det ju samma sak där. Ser man lite av det när dem är här, så kan man räkna med att det är mycket mer hemma.”

Moa lyfte fram anknytningsperspektivet eftersom hon har upplevt att anknytningssvårigheter kan försvåra behandlingskontakten. Föräldern kan också ha varit otrygg i sin egen föräldraanknytning.

”Det som är svårast är om man har en förälder som är riktigt riktigt illa därnär när man tänker att här finns det en allvarlig anknytningsproblematik, både mellan förälder och barn, men även förälderns egen anknytningsrelation har antagligen

varit helt 'fucked up' om man säger så. Då är det svårast, för det är en nöt att knäcka liksom i terapisisituationen, men det är väldigt vanligt samtidigt."

Flera tog upp att man ofta var ensam i behandlingskontakten och föredrog istället att vara två behandlare när det förekommer psykisk ohälsa hos både barn och förälder. Susanne tog upp att det inte är *en* patient man har i rummet utan egentligen flera patienter och därför behöver man ha olika perspektiv samtidigt.

"Att det finns en till med andra ögon som har erfarenhet från andra familjer. Man är ju olika som personer och jobbar på olika sätt. /.../ Det är absolut en begränsning i de familjerna där både barn och föräldrar mår dåligt. Egentligen har man inte en patient i rummet utan två eller tre. Det säger sig själv att det inte går att göra det jobbet med en person."

Flera av informanterna poängterade att det kan vara bra att dela upp behandlingsarbetet när fokus förflyttas från barnets till förälderns problematik. Föräldern kan få en egen samtalskontakt utifrån sitt föräldraskap. Sara tyckte att detta kan ge föräldern det utrymme som behövs för att behandlingen ska gå framåt. Hon poängterade att syftet med en egen samtalskontakt är att underlätta förälderns förståelse för barnet.

"Det som kommer upp, som jag tänker på är föräldrar som tar över väldigt mycket. Som, där är det inte fokus på barnets behov, hur blir detta för barnet när man pratar antingen om sig själv eller pratar om barnet på ett sätt som inte är så inkännande. För att de är upptagna av egna svårigheter eller egna, ja fokus förflyttas lite och där blir det ju viktigt att parera för barnets skull. Ge utrymme för föräldern att prata enskilt tycker jag. Så att man också har koll på föräldern lite. Kan hjälpa dem i gemensamma samtal."

Sara kom även in på att fördelen med att vara två behandlare i kontakten är att man kan samarbeta före, under och efter samtalet.

”Är man två i ett familjesamtal så kan man hjälpas åt att fånga upp vad som händer på ett helt annat sätt än om man sitter själv och man har också möjlighet att dela upp sig och få mycket gjort på en timme.”

Annika nämnde att man samtidigt måste kunna lyfta föräldrarnas psykiska ohälsa i rummet på grund av svårigheter att ha hemligheter i en familj. Genom att ta upp det kan man avlasta barnet från att eventuellt ta på sig skulden själv.

”Man kan inte ha hemligheter i en familj. Barnen vet om att det är något som inte stämmer, men det blir svårare för barnen när ingen annan låtsas om det. Ja men som det här – pappa låg i sängen hela tiden och jag fattar ingenting. Det blir ju jättekonstigt för det gör ju inte alla andra pappor. Då är det mycket bättre att prata om det i rummet. Att sätta ord på det, att det är detta det handlar om – det handlar ju inte om dig. /.../ Och då tänker jag att det blir jättesvårt om vi inte kan prata om – att du är ju jätteskär med den här mamman som sitter och gråter hela tiden. Om man inte kan prata om det och så lägger man hela problematiken på barnet istället.”

Behandlingsarbetet går snabbare om föräldern har en egen vårdkontakt. Flertalet av informanterna tog upp att om föräldern själv har tagit kontakt och fått adekvata behandlingsinsatser utifrån sina egna problem underlättar det behandlingskontakten inom barn- och ungdomspsykiatri. En av informanterna tog dock upp att det ibland kan bli en

diskrepans mellan vad föräldrarnas behandlare säger och barn- och ungdomspsykiatrin. Utöver detta tyckte informanterna generellt att det är bättre om föräldern fått behandling. Jenny tog upp att det kan vara betydelsefullt för barnet att ha vetskap om att föräldern får stöd för sitt mående.

”Är det lika tung problematik så är det så klart bättre om föräldern har hjälp för det är ju också för barnet att veta att det finns någon som har koll på mammas och pappas mående och hjälper till och ska jobba med att det ska bli bättre än om det inte finns. Det kan ju ändå spela stor roll för barnet att veta om föräldern har hjälp eller inte.”

Flera av informanterna betonade att det är viktigt med ett preventivt arbete innan barnet själv utvecklar psykisk ohälsa och eventuellt blir aktuell inom barn- och ungdomspsykiatrin. Detta kan ske genom föräldrarnas egen behandlingskontakt. Louise lyfte fram att man behöver uppmuntra föräldern att söka hjälp och göra den medveten om att det påverkar barnet, innan barnet själv utvecklar psykisk ohälsa.

”Göra föräldern medveten om hur det kan påverka barnet om de inte tar tag i sin psykiska hälsa, men då förutsätter det att föräldern tar kontakt med en vårdenhet. Det kan ju vara en del föräldrar som sitter hemma med.”

Vidare betonade Louise vikten av att ha en förebild, att föräldern tar ansvar för sin egen problematik och söker hjälp, när kontakt med barn- och ungdomspsykiatrin redan har etablerats.

”Att ha en förebild, en förälder som faktiskt gör det också, tror jag skapar bättre förutsättningar för barnet att lyckas.”

Moa upplevde att hon ofta träffar föräldrar som har haft långvarig kontakt med vårdcentral eller psykiatri men ändå inte har mått bättre på grund av att de inte har fått adekvata insatser för sina problem. Hon tog upp ett exempel utifrån utebliven traumabehandling.

