



GÖTEBORGS
UNIVERSITET

Barn till psykiskt sjuka föräldrar – Risker och friskfaktorer

Författare: Sofia Ligander

Program: Folkhälsovetenskapligt program 180 hp

Examensarbete i folkhälsovetenskap VT 2008

Omfattning: 15 hp

Handledare: Kjell Reichenberg

Examinator: Gösta Axelsson

Svensk titel: Barn till psykiskt sjuka föräldrar – Risker och friskfaktorer

Engelsk titel: Children of mentally ill parents – Risks and salutogenic factors

Författare: Sofia Ligander

Program: Folkhälsovetenskapligt program 180 hp

Examensarbete i folkhälsovetenskap VT 2008

Omfattning: 15 hp

Handledare: Kjell Reichenberg

Examinator: Gösta Axelsson

Sammanfattning

I Sverige finns idag cirka 100 000 ”osynliga barn” d.v.s. barn till psykiskt sjuka föräldrar. Varför de kallas osynliga beror på att det är först på senare år barnen har börjat synliggöras inom olika verksamheter såsom socialtjänst och psykiatri. I vårt samhälle är psykisk ohälsa ett stort folkhälsoproblem och ett förebyggande arbete är därför angeläget. För att arbeta preventivt så effektivt som möjligt är det viktigt att veta vilka risker särskilda högriskgrupper har samt vilka friskfaktorer som kan mildra och påverka att en individ inte utvecklar psykisk ohälsa/sjukdom. Relationen med en psykiskt sjuk förälder kan vara både skrämmande och svår att förstå. Har föräldern vanföreställningar kan barnet dras in i dessa. Det är dock inte bara föräldrarnas psykiska sjukdom som påverkar barnet utan även föräldrarnas förmåga eller oförmåga till att få vardagliga rutiner att fungera. Det har också stor betydelse om det finns en andra förälder som vill och kan ansvara för barnet. Trots att barn utsätts för stora påfrestningar och riskfaktorer under uppväxten som att ha en psykiskt sjuk förälder är det flera som ”klarar sig bra” i livet ändå d.v.s. de växer upp till kompetenta och empatiska individer med god självkänsla. Begrepp som förslagsvis skulle kunna ha något med det att göra är: resilience/motståndskraft, olika skyddsfaktorer (personliga egenskaper eller i omgivningen), coping-strategier samt Antonovskys KASAM-teori (känsla av sammanhang) som tillsammans med Bronfenbrenners utvecklingsekologiska modell är de teorier uppsatsen kommer att utgå ifrån. I uppsatsen kommer jag att använda mig av friskfaktorer som ett samlingsbegrepp av de olika begreppen ovan. Den första frågeställningen i uppsatsens syfte handlar om vilka risker det finns för barn till psykiskt sjuka föräldrar att själva utveckla psykisk sjukdom och/eller andra problem jämfört med barn till icke psykiskt sjuka föräldrar. Här vill jag främst ta reda på om det finns en ökad risk eller inte. Den andra frågeställningen handlar om att få en översikt av olika friskfaktorer som skulle kunna påverka att en individ trots en svår uppväxt undgår att själv drabbas av psykisk sjukdom och/eller andra problem som förväntas ha ett samband med uppväxten. Metoden som används i uppsatsen är systematisk litteraturstudie. Majoriteten av artiklarna hittade jag genom att läsa referenslistor och för att kontrollera

kvaliteten använde jag mig av Sahlgrenska akademins mall för artikelgranskning. Några få artiklar hittades genom samsökning av databaser på Göteborgs universitetsbiblioteks hemsida. De artiklar jag valde hade alla något med psykisk sjukdom/psykiatriska tillstånd eller olika typer av friskfaktorer att göra. Angående den första frågeställningen kom jag i resultatet fram till att barn till psykiskt sjuka föräldrar, i alla fall de med deprimerade föräldrar, har en ökad risk för att själva drabbas av psykisk sjukdom som depression och ångestsyndrom och/eller andra problem. Dessa andra problem var bl. a. beteendestörningar, missbruk och funktionsnedsättningar av olika slag. Flickor verkar ha en högre risk att drabbas än pojkar. I den andra frågeställningens resultat fick jag fram att friskfaktorer som kan ha betydelse för att en individ inte utvecklar psykisk sjukdom och/eller andra problem som har ett samband med en svår uppväxt var bl.a. god självkänsla, social kompetens, tillitsfulla relationer och socialt stöd. Eftersom självkänsla verkar vara en viktig faktor för psykisk hälsa kan man tänka sig att det behövs mer forskning på hur denna kan främjas hos barn oberoende om de tillhör en högriskgrupp eller inte. Genom att identifiera friskfaktorer som kan hjälpa barn som växer upp under svåra förhållanden att inte drabbas av olika problem kan man arbeta preventivt på ett mer effektivt sätt och minskar då inte bara individens lidande utan även samhällets kostnader.

Sökord: barn till psykiskt sjuka föräldrar, friskfaktorer, högriskstudier

Abstract

In Sweden there are today about 100 000 "invisible children" i.e. children of mentally ill parents. The reason they are called invisible is because it is not until recent years the children has been acknowledged within different organizations such as social services and psychiatry. Mental unhealthiness is a serious public health problem in our society and preventive measures are therefore needed. In order to work with preventive measures as efficiently as possible it is important to know the risks that high risk groups are exposed to and what health factors can alleviate these and enhance the chance of not developing mental unhealthiness/illness. The relationship with a mentally ill parent can be both frightening and hard to grasp. Not only is the child affected by the parent's illness but also by the parent's ability or inability to organize the day-to-day routines. It is also of great significance if there is a second parent to care for the child. Even though children are subjected to great strains and highly exposed to risk factors growing up by having a mentally ill parent there are children who "get on fine" in life i.e. they grow up to be competent, empathic individuals with high self-esteem. Terms that can have something to do with it are resilience, different protective factors (personal traits or the surrounding), coping-strategies and Antonovskys SOC-theory (Sense of Coherence). The SOC-theory together with Bronfenbrenners ecological model are the two theories this essay will apply. In the essay I will use health factors as a combined term for the different terms mentioned above. The first question in the essays purpose is about what risks there are for children of mentally ill parents themselves to develop a mental illness and/or other problems compared to children of mentally healthy parents. The main ambition with this question is to find out if there is an enhanced risk or not. The second question is about getting an overview of different health factors that could influence a child to, despite a tough childhood, not develop a mental illness and or/other problems associated with the environment in which they grow up. The method of the essay is systematic literature studies. The majority of the articles used were found by reading reference lists. To ensure the quality

of the articles I used the Sahlgrenska academy template for article review. As to the first question, I found in my results that children of mentally ill parents, at the very least those of depressed parents, are subjected to an enhanced risk of developing a mental illness such as depression and anxiety disorder and/or other problems. These other problems were, amongst others, behavior dysfunctions, substance/alcohol abuse and different varieties of function deficiencies. Girls seem to have a higher risk of developing something of the above stated than boys. In the result of the other question I found that health factors which may affect a child not to develop mental illness and/or other problems are, amongst others, high self-esteem, social competence, trusting relationships and social support. Since self-esteem seems to be an important factor for mental healthiness it's plausible that further research into how children's self-esteem can be promoted is required, regardless of them being in a high risk group or not. By identifying health factors that can aid children growing up under dire straits it is possible to work preventively in a more efficient way thus reducing not only the suffering of the individual but also the costs to society.

Keywords: children of mentally ill parents, salutogenic factors, high risk studies

Förord

Jag vill tacka:

Kjell Reichenberg, min handledare, för all hjälp.

Johan, Molly och Tyra för Ert stöd och tålamod under denna intensiva period.



Ur "Det osynliga barnet", Tove Jansson, 1962

Innehåll

1. Inledning.....	1
2. Bakgrund	2
2.1. Ökade risker?.....	2
2.2. Resilience/motståndskraft.....	3
2.3. Coping	4
2.4. Subjektiv upplevelse av att växa upp med en psykiskt sjuk förälder	5
2.5. Prediktion och prognos	5
2.6. Definitioner.....	6
2.6.1. Psykisk sjukdom	6
2.6.2. Friskfaktorer.....	6
2.6.3. Barn.....	6
2.7. Presentation av teorier:	7
2.7.1. Antonovskys KASAM-teori	7
2.7.2. Uri Bronfenbrenners utvecklingsekologiska modell	8
3. Syfte och frågeställningar.....	9
4. Material och metod.....	9
4.1. Tabell för sökning av artiklar	10
4.2. Artikelurval.....	10
5. Resultat.....	11
5.1. Högriskstudier om att växa upp med en psykiskt sjuk förälder – Vilka risker finns för att själv drabbas av psykisk sjukdom och/eller andra problem?	11
5.1.1. Analys av resultatet från högriskstudierna.....	13
5.2. Forskning på friskfaktorer – Vad kan det bero på att många individer, trots att de växer upp med riskfaktorer, inte drabbas av psykisk sjukdom och/eller andra problem?.....	14
5.2.1. Analys av resultatet från forskningen om friskfaktorer	16

6. Diskussion	18
6.1. Resultatdiskussion	18
6.1.1. Preventivt arbete och framtida forskning.....	18
6.1.2. Resultat och teorier	19
6.1.2.1. Antonovskys KASAM-teori.....	19
6.1.2.2. Bronfenbrenners utvecklingsekologiska modell	19
6.2. Metoddiskussion.....	20
6.3. Slutsats.....	21
Källförteckning.....	23
Artikelbilaga.....	

