

Ibland hörde jag hur mamma bad till Gud att han skulle döda henne.

Unga vuxnas upplevelser av förälderns
psykiska ohälsa under uppväxten.

- *En kvalitativ studie.*

Emilia Rönngård

Examensarbete för socionom (YH)-examen

Utbildningsprogrammet för det sociala området

Vasa 2023

EXAMENSARBETE

Författare: Emilia Rönngård

Utbildning och ort: Socionom, Vasa

Inriktning: Familjearbete och metodik

Handledare: Pia Höglund - Ingo

Titel: Ibland hörde jag hur mamma bad till Gud att han skulle döda henne - Unga vuxnas upplevelser av föräldrarnas psykiska ohälsa under uppväxtåren.

Datum: 16.4.2023 Sidantal: 42

Bilagor: 1

Abstrakt

Syftet med detta arbete är att beskriva hur en förälders psykiska ohälsa kan påverka den enskilda individen och dennes familj och beskriva några unga vuxnas upplevelser av föräldrarnas psykiska ohälsa påverkat dem under uppväxttiden och format deras vuxna liv. Arbetets huvudsakliga frågeställningar är om respondenterna känner att de fått något stöd och hur det stödet hjälpt dem. Vilka konsekvenser deras uppväxtförhållanden fått för deras egen psykiska hälsa. Samt hur relationen till föräldern ser ut idag.

Den teoretiska delen beskriver psykiska sjukdomar samt hur de anhöriga drabbas av dessa. Den teoretiska delen behandlar också vilka slags faktorer som också påverkar hur barnet påverkas av föräldrarnas psykiska sjukdom. Som om barnet får en trygg anknytning, har en trygg uppväxtmiljö eller ett stödnätverk.

Studien genomförs genom kvalitativa intervjuer med sex personer som haft en förälder med psykisk ohälsa under uppväxten. Resultatet visar att samtliga upplevt uppväxten som utmanande, men upplevelserna har ändå varit mycket olika. Det beror dels på vilken slags diagnos föräldern haft. Studien visar också att stödet de fått varit mycket bristfälligt samt att deras uppväxt fått konsekvenser för deras eget psykiska mående.

Språk: svenska

Nyckelord: Psykisk ohälsa, Familjen, Uppväxt, Barndom

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Emilia Rönngård

Koulutus ja paikkakunta: Socionomi, Vaasa

Suuntautumisvaihtoehto: Perhetyö ja metodologia

Ohjaaja(t): Pia Höglund - Ingo

Nimike: Joskus kuulin äidin rukoilevan Jumalaa tappamaan hänet - Nuorten aikuisten kokemukset vanhempien mielenterveysairaudesta kasvaessani

Päivämäärä 16.4.2023 Sivumäärä 42 Liitteet 1

Tiivistelmä

Tämän työn tarkoituksena on kuvata, miten vanhemman mielenterveysongelmat voivat vaikuttaa yksilöön ja hänen perheeseensä sekä kuvailla joidenkin nuorten aikuisten kokemuksia vanhemman mielenterveysongelmista, jotka vaikuttavat heihin kasvatuksen ja aikuiselämän muokkauksen aikana. Työn pääkysymykset ovat, kokevatko vastaajat saaneensa tukea ja miten se auttoi heitä. Mitä seurauksia heidän kasvatuksellaan oli heidän omaan mielenterveyteensä? Sekä miltä suhde vanhempiin näyttää tänään.

Teoreettisessa osassa kuvataan mielenterveysongelmia ja sitä, miten omaiset kärsivät niistä. Teoreettisessa osassa käsitellään myös sitä, millaiset tekijät vaikuttavat myös siihen, miten vanhemman mielisairaus vaikuttaa lapseen. Ikään kuin lapsi saisi turvallisen yhteyden, turvallisen kasvuympäristön tai tukiverkoston.

Tutkimus toteutetaan laadullisilla haastatteluilla kuuden henkilön kanssa, joiden vanhemmilla oli lapsena mielenterveysongelmia. Tulokset osoittavat, että jokainen koki kasvamisen haastavana, mutta kokemukset ovat silti olleet hyvin erilaisia. Se riippuu osittain siitä, millainen diagnoosi vanhemmalla oli. Tutkimus osoittaa myös, että heidän saamansa tuki oli erittäin riittämätöntä ja että heidän kasvatuksensa vaikutti heidän omaan psyykkiseen hyvinvointiinsa.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: Mielen sairaus, Perhe, Kasvaminen, Lapsuus

BACHELOR'S THESIS

Author: Emilia Rönngård

Degree Programme: Socionom, Vasa

Specialisation: Family work and methodology

Supervisor(s): Pia Höglund - Ingo

Title: Sometimes I Heard Mother Praying to God to Kill Her - Young Adults' Experiences of Parental Mental Illness Growing Up

Date 16.4.2023

Number of pages 42

Appendices 1

Abstract

'The purpose of this work is to describe how a parent's mental illness can affect the individual and his family and to describe some young adults' experiences of the parent's mental illness affecting them during their upbringing and shaping their adult lives. The main questions of the work are whether the respondents feel that they received any support and how that support helped them. What consequences did their upbringing have on their own mental health. As well as what the relationship with the parent looks like today.

The theoretical part describes mental illnesses and how the relatives suffer from them. The theoretical part also deals with what kind of factors also affect how the child is affected by the parent's mental illness. As if the child gets a secure connection, has a secure growing up environment or a support network.

The study is conducted through qualitative interviews with six people who had a parent with mental illness while growing up. The results show that everyone experienced growing up as challenging, but the experiences have nevertheless been very different. It partly depends on what kind of diagnosis the parent had. The study also shows that the support they received was very inadequate and that their upbringing had consequences for their own psychological well-being.

Language: Swedish

Key words: Mental health, family, upbringing, childhood

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Psykisk hälsa – psykisk ohälsa.....	3
2.1	Ångestsyndrom.....	4
2.1.1	generaliserat ångestsyndrom.....	4
2.2	Depression.....	5
2.3	Bipolär Sjukdom.....	6
2.4	Personlighetsstörningar.....	6
2.4.1	Borderline.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
2.5	Psykosjukdomar.....	8
2.5.1	Barns upplevelser av förälderns sjukdom.....	9
3	Hur psykisk ohälsa påverkar familjen.....	10
3.1	Anknytning.....	11
3.1.1	Anknytningsmönster.....	12
	Trygg anknytning.....	12
3.1.2	Anknytning och mental ohälsa.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
3.2	Omsorgssvikt och försummelse.....	13
3.3	Sårbarhet.....	14
3.3.1	Stress - Sårbarhetsmodellen.....	15
3.3.2	Barns egenskaper som kan verka skyddande.....	16
3.3.3	Självmedkänsla.....	17
3.3.4	Maskrosbarn.....	16
3.4	Traumatiska händelser.....	17
3.5	Sammanfattning.....	17
4	Genomförande av undersökningen.....	18
4.1	Metod.....	18
4.2	Val av respondenter.....	19
4.3	Datainsamling.....	20
4.4	Etiska ställningstaganden.....	20
4.5	Analysmetod.....	21
5	Resultat.....	21
5.1	Respondenternas bakgrund.....	21
5.2	Har det funnits något stöd?.....	25
5.3	Det vuxna livet.....	27
6	Undersökningens resultat kopplat till teorin. Fel! Bokmärket är inte definierat.	
6.1	Slut diskussion och kritisk granskning.....	37
7	Litteraturförteckning.....	39

1 Inledning

Psykisk ohälsa är ett samlingsnamn som omfattar alla diagnoser från oro och ångest till psykos. Enligt WHO (2022) lever 1 av 8 människor eller 940 miljoner människor med någon form av psykisk ohälsa enligt statistik från 2019. Att vara barn till en förälder med psykisk ohälsa medför en betydligt större risk att anknytningen till föräldern inte blir säker samt att barnet själv löper större risk för att själv utveckla mental ohälsa. (Nicholson, Biebel, Hinden, Henry, & Stier, 2001)

Psykiatri som vetenskap är inte så gammal. Det var först under slutet av 1800-talet som psykiatri blev en vetenskap. Före 1800-talet drog man mer primitiva slutsatser om personers psykiska problem, som nog inte ens kallades psykiska problem då. Som sinnessjuk skulle man botas genom att uppfostras på slutna anstalter. Men i mitten på samma århundrade förstod man att *dårrarna* egentligen var sjuka. Det var det första steget i humanistisk riktning. Det vi ibland kallar brytningspunkten. Nu fanns det också ett nyfunnet hopp om att kunna behandla de psykiska sjukdomarna och möjligen även bota dem. Psykiatri blev en del av den medicinska vetenskapen, man började förstå att de psykiska besvären inte kom från kroppsvätskor som var i obalans utan från hjärnan och nervsystemet. (Sanner, 2009)

Både Sigmund Freuds psykoanalytiska teorier och Watson behavioristiska teorier började göra avtryck i tänkandet kring psykiska sjukdomar under början av 1900-talet. De fick kritik så väl som beröm och läkare och psykologer tog till sig av dem. Redan under 1910-talet var Watson inne på att miljön kan spela in i hur vi formas (Sanner, 2009). Trots att människan kunde börja tänka i dessa banor tog de till behandlingar som vi anser vara barbariska idag. Elchocker och lobotomier var inte ovanliga under den tidigare hälften av 1900-talet. (Parrish, 2012, s. 223)

Vid slutet av andra världskriget revolutionerades behandlingen av de psykiskt sjuka igen. Psykofarmaka i olika sorter framställdes. Det innebar att det blev lättare att kontrollera de som var inlagda på mentalsjukhusen, men det var också kontroversiellt. Det gav personalen på mentalsjukhusen en ny makt. Att på kemisk väg kunna lugna patienter mot sin vilja, vilket i många fall kunde missbrukas. Under den här tiden gestalterades också flertalet nya diagnoser. Vid slutet av 1900-talet blev psykoanalysen mindre populär. Ett nytt tänkande

kom in i bilden, den kognitiva psykologin som kom att fungera som utgångspunkt för flera samtalsmetoder, bland annat kognitiv beteendeterapi som idag är mycket omtalad. (Sanner, 2009)

Man kan säga att vi kommit långt under dessa 200 år. Man kan rent av tycka att 200 år inte är någon speciellt lång tid för utvecklingen av psykologin. Under psykologins historia har vi inte omnämnt familjen i någon större utsträckning. Hur påverkades familjen? Idag lägger vi ett lite större fokus på hur det faktiskt går med den psykiskt sjukes familj. Vi börjar erbjuda stöd för hela familjen och inse att familjen är en stor del av återhämtningen.

När någon i familjen insjuknar påverkas hela familjen. Detta faktum är något som ofta kommer i skymundan och det är den som insjuknat som får allt fokus. Trots att det ofta är så sätts hela den sjukes familj i kris. Familjen upplever ofta stress och oro i samband med den nya vardagen. (Andersson Höglund & Hedman Ahlström, 2000, ss. 51-52) Detta gäller förstås sjukdomar över lag, men just i det här arbetet kommer det att handla om psykiska sjukdomar som drabbar en förälder. Fokuset kommer nu ligga på hur denne förälders barn upplever att deras liv påverkats av sjukdomen som präglat familjen under deras uppväxt. För ett barn påverkas hela deras liv av förälderns sjukdom. De flesta barn berättar ogärna om sin hemmasituation för andra. Det finns en viss skam i att berätta för andra om att en förälder har mentala problem. Man kan fråga sig varför? Skulle det inte vara bättre att berätta för andra om sin hemmasituation så man kan få hjälp och stöd? Det enkla svaret är att det tyvärr fortfarande ligger en mycket stark stigmatisering över psykisk sjukdom. Vårt samhälles olika etiketter, stereotyper och stigman står ofta också i vägen för den insjuknade när det kommer till att söka sig hjälp, vilket i sin tur leder till onödigt lidande. (Parrish, 2012, s. 220)

Syftet med detta arbete är att beskriva hur en förälders psykiska ohälsa kan påverka den enskilda individen och dennes familj och beskriva några unga vuxnas upplevelser av förälderns psykiska ohälsa påverkat dem under uppväxttiden och format deras vuxna liv. De centrala frågeställningarna är följande:

1. Vilka konsekvenser har förälderns psykiska ohälsa fått för det egna måendet?
2. Vilket stöd har man fått som anhörig och hur har det upplevts?
3. Hur beskriver man sin nuvarande relation till den sjuka förälder?