”Det är framförallt mödrar jag arbetar med och de kommer och beskriver att de har haft kontakt lång lång tid med vårdcentral eller med psykiatrin för den delen också och - jag har varit sjukskriven för utmattning, för depression, jag har blivit sjukskriven för ångest, värkdiagnoser. Och så när man själv ställer de här frågorna - vad har du varit med om, ditt barn har ptsd, det innebär det här. Och då ser man föräldrar som bara sitter – hmhmhm. Ok du känner igen det här, men det är aldrig någon som har ställt frågan och som tagit ställning till traumaproblematik.”

Barnet har blivit mer utelämnat genom barn- och ungdomspsykiatrins förändrade synsätt från familjearbete till individuellt fokus. Flertalet av informanterna var kritiska till det förändrade synsättet inom psykiatrin, med ett förflyttat fokus från familj till individ, eftersom det lätt gör barnet till ensam symtombärare för ett dysfunktionellt system. Informanterna ifrågasatte hur man kan förvänta sig att ett barn ska må bra om man lever under påfrestande omständigheter. Många var också kritiska till att barn- och ungdomspsykiatrin lägger ett stort ansvar på barnet att bli friskt, när familjen inte fungerar eller om föräldrarna inte får hjälp för sina egna psykiska besvär. Flertalet av informanterna, bland annat Monika hade gärna sett att man återgick till ett arbete med mera familjefokus.

”Det beror ju också på hur man ser på det inom psykiatrin över tid, att problemet förläggs hos barnet eller inte. Att det har gått ifrån familjecentrerad behandling till mer att det blir ett individ, ett problem hos individen. Att familjeperspektivet skulle vara mer i fokus när man jobbade än att man jobbar mer runt individen på det sättet runt barnet. Att man mer skulle ha familjeperspektivet i hela behandlingen.”

Några av informanterna tog upp att man tidigare hade mer tid för att diskutera patientarbetet och lyfta fram utvecklingspsykologiska faktorer. Annika ansåg att anledningen till att man inte hinner reflektera tillsammans beror på tidspress.

”Så som jag tänker att BUP är nu och så jag tänker att det var tidigare, så som jag har pratat med kollegor som har jobbat lite längre ändå här, att vi pratade mer om känslomässig utveckling och emotionell stabilitet som vi inte riktigt pratar om på samma sätt längre, för att det ska gå så fort.”

Agneta var kritisk till att inriktningen på behandlingsarbetet inom barn- och ungdomspsykiatrin har blivit mer biologisk och ansåg att det påverkar hur man reflekterar över behandlingsprocessen.

”Vi måste ju ha förutsättningar och något som också försvinner i takt med att det blir mer biologiskt och symtomnärligt. Det påverkar tänkandet, vi tänker ju mindre. Om man nu ska ha det perspektivet och speciellt för de med psykisk ohälsa då måste man kunna tänka och fundera – hur påverkar det mig, vad händer med mig under samtalet.”

Diskussion

Syftet med studien var att undersöka hur verksamma psykologer inom barn- och ungdomspsykiatrien upplever att barnet och behandlingsarbetet påverkas när det förekommer psykisk ohälsa hos föräldern. Utifrån analys av intervjuer med tio legitimerade psykologer, verksamma inom barn- och ungdomspsykiatrien skapades fyra huvudteman; *barnet*, *föräldern*, *samverkan* och *behandling*. Sammanfattningsvis fanns en samsyn att informanterna upplevde att barnet och behandlingsarbetet påverkas negativt när det förekommer psykisk ohälsa hos föräldern. Flertalet upplevde att det finns en stor grupp barn med föräldrar som inte mår bra och att barnet kan ha levt länge med en sjuk förälder. Dock påpekade informanterna att psykisk ohälsa är ett brett begrepp och att det därför skiljer sig åt beroende på problematik och svårighetsgrad. De tog också upp att familjer där både barnet och föräldern har psykisk ohälsa är en resurskrävande grupp, vilket ställer krav på teamarbete och välfungerande samverkan.

Barnet

Informanterna beskrev att de möter en stor grupp barn där föräldern också mår dåligt, vilket är i enlighet med tidigare studier som har visat att barn till föräldrar med psykisk ohälsa är en riskgrupp för att själv utveckla psykisk ohälsa (Beardslee et al., 1998; Elgar et al., 2007; Goodman & Gotlieb, 1999; Weissman et al., 2016). Dessa barn är en riskgrupp både beroende på genetiska och psykosociala faktorer (Zubin & Spring, 1977). Hur barnet påverkas beskrev informanterna skiljer sig åt beroende på vilken psykisk ohälsa som är aktuell hos föräldern, barnets problematik och ålder samt vilka som finns runt omkring. Detta kan ses som en

kombination av risk- och skyddsfaktorer som påverkar hur det går för barnet. Faktorer som kan påverka kan till exempel vara om det finns en annan välfungerande förälder i hemmet, samspelet i familjen, vilka förutsättningar som finns i omgivningen samt barnets personlighet och sårbarhet. Ju fler problem som finns i en familj desto större risk för barnet (Socialstyrelsen, 2013a).

Informanterna lyfte fram att ett barn som lever med en förälder med psykisk ohälsa ofta kan känna oro för föräldern och bli mer ansvarstagande. Det framkom också att barnet kan bli skuldbelagt både av föräldern och omgivande system och därför behöver behandlaren vara observant på att särskilja vad som är barnets respektive föräldrarnas svårigheter. Dessa aspekter såg de som en riskfaktor för att själv utveckla psykisk ohälsa eftersom det kan innebära att man till exempel inte vågar lämna sin förälder, vilket påverkar funktionsnivån negativt. Risken kan innebära att barnets känslomässiga, beteendemässiga och kognitiva utveckling påverkas negativt, särskilt under de tidiga åren (Ramchandani & Psychogiou, 2009). Några tog upp att det kan dröja länge innan ett barn vågar berätta om sin hemsituation på grund av att man vill skydda sin familj. Flera av de aspekter som informanterna lyfte fram stödjer tidigare forskning, det vill säga barn som lever med en förälder med psykisk ohälsa, känner ofta oro, tar stort ansvar, känner skam/skuld och vill sällan berätta om sin situation i familjen (Socialstyrelsen, 2013a).