"Ni vet ju att folk lätt blir osynliga om man skrämmer dem tillräckligt ofta, sa Tootické och åt upp en äggsvamp som liknade en liten trevlig snöboll. Måja. Den här Ninni blev skrämmd på fel sätt av en tant som hade tagit hand om henne utan att tycka om ungen. Jag träffade tanten och hon var hemsk. Inte arg, förstår ni, sånt kan man begripa. Hon var bara iskall och ironisk." ("Det osynliga barnet", Jansson, Tove, 1962).

1. Inledning

"Osynliga barn"- d.v.s. barn till minst en psykiskt sjuk förälder har alltid funnits men det är först på senare år de har börjat synliggöras inom olika verksamheter såsom socialtjänst och psykiatri. En förändrad vuxenpsykiatri med en avveckling av de stora mentalsjukhusen och istället en utbyggnad av psykiatrins öppenvård kan ha gjort att fler barn till psykiskt sjuka föräldrar föds. På samma gång kan bibehållandet av kontakter och fortsatt umgänge mellan barnen och de sjuka föräldrarna ha gynnats.

I ett radioprogram på kanal P4 som sändes i vintras berättade Margareta Östman, docent på Malmö högskola att det idag finns cirka 100 000 "osynliga barn" i Sverige och att de får mycket lite hjälp från samhällets sida. Psykisk ohälsa är i vårt samhälle ett stort folkhälsoproblem. Mellan 20 och 40 % av befolkningen är drabbad av allt från allvarigare sjukdomstillstånd, t.ex. psykoser, till lättare problem som oro, ångest och sömnproblem. 10-15 % av dessa beräknas ha så allvarliga besvär att de kan behöva psykiatrisk behandling. Den största ökningen av psykisk ohälsa finns hos kvinnor i åldrarna 16-34 år (Socialstyrelsens Folkhälsorapport 2005). Ett preventivt arbete är därför av stor vikt. För att kunna arbeta förebyggande med psykisk ohälsa på bästa sätt är det viktigt att veta vilka risker särskilda högriskgrupper har och vilka friskfaktorer som kan mildra dessa så att en individ inte utvecklar psykisk ohälsa/sjukdom. Fortsättningsvis kommer jag inte att använda mig av begreppet "osynliga barn" utan barn till psykiskt sjuka föräldrar.

Ett barn som växer upp i en miljö med ett bristande föräldraskap till följd av en psykiskt sjuk förälder har naturligtvis många likheter med andra barn som växer upp i utsatta miljöer, oberoende om det gäller fattigdom, missbruk, kriminalitet eller annat. Det är inte bara den psykiska sjukdomen i sig som påverkar barnet, utan även den sjuke förälderns förmåga eller oförmåga till att få vardagliga rutiner som matlagning, hygien, skolarbete m.m. att fungera. En brist i föräldraskapet kan resultera i att barnet tvingas ta ett alldeles för stort ansvar för sin ålder. Även tillvaron och relationen med den psykiskt sjuke föräldern kan vara både skrämmande och svår att förstå för ett barn. Särskilt om den vuxne har vanföreställningar, eftersom barn använder sig av vuxna för sin egen verklighetsprövning och riskerar då att dras med in i förälderns snedvridna föreställningsvärld. En förälders psykiska sjukdom eller avvikande beteende kan också leda till att barnet skäms för denne, har skuld känslor samt känner sig annorlunda än andra barn.

Jag kommer i uppsatsens bakgrund börja med att mer allmänt beskriva forskning som gjorts på barn som vuxit upp under svåra förhållanden och hur det kan ha påverkat dem i deras liv samt möjliga orsaker till detta. Därefter kommer jag att presentera forskning på barn till psykiskt sjuka föräldrar och forskning som gjorts på vilka effekter det kan resultera i. Förutom miljöfaktorer och personliga egenskaper hos barnet (medfödda eller förvärvade under uppväxten), finns det hos barn till psykiskt sjuka föräldrar också ett möjligt men dock inte klarlagt genetiskt arv som skulle kunna påverka om de blir sjuka eller inte. Varför vissa barn

klaras sig från att drabbas av psykisk sjukdom och/eller andra problem trots att de växer upp med riskfaktorer medan andra barn inte gör det har det forskats en del om vilket också kommer att beskrivas i bakgrunden. De begrepp som förslagsvis skulle kunna ha något att göra med det är: resilience/motståndskraft, olika skyddsfaktorer (i omgivningen eller hos barnet självt), coping-strategier samt Antonovskys KASAM-teori (känsla av sammanhang eller sense of coherence) som är en av de teorierna jag kommer att använda mig av i uppsatsen.

2. Bakgrund

Det är inte bara föräldrarnas psykiska sjukdom som spelar roll för barnets aktuella situation eller hur denna kommer att påverka hans eller hennes fortsatta utveckling utan det beror också på hur de individuella symptomen yttrar sig, om det finns en andra förälder som kan och vill ansvara för barnet och om det är mamman eller pappan som är sjuk. Än idag ligger det främsta ansvaret för barnen på mamman och är det pappan som är sjuk får det oftast inte lika stora praktiska konsekvenser för barnet (Skerfving, 2005, s. 31-34). Finns andra riskfaktorer som missbruk, misshandel eller annan form av kriminalitet med i bilden samt om de ekonomiska resurserna är små utgör dessa ytterligare påfrestningar för familjesituationen (Skerfving, 2005, s. 50).

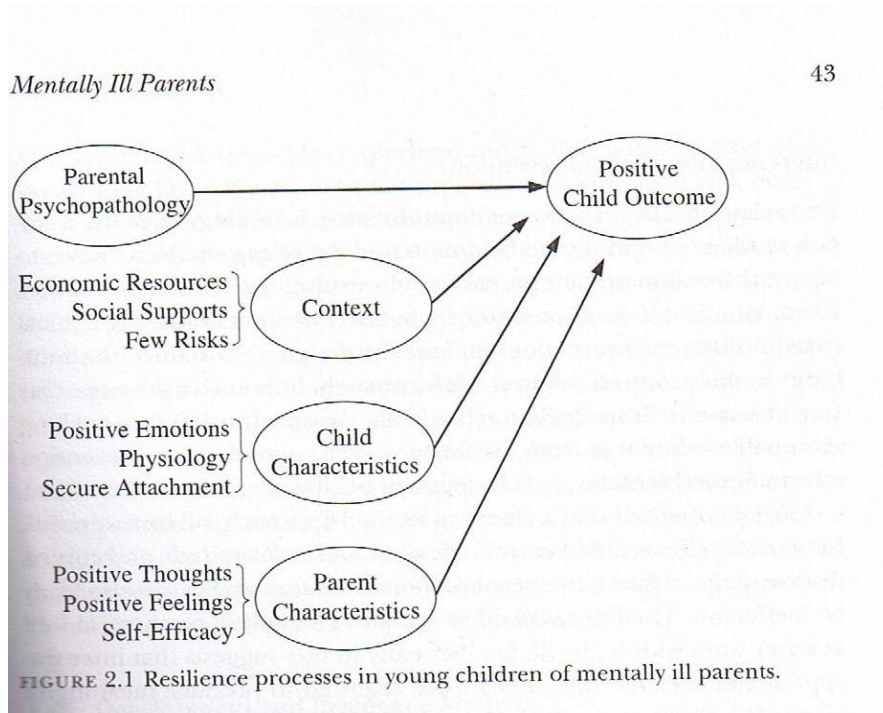
Trots att barn utsätts för stora påfrestningar, och då inte bara de med psykiskt sjuka föräldrar, är det flera av dem som ”klarar sig bra” i livet ändå, de växer upp till kompetenta och empatiska individer med god självkänsla (Werner & Smith, 1992, s. 85). Jag kommer i uppsatsen behandla olika friskfaktorer som kan ha betydelse för hur en individ ”klarar sig” i livet t.ex. personliga egenskaper eller faktorer i barnets omgivning. Jag är även intresserad av att titta på om det finns en ökad risk för barn till psykiskt sjuka föräldrar att själva drabbas av psykisk sjukdom och/eller andra problem under livstiden. Det finns också ett samband mellan att ha psykiska problem under uppväxten och att ha det som vuxen. Många barn som har psykiska problem under uppväxten har det inte som vuxna men nästan alla som har psykiska problem som vuxna hade det även som barn (Skerfving, 2005, s. 48-49).