2 Psykisk hälsa – psykisk ohälsa

En god psykisk hälsa kännetecknas av att kunna uppleva livet som meningsfullt. Ha en gemenskap till andra och känna ett välbefinnande. Att ha en bra psykisk hälsa kan också betyda att man klarar av att ha ett arbete samt tackla sin vardag och att kunna utnyttja sina förmågor och ha bra självkänsla. Så vad är då psykisk ohälsa? Det finns ingen klar linje mellan psykisk hälsa och ohälsa. Men för att bedöma om en person lider av psykisk ohälsa behöver man både utgå från personen symptom samt hur personen känner sig. En person med psykisk sjukdom kan känna sig frisk trots att denne är sjuk. Man kan må psykiskt dåligt också utan att ha en diagnos. Psykisk ohälsa definieras också till stor del av vilka normer vi har i vårt samhälle. (Göransson, 2019, ss. 68-69)

Psykiska besvär kan vi alla uppleva då och då. Dessa är ofta sömnsvårigheter, oro och nedstämdhet. Det är normalt att vi upplever dessa besvär i besvärliga situationer. (Göransson, 2019, s. 69)

Psykisk sjukdom kan en person bli diagnostiserad med om besvären är så långvariga, många och omfattande att en diagnos kan ställas. Det är en allvarligare form av psykisk ohälsa än bara psykiska besvär. (Göransson, 2019, s. 69)

Psykisk funktionsnedsättning. Som grund ligger en allvarligare psykisk sjukdom, kan vara psykossjukdom eller svår ångest med flera, Dessa beror på medicinskiologiska faktorer eller psykologiska faktorer i miljön. Om personen får rätt hjälp eller om sjukdomen tillfrisknar av sig själv uppkommer inga följsymptom eller psykiska funktionshinder. Sjukdomen kan dess värre ge förblivande skador i hjärnans funktion och struktur. Skadorna ger upphov till funktionshinder som yttrar sig på olika vis. En mycket dålig självbild, svårt att uttrycka sig, onormala rädslor är exempel på bestående besvär som kan uppkomma. (Andersson Höglund & Hedman Ahlström, 2000, ss. 225-226)

Nedan tas olika typer av psykiska diagnoser upp och förklaras närmare. Dessa diagnoser är sådana som personer jag senare intervjuat fått uppleva i andrahand.

2.1 Ångestsyndrom

Enligt statistik från 2019 (WHO, 2022) hade 301 miljoner människor världen över av någon form av ångestsyndrom. Statistik visar också att var fjärde person någon gång under livsloppet drabbas av någon ångestsjukdom. Genomsnittligt har personer med ångestsjukdom fler än två andra psykiska störningar samtidigt som ångesten. (Skärsäter & Sjöström, 2019, ss. 90-91) Ångestsyndrom eller ångesttillstånd som det också kan kallas, karaktäriseras av ständig oro. Ångest upplevs olika av olika personer. Oron kan variera från relativt mild till total panik. I situationer som känns farliga är det normalt för alla människor att känna oro, rädsla och ångest. Det som skiljer vanlig oro från sjuklig oro är hur överdriven och orimlig ångest en person känner med tanke på situationen. Under ångestsyndrom finns flera olika former av ångest så som olika fobier, GAD och panikångest. Ångest kan förekomma som ett symptom i andra psykiatriska diagnoser så som psykoser eller depressioner. (Göransson, 2019, ss. 178-179)

2.1.1 Generaliserat ångestsyndrom

GAD – *generaliserat ångestsyndrom*. En person med generaliserat ångestsyndrom går ständigt med oro i kroppen och är på helspänn. Personer i alla skeden av livet kan drabbas av GAD, det kan börja redan i barndomen. (Ottosson & D'elia, 2008, ss. 50-52) Personer med GAD söker oftast hjälp på vårdmottagningar för kroppsliga symptom som störd nattsömn, orolig mage, spänningar, svettningar och andra obehagskänslor. Det är ångesten som tar sig i uttryck i dessa kroppsliga symptom. Den som lider av GAD går och oroar sig över framtida situationer konstant. Personen oroar sig också för att bli sjuk, men till skillnad från personer som lider av panikattacker går inte personer som lider av GAD och oroar sig för att få en panikattack eller att denne ska dö. Ångesten är mer allmän och man går med tankar som ”*jag kommer aldrig klara den här dagen. Tänk så blir sjuk, tänk så får jag cancer.*” (Skärsäter & Sjöström, 2019, ss. 96-97)

Sjukdomstillståndet kan vara växlande, ibland starkare närvarande ibland svagare, men är i allmänhet livslångt. GAD förekommer ofta i samverkan med andra psykiska sjukdomar, affektiva störningar och psykossjukdomar i synnerhet. Därför är det också viktigt att göra en utredning om den generaliserade ångesten gjort sitt första framträdande i samband med debuten av någon annan psykisk störning. (Skärsäter & Sjöström, 2019, ss. 96-97)

En person med ångest kan fordra mycket vördnad och uppmärksamhet. Familjen och de anhöriga har en mycket viktig roll för den som drabbas av ångest, men det gör det också mycket viktigt att hjälpa den drabbade på rätt sätt. Orimligt mycket omhändertagande kan leda till att den som lider av ångest får en roll som sjuk och börjar förlita sig på hjälp från anhöriga med vardagliga saker. (Göransson, 2019, s. 191)

2.2 Depression

Man kan ofta höra att någon säger att de är "deppade" när de går genom något kämpigt. Men att vara nerstämd och gå genom en kämpigare period är inte det samma som att gå genom en depression. Att känna sig nerstämd då och då hör till det normala för en människa, speciellt om man går genom något besvärligt, som en skilsmässa eller att en vän eller anhörig gått bort. När nedstämdheten inte går över utan drar ner en person djupare och djupare och personen inte längre kan känna glädje utan istället blir mera nedstämd, kan det vara fråga om en depression. Ibland kan det vara svårt att på egen hand dra en gräns på när man upplever en normal sorgereaktion eller är allmänt nedstämd och när det sen slutligen övergår till depression. Det är inte enbart yttre faktorer som kan framkalla en depression. Vissa personer kan vara genom mycket svåra motgångar i livet med ändå aldrig bli deprimerade. Det är därför också svårt att förutse vem som drabbas. Både sociala faktorer, den egna sårbarheten, yttre faktorer och olika psykologiska processer samarbetar för att en depression ska uppstå. (Gustavson, 2004, ss. 11-19)

Personer som drabbas av depression kan ofta uppleva att de är alldeles ensamma med sina problem. Så är dock inte fallet. Depression är av de vanligaste sjukdomarna, så många drabbas årligen att depression räknas som en folksjukdom. (Gustavson, 2004, ss. 16-17) Enligt statistik från WHO (2022) led 280 miljoner människor över hela världen av depression under 2019.

Det är inte sällsynt att det är en anhörig som först reagerar på att en person är deprimerad. Speciellt om personen varit deprimerad förut. För att de anhöriga ska kunna bidra till tillfrisknandet är det viktigt att de får tillräckligt med information. De anhöriga behöver dels information om själva depressionen och dels om hur de kan ge sitt stöd för den deprimerade så de kan tillfriskna snabbare. Depression är ett psykiskt plågsamt befinnande och det har en tendens att också smitta av sig på de anhöriga i någon grad. Vilket utgör

ännu ett skäl att anhöriga behöver vara införstådda i depressionens förlopp. (Gustavson, 2004, ss. 103-106)

2.3 Bipolär Sjukdom

Att vara bipolär innebär att man upplever både depression och mani med olika intervaller. Det egna sinnestillståndet pendlar mellan att vara överaktiv och uppleva ett nästan euforiskt sinnestillstånd, varvat med djupa depressioner. (Höglund Andersson & Hedman Ahlström, 2014, s. 202) Perioderna mellan de olika tillstånden kan vara flera månader och under den tiden kan man ha ett helt normalt sinnestillstånd. De båda sjukdomstillstånden kan också förekomma i samma våg, då talar man om *blandepisoder*. De båda perioderna kan bli så intensiva att de var för sig kan behöva medicinering, läkarbesök och i vissa fall intagning på sjukhus. (Gustavson, 2004, s. 98)

Utifrån studier världen över har man kommit till att mellan 0,6 – 1,1 % av världsbefolkningen lider av sjukdomen. I Finland är dock siffrorna ännu lägre. Det har också visat sig att den allvarligaste formen av bipolär sjukdom är starkt ärftlig. (THL, 2019)

Skiftningarna mellan maniska, depressiva och friska episoder kan göra det mycket svårt för de anhöriga att planera framåt. En manisk persons dåligt omdöme och aggressioner går ofta ut över omgivningen. De anhöriga kastas mellan hopp och förtvivlan under episodskiftningarna. Hela familjen kan påverkas negativt ekonomiskt och socialt av den bipoläres vårdslösa affärer. (Göransson, 2019, s. 232)

2.4 Personlighetsstörningar

Personlighetsstörningar bedöms som psykiska sjukdomar när människan har permanenta och långvariga beteendemönster som avviker från omvärldens normer för sättet att agera, känna, tänka och förhålla sig till andra. I de flesta fall är den drabbade inte medveten om det egna beteendet. I vissa fall lider inte den drabbade av sin störning, men det är mycket ovanligt. Majoriteten har ändå stora bekymmer på grund av sin sjukdom. De upplever begränsad funktionsförmåga och oförmåga att ändra på sin livssituation. Gränsen för normala och olika personlighetsdrag grundar sig alltid på överenskommelser med omgivningen och är även i de individuella fallen svävande. Man kan bättre uttryckt tala om ett kontinuum från det normala till det avvikande. Personer som normalt sätt inte är

drabbade kan även i stressiga situationer bete sig på sådana sätt som är karaktäristiska för personer med personlighetsstörningar. Därutöver kan dylikt beteende också yttra sig under vissa utvecklingskedan eller livssituationer. (Mieli, 2021)

Personlighetsförändringar och personlighetsstörning är inte synonyma. Den förstnämnda uppkommer på grund av fysiska eller psykiska besvär eller substansmissbruk. Individer med personlighetsstörning söker sällan hjälp för sina besvär. Relativt ofta lider dessa personer också av andra psykiska sjukdomar samtidigt som personlighetssyndromet. Det är ofta av de andra psykiska tillstånden man söker vård. (Mieli, 2021)

Uppväxttrauman, sexuella, fysiska eller psykiska övergrepp är de miljöfaktorer som har störst tendens att utveckla en personlighetsstörning. I tvillingstudier har man också sett att det genetiska arvet är mellan 40 – 60 procent. Alltså har både arv och miljö nästan lika stor inverkan. (Perseus, 2019, s. 313)

2.4.1 Emotionellt instabil - Borderline

Det som karaktäriserar individer med borderline är att de är emotionellt instabila, impulsiva och instabila. I ICD – systemen heter borderline emotionellt instabil istället. Den instabila identiteten varvas också med en negativ självbild. De är exceptionellt känslomässigt sårbara, relationerna de har tenderar att bli stormiga och röriga. I fler än 90 procent av borderline fallen förekommer samsjuklighet med ångest och depression enligt Mieli (2021). Ätstörningar och missbruk är också vanligt förekommande med borderline. Det förekommer också hög dödlighet på grund av suicid. Hos de som söker vård i psykiatri verkar det vara det vanligaste personlighetssyndromet. (Perseus, 2019, ss. 319 - 320)

För de anhöriga till personer mer borderline har inte många studier gjorts, det kan dels bero på att det inte är själva borderline man söker hjälp för, utan någon annan psykisk sjukdom. I en studie som gör noggrannare analys på de anhörigas känslor framkommer att de konstant känner att de får gå på äggskal i hemmet så inte vulkan ska få utbrott. De ger också en stor skuld för de anhöriga och de skuldbelägger sig själva för att de orsakat utbrottet. Hela läget framställs som mycket stress skapande. (Perseus, 2019, s. 326)

2.5 Psykossjukdomar

Psykossjukdomar är samlingsnamnet på en rad olika psykotiska tillstånd. Psykoser kan delas in i primära psykoser och sekundära. Vid en sekundär psykos kan psykosen utlösas av en fysisk sjukdom som en tumör, infektion eller tyreotoxikos. Men den sekundära psykosen kan också utlösas av förgiftning. Förgiftningen kan uppstå från exempelvis svamp, men också från olika läkemedel, som kortison. Missbruk kan också trigga en psykos. Om man drabbas av en sekundär psykos betyder det att man kan tillfriskna om det som utlöser psykosen tas bort. Exempelvis att behandlas för förgiftningen eller bli frisk från cancersjukdomen. Vid primära psykoser insjuknar man på grund av mental ohälsa. Det som kännetecknar alla psykoser är att den drabbade tappar verklighetsuppfattningen. (Skott, 2019, ss. 166-168)

Vid en primär psykos insjuknar man vanligen gradvis. De första symptomen kan likna symptom som också upplevs vid andra psykiska tillstånd. De första symptomen är ofta ångest, nedstämdhet, sömnsvårigheter, passivitet, minnesproblem och koncentrationssvårigheter. Men den drabbade kan också börja känna av kroppsliga symptom som smärtor eller egendomliga sensationer och har en känsla av att tankar och känslor är annorlunda. När psykosen bryter ut ordentligt börjar den drabbade uppleva svårare symptom som vanföreställningar och hörselhallucinationer. Den drabbade får oftast också en försämrad förmåga att självreflektera, vilket i sin tur leder till att de inte får någon sjukdomsinsikt. Att inte ha någon sjukdomsinsikt gör det svårare för de professionella att behandla den som insjuknat. Men saknad sjukdomsinsikt betyder inte heller att den insjuknade upplever sig må bra i sitt tillstånd, snarare att denne plågas i sitt tillstånd, men kan inte se sin sjukdom på samma sätt som utomstående. (Skott, 2019, ss. 166 - 175)

Diagnostiseringen av psykoser är inte alltid självklara. Diagnostiseringen när fenomenologisk, vill säga att den som insjuknat ska uppnå en viss mängd beskrivande kriterier för att få en diagnos. Psykossjukdomarna indelas i två huvudgrupper; Schizofrena syndrom och övriga psykoser. (Skott, 2019, ss. 166-175) Av de som första gången insjuknar i en psykos uppnår 30 – 50% en schizofrenidiagnos. (Mattson, 2007)