Flera menade att barnets ökade ansvarstagande ofta leder till ett omvänt rolltagande, något som kan visa sig både under behandlingen och i barnets övriga vardag. Det ökade ansvarstagandet exemplifierades med att hjälpa till med vardagsbestyr hemma, inte våga lämna hemmet på grund av oro för att föräldern tar livet av sig, välja att inte berätta för sin förälder om sitt eget mående eller överlag att inte få vara barn i den utsträckningen det behöver. Studier har visat att det inte är ovanligt att ett ökat ansvarstagande kan leda till ett omvänt rolltagande. I det omvända rolltagandet är det heller inte ovanligt att barnet och

föräldern kan komma varandra mycket nära (Aldridge & Becker 2003). Det omvända rolltagandet kan innebära att man får ta större ansvar för föräldrarnas mående, uträtta hushållssysslor och ta hand om småsyskon (Aldridge, 2006 refererad i LeFrancois, 2010). Det är viktigt att uppmärksamma både barnet och föräldern eftersom ett ökat ansvarstagande begränsar barnet, vilket kan leda till negativ utveckling, eftersom barnet inte får umgås tillräckligt med kamrater, vara i skolan eller får vara barn i den utsträckning som behövs (Van Loon et al., 2017). Omvända roller under barndomen kan i sin tur medföra psykisk ohälsa i vuxen ålder (Hooper et al., 2011).

Föräldern

En förälder med psykisk ohälsa beskrevs ofta ha svårt att se barnets behov och möta barnets signaler på ett adekvat sätt. Det framkom också att vissa tecken hos barnet kan förbises på grund av ökad upptagenhet av egna svårigheter. Lyhördhet, förutsägbarhet, närvaro och bekräftelse är viktiga faktorer för att ett barn ska utvecklas i positiv riktning. Dessa faktorer bygger på ett välfungerande omvårdnadssystem hos föräldern. Omvårdnadssystemet hos föräldern väcks när barnet söker trygghet hos föräldern. För att känslan av trygghet hos barnet ska vidmakthållas behöver föräldern ha förmåga att skydda det (Broberg et al., 2006). En av informanterna lyfte fram att ofta finns viljan, men att föräldern saknar förmågan på grund av att man inte klarar av att upprätthålla varken det känslomässiga eller praktiska stödet när man mår dåligt. Flera tog upp att affektregleringssvårigheter ofta förekommer hos dessa föräldrar, vilket kan leda till ett inkonsekvent beteende och en kritisk syn på barnet. En inkonsekvent uppfostran fylld av brist på uppmuntran och besvikelse över barnet samt svårigheter med affektreglering hos föräldern kan påverka föräldra-barn relationen negativt (Cederblad, 2003). Föräldraförmågan och föräldra-barnrelationen har

visat sig vara några av de viktigaste faktorerna som påverkar barnets psykiska hälsa och välbefinnande (Stewart-Brown & Schrader-McMillan, 2011). En av informanterna tog som exempel att det kan vara oförståeligt för ett barn att se sin förälder sängliggande en hel dag. Svårigheten att förstå gör att barnet kan må dåligt. Riebschleger (2004) belyste bland annat i sin studie hur barn beskrev att dagarna varierade beroende på förälderns sätt att reglera sina affekter.

Flertalet beskrev föräldern som rollmodell och att det inte är ovanligt att barnet tar efter förälderns beteende genom modellinlärning (Bandura, 1977). Det framkom också att föräldern ofta upprätthåller barnets psykiska ohälsa genom att uppmuntra beteenden som främjar förälderns egna svårigheter, vilket går i linje med det inlärningsteoretiska perspektivet med positiv förstärkning (Ramnerö & Törneke, 2013). Det beskrevs till exempel kunna visa sig vid ångeststörning eftersom förälderns egen oro kan aktiveras när barnet utsätter sig för ”fara”.

Informanterna lyfte fram att man behöver fånga upp barn med ökad risk för psykisk ohälsa i tid, vilket överensstämmer med vad forskningen har visat. Föräldern måste fångas upp i tid för att minimera risken hos barnet och ju tidigare, desto mindre risk för negativ påverkan på barnets fortsatta utveckling (Rishel et al., 2006a). Inom mödra/barnhälsovård har man blivit bättre på att fånga upp nyblivna föräldrar med psykisk ohälsa eftersom man vet att det påverkar anknytningen mellan barnet och föräldern. Kvaliteten av hur anknytningen utvecklas kommer att påverka barnets psykologiska utveckling (Broberg et al., 2006).

Samverkan

Flera informanter tog upp att barn till föräldrar med psykisk ohälsa är en resurskrävande patientgrupp och att kvaliteten på samarbetet mellan vårdgivarna påverkar både barnet och behandlingsarbetet. Vid samverkan rör det ofta familjer med mer omfattande behov av hjälpinsatser där socialtjänst, skola och barn- och ungdomspsykiatri främst är inblandade. Kvaliteten på samverkansmötena upplevdes variera. För stora möten beskrevs till exempel förhindra öppenhet och delaktighet. En av informanterna tog upp att mötena kan innebära en svårighet att tala i klartext för att ”skydda” familjen. En annan av informanterna tog upp att olika sekretessregler kan försvåra öppenhet. De perspektiv som lyftes fram kan både ses utifrån etik och juridik. Inom barn- och ungdomspsykiatri råder hälso- och sjukvårdslagen, där sträng sekretess gäller (Offentlighets- och sekretesslagen, 2009:400, 25 kap. 1 §). Ur sekretesshänseende kan skilda sekretesskrav utgöra hinder för vad barn- och ungdomspsykiatri kan delge i ett större sammanhang eftersom olika verksamheter råder under olika sekretess. Utöver sekretessregler har psykologer sina yrkesetiska principer att förhålla sig till med *respekt för individens rättigheter och värdighet, yrkesmässig kompetens, ansvar och yrkesmässig integritet* (Psykologförbundet, 1998). Ett reflekterat etiskt förhållningssätt innebär en balans mellan eget förnuft, etiska principer, intuition, samvete och de faktiska handlingarna och dess konsekvenser (Statens medicinsk-etiska råd, 2008). Ur ett etiskt perspektiv kan psykologen påverkas av vad man delger eftersom man inte alltid vet hur informationen mottas. Hur man översätter det professionella språket i samverkan för att det ska bli begripligt för övriga deltagare påverkar också hur och vad man säger. Det som delges måste leda fram till något konstruktivt så att inte onödig information sprids vidare. Många tog upp att mötena ofta blir för stora, inte leder fram till något och att familjen kan riskera att bli