2.1. Ökade risker?

Lagerberg & Sundelin diskuterar i sin bok (2000) olika forskares resultat när det gäller barn som vuxit upp med psykiskt sjuka föräldrar. Welner & Rice 1988 samt Parment 1999 har t.ex. kommit fram till att barn till psykiskt sjuka föräldrar har större risk för egna psykiska störningar och problem när det gäller utveckling, funktion och beteende jämfört med barn till icke psykiskt sjuka föräldrar. Risker för psykiska störningar hos barn till deprimerade föräldrar var omkring 2-3 gånger större än för andra barn. Enligt Weissman et al 1987 så tycks det också finnas ett tydligt genetiskt samband när det gäller depressioner och man fann dessutom att barn till deprimerade föräldrar som själva insjuknade gjorde det i lägre åldrar (12-13 år) än barn till psykiskt friska föräldrar (16-17 år). Även barn till manodepressiva föräldrar löper enligt Weissman en klart högre risk för depression och andra psykiska störningar (Lagerberg & Sundelin, 2000, s. 165-166). Trots detta är det endast en av tio som i vuxen ålder får samma psykiska sjukdom som föräldern. Risker ökar dock om båda föräldrarna är sjuka (Sigling, 2002, s. 35).

2.2. Resilience/motståndskraft

Resilience eller motståndskraft diskuteras mycket i litteraturen bl.a. av Werner & Smith (1992) som skriver att rötterna till ett barns motståndskraft finns såväl i omgivningen som konstitutionellt d.v.s. en grundlagd egenskap, genetisk eller icke genetisk, som varierar över tid och efter omständigheter. En god uppväxtmiljö kan ge särskilda möjligheter till inläring och utveckling av motståndskraft (Werner & Smith, 1992, s. 26) som är ett barns förmåga att stå emot psykiska påfrestningar samt att efter en stressfylld händelse kunna återhämta sig. Hur ett barns motståndskraft utvecklar sig beror mycket på relationen mellan barnet och föräldern (Skerfving, 2005, s. 54-55). Modellen nedanför beskriver hur processen att utveckla motståndskraft går till.



(“Resilience and Vulnerability”, Luthar, 2003, s.43)

Medan motståndskraften kan vara starkare eller svagare hos olika individer är skyddsfaktorer mer specifika, de lagrar eller lindrar en människas reaktioner i situationer som normalt skulle ge negativa resultat. En skyddsfaktor ger sig bara tillkänna ihop med en riskfaktor (Werner & Smith, 1992, s. 27).

Werner & Smith (1982, 1992) undersökte motståndskraft hos individer i högriskgrupper på ön Kauai i Stilla havet. Deltagarna i studien var 42 flickor och 30 pojkar som före två års ålder hade utsatts för fyra eller fler riskfaktorer men trots detta ”klarat sig bra”, såväl under uppväxten som i trettioårsåldern när de intervjuades igen. Riskfaktorer de kunde ha varit utsatta för under barndomen var t.ex. att de vuxit upp i fattiga familjer, föräldrarna var utbildade, många hade en låg födelsevikt (under 2500 gram), ett stort antal barn hade även alkoholiserade eller psykiskt sjuka föräldrar.

När Werner & Smith såg tillbaka på de 72 motståndskraftiga individernas liv och jämförde deras beteendemönster och hemmiljö med de ungdomar som också var från högriskgruppen

men som faktiskt hade fått olika anpassningsproblem t.ex. inlärningssvårigheter, psykiska störningar eller tung kriminalitet när de var mellan tio och 18 år gamla, upptäckte de att de motståndskraftiga individerna hade vissa tillgångar, hos dem själva, i familjen och utanför familjekretsen som bidragit till deras motståndskraft. Som små uppvisade barnen en del temperamentsbaserade drag som framkallade positiva reaktioner hos omgivningen, de beskrevs t.ex. som ”väldigt aktiva”, ”tillgivna” och ”gladlynta. De var vakna, självständiga, öppna för nya intryck och starkt socialt orienterade. Trots att de motståndskraftiga barnen inte var överbegåvade utnyttjade de sin kapacitet effektivt, de hade många intressen som inte var könsstereotypa och de var stolta över att vara en del av kollektivet (Werner & Smith, 1992, s.85-86). Faktorerna beskrivna ovan var inre skyddsfaktorer medan yttre skyddsfaktorer i familjen främst var utbildningsnivån hos den förälder som tillhörde det motsatta könet och relationens kvalitet mellan vårdnadshavare och barn. Barn till alkoholister och psykiskt sjuka människor hade också ofta starka band till sina syskon (Werner & Smith, 1982, 1992, s. 97). Att ha fler än tre syskon kunde däremot istället vara en riskfaktor för att utveckla olika problem (Werner & Smith, 1982, 1992, s. 86). Skyddsfaktorer utanför familjen var framförallt andra närstående vuxna som barnet gärna umgicks med (Werner & Smith 1992, s. 211-212).

När de motståndskraftiga individerna blivit äldre hade de fått en positiv självuppfattning och en intern ”locus of control” d.v.s. de ansåg att de själva hade möjlighet att påverka sina liv. Hur man utnyttjade nya möjligheter under avgörande övergångsfaser som t.ex. college, militärtjänst, inträde på arbetsmarknaden, äktenskap m.m. varierade också mellan de motståndskraftiga individerna och de som hade problem i trettioårsåldern (Werner & Smith 1992, s. 211-212).

Generellt gäller också att god problemlösningsförmåga, att ha lätt för att lära samt social kompetens är skyddande egenskaper hos barnet (Werner & Smith 1992, s. 219, 221, Skerfving, 2005, s. 58-59, Luthar, 2003, s. 60). Även om motståndskraftiga individer klarar sig bra i livet får de emellanåt betala ett pris för det (Skerfving, 2005, s. 63). Anthony (1987) framhåller att de försvarsmekanismer barn under stora påfrestningar använder sig av gör att det kan vara svårt för dem att etablera och behålla goda och nära relationer till andra människor, vilket också Werner & Smith kom fram till (1992, s. 99).

2.3. Coping

Hur barn klarar av svåra situationer kan bero på deras förmåga till coping, d.v.s. hur de hanterar stress och påfrestningar. Till skillnad från motståndskraft är coping själva beteendet eller strategin en individ använder sig av i en stressfylld miljö. I coping inkluderas inte personliga egenskaper eller skyddsfaktorer i omgivningen d.v.s. inre och yttre skyddsfaktorer. Strategierna kan innebära att barnet aktivt försöker göra något åt situationen eller att han eller hon känslomässigt anpassar sig till och finner sig i den. Coping kan vara en förklaring till varför vissa barn har lättare för att hantera svåra situationer än andra (Skerfving, 2005, s. 60). Även Antonovskys KASAM-teori liknar coping men omfattar också en mer övergripande inställning till livet. KASAM är en förklaringsmodell som kan bidra till förståelse av vad det är som gör att barn som växer upp under svåra förhållanden klarar sig utan allvarligare konsekvenser (Skerfving, 2005, s. 59-60).