När en anhörig insjuknar i någon form av psykossjukdom hamnar hela familjen och den anhöriga i kris. Det här skedet kallas det akuta skedet. Många frågor uppstår. *Är det vårt*

fel? Vad händer? Vad är en psykos? Kan man återhämta sig? Hur lång tid kommer detta vara? När det akuta skedet lagt sig behöver de anhöriga få hjälp att hantera de kvarstående symptomen och få tillräcklig information om hur de kan hjälpa sin anhörig. (Skott, 2019, s. 179) Forskning visar att genom att inkludera anhöriga i vården minskar man på antalet återinsjuknande, minskar känslan av belastning hos de anhöriga samt får den insjuknade att bättre följa sin medicineringsplan. Många anhöriga vittnar också om att de känner sig socialt isolerade när en anhörig insjuknar. Anhöriga upplever själva en emotionell stress under sjukdomsförloppet. (Skott, 2019, ss. 179-180)

De flesta barn till en förälder med psykosjukdom upplever att de tydligaste symptomen föräldern uppvisar var tillbakadragenhet, sorgsenhet, oro och underaktivitet. Känslor som barnen själv kände var mest sorgsenhet. Upplevelsen av ilska kom på andra plats. Barnen kände också en rädsla, men den rädslan kunde ta sig i uttryck på olika sätt. Dels upplevde de en rädsla för föräldern. Speciellt om föräldern betedde sig underligt eller sa underliga saker. Dels upplevde de en rädsla för att föräldern skulle skada sig eller dö på grund av sjukdomen, men också en rädsla för hur den friska föräldern skulle orka. Slutligen upplevdes också en rädsla att själva ärva sjukdomen. De allra flest av barnen i studien kände också en sorts skam. Man ville hålla föräldrarnas sjukdom hemlig och inte berätta om det för någon. (Somers, 2007)

2.5.1 Barns upplevelser av föräldrarnas sjukdom

I en kvalitativ forskning utförd av Dam and Hall (2016) rapporteras att barn till föräldrar med psykisk sjukdom ofta upplever intensiva känslor, en känsla av att behöva ta ansvar för sina föräldrars välbefinnande, social isolering och skam i samband med föräldrarnas psykiska sjukdom. Murphy m.fl. (2011) fann att vuxna barn reflekterade över långvarig belastning i bandet mellan föräldern och sig själv, social isolering, ständiga förtroendeproblem och det känslomässiga arvet av föräldrarnas psykiska sjukdom. De lyfte också fram den förblivande effekten av känslomässiga behov som inte tillgodosetts. Dessutom antyder svaren i forskningen att barnen ofta fått anta en vårdande roll under uppväxten. I den rollen ingick ofta övervakning av läkemedelsintag, tvättning, matlagning och städning. Det framkom också att de övervakat föräldern för att se tecken på försämring och anpassat sitt beteende därefter. Patrick m.fl (2019) fann i sin studie av vuxna barns upplevelser att de hade svårigheter att forma egna relationer med en partner. De

rapporterar också att de vuxna barnen hade en lägre självkänsla och att dessa vuxna upplever fler mentala problem och en otalig mängd psykosociala svårigheter.

3 Hur psykisk ohälsa påverkar familjen

Det är från tidigare känt att en persons psykiska sjukdom också påverkar både familj och relationer. Man kan konstatera att var fjärde minderårigt barn bor i en familj där någondera av föräldrarna lider av psykisk ohälsa. (Hedman Ahlström, 2019) För ett barn kan det vara mycket påfrestande om föräldern blir psykiskt sjuk och processen till tillfrisknande blir lång. Vissa barn kan känna att de behöver ta över föräldrarollen och börja ta hand om föräldern. Om ens anhöriga lider av en långvarig psykisk sjukdom betyder de också stor påfrestande för övriga familjen. Det kan sänka livskvalitén för de övriga familjemedlemmarna och ge dem fysiska eller psykiska påfrestande som sedan resulterar i att också de behöver söka professionell hjälp. Den sjukes beteende kan emellanåt kännas förvirrande och kaotiskt för de anhöriga. Som anhörig kan många olika känslor komma in stormande under den sjuka familjemedlemmens sjukdomstid. Vanliga känslor som kan upplevas är skuldskänslor, oro, press och större ansvarstagande (Hedman Ahlström, 2019, ss. 453-460). Falkov (2004, s. 55) sammanfattade upplevelsen av miljön på följande vis när han skrev "barn vars föräldrar är psykiskt sjuka lever med symtomen, beteenden och uttryck för psykisk ohälsa. De ser det och känner det"

Barn till föräldrar med psykisk ohälsa är mer benägna att själva få uppleva psykiska problem. Det finns bevis över flertalet decennier om potentialen för negativa effekter på barnen. Barn till föräldrar med psykisk sjukdom beskriver oförutsägbarheten i hemmiljön och skammen de känt när deras förälder betedde sig annorlunda. Riskfaktorer för att barnen också drabbas av psykisk ohälsa inkluderar genetik, föräldrarnas otillgänglighet och huruvida man får reglera sina känslor. Som ett resultat av familjesamanhanget visar det sig att barn till föräldrar med psykisk sjukdom har hög internalisering. De lär sig alltså föräldrarnas beteende och det blir det normala. Ett barn som får uppleva föräldrarnas ångest kan själv börja uppleva ångest, eftersom ångesten blir ett inlärt beteende för barnet. Detta kan också speglas på aggressionsproblem och social isolering (Patrick, Reupert, & McLean, 2019, ss. 2-3). Enligt Parrish (2012, s. 223) tenderar vissa typer av psykiska störningar att gå i arv. Exempelvis alkoholproblem, schizofreni och bipolärsjukdom. Detta får stöd från tvillingstudier där sambandet kan vara så högt som 70 procent att den andra

en äggstvillingen insjuknar i schizofreni om den andra har sjukdomen. Om en familjemedlem har en psykisk sjukdom behöver det inte betyda att andra i familjen också kommer insjukna, det ger bara de övriga familjemedlemmarna en större risk att insjukna. Det genetiska mönstret liknar sådant vi hittar i andra medicinska åkommor som glaukom och diabetes.

Vilken effekt föräldrarnas psykiska ohälsa får för ett barn påverkas av antalet samlade riskfaktorer – desto fler riskfaktorer desto större risk för störd utveckling och upplevelsen av egen mental ohälsa. Det bör finnas en hälsosam balans mellan risk- och skyddsfaktorer i barnets liv för att undvika lidande. (Hosman, van Doesum, & van Santvoort, 2009, s. 258)

Studier visar att psykisk ohälsa i sig själv inte är lika med att ge livslånga negativa effekter på anhöriga. Föräldrarnas mentala ohälsa är i stället associerat med många variabler och processer som i samverkan bestämmer hur det påverkar barnet. Det finns alltså många möjliga interventioner som kan hjälpa en familj att komma så smärtfritt som möjligt ur en sjukdomstid, exempelvis tillgången till en pappa utan psykisk sjukdom i samband med moderns psykiska sjukdom förbättra livssituationen för barnet. Eller tillgången till far eller morföräldrar. (Reupert & Maybery, 2007, ss. 362 - 364)

3.1 Anknytning

Anknytning är av de starkaste drivkrafterna för ett litet barn. När de flesta av oss tänker på anknytning tänker vi på kärlek. Anknytningsrelationen handlar dock inte enbart om kärlek, det spelar förstås in. Utan anknytningen handlar främst om att ge barnet trygghet. I det stora hela är vi inte till för att ha roligt och leka med våra barn och se till att de har fasta rutiner, utan vår främsta uppgift är att finnas till för barnet när det är ledset, blivit skrämmd, känner sig vilset eller är oroligt eller sjukt. När barnet blir äldre bör vi förstås också uppföstra vårt barn, men till en början bör vi bara finnas där för att visa vårt barn att världen runt omkring inte är farlig. (Bergström, 2013, ss. 130-132) Ett litet barn behöver åtminstone knyta an till en trygg person för att själv kunna utvecklas till en trygg individ med en god självkänsla senare i livet. (Klefbom, 2013) Studier visar dock att barn inte bara behöver knyta an till en speciell person, utan att ur rent överlevnadsperspektiv är det nyttigare för barnet att knyta an till flera personer. Barnet kan förstås inte ha ett oändligt antal anknytningspersoner, men exempelvis både mamma och pappa är naturligt eftersom de

finns närmast barnet. Varje relation till anknytningspersonerna är dock speciella. (Havnesköld & Risholm Mothander, 2009)

3.1.1 Anknytningsmönster

Trygg anknytning – Barn som är trygga vet och litar på att föräldern finns där när den behöver söka tröst, få hjälp eller befinner sig i en svår eller skrämmande situation. Då finns föräldern där för att hjälpa. (Utterbäck, 2013, ss. 191-192) En trygg anknytning betyder inte att barnet aldrig känner sig rädd eller otrygg, det hör till livet för alla barn. Men barnet behöver inte uppleva det som skrämmande i sig eftersom det vet att föräldern finns till hands. (von Below, 2022, ss. 32-33)

Otrygg undvikande – barn som tillhör detta mönster förväntar sig att bli bortvisade när de kommer för att söka tröst. På så vis lär de sig också i ett tidigt skede att inte komma till föräldern och söka tröst. Istället försöker de klara sig själva. (Utterbäck, 2013, ss. 193-194) Undvikande anknutna barn kan vid den första skynten ge ett intryck av att de är lugna och självständiga. Forskning påvisar dock att de inombords upplever en viss stress. Barnet försöker att inte vara besvärlig för sina föräldrar. Det ser ut som att de upplever att det är mest gynnsamt för dem själva att inte uttrycka anknytningsbehoven. I västvärlden faller mellan 15 – 25% av barnen inom denna kategori. Forskning visar att i andra delar av världen är siffran betydligt lägre. Detta har man tolkat som att de i andra kulturer framhäver relationen till barnen mer än i västvärlden. (von Below, 2022, ss. 35-36)

Otrygg ambivalent – Barn som tillhör detta mönster har fått bekräftelse ibland och ibland blivit avisade. Detta ger dem en stark osäkerhetskänsla och ger dem stark separationsångest och rädsla. De är väldigt känslolystyrda. (Utterbäck, 2013, ss. 193-194) Dessa barn lär sig också läsa av föräldrarnas sinnesstämning. Även fast de blir skickliga på att läsa sinnesstämningen hos föräldern för att avgöra om föräldern verkar tillgänglig eller inte, kan de aldrig vara helt säkra. När psykologer tolkat vad de ambivalenta barnen känner har det kommit till att de håller sitt anknytningssystem aktiverat på grund av att de har en bild av att föräldern bara visar sig tillgänglig om de gör det mycket tydligt vad de behöver. (von Below, 2022, ss. 38-39)

Otrygg desorganiserad – ett ovanligt anknytningsmönster, men också den grupp som skadar barnet mest och barn som upplever detta behöver ofta få professionell hjälp. Detta

inträffar hos barn som har föräldrar som inte kan tolka sitt barns signaler på grund av att föräldern har en psykisk störning, använder droger eller barn som ofta får se våld. Barn som blir otryggt desorganiserat anknutna till sina föräldrar är ofta rädda för sina föräldrar. (Utterbäck, 2013, ss. 194-197)

Vuxna som inte haft en trygg anknytning till sina egna föräldrar som barn kan ofta själva börja tvivla på sitt eget föräldraskap när de själva får barn. De kan börja tänka i banor som *"tänk om jag undermedvetet saboterar alltihop eller kommer jag att upprepa mina egna föräldrars misstag?"*. Forskning visar att dessa funderingar inte är helt ogrundade. Psykologer har kunnat påvisa att föräldrar som har svårt att tolka sina barns känslor eventuellt inte fått så mycket uppmärksamhet av de egna föräldrarna. Det finns ett klart samband med det egna anknytningsmönstret och vad man överför till sina barn. Det som spela den största rollen är dock hur man själv förhåller sig till det man upplevt i barndomen. Om man haft väldigt elaka föräldrar behöver det inte betyda att det påverkar det egna föräldraskapet negativt. Är man fortfarande känslomässigt insnärjd i sin barndom påverkar det också en negativt i den egna föräldrarollen. Men har man istället distans till sin barndom och har kunnat lägga det bakom sig kan man lägga nya mönster. (Bergström, 2013, ss. 141-142)

En otrygg anknytning är ingen diagnos, däremot kan vi dra slutsatser att den är en sårbarhetsfaktor. Att ha en trygg anknytning är inget vaccin för att inte utveckla någon psykiatrisk diagnos eller framtida psykiskt lidande. Det anknytningsmönster man har kan vi i denna samverkan se att har mer inverkan på hur man lider, snarare än om man som person kommer att lida. (von Below, 2022, ss. 159-160),

3.2 Omsorgssvikt och försummelse

Själva begreppet omsorgssvikt innebär att ett barns föräldrar utsätter barnet för fara genom att avsiktligt eller oavsiktligt inte tillgodose barnets grundbehov. (Röst Riben & Nordenhed, 2021) Omsorgssvikten kan vara mer eller mindre farlig. Det betyder inte att det är godtagbart att försumma sina barn, men vissa föräldrar försummar sina barn på ett sådant vis att de till slut lägger livet till. Omsorgsvikten kan vara sådan att föräldern inte ser till att barnet får mat, sköter barnets hygien eller ens vet var barnet är. (Smith & Fong, 2004, ss. 17-19) Försummelsen kan ske på ett aktivt sätt, det vill säga att föräldrarna har de resurser som krävs för att ta hand om barnet. Vanligtvis har försummelsen sina rötter i

föräldrarnas fundamentala oförmåga att ta hand om sitt barn. Detta kan bero på föräldrarnas psykiska ohälsa, psykiska funktionsnedsättning, sociala utsatthet eller drogmissbruk. (Lucas & Jernbro, 2004) Det kan vara svårt för socialvården att avgöra om det faktiskt handlar om försummelse eller inte om de får en barnskyddsanmälan. Med det sagt kan man också dra slutsatsen att försummelse inte bara är ett problem om föräldrarna skapar, det är förstås där det börjar, utan också en brist på stöd från samhället. (Smith & Fong, 2004, ss. 15-17) Enligt WHO klassas försummelse som våld mot barn och kan därför ses som barnmisshandel. (Lucas & Jernbro, 2004)