förbigången. Olika verksamheter har inte alltid samma problemformulering när det gäller barnet, vilket också påverkar resultatet av samverkansarbetet.

Förutom olika problemformuleringar kan kunskap om barnets utveckling variera beroende på verksamhet. Barn- och ungdomspsykiatri är skyldig att göra orosanmälan om ett barn far illa, vilket några av informanterna tog upp, men det är inte alltid en anmälan leder till kontakt med socialtjänsten för familjen. En av informanterna lyfte fram den grupp föräldrar som klarar de mest grundläggande behoven, men brister i den känslomässiga omvårdnaden och menade att denna grupp inte är lika synlig och heller inte högprioriterad. Detta kan ses utifrån att socialtjänstens stöd- och familjeeenheter ofta är hårt belastade med svåra ärenden som rör barns liv och hälsa. Handläggarnas grundutbildning när det gäller barnets utveckling och behov står inte alltid heller i proportion till deras ansvar och den myndighetsutövning de besitter (Broberg et al., 2015). Detta blir bekymmersamt för barnet utifrån ett utvecklingspsykologiskt perspektiv. För att barnet ska få en positiv social, emotionell och kognitiv utveckling behöver den känslomässiga omvårdnaden fungera och det måste beaktas.

Samverkan med vuxenpsykiatri beskrevs nästintill vara obefintlig. Flera önskade ett bättre samarbete eftersom det kan ge ökad förståelse och större helhetsperspektiv. Informanterna betonade också att vuxenpsykiatri saknar barnperspektiv när de behandlar föräldrarnas psykiska ohälsa. Sedan 2010 ska hälso- och sjukvården särskilt beakta barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen i hemmet har en psykisk störning, funktionsnedsättning, missbruk eller oväntat dödfall (hälso- och sjukvårdslagen, 1982:763, 2 g §). Efter att lagen infördes har arbetet intensifierats och man har inom vuxenpsykiatri infört olika preventiva familjeinterventioner, till exempel Beardslee's familjeintervention (Socialstyrelsen, 2017). I en internationell översiktsartikel har det visat sig kunna saknas motivation både i verksamheten och hos föräldrarnas behandlare. Detta gör det ännu viktigare att satsa på fortsatt implementering bland personalen för att hålla ämnet

levande (Yamamoto & Keogh, 2017). Även om lagen främst riktar sig till vuxenpsykiatri (vad gäller psykisk ohälsa) behöver det beaktas och hållas aktuellt i alla verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård, socialt arbete, skola et cetera.

Behandling

Flertalet av informanterna tog upp att det är en stor grupp barn till föräldrar med psykisk ohälsa som inte mår bra. Detta är i linje med de studier som har visat att föräldrar till aktuella barn inom barn- och ungdomspsykiatri ofta uppvisar psykisk ohälsa (Ferro et al., 2000; Swartz et al., 2005; Vidair et al., 2011). Behandlingskontakten beskrevs ofta vara tidskrävande och utan positivt resultat. En av informanterna beskrev den hopplöshet man kan känna som behandlare när man inte ser någon framgång i behandlingen med barnet. Hon uttryckte också att vetskapen om att barnet kommer att fortsätta leva i ett dysfunktionellt sammanhang kändes sorgligt.

Ett förändrat samspel och skiftat fokus från barn till förälder beskrevs tydligt kunna visa sig i behandlingsrummet när föräldern inte mår bra. Det beskrevs också en oro över att de affektregleringssvårigheter som föräldern ofta uppvisar i behandlingsrummet kan förstärkas utanför rummet. Såsom tidigare lyfts fram kan svårigheter med affektreglering leda till ett inkonsekvent föräldraskap (Cederblad, 2003). Behovet av en lyhörd och kommunikativ förälder som ställer rimliga krav och som både har förmåga till struktur och känslomässig närhet behövs för att barnet ska kunna utvecklas positivt och bli självsäkert och oberoende (Baumrind, 1966; Baumrind, 1967).

Upplevelsen bland informanterna var att man ofta har ”flera” patienter i rummet samtidigt och flertalet förespråkade teamwork med två behandlare. De önskade generellt en

satsning på kvaliteten i denna resurskrävande patientgrupp. Flera var kritiska till barn- och ungdomspsykiatrins förändrade synsätt som innebär fokus på individen istället för på familjearbetet. De ansåg att ett ökat individfokus gör att man fortsätter leta efter individuella förklaringsmodeller om behandlingsarbetet inte går framåt trots att det kan finnas andra orsaker. En av informanterna ifrågasatte barn- och ungdomspsykiatrins biologiska inriktning som hon upplevde bidrar till det ökade individfokuset. En diagnos baseras på de symtom man uppfyller och tar inte hänsyn till orsaken, vilket gör att barnet kan fortsätta leva i ett dysfunktionellt sammanhang som både bidrar till och vidmakthåller det dåliga måendet. Genom ett ökat individfokus kan barn- och ungdomspsykiatrin på så sätt bidra till att barnet blir mer utelämnat och ensamt i behandlingsarbetet. Detta kan vara ett tydligt exempel på när verksamhetens krav inte alltid stämmer överens med de etiska principer man förhåller sig till. Å andra sidan lyfter barn- och ungdomspsykiatrins riktlinjer fram att barnet är i fokus, men för att kunna se barnets individuella behov behöver familjeperspektivet beaktas (BUP, 2015). Således behöver både barnet och familjen vara i fokus enligt informanterna vilket är i enlighet med riktlinjerna. I behandling är det dock barnet och barnets problematik som utgör fokus snarare än familjesystemet.