2.4. Subjektiv upplevelse av att växa upp med en psykiskt sjuk förälder

Det finns även en del studier som beskriver barnens subjektiva upplevelse av att växa upp med en psykiskt sjuk förälder. I en retrospektiv studie (Dunn, 1993) intervjuades nio vuxna barn till psykotiska mödrar om sina upplevelser i barndomen. Presentationen av resultatet delades upp i olika teman. Dessa var: missförhållanden och försummelse, isolering, skuld och lojalitet, agg mot psykiatrin och stöd. Alla deltagare rapporterade om olika typer av missförhållanden eller försummelse i form av moderns tillbakadragande, fysisk misshandel och i ett fall även sexuella övergrepp. Mödrarnas oförmåga till verklighetsförankring gjorde att de inte kunde uppfylla barnens grundbehov vilket resulterade i att de fick ta ansvar för sig själva, syskon och ekonomi vid en mycket låg ålder. Endast en av deltagarna bodde hos fadern efter att han fått vårdnaden av barnen, tre deltagare hade sporadisk kontakt med fadern men generellt sett var fäderna frånvarande i barnens liv. Åtta av deltagarna berättade att mödrarnas sjukdom aldrig diskuterades med dem vilket fick dem att känna sig isolerade. En kvinna berättar om att hon handskades med moderns sjukdom genom att alltid vara "en väldigt snäll flicka" så att alla runt omkring trodde hon var glad och lycklig istället för tvärtom. Trots en svår uppväxt var de flesta av barnen mycket lojala mot mödrarna och var så även i vuxen ålder. Majoriteten av dem var också väldigt kritiska mot hur psykiatrin och resten av samhället hade hanterat deras situation som barn. Åtta av nio deltagare hade dock i vuxen ålder överkommit det agg de hyste gentemot psykiatrin och själva sökt hjälp. Alla nio deltagare rapporterade också om andra vuxna utanför familjen som varit ett stort stöd under uppväxten.

I en intervjustudie av Skerfving (2005, s. 69-72) om barn till psykiskt sjuka föräldrar uppdagades faktorer i familjen som var av särskild betydelse för hur föräldrarnas problem påverkade barnet. Dessa var bl.a. om det fanns en andra, frisk förälder som kunde ta hand om och stödjade barnet. Om denne däremot inte hade möjlighet att göra detta eller hade sagt till barnet att inte berätta om sjukdomen, så försvårade det för barnet att få hjälp och stöd från annat håll. Det kom också fram att genom att informera om föräldrarnas psykiska sjukdom så kunde man minska den skam och skuld som barnet kände inför sin sjuka förälder. Även relationen mellan föräldrarna var av stor betydelse. Om det fanns konflikter och kommunikationsproblem mellan föräldrarna innebar det att barnen ibland tvingades hantera svåra situationer helt själva.

2.5. Prediktion och prognos

En prediktion innebär en förutsägelse på gruppnivå t.ex. hur många barn av de som har en psykisk sjuk förälder som själva kommer att drabbas av psykisk sjukdom. I prediktionen söker man efter samband och ett ogynnsamt utfall beror vanligtvis på flera faktorer och deras samspel. Riskfaktorer kan ha en dos-responseffekt, d.v.s. det är antalet riskfaktorer eller dess intensitet som avgör utfallet. Det kan också finnas olika skyddsfaktorer som modifierar och lindrar riskfaktorernas negativa effekter (Lagerberg & Sundelin, 2000, s.33-34).

Med prognos menas förutsägelser om enskilda individer och deras framtida utveckling. Sveriges barnavårdsstiftning och lagen om vård av unga (LVU) baseras på risker och prognoser (Lagerberg & Sundelin, 2000, s.39).

2.6. Definitioner

2.6.1. Psykisk sjukdom

För att definiera psykisk sjukdom har jag valt att använda mig av diagnosmanualen DSM-IV som har ett system med flera axlar för att klassificera psykisk sjukdom. Meningen är att psykisk sjukdom skall bedömas efter funktionsförmåga och utsatthet på andra plan än bara det psykiatriska. Varje axel ger information om ett visst område och den psykiskt sjuke bedöms efter dessa. Personer med samma diagnos kan skilja sig åt på de olika axlarna. Axel I beskriver sjukdomar, störningar och andra psykiatriska tillstånd, axel II innefattar personlighetsstörningar och mental retardation. Till axel III hör andra medicinska tillstånd som kan ha betydelse för den psykiska sjukdomen t.ex. en cancerdiagnos. Axel IV omfattar psykosociala problem i familj eller närmiljö t.ex. dödsfall och slutligen axel V som är en helhetsbedömning av personens psykologiska, sociala och yrkesmässiga funktionsförmåga (Lagerberg & Sundelin, 2000, s. 164-165). Uppsatsen och artiklarna fokuserar huvudsakligen på Axel I. Ibland skriver jag dock psykisk störning i texten även om betydelsen här är densamma och det beror på att det har varit den benämning man har använt i litteraturen som jag refererar till.

2.6.2. Friskfaktorer

Angående friskfaktorer som är orsaker till hälsa och som kan ge om inte en förklaring så i alla fall en ledtråd till vad det är som gör att vissa barn ”klarar sig bra” i livet trots att de vuxit upp under svåra förhållanden, använder jag begreppet friskfaktorer i uppsatsen som ett samlingsbegrepp vilket jag har skapat på egen hand. Begreppet omfattar medfödda eller förvärvade personliga egenskaper (inre skyddsfaktorer), resilience/motståndskraft, Antonovskys känsla av sammanhang och coping-strategier. Coping används vid olika stressfyllda situationer och inom det begreppet kan även känsla av sammanhang räknas in trots att denna skiljer sig från vanliga coping-strategier genom att omfatta en mer övergripande inställning till livet. Jag inkluderar även yttre skyddsfaktorer i familjen samt utanför denna t.ex. i form av en annan betydande vuxen för barnet eller stöd från samhället. Motståndskraft är beroende av olika faktorer såsom en bra relation till föräldrarna vilket i sig är en skyddsfaktor i familjen. En skyddsfaktor är dock en mer specifik faktor jämfört med motståndskraft och finns endast ihop med en riskfaktor (Werner & Smith, 1992, s. 27). Begreppen hänger dock samman med varandra och det kan vara svårt att skilja dem åt ibland.

2.6.3. Barn

För att definiera barn har jag använt mig av FN:s konvention om barnets rättigheter där det i Artikel 1 står: ”I denna konvention avses med barn varje människa under 18 år, om inte barnet blir myndigt tidigare enligt den lag som gäller barnet”. Jag kommer i uppsatsen att se på barndomen som en helhet och inte dela upp den efter olika åldrar eller utvecklingsstadier.

2.7. Presentation av teorier:

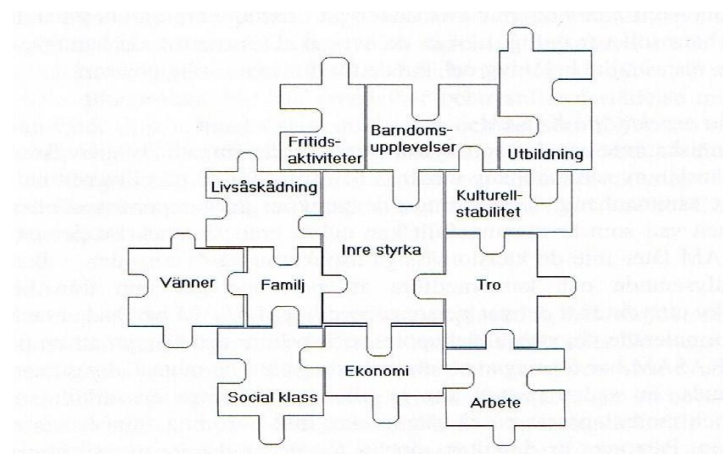
I uppsatsen kommer jag att utgå från två olika teorier och deras perspektiv, den ena är **Antonovskys KASAM-teori** (känsla av sammanhang) och den andra är **Bronfenbrenners utvecklings ekologiska modell**.

2.7.1. Antonovskys KASAM-teori

Antonovskys KASAM-teori är ett sätt att studera hälsa och välbefinnande ur ett salutogent perspektiv där man söker förstå vad det är som främjar hälsa. KASAM som innebär en känsla av sammanhang innehåller enligt Antonovsky de tre begreppen begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet (Antonovsky, 1987, s. 44-45).

Begriplighet har betydelse för att man skall kunna strukturera och stimuleras av olika händelser, även negativa sådana. De överraskningar som dyker upp under livet går att ordna och förklara. Med hanterbarhet menas hur en person klarar av att hantera svåra situationer och utnyttja tillgängliga resurser för att möta de krav som ställs. Meningsfullheten innebär att se en mening med det som händer, både kognitivt och känslomässigt samt att känna sig delaktig i hur ens liv utvecklar sig. Här är också motivation och intresse viktiga delar. Personer med en stark KASAM har en grundtillit till omgivningen samt till sin egen förmåga att lösa problem. De har dessutom ofta något område i livet som är viktiga för dem och som de engagerar sig mycket i (Antonovsky, 1987, s. 44-45, Nilsson, 2002, s. 4-5, 10).

KASAM utvecklas och ser olika ut under livets skeenden och det är enligt Antonovsky de första trettio åren som bestämmer en persons mer stabila tillgång av denna. Tidigare erfarenheter hos den vuxne kan både förstärkas och försvagas under livets gång och naturligtvis kan också styrkan av KASAM förändras hos en vuxen, i båda riktningarna, om något positivt eller negativt händer (Antonovsky, 1987, s. 147, 167, Nilsson, 2002, s. 8).