Att bli försummad av sina föräldrar har lika skadlig påverkan på ett barn som att behöva uppleva misshandel eller sexuella övergrepp. Studier visar på att barn som blivit försummade upplever neurologiska, emotionella och beteendemässiga störningar. Det visar också på att den *normala utvecklingen* störs och den förväntade livslängden förkortas. Barnet börjar ta skada av försummelsen lång före det ens märks i barnets beteende (Smith & Fong, 2004, ss. 7-10)

3.3 Genetisk sårbarhet

En människa har uppskattningsvis 100 000 gener, hur vårt nervsystem och vår hjärna utvecklas bestäms av våra gener. Vi ärver våra gener från våra föräldrar. Tyvärr är det inte så enkelt att vi med hjälp av att analysera vilka gener man ärver kan säga med säkerhet hur vi utvecklas. (Göransson, 2019, s. 54) För ett barn med hög genetisk sårbarhet kan det räcka med en liten miljömässig påverkan för att utlösa sårbarheten. Medan ett barn med en svag genetisk svaghet kräver mer påverkan från miljön för att den ska utlösas. Så vad ska hända för att en sårbarhet ska utvecklas till en störning eller en avvikelse? Ur ett transaktionellt sätt att se på saken utvecklas avvikelser i samverkan med flera olika faktorer. Så som mellan individens temperament och omgivning. Om föräldrarna och andra viktiga personer i ett barns liv kan bemöta barnets temperament på ett bra sätt, desto mindre inverkar det på utvecklingen. (Hwang & Nilsson, 2011, ss. 102-103)

Även när det finns genetiska risker antyder genetisk forskning att hur de yttras påverkas av interaktioner mellan genetiska faktorer, neurobiologiska processer och miljön. Faktorer som också spelar en roll i huruvida barnets liv formas av förälderns psykiska ohälsa är debutåldern för föräldrarnas sjukdom. Studier visar tydligt att om föräldern insjuknar tidigt i

barnets liv medför det större risk för barnet. (Hosman, van Doesum, & van Santvoort, 2009, ss. 7-8)

3.3.1 Stress - Sårbarhetsmodellen

Inom utvecklingspsykologin går stress – sårbarhetsperspektivet som en röd tråd. Olika sårbarheter barnet har bidrar till större känslighet för flera slags former av stress senare i livet. Det kan handla om biologiska synpunkter (barnets temperament) såväl som psykologiska synpunkter (otrygg anknytning exempelvis). Graden av sårbarhet omskapas också i samspel med miljön, lyhördheten hos föräldrarna kan ha en stor betydelse.

Förutom själva sårbarheten finns något som kallas stressorer. Dessa är händelser som vanligtvis skapar känslomässig oro hos människor. De fem vanligaste stressorerna är följande; *Akuta traumatiska händelser*. Exempelvis olycksfall inom familjen. *Mista en förälder eller annan omsorgsperson*. *Omständigheter som behöver en stor social anpassning*. Exempelvis byte av skola, flytt till annan ort. *Omständigheter som gör det svårare för familjen att fungera*. Exempelvis att någon av föräldrarna insjuknar i mental ohälsa. Slutligen *en långvarig knackig relation mellan föräldrarna*. (Hwang & Nilsson, 2011, ss. 185-187)

Som tur är finns också skyddsfaktorer som reducerar effekten av riskfaktorerna och stress. Graden av sårbarhet och risk- samt skyddsfaktorerna som omsluter barnet interagerar med varandra på ett mycket invecklat vis. Konsekvensen av detta är att olika individer reagerar helt olika på samma stressor. (Röst Riben & Nordenhed, 2021, s. 65) Forskning pekar till och med på att detta invecklade samspel gör att det förekommer mycket stora klyftor i människors mentala hälsa beroende på vilken socioekonomisk grupp man tillhör. Beklagligen har de flesta risk- och skyddsfaktorerna en spridning som inte gynnar de socioekonomiskt svaga grupperna. (Hwang & Nilsson, 2011, s. 187)

Forskning har också identifierat viktiga individuella- och familjekarakteristiska drag som förknippas med föräldrars psykiska sjukdom och påföljder för barnen. Framför allt föräldrarnas beteende, äktenskaps- eller partnerrelationer och familjefunktioner kan påverka uppväxt miljön negativt eller positivt. (Nicholson, Biebel, Hinden, Henry, & Stier, 2001, ss. 21-22) Att ha en ordentlig bostad och snabb tillgång till psykisk hjälp är två av de miljömässiga skyddsfaktorer dessa familjer kan behöva. Andra miljöfaktorer som kan verka

positivt är nätverket. Nätverkspersoner kan vara morföräldrar, grannar, vänner, lärare eller jämnåriga som lever i liknande förhållanden. (Hosman, van Doesum, & van Santvoort, 2009, s. 257)

Den uppskattade risknivån varierar kraftigt i olika studier, beroende på egenskaperna hos befolkning som deltar i utredning, studiedesign och tidsperioden som risken beräknas i. Trots detta kommer de till relativt samma resultat: att överföring av psykiska problem från föräldrarna till barn är orsak till för en betydande del av ny psykiatrisk sjuklighet och förlorade möjligheter för barn att utveckla motståndskraft och en positiv mental hälsa. Fenomenet verkar sant oberoende av föräldrarnas diagnos. Slutresultatet för ett barn som lever med en psykiskt sjuk förälder kan vara radikala.

3.3.2 Barns egenskaper som kan verka skyddande

En bra förståelse för förälderns sjukdom har visat sig vara skyddsfaktor för barn till en förälder med psykisk sjukdom. Barnets egna egenskaper som ses som skyddande är hög intelligens, adaptiv problemlösningsförmåga, sociala aktiviteter, självförståelse och en förmåga att reglera de egna känslorna (Patrick, Reupert, & McLean, 2019). Kognitiva egenskaper som en positiv och enhetlig självuppfattning och effektiv copingförmåga samt positiv tillskrivningsstil har förknippats med goda resultat bland barn i allmänhet. Nicholson m.fl (2001, s. 22)

3.3.3 Maskrosbarn

Vissa barn är väldigt motståndskraftiga för de givna stressorererna. De har kommits att kallas maskrosbarn. Detta eftersom de växer upp i sådana riskmiljöer som för andra barn, rent av egna syskon, skulle betyda att de utvecklades negativt. den här barnen verkar lyckas överleva vad som helst när det rör sig om svårigheter i både fysisk och psykisk mening. Enligt israeliske sociologen Aaron Antonovsky finns det speciellt två faktorer som skapar denna grund. Att barnet ser sig själv som kompetent inom något aspekt eller att det finns något socialt stöd kring barnet. Tyvärr ligger maskrosbarnen i en minoritet bland alla de barn i världen som växer upp under svåra förhållanden. Uppskattningsvis är 1 av 10 barn ett maskrosbarn. (Hwang & Nilsson, 2011, ss. 292-293)

3.3.4 Självmedkänsla

Självmedkänsla kan vara ett kliniskt relevant begrepp för barn och vuxna barn till föräldrar med psykisk ohälsa. Självmedkänsla betyder att man kan acceptera sig själv, vara snäll mot sig själv och förlåta sig själv. Att ha självmedkänsla är motsatsen till att vara självkritisk. För det första har självmedkänsla antagits vara viktigt för människor som upplever mycket skam och självkritik. För det andra har självmedkänsla föreslås som en intern coping-resurs för vuxna som är vårdgivare (Iacono 2017; Robinson et al. 2017). Av detta kan vi också se att självmedkänsla kan vara en resurs för barn som tar hand om sina föräldrar/förälder och som får uppleva skam och självkritik, exempelvis de med föräldrar som upplever psykisk ohälsa (Fjone et al. 2009).

3.4 Traumatiska händelser

En trygg anknytning är vad man strävar efter, men det lyckas inte alla gånger. I vissa fall kan en otrygg anknytning följas åt av ett trauma. De beror ofta på att barnets anknytningsperson är den som utsätter barnet för traumat. Sådana traumatiska saker kan vara försummelse eller våld. (Röst Riben & Nordenhed, 2021, ss. 52-53)

Huvudsakligen delas traumatiska händelser in i två kategorier. Förskräckande händelser som äger rum över en längre tid, ofta också kallade komplext trauma. Eller förskräckande händelser som sker några få gånger. Komplext trauma är händelser som övergrepp, mobbning eller att man växer upp i ett land i krig. Medan den sistnämnda kategorin kan vara en bilolycka eller naturkatastrof. (Röst Riben & Nordenhed, 2021, ss. 52-53)

3.5 Sammanfattning

Det spelar egentligen inte någon roll vilken psykiatrisk diagnos en förälder får så drabbar det likväl familjen och de övriga familjemedlemmarna. Det kan dock skilja sig avsevärt hur familjen upplever sjukdomen beroende på sjukdomens svårighetsgrad och vilka symptom den drabbade får. Det är inte ovanligt att bli diagnostiserad med någon form av psykisk ohälsa, men det kan kännas så för den drabbade. Som anhörig upplever man oftast en skam och ensamhet över att psykisk ohälsa drabbat ens familj. Det beror i sig mest på att vårt samhälles stigma angående psykisk hälsa. Det kan leda till social isolering för familjen, man vågar inte berätta för någon eller söka hjälp. Många av de psykiska tillstånden om tas upp

i kapitel 2 kan upplevas parallellt med varandra. Det är till exempel inte ovanligt att en person med depression också upplever ångest eller har en personlighetsstörning.

Enligt studier har specificerats att graden av föräldrarnas sjukdom, uppväxt miljön, familjedynamiken och hur vida det finns någon frisk vuxen kring barnet påverkar hur det går för barnet, både under uppväxten och senare i livet. Som i så många andra sammanhang kan vi också konstatera att alla människor är olika. Det som snabbt påverkar en person negativt påverkar inte en annan. Graden av den egna motståndskraften och sårbarheten varierar från person till person. Två barn i samma hushåll behöver inte påverkas på samma sätt av den rådande situationen. Att vara trygg hos sina föräldrar och ha en trygg anknytning är vad vi alla strävar efter. Man kan konstatera att föräldrarnas sjukdom inte nödvändigtvis behöver leda till att barnet får en dålig uppväxt och behöver uppleva egna mentala problem. Hur det går för ett barn beror på alla de ovannämnda faktorerna. Alla människor är olika så det beror mycket på den egna sårbarheten, motståndskraften, skyddet och miljön och hur dessa inverkar på varandra.

4 Genomförande av undersökningen

I detta kapitel beskrivs hur undersökningen har genomförts och vilka tillvägagångssätt som använts. Utöver det motiveras även valen kring undersökningsmetod, val av respondenter, sekretess och metod för resultatanalys.

4.1 Metod

Den metodiska ansatsen i arbetet kan beskrivas som kvalitativ och datainsamlingen har skett via intervjuer. Syftet med kvalitativa metoder är att beskriva något, det är det som gör metoden unik. Kärnan är att uppsöka kategorier, modeller eller beskrivningar som lämpligast beskriver ett fenomen eller samband i omgivningen. Informations samlings huvudsyfte är att hitta flerfaldiga och olika mönster. (Olsson & Sörensen, 2011, s. 131)

Ett av kvalitetskriterierna för en intervju är att den består av korta intervjufrågor och längre intervjusvar. Frågorna som ställs ska bara fungera som hjälpmedel på vägen för att få respondenterna att minnas sin uppväxt och känslorna kring den. Intervjuerna var på så sätt konstruerade att vara semistrukturerade. Det betyder att jag som forskare förhåller mig till specifika frågor och ett specifikt tema från en intervjuguide, men på samma gång ger

utrymme för respondenterna att fritt utforma och besvara frågorna på eget sätt. (Olsson & Sörensen, 2011, s. 133) Man kan också konstatera att jag valde att använda narrativa intervjuer som metod. Det betyder att det koncentrerade sig på de berättelser som respondenterna berättade. I sådana intervjuer kan intervjuaren ställa nya frågor direkt efter berättelser. De båda parterna kan försöka strukturera de olika historierna i sammanhängande historier. Intervjuaren kan inleda med att ställa en fråga om en särskild händelse, exempelvis "kan du berätta för mig om din uppväxt?". Efter den inledande frågan är intervjuarens roll att vara tyst och låta respondenten berätta, man kan då och då ställa följdfrågor för att hjälpa respondenten att komma vidare i sin historia. (Kvale & Brinkman, 2009, ss. 169-171)

Jag valde speciellt dessa två metoder för syftet med hela studien. Att ta reda på hur respondenterna själva upplevt sin barndom. Med de semistrukturerade frågorna kunde jag styra intervjun i den riktning som jag ville, men ändå ge utrymme för fri berättelse. Vissa av frågorna i min intervjuguide behövde inte ens ställas i vissa intervjuer. Mina respondenter var i många fall så duktiga att berätta om sina liv och upplevelser så det jag ville veta blev besvarat utan att jag behövde fråga.