Behandlingsarbetet upplevdes ofta fungera bättre om föräldern har en egen vårdkontakt. Studier har visat att om föräldern inte har en egen behandling minskar möjligheten för barnet att bli friskt (Ferro et al., 2000; Swartz et al., 2005; Vidair et al. 2011). En av informanterna tog dock upp att det inte alltid fungerar bra när två parallella kontakter pågår samtidigt. Det kan bli en diskrepans mellan vad förälderns behandlare anser och barn- och ungdomspsykiatrins mål om inte samverkan äger rum. I en metaanalysstudie av föräldraträningprogram förespråkade man att fokusera på en intervention i taget och lägga tonvikten på interaktionen mellan förälder och barn (Kaminski, Valle, Filene & Boyle, 2008). Andra studier har visat att om föräldern deltar i föräldraträning i grupp kan den egna psykiska

hälsan förbättras. Känslan av att dela sina erfarenheter med andra föräldrar gör livet mer normaliserat och leder till att föräldern mår bättre (Barlow et al., 2014). Det finns också studier som har lyft fram vikten av att samordna behandlingen med barnet och föräldern (Rishel et al., 2006b; Swartz et al., 2005). Oavsett behandlingsinsats ansåg flertalet av informanterna i föreliggande studie att det underlättar om föräldrarnas mående förbättras eftersom det bidrar till ett mer välfungerande föräldraskap, vilket i sin tur förbättrar barnets psykiska hälsa. Detta överensstämmer med forskning som har visat att barnets beteendeproblem minskar när föräldrarnas mående förbättras (Van Loon et al., 2011).

Metoddiskussion

I den aktuella studien valdes kvalitativ metod för att få en djupare förståelse av hur verksamma psykologer inom barn- och ungdomspsykiatrien upplever att barnet och behandlingsarbetet påverkas när det förekommer psykisk ohälsa hos föräldern. Tonvikten lades på processen som gav möjlighet till reflektion och flexibilitet.

Det finns vissa kvalitetskriterier som bör beaktas vid kvalitativ forskning, bland annat *urvalskriterier, reflexivitet, klagörande exempel, trovärdighet och koherens* (Elliot, Fischer & Rennie, 1999).

Utifrån *urvalskriterier* var urvalet i denna studie relativt litet, vilket kan minska möjlighet till generaliserbarhet som är en av invändningarna mot kvalitativ forskning (Kvale & Brinkman, 2014). Å andra sidan fanns möjligheten att nå djupare förståelse. Med öppna frågor och följdfrågor kunde svaren bli mer detaljerade och fylliga. Det är möjligt att urvalets representativitet påverkar de slutsatser man kan dra eftersom det enbart var kvinnor som deltog. Erfarenhetsmässigt var gruppens variation mellan 1,5 – 25 år som legitimerade

psykologer inom barn- och ungdomspsykiatri. Två av dem hade arbetat längre än tio år. Informanterna rekryterades från två regioner. Utifrån varierande erfarenhet kan svaren påverkas i olika grad och det kan avspegla synsättet inom det geografiska området, men inte nationellt.

Intervjuaren måste även ha förmåga att reflektera, kontrollera, ifrågasätta och teoretiskt tolka resultatet (Kvale & Brinkman, 2014). Detta ställer krav på *reflexivitet*. Författaren har en förförståelse och har utgått från sin yrkeserfarenhet och teoretiska kunskap, vilket kan ha påverkat tolkningarna. Författaren och informanterna har även samma yrkes- och verksamhetstillhörighet, vilket kan ha påverkat svaren. Den gemensamma referensramen kan ha påverkat både vad som sägs i intervjuerna och hur tolkningen sker. Blinda fläckar kan ha uppstått. Detta är faktorer som är svåra att kontrollera, vilket ställer krav på förmågan att ifrågasätta och teoretiskt tolka resultatet. Även om författarens förförståelse kan ha påverkat slutsatsen bygger studien på utvalda citat, som har tolkats och kategoriserats under teman, för att tydliggöra och öka trovärdigheten till hur slutsatser har dragits. Tolkingen av resultatet har sedan kunnat hänvisas till förklaringsmodeller och bekräfta tidigare forskning, vilket ingår i kriterierna *grundade exempel* och *trovärdighet*.

Syftet med den aktuella studien har inte varit att komma fram till någon objektiv sanning, utan istället få en bredare förståelse hur verksamma psykologer reflekterar över denna grupp barn. Frågeställningen har varit generell och materialet har analyserats induktivt och därmed inte byggt på förutbestämda teorier eller varit hypotesprövande. Analysen har presenterats i ett sammanhang för att öka förståelsen och medvetenheten av hur verksamma psykologer upplever att barnet och behandlingsarbetet inom barn- och ungdomspsykiatri påverkas när det förekommer psykisk ohälsa hos föräldern, vilket ingår i kriteriet *koherens*.

Kliniska implikationer

Sammanfattningsvis belyste intervjuerna med psykologerna att det är en stor grupp barn till föräldrar med psykisk ohälsa som är aktuella inom barn- och ungdomspsykiatri. Upplevelsen var också att både barnet och behandlingsarbetet kan påverkas negativt när det förekommer psykisk ohälsa hos föräldern. Deras upplevelse var att:

- Behandlingsarbetet med barnet är ofta mer resurs- och tidskrävande när en förälder har psykisk ohälsa och det kan vara svårare att få ett positivt behandlingsutfall.
- Behandlingsarbetet har övertid förändrats från familj till individ inom barn- och ungdomspsykiatri.
- Barnet kan bli mer oroligt, ansvarstagande och skuldbelagt när föräldern lider av psykisk ohälsa, vilket påverkar både behandlingsarbetet och barnet i sin vardag.
- Relationen mellan barnet och föräldern påverkas ofta negativt. Föräldraförmågan kan vara nedsatt på grund av förälderns egna svårigheter, vilket kan göra det svårare att upptäcka barnets specifika problem och behandla dessa.
- Familjerna kan ofta ha flera vårdgivare inkopplade med olika problemformuleringar, vilket kan försvåra det kliniska arbetet med barnet.