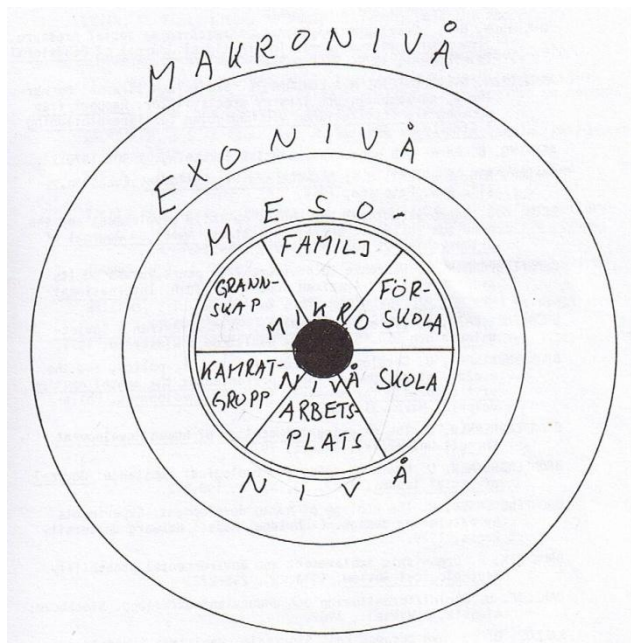
Ett sätt att beskriva känsla av sammanhang är att likna det vid ett pussel, där olika delar av livet faller på plats. Illustration: Esbjörn Nilsson. (Nilsson, 2002, s. 10).

2.7.2. Uri Bronfenbrenners utvecklingsekologiska modell

Uri Bronfenbrenners utvecklingsekologiska modell bygger på att man inte kan förstå ett barns utveckling utan att ta hänsyn till det sammanhang barnet befinner sig i. Det pågår hela tiden ett ömsesidigt samspel mellan barnet och de föränderliga miljöer, det samhälle och den tid där barnet ifråga lever. Den utvecklingsekologiska modellen består av system som befinner sig på olika nivåer i samhället med vilka barnet har relationer (Lagerberg & Sundelin, 2000, s. 19). Dessa system i miljön ser Bronfenbrenner som sammanhängande strukturer där mesosystemet befinner sig i exosystemet som i sin tur är en del av makrosystemet (Andersson, 1980, s. 15).

Den innersta nivån där barnet ingår består av mikrosystem som t.ex. familj, skola, kamrater, fritidsaktiviteter m.m. Relationerna mellan de olika mikrosystemen har stor betydelse för barnets situation och bildar tillsammans ett mesosystem. När barnet blir äldre ökar antalet mikrosystem som denne ingår i. De viktigaste komponenterna i mikrosystemet är en persons aktiviteter, roller och sociala relationer som ingår där. Ju fler mikrosystem det finns som stödjer och kompletterar varandra vad det gäller aktiviteter, roller och sociala relationer, desto större betydelse har det för ett barns positiva utveckling. Det kan också vara tvärtom att olika mikrosystem kan motverka varandra på ett negativt sätt (Andersson, 1980, s. 15, 18, 22).

Ett annat system som påverkar barnet om än indirekt är exosystemet. Hit hör t.ex. hälso- och sjukvården, föräldrarnas arbeten, psykiatrin och socialtjänsten som är viktiga för barnets välbefinnande även om ingen direkt kontakt sker. Den sista nivån är makrosystemet som är den övergripande struktur som påverkar alla i ett visst samhälle och utgörs av dess institutioner och ideologier. Hit hör kultur, politik, religion, samhällsekonomi, lagar, regler, vanor, normer och värderingar. Kärnan i den utvecklingsekologiska modellen är de processer och förutsättningar som påverkar en människas utveckling (Skerfving, 2005, s. 13-15).



Bronfenbrenners ekologiska miljömodell (Andersson, 1980, s. 27).

3. Syfte och frågeställningar

Syftet med uppsatsen är att diskutera och besvara de frågeställningar jag har valt som mitt problemområde. De är:

- Vilka risker finns för barn till psykiskt sjuka föräldrar att själva utveckla psykisk sjukdom och/eller andra problem jämfört med barn till icke psykiskt sjuka föräldrar?

I den första frågeställningen vill jag främst ta reda på om det finns en ökad risk eller inte.

- Vilka friskfaktorer kan påverka så att individer som växer upp under svåra förhållanden med riskfaktorer, t.ex. en psykiskt sjuk förälder, undgår att drabbas av psykisk sjukdom och/eller andra problem som förväntas ha ett samband med uppväxten?

Andra riskfaktorer kan vara att växa upp med föräldrar som missbrukar, misshandlar eller sexuellt utnyttjar barnet. Den andra frågeställningen handlar om att i resultatet få en översikt av olika friskfaktorer.

4. Material och metod

Metoden som används i uppsatsen är systematisk litteraturstudie.

Den första frågan i uppsatsens syfte kommer att besvaras av det som kallas ”högriskstudier”. De är prospektiva studier av barn till ”riskföräldrar”. Barnen följs ofta ända upp till vuxen ålder och syftet med studierna är att identifiera individer som är särskilt sårbara för att utveckla psykiska störningar. Identifiering sker genom att genetiska faktorer och tidiga varningstecken som kan förutspå om barnet kommer att bli psykiskt sjuk eller inte undersöks (Skerfving, 2005, s. 35).

En annan typ av forskning är den jag kommer att besvara min andra frågeställning med, den behandlar risker och skyddande faktorer (jag skriver friskfaktorer). Syftet med studierna är att identifiera riskfaktorer för barns utveckling men också vad det är som gör att många barn ”klarar sig bra” i livet trots en svår uppväxt (Skerfving, 2005, s. 35).

4.1. Tabell för sökning av artiklar

Tabell 1: Sökord och antal vetenskapliga artiklar som framkom vid litteratursökningen.

Datum sökning	Databas UB samsök Snabb-sökning, utökad	Sökord	Urval	Antal funna artiklar	Antal granskade	Valda artiklar ref. nr
6/5-08	Oxford Journals	Resilience + children	10/250	1	30	
6/5-08	Oxford Journals	Protective factors + Psychiatric disorder	24/224	2	40	
6/5-08	Wiley InterScience		35/224			

4.2. Artikelurval

Vid urvalet av artiklar använde jag mig av Sahlgrenska akademins mall för artikelgranskning. Med hjälp av den kunde jag kontrollera att de artiklar jag valde var av bra kvalitet. Jag har uteslutande valt artiklar på engelska, de flesta hittade jag genom att läsa referenslistor och fick på så sätt fram relevanta artiklar i mitt ämne samt i vilka tidsskrifter de var publicerade. Referenslistorna kom från den litteratur jag använde mig av i bakgrunden (se källförteckning). Tidsskrifterna och artiklarna sökte jag sedan på Göteborgs universitetsbiblioteks hemsida www.ub.gu.se. Jag har valt bort reviewartiklar i alla fall utom ett och det berodde på att den gav ett intressant tillskott till uppsatsen. Har i ett fall även med ett "paper" där sambandet mellan bl.a. psykiska problem och självkänsla diskuteras. Tre artiklar fick jag fram genom samsökning av databaser också det på Göteborgs universitetsbiblioteks hemsida. Där ingick databaserna Academic Search Elite (EBSCO), SpringerLink, Blackwell Synergy, Cambridge Journals Online, JSTOR, Muse, Oxford Journals, ScienceDirect (Elsevier), Wiley InterScience, Taylor and Francis (MetaPress). De artiklar jag valde hade alla något med

psykisk sjukdom/psykiatriska tillstånd eller olika typer av friskfaktorer att göra. Studierna var både svenska och internationella.

För att besvara den första frågeställningen valde jag främst ut artiklar med barn till deprimerade föräldrar eftersom de var av bäst kvalitet. Den första frågeställningen besvarades med hjälp av sju artiklar och den andra frågeställningen besvarades med åtta artiklar. Längst bak i uppsatsen finns en artikelbilaga som beskriver alla artiklar jag har använt mig av. Jag har endast med p-värden från fem studier och det beror på att de andra studierna inte redovisade några p-värden. I urvalet av artiklarna blandar jag en del mellan studier på barn och studier på vuxna. Det har jag gjort eftersom olika problem t.ex. psykisk sjukdom under barndomen har ett starkt samband med problem av olika slag i vuxen ålder. Många barn som har psykiska problem under uppväxten har det inte som vuxna men nästan alla som har psykiska problem som vuxna hade det även som barn (Skerfving, 2005, s. 48-49). Med stöd av detta motiverar jag beslutet att blanda studier av individer med olika åldrar. När det gäller friskfaktorer är det främst sådana som funnits under barndomen som jag har tittat på och hur de har skyddat under denna period men också i vuxen ålder om man tar hänsyn till att de flesta som då har psykiska problem även hade det som barn.