4.2 Val av respondenter

Arbetet avgränsas på så vis att de som intervjuats är alla födda på 90-talet. Detta eftersom för stor spridning i ålder skulle få konsekvenser för realiteten. De som växt upp under samma era har någorlunda samma uppväxtmiljö gällande utbud av sociala tjänster, stigmat kring psykisk ohälsa och i allmänhet hur världen såg ut. Respondenterna har också på så vis ett färskare minne av sina upplevelser.

Respondenterna efterlystes via Facebook. Både i en sluten grupp för Österbottningar, samt på min privata Facebook sida som en stor del av familj och vänner delade vidare vilket resulterade i en relativt bred spridning av min *efterlysning*. Jag klargjorde redan under efterlysningen mitt syfte, vilken åldersgrupp jag sökte och att de var anonyma under studien. Jag fann 6 stycken respondenter som passade in i min studie. Man kan konstatera att de var ett subjektivt urval. Alla respondenter var frivilliga. (Kvale & Brinkman, 2009, s. 115)

4.3 Datainsamling

Intervjuerna skedde via Microsoft teams. Orsaken var främst att respondenterna var utspridda över Österbotten med långa avstånd mellan varandra. Vilket gjorde det svårt att träffas för intervju i verkligheten. Trots att någon av respondenterna bor på närmare håll ville jag behandla alla lika. Frågorna skickades ut på förhand. Jag valde att göra så eftersom frågorna var relativt många till antalet och jag ville ge dem en möjlighet att tänka efter och dra sig till minnes före intervjun. Om man får 11 frågor (samt vissa följdfrågor) under en intervju som man inte sett på förhand är det större chans att man blir mera *ställd* och glömmer att berätta en del. I samma dokument som jag skickade ut frågorna i hade jag sammanställt syftet med min studie. Jag klargjorde igen att de var anonyma samt att de inte behövde svara på frågor som gjorde dem obekväma. Under intervjun klargjorde jag detta igen, samt presenterade syftet och tackade för att de ville delta. Ingen avstod från att svara på några frågor.

Intervjuerna spelades in via Microsoft Teams, samt transkriberades. Alla intervjuer blev raderade efter studien färdigställd. Vilket jag också informerade respondenterna om, de gav sitt samtycke.

4.4 Etiska ställningstaganden

Som forskare står man framför en rad etiska frågor när man börjar fundera på sin intervju. Vilka konsekvenser får studien? Vilka goda effekter får undersökningen? Hur skyddar man respondenternas identitet? Dessa är bara några av frågorna som uppstår när man står inför etiska ställningstaganden. (Kvale & Brinkman, 2009, ss. 84-85)

Konsekvenser som studien kan få för respondenterna är att de behöver minnas och återge händelser och situationer från uppväxten och barndomen. Detta kan i många fall upplevas som smärtsamt. Konsekvenserna måste bedömas enligt den skada som deltagarna möjligen kan lida och den nytta deras deltagande kan bidra till. Den etiska principen att man bör göra gott betyder att risken att en respondent ska lida skada ska vara så minimal som möjligt. Goda effekter studien kan ha är att andra i liknande situation kan dra nytta av deras upplevelser och känna en slags gemenskap med dem. Respondenternas identitet borde inte under några omständigheter röjas. Alla intervjuer har raderats efter studiens slut. Samt finns inga uppgifter i själva studien om respondenterna annat än deras historier.

Vill säga det finns inte mycket, om ens något som kan röja dem. Bostadsort, namn, ålder och annat som kan ge en aning om vilken person det rör sig om finns inte. (Kvale & Brinkman, 2009, ss. 85-88)

4.5 Analyismetod

I analysen kopplas respondenternas upplevelser till teorin. De jämförs också med varandra och vilka likheter och olikheter som finns i deras upplevelser, konsekvenser av uppväxten, relationen till föräldern idag och stödet de fått under uppväxten.

5 Resultat

Nedan redovisas resultatet av intervjuerna. Jag har valt att ge namn till mina respondenter i form av R1 – R6 för att behålla sekretessen. Valet att ge dem dessa namn grundar sig också i att bättre kunna följa med i deras livsberättelser. För en ökad förståelse för respondenterna kommer jag att citera stora delar av deras intervjuer. Jag anser dessutom att det gör resultatet mera levande. Själva intervjun är uppdelad i tre delar; *uppväxten*, *stödet* och *det vuxna livet*. De hör direkt ihop med mina tre frågeställningar.

5.1 Respondenternas bakgrund

Jag hade redan på förhand tagit reda på en del av respondenternas bakgrund för att se om de passade in i min studie. Dock enbart hur gamla de var och vilken slags mental ohälsa deras förälder lidit av. Det visade sig att flera av respondenterna haft fäder med psykisk sjukdom, vilket jag först ansåg lite förbryllande, med tanke på att teorin lyfter fram att kvinnor i större utsträckning drabbas. Av respondenterna är fyra kvinnor och två män.

Först presenteras R1, hon är en kvinna som kommer från en bakgrund där pappan lidit av periodisk depression, social fobi och ångest under hela hennes livstid.

Två av respondenterna kom från en bakgrund med pappor som led av schizofreni. De behövde beklagligen också uppleva att modern fick mentala problem till följd av pappans diagnos. R3 är en man vars pappa drabbades av schizofreni när han var kring 9 år. Pappan led också av svår ångest. Som resultat av pappans sjukdom utvecklade mamman en depression.

R6 är en man vars pappa varit schizofren så länge han kan minnas. Han har två syskon som han känt att han behövt ta hand om under de svåraste sjukdomsperioderna. R6s mamma utvecklade panikångest till följd av pappans sjukdom. De båda hade också fått uppleva intagning på sjukhus för föräldern. R6 berättade följande om hur han tyckte det var på mentalsjukhuset:

”Det kändast kallt där, alla andra patienter såg ut som zombies och väggarna var så höga att de aldrig verkade ta slut.”

Tre av respondenterna kommer från en bakgrund präglad av borderline. R2 är en kvinna vars pappa lider av borderline personlighetsstörning. Under uppväxten diskuterades aldrig om pappans diagnos det är först på senare tid som R2 själv tagit upp med sina föräldrar hur illa hon upplever att uppväxten varit och då fått svar. R2 beskriver också att mamman uppvisat liknande beteende som pappan.

R4 är också en kvinna vars mamma lider av borderline. Mamman har uppvisat beteendet hela R4s liv men först fått diagnos för tre år sedan. R4s föräldrar skilde sig när hon var 7 år. Hon har i regel bott mest hos mamman sedan dess, men också hos pappan.

”Mamma använde mycket våld mot min pappa, han blev ofta slagen av henne.” (R4)

R5 har en mamma med både diagnosen bipolär och borderline. Hon är en kvinna som berättar att hon upplevt omsorgssvikt sedan tidig ålder på grund av mammans sjukdom samt pappans aggressionsproblem.

”Jag har tydliga minnen av hur mamma låg i sängen hela dagarna när jag var kring 4 – 5 år. Hon vaknade inte fast hur jag ropade. Jag minns tydligt av hur jag satt och tittade samma VHS filmer om och om igen i min ensamhet.” (R5)

R2 och R5 berättar om hur rädda och ensamma det känt sig under sin uppväxt. Om de gjorde något litet misstag blev föräldrarna riktigt arga, de kände inte att de fick någon kärlek när de växte upp. R5 vittnar om att ha känt en viss oro för mammans hälsa tidigt i livet, hon berättar följande:

”Mamma kunde stänga in sig i sitt sovrum i flera dagars tid och bara sov och grät. Ibland smög jag in där för att se om hon fortfarande andades. Ibland kunde vi också höra hur hon låg och bad till gud att han skulle döda henne.”

Jag blev då intresserad av att veta när respondenterna blev medvetna om att deras förälder hade en psykisk sjukdom? Det gav varierande resultat, men de flesta blev medvetna om det först i tonårs åren, med ändå haft en aning om att något inte var som det ska med föräldern.

"Jag visste ju att det var något fel när alla andras pappor kom på julfester och skidresor men inte min pappa. När jag var 17 år och min mamma dog berättade han själv om sin ångest och sociala fobi. Det kändes lättare på ett vis att veta var skon hade klämt för honom" (R1)

Både R2 och R4 hade under en längre tid förstått att deras familj var annorlunda, men båda föräldrarna hade först fått en diagnos när de var vuxna. De kände båda att desto äldre de blev desto mer medvetna blev de om att allt inte stod rätt till. De hade båda flyttat hemifrån så fort som möjligt för att komma undan den besvärliga hemmiljön.

"Jag har nog känt hela min barndom att så här ska inte en familj vara. Det fanns ingen kärlek." (R2)

"Jag började misstänka att mamma hade problem när jag kom upp i tonåren. Jag skämdes ibland för hennes beteende och underliga regler. När jag blev myndig flyttade jag fort hemifrån. Då googlade jag hennes beteende och kom nog nästan där och då fram till att hon hade borderline." (R4)

R5 kände att hennes familj inte var en bra familj tidigt. Pappan var konstant elak, mamman sjönk mellan depressiv och hyperaktiv på grund av sin bipolära diagnos, vilket gjorde hemmiljön väldigt oviss. Mamman var inte heller någon snäll person och sa många elaka saker. R5 beskriver att hon kände att hon behövde röra sig som en fjäder i huset för att inte märkas och skapa utbrott från föräldrarna. Relationen mellan föräldrarna var dålig under uppväxten och pappan flyttade ut när hon var 12 år. Det resulterade i att mamman inte klarade av att ta hand om barnen och betedde sig ännu konstigare än annars. Hon berättar följande om situationen:

"Min pappa flyttade ut när jag var 12 år. Jag var så glad att han skulle flytta för han var en sådan elak människa, men det visade sig att det var pappa som hållit ihop familjen. Mamma föll ihop totalt, grät hela tiden och började inbilla sig saker. Hon klarade inte alls av att

sköta hushållet och kastade ut vår smutsiga disk i snön tills vi inte hade några rena tallrikar kvar. Då förstod jag att hon var sjuk". (R5)

R6 vars pappa lider av schizofreni hade varit sjuk så länge han minns, men i början av lågstadiet blev sjukdomen värre och pappan började ha obehagliga utbrott ibland. Under några års tid blev pappans utbrott bara tätare och tätare. R6 berättar att han känt sig mycket rädd för pappans beteende, men känt att han behövt skydda sina yngre syskon och tagit med dem ut på en promenad när situationen blivit riktigt obehaglig. Föräldrarna skildes för ett tag efter en incident då pappan använt våld mot mamman så R6 bevittnat det. Då var han 12 – 13 år. Pappan blev då inlagd på sjukhus för vård. R6 fick då vetskap om diagnosen. Han uttrycker sig på följande vis:

"Min pappa blev mer och mer sjuk när jag var kring 12 – 13 år. Han hade utbrott åtminstone två gånger i veckan. Jag minns hur hans ansikte såg ut, han hörde säkert riktigt obehagliga röster." (R6)

R3 som också fått uppleva schizofreni berättade att pappan blev intagen på sjukhus när han var kring 9 år. Det talades då öppet om pappans diagnos men R3 konstaterar följande:

"Vad förstår en 9 åring om schizofreni?" (R3)

Som näst ville jag veta hur de upplevde att omvärlden behandlat dem. Om de blev marginaliserade eller särbehandlade på grund av familjens situation. Alla respondenter berättade att de inte berättat för någon om föräldrarnas sjukdom under de tidiga uppväxt åren. Men två av respondenterna hade anförtrott sig åt någon vän under tonåren. Hälften av respondenterna berättade att de kände att de blev isolerade på grund av föräldrarnas sjukdom. Medan de tre som inte kände så konstaterade att ingen heller visste hur det var i familjen.

R2 berättade att ingen visste hur dåligt det var i hennes familj. Hon vågade inte heller berätta för någon före hon gick i gymnasiet. Föräldrarna kunde hålla fasaden uppe för utomstående.

"Ingen visste om vår situation. Mina föräldrar klarade bra av att hålla fasaden uppe för utomstående. Jag vågade aldrig heller berätta för någon hur hemskt det var där hemma.." (R2)

R3 vars pappa lider av schizofreni känner att han blivit mer och mer utfryst ju äldre han blev. Han tror själv att det berodde på att de andra barnen kring honom också blev mera medvetna om vad schizofreni betydde och att det något dåligt. R6 vars pappa också hade schizofreni vittnar om det samma och berättar också att människor runt dem blev medvetna om pappans sjukdom i samband med att han uppträdde konstigt bland folk. Vilket inte hjälpte familjens situation.

R4 vars mamma lider av borderline upplevde främst att mamman blandade sig i allt i hennes liv och ville att hon skulle prestera bra i skolan, vilket ledde till att mamman ofta kom till skolan för att prata med lärarna. Vilket R4 upplevde som mycket pinsamt. Hon berättar också att mamman inte ville att hon skulle ta hem kompisar till huset eller leka med andra barn i grannskapet. Detta ledde till att R4 kände sig mer socialt isolerad.

"Jag kände att de andra eleverna dömde mig för det, ingen annans mamma kom till skolan så ofta. Mamma var också nojig när det gällde andra barn och ville inte ha andra barn i huset. Hon tyckte inte heller om när jag lekte med andra barn på gatan, hon fick galna tankar om dem då också. Så jag kände mig faktiskt ganska isolerad och att min familj var så väldigt annorlunda mot andra familjer." (R4)

R5 upplevde att ingen riktigt visste vad som hände bakom låsta dörrar i hennes familj. Mamman ville inte ha kontakt med andra vilket resulterade i mycket sporadisk kontakt med andra släktingar.