Dessa faktorer ställer ett ökat krav på verksamheten och övriga vårdgivare där teamarbete och samverkan måste fungera. *Barnets bästa* måste alltid beaktas vid beslut som rör ett barn (Unicef, Barnkonventionen, 1989) och därför är det viktigt att inte skuldbelägga

eller lägga för stort ansvar på barnet. Detta är ett ansvar både för samhället i stort och för den enskilda familjen. Med tanke på den ökade risken behöver dessa barn uppmärksammas och man bör arbeta preventivt i familjerna (Apter, Bobin , Genet & Gratier & Devouche, 2017; Beardslee & MacMillan, 1993; Foster, O'Brien & Korhonen, 2012; Pölkki, Ervast & Huupponen, 2005).

Framtida forskning

Samhället måste uppmärksamma denna utsatta grupp som bär en ökad risk att den psykiska ohälsan går vidare i generationer. Man behöver se barnet i sitt sammanhang. Därför vore det önskvärt att framtida forskning tog fram ett större underlag för hur vanligt förekommande denna patientgrupp är. Forskning bör bedrivas på vilka insatser barnet får i skola och via socialtjänst. Detta kan vara ett underlag för framtida samverkan med barn- och ungdomspsykiatri. Man behöver ha jämförande studier med olika behandlingsmetoder för denna grupp vad gäller metodval och vilka som ska vara involverade. Kommande forskning bör också undersöka hur barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri samverkar och komma med förslag till framtida metoder för att hjälpa dessa familjer. Man behöver även undersöka vilka synsätt som finns inom de olika verksamheterna vad gäller relationen barn-förälder.

Referenser

- Agha, S. S., Zammit, S., Thapar, A., & Langley, K. (2017). Maternal psychopathology and offspring clinical outcome: a four-year follow-up of boys with ADHD. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 253-262.
- Aldridge, J., & Becker, S. (2003). *Children caring for parents with mental illness*. Bristol: The Policy Press.
- Apter, G., Bobin, A., Genet, M-C., Gratier, M., & Devouche, E. (2017). Update on mental health of infants and children of parents affected with mental health issues. *Current Psychiatry Reports*, 19:72, 1-7.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Barlow, J., Smailagic, N., Huband, N., Roloff, V., & Bennett, C. (2014). Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5).
- Barn- och ungdomspsykiatri (BUP), Stockholms läns landsting (2015). *Riktlinjer till stöd för bedömning och behandling*. Karlskrona: Printfabriken.
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, 37, 887-907.
- Baumrind, D. (1967). Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monographs*, 75, 43-88.
- Beardslee, W. R., Keller, M. B., Lavori, P. W., Klerman, G. K., Dorer, D. J., & Samuelsson, H. (1988). Psychiatric disorder in adolescent offspring of parents with affective disorder in a non-referred sample. *Journal of Affective Disorders*, 15 (3), 313-322.

- Beardslee, W. R., & MacMillan, H. L. (1993). Psychosocial preventive intervention for families with parental mood disorder: strategies for the clinician. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 14 (4), 271-276.
- Beardslee, W. R., Versage, E. M., & Gladstone, T. R. (1998). Children of affectively ill parents: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child- and Adolescent Psychiatry*, 37(11), 1134-1141.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77-101.
- Broberg, A., Almqvist, K., Risholm Mothander, P., & Tjus, T. (2015). *Klinisk barnpsykologi: utveckling på avvägar* (2 uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.
- Broberg, A., Granqvist, P., Ivarsson, T., & Risholm Mothander, P. (2006). *Anknytningsteori: Betydelsen av nära känslomässiga relationer*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Campbell, S. B. (2002). *Behavior problems in preschool children: clinical and developmental issues* (2 ed.). New York: The Guilford Press.
- Cederblad, M. (2003). *Från barndom till vuxenliv: en översikt av longitudinell forskning*. Stockholm: Förlagshuset Gothia.
- Cleaver, H., Unell, I., & Aldgate, J. (2011). *Children's needs – parenting capacity: child abuse: parental mental illness, learning disability, substance misuse, and domestic violence* (2 ed). London: TSO.
- Cobham, V. E., Dadds, M. R., & Spence, S. H. (1998). The role of parental anxiety in the treatment of childhood anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(6), 893–905.
- Elgar, F. J., Mills, R. S., McGrath, P. J., Waschbusch, D. A., & Brownridge, D. A. (2007). Maternal and paternal depressive symptoms and child maladjustment: the mediating role of parental behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 943-955.

- Elliot, R., Fischer, C. T., & Rennie, D. L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 215-229.
- Etikprövningsnämnden (2017). *Etikprövning för studentarbeten och ST-arbeten*. Hämtad den 12 december 2017 från <https://www.epn.se/goeteborg/anslagstavlan/etikproevning-under-st-utbildning/>
- Ferro, T., Verdelli, H., Pierre, F., & Weissman, M. M. (2000). Screening for depression in mothers bringing their offspring for evaluation or treatment of depression. *American Journal of Psychiatry*, 157, 375-379.
- Folkhälsomyndigheten (2016). *Förebyggande insatser till barn i familjer med missbruk, psykisk sjukdom och våld – en systematisk översikt av översikter*. Solna och Östersund: Folkhälsomyndigheten.
- Folkhälsomyndigheten (2017a). *Nedsatt psykiskt välbefinnande*. Hämtad den 4 november 2017 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/halsa/psykisk-ohalsa/nedsatt-psykiskt-valbefinnande/>
- Folkhälsomyndigheten (2017b). *Psykisk hälsa - Nationella folkhälsoenkäten*. Hämtad den 4 november 2017 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/nationella-folkhalsoenkaten/psykisk-halsa/>
- Foster, K., O'Brien, L., & Korhonen, T. (2012). Developing resilient children and families when parents have mental illness: a family-focused approach. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21, 3-11.