5. Resultat

5.1. Högriskstudier om att växa upp med en psykiskt sjuk förälder – Vilka risker finns för att själv drabbas av psykisk sjukdom och/eller andra problem?

I en amerikansk studie (Weissman et al, 2006) om barn till deprimerade föräldrar som efter 20 år följdes upp igen i vuxen ålder undersöktes effekten av föräldrarnas depression på barnen under en längre period. Medelåldern hos de vuxna barnen var i den här studien 35 år. Fyra intervjuer genomfördes när barnen/de unga vuxna var mellan 6 och 23 år. Studien kom fram till var att ångestsyndrom och djupa depressioner var ca tre gånger vanligare hos barn till deprimerade föräldrar jämfört med barn till icke deprimerade föräldrar och att besvären ofta följde med upp i vuxen ålder. Att vara kvinna ökade också risken för att drabbas av psykiatriska problem.

I en annan amerikansk studie (Williamson et al, 2004) studerades den första djupa depressionen (major depressive disorder - MDD) hos barn i hög- respektive lågriskgrupper för depression kom de fram till att högriskbarnen hade tre gånger högre risk att utveckla den första MDD jämfört med lågriskbarn. Att ha många i familjen med affektiv sjukdom som depression och manodepressivitet, en moder med ångestsyndrom samt beteendeproblem hos barnet ökade risken för att utveckla depression.

En tredje amerikansk studie (Billings & Moos, 1983) undersökte olika funktionsnedsättningar hos barn med en deprimerad förälder samt såg på hur låg stress i omgivningen och en stödjande familj kunde lindra effekterna av att ha en deprimerad förälder. Som kontrollgrupp användes icke deprimerade föräldrar och deras barn. För att mäta barnens funktionsförmågor ställdes frågor om deras fysiska och psykiska problem, sammanlagda hälsoproblem, beteendeproblem och riskfaktorer (rökning, alkoholkonsumtion, droganvändning). Frågorna ställdes till båda föräldrarna d.v.s. även till den förälder som inte var deprimerad. Även i denna studie kom man fram till att jämfört med barnen i kontrollgruppen hade barnen till

deprimerade föräldrar fler psykiska problem som depression och ångest. De hade också oftare beteendeproblem, fler svårigheter i relationer med kompisar och att följa med i skolan. P-värdena låg på 0,01-0,05. Det var ingen skillnad i resultaten beroende på om det var modern eller fadern som var deprimerad, inte heller spelade det någon roll vilken ålder barnen i familjen hade eller deras kön.

En fjärde amerikansk studie (Warner et al, 1999) undersökte ångest hos barn där tre generationer var inkluderade. Studien inbegrep 90 barnbarn med hög eller låg risk för att utveckla depression beroende på om djup depression (MDD) fanns hos barnets förälder samt dennes förälder d.v.s. barnets mor- eller farförälder. Studien skulle ta reda på om barnbarnen hade en ökad risk för ångest och de kom fram till att ha en mor- eller farförälder samt en förälder med djup depression hade ett samband med ångest hos barnbarnet. Störst risk för ångest hade de med både en djupt deprimerad mor- eller farförälder samt förälder. Intressant nog så var det ett större samband mellan djup depression hos mor- eller farföräldern och ångest hos barnbarnet än mellan föräldern och barnet.

I en femte amerikansk studie (Silberg et al, 1999) studerades kurvor för depression hos flickor och pojkar från barndom till tonår. De olika kurvorna jämfördes sedan med varandra. Urvalsgruppen bestod av tvillingpar av båda könen där vissa par var i puberteten medan andra inte var det. Särskilda händelser eller "life events" som hade samband med depression var för tonårsflickor att göra slut med pojkvännen samt för pojkar att förlora en vän genom gräl och att misslyckas i sport. Före 12 års ålder var depressionskurvorna ungefär desamma för flickor och pojkar medan det i tonåren var vanligare med depressioner hos flickor. För de tonåringar som upplevt en stressfylld händelse fanns det en ökning hos båda könen, dock större hos flickorna. För de tonåringar som inte hade gjort det fanns det i stort sätt ingen ökning hos pojkarna men däremot hos flickorna. Anledningen skulle kunna vara könshormoner och olika coping-strategier för könen. Skillnaden för depression hos flickor och pojkar var statistiskt signifikant med ett p-värde på 0,01. (Den här artikeln har jag med för att visa på att riskerna kan vara högre för flickor än för pojkar att t.ex. drabbas av depression).

I en svensk studie (Schubert & McNeil, 2003) undersöktes barn till psykotiska mödrar där schizofreni och affektiva tillstånd var inkluderade. Kontrollgruppen var barn till ickepsykotiska mödrar. Barnen och deras omgivning studerades först före födseln och sedan under barndomen. Den här artikeln rapporterar om en uppföljning hos de vuxna barnen när de var 22 år gamla. Resultatet visade att jämfört med kontrollgruppen hade barn till schizofrena mödrar en högre frekvens av psykiatriska tillstånd, personlighetsstörningar och missbruk av olika slag. De hade även sämre funktionsförmåga på alla plan och använt psykofarmaka i större utsträckning. Barnen till mödrar med affektiva tillstånd var inte lika drabbade men hade jämfört med kontrollgruppen en allmänt sämre funktionsförmåga och en högre frekvens av depressiva tillstånd.

En tysk studie (Lieb et al, 2002) undersökte tonåringar och unga vuxna med psykiskt sjuka föräldrar enligt DSM-IV. Kontrollgrupp var barn och unga vuxna till icke psykiskt sjuka föräldrar. Efter fyra år gjordes en uppföljning. Resultatet de kom fram till var att barn till en eller två djupt deprimerade föräldrar hade en ökad risk att drabbas av depression, missbruk och ångestsyndrom. Riskerna var samma för barn med en djupt deprimerad förälder som för de med två djupt deprimerade föräldrar förutom när det gällde manodepressivitet, tvångssyndrom, posttraumatiskt stressyndrom samt allmänt ångestsyndrom där risken var högre för de med två drabbade föräldrar. Det var ingen skillnad om det var modern eller fadern som var sjuk. När det gällde depression och ångestsyndrom var det vanligare hos

flickorna till psykiskt sjuka föräldrar än hos pojkarna. För pojkarna var det däremot vanligare med missbruk av olika slag.

5.1.1. Analys av resultatet från högriskstudierna

Nedan skall den första frågan i syftet besvaras nämligen:

Vilka risker finns för barn till psykiskt sjuka föräldrar att själva utveckla psykisk sjukdom och/eller andra problem jämfört med barn till icke psykiskt sjuka föräldrar?

Artiklarna som finns presenterade ovan handlar om studier av högriskgrupper d.v.s. de är prospektiva studier av barn till ”riskföräldrar” (Skerfving, 2005, s. 35). Där kan man tydligt se i alla studierna att det finns en förhöjd risk för barn till psykiskt sjuka föräldrar att själva drabbas av psykisk sjukdom och/eller andra problem, i alla fall för de med deprimerade föräldrar. De flesta av studierna är prospektiva förutom en som är en tvärsnittsstudie. Affektiva sjukdomar hos föräldrarna verkar ge en ökad risk för att barnen själva skall utveckla psykiatriska tillstånd som depression och ångestsyndrom jämfört med barn till icke psykiskt sjuka föräldrar (Weissman et al. 2006, Williamson et al, 2004, Warner et al, 1999). Andra problem med att växa upp med en psykiskt sjuk förälder kan leda till olika funktionsnedsättningar t.ex. inlärningsproblem, allvarligare beteendestörningar (kriminalitet, missbruk) och fler svårigheter i relationer med kompisar (Billings & Moos, 1983, Schubert & McNeil, 2003).

Tre studier beskrev att det fanns en ökad risk för kvinnor/flickor att drabbas av psykiatriska problem jämfört med män (Weissman et al, 2006, Silberg et al, 1999, Lieb et al, 2002). En studie fick istället fram att missbruk var vanligare hos pojkar jämfört med flickor (Lieb et al, 2002). En annan studie fick dock fram att det inte fanns någon skillnad mellan flickor och pojkar när det handlade om frekvensen av depression och ångest (Billings & Moos, 1983), vilket också studien om genetiska faktorer och ”life events” visade på barn under 12 år. När barnen däremot kom upp i tonåren så var det vanligare att flickorna drabbades av depressioner och ångest än pojkarna (Silberg et al, 1999).