"Det var ingen som visste hur det riktigt var med vår familj. Vi hade ingen riktig kontakt med våra andra släktingar heller" (R5)

5.2 Har det funnits något stöd?

En central aspekt gällande respondenternas upplevelser var att få kännedom om de fått något stöd från någon och hur det stödet hjälpt deras situation? Fem av respondenter berättade att de inte tyckte att det funnits något stöd. Medan en av respondenterna inte upplevde att något särskilt stöd behövdes.

"Jag upplevde inte att jag behövde stöd på grund av pappas diagnoser, man tänkte bara att han hade en dålig dag, när ingen förklarade för mig då varför det var så." (R1)

”Nej, det fanns inget stöd. Man fick försöka överleva själv” (R5)

Vilket slags stöd skulle behövs? Är det något som speciellt saknats? Var min nästa fråga till respondenterna. Fem av respondenterna ansåg att de skulle behövs stöd till de anhöriga för att få förståelse för förälderns sjukdom och för att bearbeta de egna känslorna kring den. Två tyckte att de kunde behövt mera stöd från den friska föräldern.

”Det är svårt att säga vilket slags stöd man skulle behövt nu i efterhand. Men jag fick inget stöd hemifrån. Jag skulle nog behövt något emotionellt stöd, någon som peppat en och någon som lyssnat på en och frågat hur man mår” (R2)

”Jag kan önska att någon skulle sett hur dåligt vi hade det och ringt socialen.” (R5)

R6 och R3 som båda upplevt förälderns intagning på sjukhus i samband med den psykiska sjukdomen berättar båda att de skulle önska att de fått stöd från sjukhuset. R6 känner sig i efterhand rent ut av förbryllad över att det inte ens erbjudits stöd där och tycker att det är något som borde förbättras från mentalvårdens sida.

”Stöd till anhöriga över lag, Pappa blev ju trots allt intagen på sjukhus för sina mentala problem så jag kan tycka att de kunde ha tänkt på oss i familjen också. Vad vi upplevde för känslor.” (R6)

Nästa fråga var vilka andra människor i deras närhet som varit deras stöd när deras egen familj inte räckt till. Nästan alla respondenter vittnar om att det har funnits far och morföräldrar i bilden som tagit hand om dem. Men det är bara R4 som känt att det gått att prata om mammans psykiska sjukdom med både pappan och farmor. R4 känner dock en slags konflikt gällande pappan och farmor och berättar följande:

”Jag var oftast måndag till torsdag hos mamma. Sen var jag helgen hos pappa. Pappa och farmor talade öppet om mammans mentala problem för mig redan när jag var 8 – 9 år. I efterhand kan jag tycka att det var en börda att behöva höra allt vad de sa om henne. Trots att de tyckte att hon var så hemsk släppte de ändå alltid gladeligen av mig där igen på söndag kväll.” (R4)

Tre av respondenterna kände att de fått ett slags stöd från far och morföräldrar, men de pratade inte om hemma situationen. De uppgav att det främst var skönt att komma bort från familjen och vara hos far eller morföräldrarna. R2 uttryckte sig på följande vis:

"...man slapp att vara hemifrån så vi var mycket till mormor, där var det tryggt. Där fick man bara vara" (R2)

R5 tyckte inte att hon kunde anförtra sig åt någon under barndomen. Det fanns oftast inga far och morföräldrar med i bilden. Men under tonåren ändrades pappans beteende en aning och han kunde visa sig mera tillgänglig.

"Jag insåg när jag gick i högstadiet att pappas aggressionsproblem nog grundades i att han var för belastad. Han arbetade hela tiden för att hålla oss flytande. Mammans psykiska problem tärde nog också på honom. När de skildes blev han som en annan person. Men ändå har han aldrig tagit något ansvar för hur dåligt behandlade vi blev under min barndom." (R5)

Vilka är dina egna styrkor och resurser som gjort att du klarat dig? Det var den svåraste frågan under hela intervjun. Bara R2 hittade något hon tyckte varit en flyktväg. R1 ansåg att hon inte lidit så stor skada av pappans ångest att hon behövt något speciellt. Resterande av respondenterna förundrade sig mest över att de ens klarat sig när de nu ser tillbaka på sina liv.

"Jag hittade min tillflykt i musik och böcker. Jag fick då gå in i mig själv och hittade på så vis en flyktväg" (R2)

5.3 Det vuxna livet

Sen övergick konversationen mer på det nuvarande, vuxna livet. Min första fråga var då om de trodde att deras uppväxt påverkat deras val av livspartner? I så fall på vilket vis? Två av respondenterna berättar att de hamnat i mycket dåliga relationer. De alla vittnar om att de känt sig så skadade när de börjat söka sig en livspartner att de sökt sig till någon annan som också lidit av mental ohälsa. Tre av respondenterna har idag tagit sig ur destruktiva mönster och kan säga att de är lyckligt gifta. Tre andra berättar att de känner sig mycket reserverade inför ett förhållande och det är inget de söker. Två av de som idag anser sig ha ett bra förhållande berättade följande om tidigare relationer:

"I en tidigare relation hade jag en partner som inte behandlade mig så bra. Jag tror att jag ändå valde att vara med honom eftersom jag ville ha uppmärksamheten. I efterhand kan jag tycka att han också var mycket lik min pappa. " (R2)

”Min första pojkvän var konstant otrogen mot mig, han levde på mina pengar och arbetade inget själv. Jag var så naiv och trodde att han var mitt livs kärlek att jag tog tillbaka honom gång på gång. Till slut efter flera år gjorde jag slut för gått. Det är svårt att förstå nu hur jag kunde leva såhär när jag har en kärleksfull man nu, men jag behövde väl bara ha någon i mitt liv och kunde inte tänka mig att vara ensam”. (R5)

Sen ville jag veta om respondenterna hade egna barn och hur deras egen uppväxt format relationen till de egna barnen och hur de ser på föräldraskapet. Tre av respondenterna hade egna barn. De berättade följande om det:

” Jag har tänkt att jag själv inte vill föra över min sociala ångest på dem, så jag tänker mycket på hur jag ska göra för att det inte ska bli så.” (R1)

” Jag har alltså tänkt att får jag egna barn så ska jag aldrig behandla dem som jag själv blev behandlad som barn. Under min barndom fick man gå som på äggskal för att inte uppröra föräldrarna. Men jag kan också säga att det är jättesvårt att försöka bryta mönstret. Jag har fått arbete mycket med det. Det är små saker som att barnen tappar ett glas mjölk på golvet som jag kan bli arg över. Men jag brukar försöka tänka att jag tar ett steg tillbaka och andas lite. Det är ju trots allt bara materiella saker.” (R2)

R5 kunde konstatera att hon inte ville att hennes barn skulle behöva uppleva samma barndom som hon själv. Hon berättade att hennes egen mamma inte haft någon bra relation till sina egna föräldrar och konstaterade följande:

”Jag vill inte att historien ska upprepa sig. Jag vet att min egen mamma inte heller hade någon bra mamma och det bidrog antagligen till hur det blev med henne.” (R5)

De kunde alla tre också konstatera att de ville bryta ekorrhjulet. De var på ett vis rädda att de inte skulle vara bra föräldrar på grund av vad de varit med om i sin egen barndom, men de försökte allt vad de kunde att vara bättre föräldrar. En av de som inte har barn konstaterade följande:

”Som de ser ut nu kommer jag aldrig att ha egna barn. Jag är alldeles för rädd att jag inte ska klara av att ge dem ett bra liv.” (R6)

Vidare undrade jag över deras egen mentala hälsa och om de själva lidit av någon form av psykisk ohälsa. Samt om de tror att det hänger ihop med deras uppväxtförhållande? Alla

respondenterna hade själv upplevt psykiska problem, de trodde alla att deras egna besvär var kopplade till uppväxtförhållandena. R1, och R3 hade fått samma diagnoser som föräldern har. R6 har varit deprimerad vilket resulterade i hans senare alkoholmissbruk. Alla respondenter vitnar om depression som resultat av deras upplevelser under uppväxten. Alla respondenter konstaterade också att de hade en mycket dålig självkänsla och självförtroende som resultat av uppväxtförhållandena. R1 berättade följande om upplevelsen av sin ångest:

"Alla möten och samtal måste nog planeras. Jag vill inte göra något spontant" (R1)

R2 och R3 har besökt psykolog några gånger under det vuxna livet för att kunna börja bearbeta sina känslor och gå vidare. R3 har blivit diagnostiserad med både ångest, depression och PTSD till följd av uppväxtförhållandena. R2 berättade följande om hur hon sökte hjälp:

"Det var nog när jag fick egna barn som jag insåg hur dåligt jag haft det i min uppväxt och behövde få bearbeta mina känslor. Efter mitt andra barns födelse blev jag diagnostiserad med panikångest. De tros hänga ihop med mina känslor för min egen bakgrund" (R2)

R5 känner sig flera gånger förvånad över att hon klarat sig helskinnad ur sin traumatiska barndom. Hon började redan under gymnasietiden uppsöka psykisk hjälp. Hon berättar följande om sin psykiska hälsa:

"Jag har haft riktigt svåra depressioner under mitt liv. Det har nog haft mycket att göra med att jag aldrig känt mig trygg eller ens vetat hur jag ska bearbeta mina känslor. Jag är nästan förvånad att jag klarat mig så bra." (R5)

R6s uppväxtförhållanden ledde till att han i unga år försökte döva sin smärta med alkohol. Han tror att hans beroende började redan under första året av gymnasiet, då han var 16 år. Hans alkoholkonsumtion eskalerade till slut och ledde till ett missbruk. Mamman reagerade till slut och fick honom intagen på rehab när han var 19 år.

"I några års tid klarade jag av att sköta de små jobb jag hade på sidan av skolan, jag behövde ju trots allt ha pengar till mitt festande, men sen när jag hållit på en tid kunde jag inte sköta mitt liv. Det sjuka är att jag var 19 år vid den här tiden. Jag hade ett så enormt ego att jag inte kunde inse att jag var sjuk, alla som sa nått om det var bara idioter. Trots

att jag satt och skakade och hade svårt att tala. Mamma och pappa fick mig intagen till slut.” (R6)

Som nästa funderade vi över hur relationen till föräldrarna ser ut idag. Varpå jag fick mycket varierande svar. R1 vars pappa själv berättat om sina diagnoser ansåg sig ha en bra relation med honom idag.

” Vi är väldigt nära varandra och pratar i telefon flera gånger om dagen. Jag sköter pappas bankärenden, har koll på att mediciner finns på recept och sköter andra ärenden som kräver dator eller identifiering. Behövs det personlig kontakt med exempelvis försäkringsbolaget sköter jag ärendet med att skriva meddelande till dem via pappas identifiering. ” (R1)

De tre respondenterna som hade en förälder med borderline berättade följande om deras relation idag.

”Det är som att vi sopat allt under mattan. De är världens bästa mormor och morfar, helt olika till vad jag upplevt själv. Men jag märker att mamma har några slags skuld känslor nog. Hon ger mig ofta pengar fast jag inte uttryckt att det är något jag behöver. Men vi pratar absolut inte om va som pågått under min uppväxt. Om jag och min syster någon gång kommenterat något om pappas beteende blir han väldigt offensiv och säger saker som ”inte var de nu sådär farligt”, så jag tror nog han lever i förnekelse.” (R2)

”Jag försöker ha kontakt med mamma, hon är så ensam. Över telefon är vår relation ganska bra, men om vi träffas har vi alltid stora gräl. Oftast börjar vi gräla för att mamma fortfarande behandlar mig som ett litet barn. Jag orkar inte höra på hennes gnäll och hennes bestämmelser angående mitt liv som om jag inte skulle vara kapabel att göra egna beslut. Så våra gräl slutar oftast i att jag tar upp min uppväxt. Det går bra så länge jag försöker ignorera alla hennes kommentarer och hålla mig lugn.” (R4)

”Jag har försökt uppta kontakten med dem igen (de är skilda). Jag har kontakt med pappa, vi har en bättre relation nu än när jag växte upp. Jag försöker ha kontakt med mamma men det är svårt. Hon tar inte sina mediciner och sjukdomen har blivit ännu värre. När vi pratar kallar hon mig ofta elaka, förnedrande saker. Alla andra i min släkt har sagt upp kontakten med mamma, men jag försöker fortfarande. Det är hjärtekrossande att veta att hon är helt ensam”. (R5)

De två respondenterna som växt upp med en schizofren förälder beskrev båda att de försöker tänka att föräldern inte kunde rå för sin sjukdom. R3 bor fortfarande hemma hos föräldrarna medan R6 bor för sig själv. De beskrev sina relationer till föräldern på följande vis:

“Vår relation är aningen ansträngd. Jag tror den skulle vara bättre om jag skulle få distans från dem, men jag lever fortfarande med dem på grund av mina studier. Jag vet inte om jag någonsin kommer att förlåta dem för allt jag varit med om, men på ett vis kan jag tycka att det är skönt att ha koll på dem också.” (R3)

“Kontakten med pappa är ganska dålig. Jag helt enkelt orkar inte ha kontakt med honom när han är nere i en sämre sjukdoms svacka. Det känns ibland grymt att erkänna, men jag behöver prioritera mitt egna mående. Vi pratar i telefon ibland, men vi ses sällan.” (R6)

Slutligen bad jag dem beskriva upplevelsen av att växa upp med en psykiskt sjuk förälder. De kunde alla konstatera att de önskade att de skulle haft en normal barndom. R2 och R5 beskriver att deras uppväxt miljö saknade kärlek och det var något de saknade i sina liv. R2 berättade följande om sin upplevelse:

“Jag känner mig ibland så bitter. Bitter över att jag behövde uppleva det här. Bitter över att jag aldrig känt mig älskad under min uppväxt. Bitter över hur dålig självbild jag har eftersom jag fått höra så mycket elaka kommentarer under min uppväxt. Jag fick lägga lock på alla mina känslor. Jag vandrade som på äggskal alla gånger jag var i närheten av pappa och ibland också mamma. Det var tungt. Det var en konstant stress”.