- Frye, A. A., & Garber, J. (2005). The relations among maternal depression, maternal criticism, and adolescents' externalizing and internalizing symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(1), 1-11.
- Goodman, S. H., & Gotlieb, I. H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, 106(3), 458-490.
- Hjern, A., & Manhica, H. A. (2013). *Barn som anhöriga till patienter i vården – hur många är de?* Barn som anhöriga 2013:1. Kalmar: Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka).
- Hooper, L. M., DeCoster, J., White, N., & Voltz, M. L. (2011). Characterizing the magnitude of the relation between self-reported childhood parentification and adult psychopathology: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 67(10), 1028-1043.
- Hälso- och sjukvårdslagen, 1982:763. Hämtad den 4 november 2017 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763
- Kaminski, J. W., Valle, L. A., Filene, J. H., & Boyle, C. L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 567-589.
- Korhonen, M., Luoma, I., Salmelin, R., & Tamminen, T. (2012). A longitudinal study of maternal prenatal, postnatal and concurrent depressive symptoms and adolescent well-being. *Journal of Affective Disorder*, 136 (3), 680-92.
- Kvale, S., & Brinkman, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3 uppl.). Lund: Studentlitteratur.

- Larsson, B., Knutsson-Medin, L., Sundelin, C., & Trost von Werder A. C. (2000). Social competence and emotional/behavioural problems in children of psychiatric inpatients. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 9, 122-128.
- LeFrancois, B. A. (2010). Distressed fathers and their children: a review of the literature. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(2), 123-130.
- Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E., & Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 20(5), 561-592.
- Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: parent-child interaction. I E. M. Hetherington (P.H. Mussen, *Handbook of child psychology*, (4 ed.) *Socialization, Personality and Social Development (vol. IV)*). New York: John Wiley & Sons.
- OECD (2013). *Mental Health and Work: Sweden*. Hämtad den 29 oktober 2017 från http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/employment/mental-health-and-work-sweden_9789264188730-en#.Wes7Lk8UnIU#page27
- Offentlighets- och sekretesslagen, 2009:400. Hämtad den 2 december 2017 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/offentlighets--och-sekretesslag-2009400_sfs-2009-400
- Oyserman, D., Mowbray, C. T., Allen Meares, P., & Firminger, K. B. (2000). Parenting among mothers with a serious mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70(3), 296-315.
- Petitt, B., & Olson, H. (2013). *Om svar anhålles - en bok om interaktionistiskt förändringsarbete: teori och analys*. Lund: Studentlitteratur.

- Psykologförbundet. (1998). *Yrkesetiska principer för psykologer i Norden. Antagna av Sveriges Psykologförbunds kongress 1998*. Stockholm: Sverige. Psykologförbundet.
- Hämtad den 26 november 2017 från <http://www.psykologforbundet.se/globalassets/yrket/yrkesetiska--principer-for-psykologer-i-norden.pdf>
- Pölkki, P., Ervast, S-A., & Huupponen, M. (2005). Coping and resilience of children of a mentally ill parent. *Social Work in Health Care*, 39: 1-2, 151-163.
- Ramchandani, P., & Psychogiou, L. (2009). Paternal psychiatric disorders and children's psychosocial development. *Lancet*, 374, 646-653.
- Ramnerö, J., & Törneke, N. (2013). *Beteendets ABC: en introduktion till behavioristisk psykoterapi*. Lund: Studentlitteratur.
- Riebschleger, J. (2004). Good days and bad days: the experiences of children of a parent with a psychiatric disability. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28(1), 25-31.
- Rishel, C. W., Greeno, C. G., Marcus, S. C., Sales, E., Shear, M. K., Swartz, H. A., & Anderson, C. (2006a). Impact of maternal mental health status on child mental health treatment outcome. *Community Mental Health Journal*, 42(1), 1-12.
- Rishel, C. W., Greeno, C. G., Marcus, S. C., & Anderson, C. (2006b). Effect of maternal mental health problems on child treatment response in community-based services. *Psychiatric Services*, 57(5), 716-719.
- Silk, J. S., Shaw, D. S., Skuban, E. M., Oland, A. A., & Kovacs, M. (2006). Emotion regulation strategies in offspring of childhood-onset depressed mothers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(1), 69-78.
- Socialstyrelsen (2013a). *Barn som anhöriga – konsekvenser och behov när föräldrar har allvarliga svårigheter, eller avlider*. Hämtad den 24 oktober 2017 <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19114/2013-6-6.pdf>

- Socialstyrelsen (2013b). *Psykisk ohälsa bland unga*. Hämtad den 29 oktober 2017 från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19109/2013-5-43.pdf>
- Socialstyrelsen (2017). *Beardslee's familjeintervention*. Hämtad den 4 november 2017 från <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialarbete/beardslees>
- Statens medicinsk-etiska råd. (2008). *Etik – en introduktion (uppl. 3)*. Stockholm: Sverige.
- Statens medicinsk-etiska råd. Hämtad den 26 november 2017 från <http://www.smer.se/wp-content/uploads/2012/05/Etik-en-introduktion1.pdf>
- Stewart-Brown, S. L., & Schrader-McMillan, A. (2011). Parenting for mental health: what does the evidence say we need to do? Report of Workpackage 2 of the DataPrev project. *Health Promotion International*, 26 (S1), i10-i28.
- Swartz, H. A., Shear, M. K., Wren, F. J., Greeno, C. G., Sales, E., Sullivan, B. K., & Ludewig, D. P. (2005). Depression and anxiety among mothers who bring their children to a pediatric mental health clinic. *Psychiatric Services*, 56(9), 1077-1083.
- Thompson, A., Hollis, C., & Richards, D. (2003). Authoritarian parenting attitudes as a risk for conduct problems: Results from a British national cohort study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12, 84-91.
- Torvik, F. A., & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholisbruk: omfang og kosekvenser*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Unicef (1989). *Barnkonventionen, FN:s konvention om barnets rättigheter*. Stockholm: Sverige. Unicef Sverige. Hämtad den 26 november 2017 från <http://unicef-porthos-production.s3.amazonaws.com/barnkonventionen-i-sin-helhet.pdf>
- Van Loon, L. M., Granic, I., & Engels, R. C. (2011). The role of maternal depression on treatment outcome for children with externalizing behavior problems. *Journal of Psychopathology and Behavior Assessment*, 33, 178-186.