Studien där barn med en respektive två psykiskt sjuka föräldrar undersöktes visade att riskerna var desamma för att utveckla depression och missbruk men inte när det gällde manodepressivitet, tvångssyndrom, posttraumatiskt stressyndrom och allmänt ångestsyndrom där de med två psykiskt sjuka föräldrar hade en högre risk (Lieb et al, 2002). Två studier visade på att det inte fanns någon skillnad i utfallet hos barnen beroende på om det var modern eller fadern som var drabbade av en psykisk sjukdom (Lieb et al, 2002, Billings & Moos, 1983). Att ha en moder med schizofreni ökade risken för att drabbas av psykiatriska tillstånd, personlighetsstörningar, sämre funktionsförmåga och missbruk av olika slag jämfört med kontrollgruppen där modern inte var psykiskt sjuk. När det gällde barnen till mödrar med affektiva tillstånd var de barnen inte lika drabbade som barnen till schizofrena mödrar men visade på en ökad frekvens av sämre funktionsförmåga samt depression (Schubert & McNeil, 2003).



Att växa upp med psykiskt sjuka föräldrar kan ge en ökad risk för att utveckla olika slags problem.

5.2. Forskning på friskfaktorer – Vad kan det bero på att många individer, trots att de växer upp med riskfaktorer, inte drabbas av psykisk sjukdom och/eller andra problem?

En svensk studie (Cederblad et al, 1994, "Lundbystudien") undersökte friskfaktorer som förväntades ha ett samband med en god psykisk hälsa hos individer som under uppväxten varit utsatta för minst tre riskfaktorer som i sin tur ansågs ha ett samband med psykisk sjukdom. Att som vuxen ha en god psykisk hälsa kopplades ihop med olika faktorer i barndomen däribland en god självkänsla, lyckade coping-strategier, intern "locus of control" d.v.s. insikten om att själv kunna påverka sitt öde, samt intellektuell kapacitet. Även skyddsfaktorer i familjen som att ha en tillitsfull relation till föräldrarna samt delade värderingar var av stor betydelse. För att mäta hälsan hos de vuxna individerna använde de sig av en 5-point "rated health" global scale. I artikeln har de utgått från Antonovskys KASAM-teori för att förklara hur de olika variablerna kan leda till hälsa genom att de ökar individens förmåga till begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Av de som rapporterade en god självkänsla hade 50 % perfekt eller god hälsa medan det hos dem med dålig självkänsla endast var 21 % som hade perfekt eller god hälsa enligt "rated health"-skalan. När de tittade på antalet friskfaktorer enligt samma skala så vid 0-1 friskfaktor under barndomen var det endast 12 % som hade perfekt eller god hälsa som vuxna jämfört med de som hade 6-8 friskfaktorer där 89 % hade perfekt eller god hälsa med ett p-värde på 0,001.

I en amerikansk studie (Costello et al, 2008) studerades kurvor som var för sig utgjordes av grupper av individer mellan 12-25 år och deras självrapporterade psykiska hälsa alternativt sjukdom. De olika kurvorna utgjordes av grupper som omfattade människor med: "no depressed mood", "stable low depressed mood", "early high declining depressed mood" och "late escalating depressed mood". Störst sannolikhet att vara i någon av "depressed mood"-gruppen jämfört med "no depressed"-gruppen hade kvinnor, de med låg socioekonomisk status, de som använde alkohol, tobak eller andra droger varje vecka samt de med ett brottsligt beteende. För kvinnliga ungdomar var det också troligare att de stannade kvar i den "depressed mood"-grupp de först hamnat i jämfört med de manliga ungdomarna. När det

gällde skyddsfaktorer som hade samband med en placering i ”no depressed”-gruppen jämfört med någon av ”depressed”-grupperna så var dessa: vuxit upp med två föräldrar, känt samhörighet med föräldrar och kompisar samt självkänsla (e.g., ”I have a lot of good qualities”, ”I like myself just the way I am”).

I en finsk reviewartikel (Eriksson & Lindström, 2002) beskrivs sambandet mellan Antonovskys KASAM-teori och hälsa. Författarna kom fram till att graden av KASAM hade ett starkt samband med hälsa, speciellt psykisk hälsa. Ju starkare KASAM desto bättre hälsa generellt sätt i alla fall hos de som hade en stark KASAM från början. Det verkar även vara möjligt att kunna förutsäga hälsa genom att använda sig av KASAM även om teorin i sig inte kan förklara hälsa i det stora hela. En person med en stark KASAM kan hantera stressfyllda situationer på ett bättre sätt och därmed förbli frisk jämfört med någon som har en svag KASAM. Författarnas slutsats är att KASAM har ett starkt samband med psykisk hälsa och välbefinnande men är inte detsamma som psykisk hälsa.

I ett nederländskt ”paper” (Mann et al, 2004) beskrivs vikten av självkänsla som en skyddsfaktor för fysisk och psykisk hälsa. Bristen på självkänsla kan leda till både psykiska och sociala problem som depression, ångest, våld och missbruk. Att fokusera på självkänsla vid förebyggande arbete av psykisk hälsa borde enligt författarna övervägas.

I en annan amerikansk studie (O’Grady et al, 1987) undersöktes skyddsfaktorer som hade ett samband med hälsa hos barn som hade upplevt stress och andra förhållanden som är kända för att öka risken att utveckla ohälsa av olika slag. Barnen undersöktes när de var 1 månad gamla och klassificerades därefter i en högriskgrupp respektive en lågriskgrupp beroende på resultatet. För att ta reda på vilken grupp barnen skulle placeras i undersöktes familjens bakgrund, föräldrarna och deras eventuella emotionella problem, moderns inställning till barnet, andra problem t.ex. vid matning samt moderns medicinska problem som diabetes m.m. När de var 6-7 år gjordes en uppföljning av barnen. De variabler som studerades var ”stressful life events”(e.g. dödsfall hos syskon eller att modern börjat arbeta), relationen mellan moder och barn samt barnets ”locus of control”. Resultaten visade på en sämre anpassning om man tillhörde högriskgruppen samt varit utsatt för högre nivåer av stress i livet medan ett större socialt stöd hade samband med bättre anpassning. Däremot hittades inget samband med ”locus of control”. För HR-barnen hade stress samband med emotionella problem (p-värde 0,01) medan det för LR-barnen inte fanns något samband mellan stress och emotionella problem. Låg stress och socialt stöd var viktiga skyddsfaktorer särskilt för de som tillhörde högriskgruppen.

I en norsk studie (Friborg et al, 2005) använde de sig av Resilience Scale for Adults (RSA) för att mäta motståndskraften hos individer. Resultatet jämfördes sedan med bl.a. deras personlighet och kognitiva förmågor. Personligheten mättes och delades in i ”personal strength”, ”social competence”, ”structured style”, ”family cohesion” och ”social resources”. De kognitiva förmågorna mättes också. Studien kom fram till att motståndskraft inte hade något samband med den kognitiva förmågan. Däremot fanns det ett positivt samband mellan motståndskraft och personligheten indelad i de fem olika grupperna. Personer med höga poäng på RSA hade en bättre psykisk hälsa, var socialt bättre anpassade och därför också mer motståndskraftiga.

I en annan norsk studie (Hjemdal et al, 2006) studerades om RSA kunde användas för att förutsäga psykiatriska symptom vid exponering av ”stressful life events” (e.g. dödsfall i familjen, olyckor, sparkad från arbetet, olycklig barndom m.m.). Slutsatsen var att RSA går att använda för att förutsäga psykiatriska problem vid ”stressful life events. Särskilt stor

betydelse för att förutsäga psykiatriska symptom hade RSA-faktorn social kompetens med ett p-värde på 0,001. De som hade högre poäng på RSA-skalan påverkades mindre negativt av ”stressful life events”. Vid uppföljningen kom det fram att varken ålder eller kön kunde förutsäga psykiatriska symptom.