R1 beskriver sin upplevelse på följande vis:

“Jag upplever att jag själv börjat se världen i svart och är väldigt pessimistisk på grund av hur pappa var när jag växte upp. Men jag trodde ju att det va normalt, att det var så man skulle vara.”

R3 och R6 sa båda att de behövt växa upp snabbt. R3 hade inga syskon men kände att hen behövde börja fostra sig själv. Medan R6 hade två yngre syskon som hen kände att hen behövde ta ansvar för och på så vis behövde växa upp snabbt.

R6 berättade följande om sina upplevelser av pappans sjukdom:

”Jag har under stora delar av min uppväxt känt att jag bara haft en förälder. Man kan inte ha ett samtal med pappa. Han är så paranoid att han inte lever i samma verklighet som oss andra. Därför har jag också känt att jag behövt ta ansvar över mina två yngre syskon, eftersom pappa inte kunnat vara en pappa.”

Fem av respondenterna vittnar också om att de känt sig rädda för sin sjuka förälder. Tre av respondenterna har varit rädda för att föräldern ska dö. R5 berättar att hen varit rädd att mamman ska dö när hon stängt in sig i sovrummet i långa perioder. Hen berättar också följande:

” Ibland såg jag inte mamma på flera dagar. Hon totalt isolerade sig och la täcken och kuddar i dörrspringorna till sovrummet så inget ljus kunde komma in. Efter långa perioder med ingen kontakt kunde hon se riktigt mager ut. Jag känner att jag aldrig riktigt kunnat lita på mamma. Jag kände också en stor stress över att mamma en dag skulle ligga död. Jag önskar verkligen att inget annat barn ska behöva uppleva min grymma barndom.”

R3 berättade följande om sin upplevelse av pappans sjukdom:

”När pappa först insjuknade var jag ofta rädd för honom. Jag undvek ofta att se honom i ansiktet, hela hans ansikte sjönk in på ett konstigt sätt. Han såg plågad ut. Det var skrämmande att se hur han förnedrades, beteendemässigt också. Jag var ändå så liten när han insjuknade att jag trodde på mycket av hans paranoidea tankar och var rädd att dåliga saker skulle hända oss. När pappa blev riktigt sjuk hamnade jag mycket att ta hand om mig själv. Mamma var så belastad att hon inte förmådde sig att ta hand om mig.”

R5 har redan konstaterat att mammans borderline diagnos ställde till det för henne gällande vänskapsrelationer och konstiga regler. R5 beskriver kort och gått upplevelsen på följande vis:

”Jag skämdes över henne, det var en stress att hon skulle komma och skämma ut mig.”

6 Sammanfattande diskussion

I detta avsnitt diskuteras de viktigaste resultaten som kommit fram under studiens gång samt en jämförelse mellan tidigare forskning och resultaten. Förslag på framtida forskning och kritisk granskning kommer också att diskuteras nedan.

Under sammanställningen av intervjuerna märktes ganska snabbt att fått uppleva olika trauman och påfrestningar på grund av föräldrarnas psykiska sjukdom. Men dessa trauman och påfrestningar har kommit i mycket olika former. Fyra av respondenterna har en far som varit psykiskt sjuk och två en mor med psykisk ohälsa. Det man kan konstatera är dock att de alla känt sig förvirrade under uppväxten. De har misstänkt att allt inte är som det ska med föräldern, men varit för unga för att förstå mer. Det är bara i ett av fallen där föräldern själv berättat om sin diagnos.

Syftet med arbetet har varit att beskriva respondenternas upplevelser av föräldrarnas psykiska sjukdom samt hur det format deras vuxna liv. Alla mina respondenter vittnar om det som Murphy m.fl (2011) beskriver: Känslan av skam till följd av föräldrarnas sjukdom. Hälften av respondenterna vittnar om att de också känt sig socialt isolerade och fem hade upplevt ständiga förtroendeproblem i förhållandet med föräldern. I fem av fallen hade respondenterna också känt att de övervakat föräldrarnas beteende för att få en uppfattning om på vilket humör föräldern var den dagen eller för att få en uppfattning om sjukdomstillståndet höll på att försämrans. Det vill säga att det som litteraturen beskriver stämmer bra in på hur respondenterna beskriver att de känt (se kapitel 2.5.1). Men i flera fall har inte bara respondenten själv utvecklat psykisk ohälsa på grund av föräldrarnas psykiska ohälsa, utan också den andra föräldern har blivit drabbad. Det beskrivs också under kapitlet *3.0 hur psykisk ohälsa påverkar familjen*. Detta i sin tur bidrar till en ännu otryggare uppväxtmiljö för barnet i fråga.

Två av respondenterna hade en förälder som insjuknat i psykos. De beskrev också att de inte visste vad som hände när föräldern insjuknade och började säga en massa konstiga saker. De beskrev också att kände sig rädda för föräldern. De kände både rädsla för föräldern när denne sa konstiga saker samt en rädsla att förälder skulle dö till följd av sjukdomen. Det stämmer relativt bra med vad Somers (2007) beskriver gällande barns känslor när en förälder insjuknar i schizofreni. (Se kapitel 2.5).

Tre av mina respondenter hade en förälder med emotionellt instabil personlighetsstörning - borderline. I ett av fallen kan man konstatera vad litteraturen säger (se kapitel 2.4.1 Borderline), att det inte är borderline i sig som få en person att söka sig till vården och få en diagnos. Utan de är oftast samsjuk med någon annan psykisk sjukdom som slutligen får dem att söka vård. I de två andra fallen kunde man konstatera att de varit sjuka med

borderline hela respondenternas liv, men fått diagnos mycket senare i livet på grund av att det först då eskalerat så mycket att de behövt hjälp eller att anhöriga sökt hjälp för att kunna hantera situationen. Som beskrivs i litteraturen beskrev alla tre respondenter att de fått passa sig för att inte göra några misstag för att utlösa föräldrarnas emotionella utbrott. Man var ofta rädd att *vulkanen skulle få utbrott*. (Se kapitel 2.4.1 Borderline). De beskrev också vad jag kan tolka som psykisk och emotionell misshandel. Föräldern hade ständigt hackat på dem under uppväxten och sagt fula och sårande saker till respondenten dagligen. De vittnade alla om att de haft en mycket dålig självbild under uppväxten och känt att de var mycket mindre värda än andra människor.

Alla respondenter vittnar om att de har egna mentala problem som resultat av deras uppväxt och föräldrarnas mentala problem. Detta understöds också av Hedman Ahlström (2019) som berättar hur hela familjen påverkas av den psykiska sjukdom som präglar familjen och om familjen inte får något stöd riskerar de själva att behöva söka sig hjälp. (Se kapitel 3 Hur psykisk ohälsa drabbar familjen). Man kan också konstatera att de flesta av respondenterna inte fått någon hjälp utifrån, men ändå kanske haft bättre möjligheter eftersom den andra föräldern varit frisk och fungerat som ett stöd. Detta understöds av Reupert & Maybery. De berättar också om att barn till föräldrar med psykisk sjukdom är mera benägna att själva uppleva psykisk sjukdom än barn som inte har en förälder med psykisk sjukdom.

Fyra av respondenterna kan man anse har varit med om olika trauman under sin uppväxt. Dessa trauman har varit förskräckande händelser som ägt rum under en längre tid. Respondenterna har fått uppleva både våld mellan föräldrarna, försummelse och varit med om olika skrämmande sjukdomsepisoder som i vissa fall lett till intagning. Man kan konstatera att dessa fyra respondenter inte haft någon bra uppväxtmiljö eller någon trygg anknytning till föräldrarna. De har upplevt mer av riskfaktorerna enligt stress – sårbarhetsmodellen än skyddsfaktorer. Vilket man kan se har direkt påverkat deras egen mentala hälsa. En av respondenterna uttrycker till och med att han lider av post traumatisk stress efter alla trauman som pappans sjukdom medfört. Två av respondenterna kunde konstatera att de varken vågat vända sig till mamman eller pappan, det vill säga att de under hela sin uppväxt inte haft någon trygg anknytningsperson (Se kapitel 3.1 Anknytning).

I kapitel 3 konstateras dock att en förälders mentala ohälsa i sig inte är lika med dåligt utfall för familjen utan det är många variabler som utgör hur det går för de anhöriga. Fyra av respondenterna vittnar om att de känt att de haft ett bra band till den ena förälder tidigt i uppväxten, men under den andre förälderns sjukdomstid har det bandet kunnat försämrats. Litteraturen konstaterar att ett barn behöver en trygg anknytning till minst en person för att själv utvecklas till en trygg individ. Alla mina respondenter vittnar om dålig självkänsla och svårigheter att bearbeta sina känslor, vilket kan vara ett resultat av ett otryggt anknytningsmönster, psykiskt våld och försummelse.

En annan av mina frågeställningar berörde huruvida man fått något stöd och hur det stödet upplevts. Att börja med kan jag konstatera att alla respondenter känt sig ensamma med bördan av förälderns sjukdom. Det är inte något som de velat berätta för någon, utan hållit för sig själv. I de flesta fall har de inte heller fått något stöd från någon annan utan bara behövt tackla problemen själva. I hälften av fallen hade respondenterna en annan förälder som de kände var mera trygg. Hälften av respondenterna vitnade också om att de hade far och morföräldrar som de kunde åka till för avlastning, men de kunde inte anförtro sig till dem och ventilerade och berättade om stressen och påfrestningarna som förälderns sjukdom medförde. Detta i sig utgjorde en riskfaktor för respondenterna, att inte ha något riktigt stöd utifrån. För de av respondenterna som hade en annan förälder som kunde ta hand om dem och de kunde lita på hade på så vis ett skydd. Tyvärr hade fyra av respondenterna också svårt att knyta an till den friska föräldern. För två av dem hade den andra föräldern varit frisk en större del av uppväxten och kunde då visa sig tillgänglig. Så för de flesta av respondenterna har det funnits många riskfaktorer inom familjen. Två av respondenterna hade också upplevt skilsmässor och fyra av respondenterna vittnade om att föräldrarnas relation var knagglig, vilket också ses som en riskfaktor. (Se kapitel 3.3.1 stress – sårbarhetsmodellen). Ingen av respondenterna ansåg att de fått hjälp av vården, trots att de personligen varit i kontakt med vårdinrättningar när föräldern varit intagen.

Hur beskriver man sin nuvarande relation till den sjuka föräldern? Den frågan blev så pass bred att den handlade om relationen till båda föräldrarna. Det visade sig att det hade mycket att göra med vilken slags diagnos föräldern hade. R1 vars pappa själv berättat om sina psykiska diagnoser hade den bästa relationen till föräldern idag. Det jag kan läsa mellan raderna hos R1 är att hon intagit en föräldraroll över pappan. R1 beskriver att hon sköter alla hans bankärenden och biljettbokningar med mera för att pappan själv inte klara av det.

I kapitel 2.1 Ångestsyndrom beskriver Göransson att en person med ångest kan inta en roll som sjuk och det är viktigt att anhöriga hjälper på rätt sätt så inte den ångestsjuka börjar förlita sig på anhöriga med vardagliga saker. Vilket har skett i R1s situation, pappan förlitar sig helt på hennes stöd, R1 är mer som en förälder till pappan. R1 tycks ändå inte lida skada av det här arrangemanget.

Två av respondenterna som hade en förälder med borderline beskrev deras nuvarande relation som knagglig. De fick fortfarande många otrevliga och hemska kommentarer från föräldern. De upplevde också ständig konflikt med föräldern. I dessa två fall hade föräldrarna gått skilda vägar. De beskrev också att föräldern var mycket ensam och det var en stor del av varför de kände att de behövde hålla kontakten, fast det inte alltid var så bra för deras egna mående. De kände alltså fortfarande emotionell stress över föräldern. I det andra fallet av borderline hade allt sopats under mattan när respondenten flyttade hemifrån. Hon kände en viss konflikt över detta, att de inte tog ansvar över hur hennes uppväxt utspelat sig, men var ändå glad att relationen nu fungerade bättre.

De två av respondenterna som upplevt schizofreni hade båda ansträngda relationer med föräldern. Dels för att föräldern fortfarande uppvisade paranoida beteenden som gjorde att åtminstone R6 kände att det har fått räcka. R6 berättade att han behövde prioritera sin egen hälsa och att inte ha kontakt med pappan hjälpte.

Man kan konstatera att i åtminstone fyra av fallen upplever respondenterna fortfarande samma känslor som beskrivs i kapitel 2.5.1. De skäms fortfarande för föräldern, känner en emotionell stress över förälderns mående och fortfarande bristande förtroende för föräldern.