- Van Loon, L. M. , Van de Ven, M. O., Van Doesum, K. T., Witteman, C. L., & Hosman, C. M. (2014). The relation between parental mental illness and adolescent mental health: the role of family factors. *Journal of Child and Family Studies*, 23, 1201-1214.
- Van Loon, L. M., Van de Ven, M. O., Van Doesum, K. T., Hosman, C. M., & Witteman, C. L. (2017). Parentification, stress and problem behavior of adolescents who have a parent with mental health problems. *Family Process*, 56(1), 141-153.
- Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer: inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad den 2 december 2017 från http://www.gu.se/digitalAssets/1268/1268494_forskningsetiska_principer_2002.pdf
- Vidair, H. B, Reyes, J. A., Shen, S., Parrilla-Escobar, M. A., Heleniak, C. M., Hollin, I. L., Woodruff, S., Turner, J. B., & Rynn, M. A. (2011). Screening parents during child evaluations: exploring parent and child psychopathology in the same clinic running head: screening parents at child evaluations. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50(5), 441-450.
- Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Gameroff, M. J., Warner, V., Pilowsky, D., Kohad, R. G., Verdeli, H., Skipper, J., & Talati, A. (2016). Offspring of depressed parents: 30 years later. *American Journal of Psychiatry*, 173(10), 1024-1032.
- Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology* (3 ed.). Open University Press: Maidenhead.
- Yamamoto, R., & Keogh, B., (2017). Children's experiences of living with a parent with mental illness: A systematic review of qualitative studies using thematic analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 1-11.
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability – a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86 (2), 103-126.

Bilaga 1

Hej!

Jag heter Helena Simonsson, är legitimerad psykolog och blivande specialist inom klinisk psykologi. Jag arbetar inom Barn-och ungdomspsykiatri i Halmstad och skriver mitt specialarbete om hur BUP:s behandlingsarbete med barnet påverkas av psykisk ohälsa hos föräldern. För att kunna genomföra studien undrar jag om du, som verksam psykolog inom Barn- och ungdomspsykiatriens öppenvård, vill vara med i en intervju? Tiden för intervjun är cirka en timme och planeras att äga rum under februari/mars 2017. Intervjuerna kommer att genomföras på en plats som är lämplig för dig. Alla intervjuer kommer att anonymiseras och resultat presenteras på gruppnivå så enskilda deltagare inte kan identifieras. Har du frågor om studien, var vänlig kontakta mig (helena.m.simonsson@gmail.com). Jag kommer inom kort att kontakta dig via telefon för eventuellt intresse av att delta.

Vänliga hälsningar

Helena Simonsson
Leg psykolog
BUP Halmstad

Jakob Alström
Avdelningschef
BUP Halmstad

Handledare
Ulf Axberg
Universitetslektor
Docent
Psykologiska institutionen
Göteborg

Handledare
Jennifer Strand
Universitetslektor
Fil Dr
Psykologiska institutionen
Göteborg

Bilaga 2

Intervjufrågor

Bakgrund

- Ålder och legitimationsår, verksamma år inom BUP
- Berätta om din arbetsplats (huvudsakliga arbetsuppgifter och patientgrupp: ålder och diagnos)

Aktuellt tillstånd

- Hur vanligt är det hos dina patienter att det finns psykisk ohälsa hos föräldern (upplevd siffra 0-100%)?
- Hur upptäcker du om föräldern inte mår bra?
- Hur arbetar du med barn när det finns psykisk ohälsa hos föräldern?
 - Skiljer sig behandlingsarbetet åt?
 - Påverkas behandlingsarbetet olika om det antingen är en eller båda föräldrar som inte mår bra?
 - Hur uppfattar du barnets utveckling (kognitivt, emotionellt och socialt) när det finns ohälsa hos föräldern, påverkas denna på något sätt?
 - Hur uppfattar du samspelsmönstret när det finns ohälsa hos föräldern? Hur syns detta i rummet och i så fall hur?
- Hur ser samarbetet ut med socialtjänst, skola samt hälso- och sjukvård för att hjälpa dessa barn?
- Kan du se någon skillnad idag jämfört med hur man arbetade tidigare?

Önskat tillstånd

- Hur önskar du att behandlingsarbetet med barn till föräldrar med psykisk ohälsa ska se ut?
- Hur önskar du skapa bästa förutsättningar för barnets utveckling (kognitivt, emotionellt och socialt)?
- Hur önskar du att samarbetet ska se ut med andra verksamheter för en bra prognos?

Resurser

- Vilka förutsättningar finns för att nå detta?

Hinder

- Vilka hinder finns för att nå detta?
 - Personliga?
 - Strukturella/organisatoriska?
 - Bristande barnkunskap hos andra remissinstanser?

Övrigt

- Något du vill tillägga innan vi avslutar?

Tack för din medverkan!

Bilaga 3

Exempel på tematisering

Rådata: "För jag tänker om man skulle ta ångest eller kräkfobi. Det påverkar ju direkt. Det är omöjligt att behandla ett barn för kräkfobi när föräldern själv har det".

Kod: Tar efter förälderns beteende.

Undertema: Barnet lär sig av hur föräldern hanterar sina egna svårigheter.

Tema: Föräldern