Respondenterna vittnade alla om att deras vuxna liv präglats av dålig självbild och självkänsla, dåliga relationer på grund av den dåliga självbilden och att de var rädda att bilda en egen familj på grund av hur deras egen barndom sett ut. Det beskrivs också i Patricks m.fl. studie från (2019). De tre respondenterna som hade egna barn berättade alla att de var rädda att de inte skulle vara bra föräldrar och arbetade mycket med att vara bättre föräldrar till sina barn än vad deras föräldrar varit. Det speglas i kapitel 3.1 Anknytning.

I samband med intervjun kunde alla respondenterna konstatera att de för en tid sedan aldrig skulle ställt upp på en intervju angående deras besvärliga uppväxtförhållanden. Men att de nu känner att de kan börja se på sin bakgrund mera objektivt och försöka gå vidare. Flera berättar också att det är på grund av att de börjat träffa en psykolog som de nu tagit sig så långt. Jag hittade heller inga tydliga skillnader i respondenternas upplevelser som skulle berott på kön.

6.1 Slut diskussion och kritisk granskning

Det har varit utmanande att hitta respondenter som passat in i undersökningens ramar. Jag kunde ännu under undersökningen känna en oro för hur resultatet skulle bli. I efterhand kan jag känna att jag skulle lämnat bort de som hade båda föräldrarna som hade psykiska diagnoser. Men från en annan vinkel kan jag tycka att de ändå på så vis framkom hur utmanande en psykisk diagnos kunde vara för en familj att också den andra förälder insjuknar. Det har varit utmanande att bestämma vilka delar av intervjuerna som ska tas med i själva redovisningen. Flera av respondenterna hade många traumatiska händelser som utspelat sig under uppväxten som de delade med sig av. Men många av dem rymdes inte med i redovisningen som då skulle blivit hundra sidor.

Jag känner ändå att respondenternas berättelser och svar på mina frågor speglar teorin bra. Både ur hur de beskriver föräldrarnas sjukdom samt de egna upplevelserna av sjukdomen. Det som kommer fram mindre bra och kanske främst lyser mellan raderna är deras egen sårbarhet och anknytning till föräldern. Det är ju emellertid också svårt för en respondent att koppla min teori till deras egna liv, eftersom de inte under intervjun läst teorin eller förmodligen sitter på kunskap om sårbarhet och andra faktorer som i samspel skapar deras utfall. Men det är ju också min uppgift som forskare att hitta dessa faktorer mellan raderna.

Frågan vad deras egna styrkor och resurser varit som gjort att de klarat sig var en svår fråga. Den var egentligen inte riktigt relevant till frågeställningarna men relevant i fråga om hur deras liv formats. Jag tror också att den frågan var svår för respondenterna eftersom jag egentligen var ute efter saker som självmedkänsla och problemlösningsförmåga. Men utan att ha teorin som bakgrund var det knappast något de kom att tänka på. Jag ville inte heller

sätta ord i munnen på dem och förklara vad jag var ute efter. Det är emellertid inte så lätt att bedöma realiteten och validiteten i en kvalitativ studie. Men jag kan ändå tycka att den information jag fått och redovisat speglar min teoretiska del bra, mina respondenters upplevelser är liknande som i annan forskning. Jag får anta att mina respondenter talat sanning om uppväxtförhållandena. Samtidigt får man konstatera att det är deras sanning från deras perspektiv. Skulle man intervjua andra familjemedlemmar om sjukdomstiden kanske de skulle upplevt den lite annorlunda.

Jag känner mig ändå nöjd med resultatet av studien. Det som tyvärr framkommer mest är bristen av stöd till de anhöriga. I alla fall är det vad respondenterna beskriver att har saknats. Man kan tänka att deras liv kanske skulle sett annorlunda ut om de skulle fått mer stöd. Det skulle vara intressant att göra om den här studien om 10 år, med personer födda på 2000-talet för att se om de upplever sig fått mera stöd. Vad det bristande stödet kan grunda sig i tror jag dock är att deras familjer klarat av att uppföra sig normalt bland andra så de har inte givit sken av att något är fel i familjen. Jag kan dock förundras över att mina två respondenter som haft förälder som blivit intagen på sjukhus inte upplever sig fått något riktigt stöd. Jag kan också tänka mig att i vårt modernare samhälle är det vanligare för utomstående att göra barnskyddsanmälningar när de anar att något inte står rätt till i en familj. Så förhoppningsvis utvecklas detta.

Studien i sig blev också mycket bred. Respondenternas familjekonstruktioner och uppväxtförhållanden skilde sig betydligt från varandra. Hur relationen till eventuella syskon såg ut under uppväxten och i dagens läge kunde också varit en frågeställning insåg jag när jag höll på att sammanställa alla intervjuer. I det stora hela rymmer min studie inte respondentens hela liv och alla dennes upplevelser. Men den ger ändå en bild av hur upplevelsen varit att växa upp med en psykiskt sjuk förälder.

Jag är också oerhört tacksam att ha fått ta del av mina respondenters livs historier. Det har gett mig perspektiv och insikt i hur livet kan utspelas för vissa individer. Man känner en medkänsla för dem. Men jag känner också en viss glädje i att de har kommit så långt i läkningsprocessen att de känner att de kan dela med sig av sina traumatiska liv.

7 Litteraturförteckning

- Andersson Höglund, I., & Hedman Ahlström, B. (2000). *Psykiatri*. Stockholm: Bonnier Utbildning.
- Bakermans-Kranenburg, M., & van IJzendoorn, M.-H. (2009). *The first 10,000 Adult Attachment Interviews: Distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups*. *Attachment & Human Development* 11(3):223-63. doi:10.1080/14616730902814762
- Bergström, M. (2013). *Lyhört föräldraskap - Barns utveckling och anknytning de första fyra åren*. Bonnier fakta.
- Dam, K., & Hall, E. (2016). *Navigating in an unpredictable daily life: a metasynthesis on children's experiences living with a parent with severe mental illness*. *Scandinavian journal of caring sciences*. doi:<https://doi-org.ezproxy.novia.fi/10.1111/scs.12285>
- Egidius, H. (u.d.). *Psykologiguiden*. Hämtat från [Psykologiguiden.se](https://www.psykologiguiden.se): <https://www.psykologiguiden.se/psykologilexikon/?Lookup=interpersonell> den 20 Mars 2023
- Falkov, A. (2004). *Talking with children whose parents experience mental*. Melbourne, Australia: Australian Council of Education Research.
- Gustavson, C. (2004). *När någon i din närhet har en depression*. Västerås: Ica förlaget.
- Göransson, A.-M. (2019). *Psykiatri 1*. Stockholm: Sanoma Utbildning .
- Havnesköld, L., & Risholm Mothander, P. (2009). *Utvecklingspsykologi*. Stockholm: Liber AB.
- Hedman Ahlström, B. (2019). *Familje- och barnperspektivet - att leva som anhörig*. i I. Skärsäter, & I. Wiklund Gustin, *Omvårdnad vid psykisk ohälsa - på grundnivå* (ss. 453-473). Lund: Studentlitteratur.
- Hosman, C., van Doesum, K., & van Santvoort, F. (2009). *Prevention of emotional problems and psychiatric risks in children of parents with a*. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental health*. Hämtat från https://www.researchgate.net/profile/Karin-Doesum/publication/271151830_Prevention_of_emotional_problems_and_psychiatric_risks_in_children_of_parents_with_a_mental_illness_in_the_Netherlands_I_The_scientific_basis_to_a_comprehensive_approach/links/5617cec
- Hwang, P., & Nilsson, B. (2011). *Utvecklingspsykologi* (Tredje utgåvan uppl.). Stockholm: Natur&Kultur.
- Höglund Andersson, I., & Hedman Ahlström, B. (2014). *Psykiatri 2*. Stockholm: Sanoma utbildning.
- Klefbom, J. (den 19 September 2013). *Psykologiguiden*. Hämtat från <https://www.psykologiguiden.se/rad-och-fakta/barn-och-familj/barns-anknytning>

- Kvale, S., & Brinkman, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (Andra upplagan uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Lucas, S., & Jernbro, C. (2004). Försummelse av barn – ett försummat problem. *Läkartidningen*. Hämtat från [https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/klinisk-oversikt/2014/11/forsummelse-av-barn-ett-forsummat-problem/#:~:text=Enligt%20V%C3%A4rldsh%C3%A4lsoorganisationen%20\(WHO\)%20ing%C3%A5r%20f%C3%B6rsummelse,i%20samh%C3%A4llets%20skyddssystem](https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/klinisk-oversikt/2014/11/forsummelse-av-barn-ett-forsummat-problem/#:~:text=Enligt%20V%C3%A4rldsh%C3%A4lsoorganisationen%20(WHO)%20ing%C3%A5r%20f%C3%B6rsummelse,i%20samh%C3%A4llets%20skyddssystem)
- Mattson, M. (2007). *First episode psychosis and outcome. Findings from a Swedish multi-centre study*. Stockholm: Karolinska institutet.
- Mieli. (den 13 Juli 2021). Hämtat från Mieli.fi: <https://mieli.fi/sv/psykisk-ohalsa/personlighetsstorningar/#:~:text=Personlighetsst%C3%B6rningar%20klassificeras%20som%20psykiska%20sjukdomar,sig%20p%C3%A5%20ett%20avvikande%20s%C3%A4tt.den%203%20april%202023>
- Murphy, G., Peters, K., Jackson, D., & Wilkes, L. (2011). *A qualitative meta-synthesis of adult children of parents with a mental illness*. JCN. doi: <https://doi-org.ezproxy.novia.fi/10.1111/j.1365-2702.2010.03651.x>
- Nicholson, J., Biebel, K., Hinden, B. R., Henry, A. D., & Stier, L. (2001). *Critical Issues for Parents with Mental Illness and their Families*. Department of Psychiatry, Center for Mental Health Services Research. Hämtat från <http://hdl.handle.net/20.500.14038/45612> den 8 Mars 2023
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber.
- Ottosson, J.-O., & D'elia, G. (2008). *Rädsla, oro, ångest*. Stockholm: Liber AB.
- Parrish, M. (2012). *Männskligt beteende : Perspektiv insom socialt arbete*. Malmö: Liber.
- Patrick, P. M., Reupert, A. E., & McLean, L. A. (2019). "We Are More than Our Parents' Mental Illness":. Clayton: Int. J. Environ. Res. Public Health. doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph16050839>
- Perseus, K. -I. (2019). Personlighetssyndrom. i L. Wiklund Gustin, & I. Skärsäter, *Omvårdnad vid psykisk ohälsa - på grund nivå* (ss. 311 - 338). Lund: Studentlitteratur.
- Reupert, A., & Maybery, D. (2007). *Families Affected by Parental Mental Illness: A Multiperspective Account*. American Journal of Orthopsychiatry.
- Röst Riben, A., & Nordenhed, C. (2021). *Kris och potentiellt trauma- förstå och stötta utsatta barn i förskolan*. Stockholm: Gothia kompetens.
- Sanner, I. (2009). Den psykiska ohälsans historia. *Framtider*. Hämtat från https://www.iffs.se/media/1433/framtider_nr3_2009_den_psykiska_ohalsans_historia.pdf 2023
- Skott, M. (2019). Psykoser. i I. Skärsäter, & L. Wiklund Gustin, *Omvårdnad vid psykisk ohälsa - på grundnivå* (ss. 165-197). Lund: Studentlitteratur AB.

- Skärsäter, I., & Sjöström, N. (2019). Ångestsyndrom. i I. Skärsäter, & L. Wiklund Gustin, *Omvårdnad vid psykisk ohälsa - på grundnivå* (ss. 88-107). Lund: Studentlitteraur.
- Smith, M. G., & Fong, R. (2004). *The Children of Neglect - when no one cares*. New York: Brunner-Routledge. Hämtat från <https://ebookcentral-proquest-com.ezproxy.novia.fi/lib/novia-ebooks/detail.action?docID=182868>
- Somers, V. (den 1 December 2007). *Schizophrenia: the impact of parental illness on children*. British Journal of Social Work . doi:10.1093/bjsw/bcl083
- THL. (den 10 December 2019). *THL.fi*. Hämtat från <https://thl.fi/sv/web/psykisk-halsa/psykisk-halsa/psykiska-storningar/affektiva-storningar> den 10 Mars 2023
- Utterbäck, A. (den 23 Oktober 2013). *Psykologiguiden*. Hämtat från <https://www.psykologiguiden.se/rad-och-fakta/relationer/anknytning>
- von Below, C. (2022). *Anknytning i relationer - förstå och förändra dina mönster*. Stockholm: Natur & kultur.
- WHO. (den 8 Juni 2022). *World health organization*. Hämtat från <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Bilaga 1

Intervjuguide

1. Bakgrundsfrågor. Hurdan diagnos har din förälder? I Vilken ålder var du när din förälder insjuknade?
2. Har du upplevt att du blivit illa bemött av omgivningen på grund av din familjs situation?
3. Har du fått något stöd någonstans ifrån? I så fall var och hur känner du att det har hjälpt dig?
4. Vad har du saknat för stöd? När skulle det behövts?
5. Vilka människor har varit ditt stöd när dina egna inte varit tillräckliga?
6. Vilka styrkor/resurser har du som gjort att du klarat dig?
7. Har din uppväxt påverkat valet av livspartner? I så fall på vilket sätt?
8. (Om barn) hur har relationen till dina egna barn formats utifrån dina egen uppväxt och erfarenheter?)
9. Har du själv lidit av någon form av psykisk ohälsa?
10. Hur skulle du beskriva din nuvarande relation till den förälder som är/varit psykiskt sjuk?
11. Hur skulle du beskriva upplevelsen av att vara anhörig till en person med psykisk ohälsa?