I en studie från Storbritannien var syftet (Collishaw et al, 2007) att undersöka motståndskraft för psykisk ohälsa i vuxen ålder hos individer som varit utsatta för misshandel eller sexuellt utnyttjande i barndomen. Studien baserades på en uppföljning av en undersökning som startade 1964 på Isle of Wight. Första gången deltagarna studerades var de 9-10 år, andra gången 14-15 år och tredje gången 44-45 år. Den här studien baserades på de två senaste undersökningarna. Variablerna man tittade på i tonåren var psykiatriska problem, kompisrelationer och hur familjen fungerade. I vuxen ålder var det psykiatriska problem under livet, personlig och social förmåga samt rapportering av eventuell misshandel och sexuellt utnyttjande under barndomen. Därefter kopplade man ihop resultatet med hur familjeförhållandena sett ut under tonåren och såg då att i de familjerna där det hade pågått misshandel eller sexuellt utnyttjande var det också vanligare med skilsmässor, separation från modern under längre tid samt att modern hade någon form psykiatriska problem. Graden av omvårdnad från föräldrarna sida var också lägre. 55,5% av de som blivit misshandlade eller sexuellt utnyttjade hade i vuxen ålder haft psykiatriska problem jämfört med 36,2 % hos de som inte blivit det. 44,5 % av de misshandlade eller sexuellt utnyttjade hade däremot inga psykiatriska problem (de var motståndskraftiga) och de visade dessutom en bättre psykosocial förmåga än de som inte hade blivit misshandlade eller sexuellt utnyttjade samt var utan psykiatriska problem (p-värde 0,01). Det fanns ingen skillnad mellan män och kvinnor när det gällde att vara motståndskraftig mot psykiatriska problem. Det fanns också ett samband mellan att ha psykiatriska problem i tonåren och att ha det i vuxen ålder. Av de som hade haft problem i tonåren var det färre motståndskraftiga i vuxen ålder. Hos den gruppen som var motståndskraftiga rapporterades det oftare om att åtminstone en förälder varit mycket omhändertagande. Annars var det kompisrelationer i tonåren samt vänskaps- och kärleksrelationer i vuxen ålder som hade ett starkt samband med motståndskraft.

5.2.1. Analys av resultatet från forskningen om friskfaktorer

Den andra frågeställningen som jag skall besvara är:

Vilka friskfaktorer kan påverka så att individer som växer upp under svåra förhållanden med riskfaktorer, t.ex. en psykiskt sjuk förälder, undgår att drabbas av psykisk sjukdom och/eller andra problem som förväntas ha ett samband med uppväxten?

Att som vuxen ha en god psykisk hälsa kopplades ihop med olika faktorer i barndomen som att ha en god självkänsla, social kompetens, låg stress, att känna samhörighet med andra och tillitsfulla relationer. Även lyckade coping-strategier, intern ”locus of control”, intellektuell kapacitet, en god relation till föräldrarna samt delade värderingar med dessa var av stor betydelse för frånvaron av psykisk sjukdom (Cederblad et al, 1994). Självkänslan verkar vara en mycket viktig faktor för hälsan vilket det rapporteras om i tre av studierna (Cederblad et al, 1994, Mann et al, 2004, Costello et al, 2008). I en studie kom det fram att av de som rapporterade om en god självkänsla hade 50 % perfekt eller god hälsa medan endast 21 % som sade sig ha en dålig självkänsla hade det. I en annan studie undersökte de just vikten av en god självkänsla och fick fram att det var en betydelsefull faktor för både fysisk och psykisk hälsa. Brist på självkänsla kunde leda till depression, ångest, våld och missbruk. Antalet

friskfaktorer under barndomen verkar också ha haft ett nära sammanband med hälsan hos den vuxne individen (Cederblad et al, 1994, Mann et al, 2004).

När det gällde miljömässiga skyddsfaktorer i familjen var en tillitsfull relation till föräldrarna och delade värderingar viktiga (Cederblad et al, 1994). En studie kom även fram till att ha vuxit upp med två föräldrar minskade risken för depression (Costello et al, 2008). De viktigaste friskfaktorerna, som under en svår uppväxt men också i vuxenlivet, främjade motståndskraft verkar ha varit bra relationer och samhörighet med andra. Under uppväxten var det framförallt med föräldrar och kompisar medan det i vuxen ålder främst var vänskaps- och kärleksrelationer som hade en stor betydelse (Collishaw et al, 2007).

I en av artiklarna som finns beskriven under högriskstudierna kom de fram till att låg stress och socialt stöd är skyddande faktorer i omgivningen som kan mildra riskfaktorer som t.ex. en deprimerad förälder. Incidensen av olika funktionsnedsättningar hos barn med deprimerade föräldrar var 26,2 %. Om familjen däremot levde med låg stress sjönk siffran till 22,0 % och lade man till ett socialt stöd för barnen i familjen sjönk siffran till 10,7 % (Billings & Moos, 1983). Barn som tillhör högriskgrupper verkar vara mer sårbara för stress i livet. Vid hög stress ökade riskerna för sämre anpassning och emotionella problem vilket det inte gjorde för lågriskbarnen. Socialt stöd som en skyddsfaktor och låg stress var något som framförallt gynnade redan utsatta högriskbarn (O'Grady et al, 1987).

När det gäller motståndskraft har det gjorts flera studier på hur den kan påverka samt förutspå den psykiska hälsan. Motståndskraft är en egenskap som kan gynnas av en god och tillitsfull relation till föräldrarna. Genom att använda RSA kom två studier fram till att de som fick högre poäng på denna var mindre känsliga för "stressful life events" och särskilt stor betydelse för att kunna förutsäga psykiatriska tillstånd var RSA-faktorn social kompetens med ett p-värde på 0,001. Personer med högre poäng på RSA hade en bättre psykisk hälsa och var därför också mer motståndskraftiga (Friborg et al, 2005, Hjemdal et al, 2006). I två av studierna har det heller inte funnits någon skillnad i motståndskraft mellan kvinnor och män. Hos den gruppen som var motståndskraftig rapporterades det oftare om åtminstone en förälder som varit mycket omhändertagande (Collishaw et al, 2007, Hjemdal et al, 2006).

En studie undersökte också Antonovskys KASAM-teori som en möjlig friskfaktor. Resultatet visade att graden av KASAM hade ett starkt samband med hälsa, särskilt psykisk hälsa. Jag kommer i tolkningen av resultatet (se 5.2.2.1.) gå in mer på hur man kan se friskfaktorer och frånvaron av psykisk sjukdom utifrån KASAM-teorin (Eriksson och Lindström, 2002).



En översikt av olika friskfaktorer som kan ha betydelse för om en individ utvecklar psykisk sjukdom och/eller andra problem eller inte.

6. Diskussion

6.1. Resultatdiskussion

Jämfört med tidigare studier som finns beskrivna i uppsatsens bakgrund så är resultaten jag fick fram genom de artiklar som besvarade den första frågeställningen i stort sett desamma och var också de resultat jag förväntade mig att hitta. Welner & Rice (1988) samt Parment (1999) kom fram till att barn till psykiskt sjuka föräldrar hade en högre risk inte bara för psykiska störningar utan också för problem när det gällde utveckling, funktion och beteende jämfört med barn till icke psykiskt sjuka föräldrar (Billings & Moos 1983, Schubert & McNeil, 2003, Warner et al, 1999). Risken för psykiska störningar hos barn till deprimerade föräldrar var runt 2-3 gånger högre än för barn till icke deprimerade föräldrar vilket jag också fick fram i resultatet från artiklarna (Weissman et al, 2006, Williamson et al, 2004).

Eftersom jag kom fram till i stort sett samma resultat som tidigare forskning också hade gjort ser jag dem som tillförlitliga. Att resultaten blev desamma tycker jag inte gör något utan jag har bara fått en ytterligare bekräftelse på att barn till psykiskt sjuka föräldrar verkligen är en utsatt grupp som det behövs läggas mer resurser på. Resultatet kan även ses som en sammanställning av de viktigaste friskfaktorerna för barn som växer upp under svåra förhållanden.

6.1.1. Preventivt arbete och framtida forskning

I det preventiva arbetet tycker jag att det är viktigt att arbeta med barns självkänsla, vare sig det är riktat mot alla barn eller särskilda högriskgrupper, eftersom en god självkänsla ser ut att vara en viktig faktor för psykisk hälsa och frånvaron av psykisk sjukdom studierna (Cederblad et al, 1994, Mann et al, 2004, Costello et al, 2008). P.g.a. av detta kan det tänkas att det behövs mer forskning på hur man främjar barns självkänsla.

Viktigt är också det förebyggande arbetet med flickor när det gäller psykisk ohälsa eftersom de verkar drabbas i större utsträckning i tonåren (Weissman et al, 2006, Silberg et al, 1999, Lieb et al, 2002) och det är även hos flickor/kvinnor mellan 16-34 år som den största ökningen av psykisk ohälsa finns (Socialstyrelsens Folkhälsorapport 2005). Här kan det behövas mer forskning på varför det är så att psykisk sjukdom drabbar flickor/kvinnor i högre grad än pojkar/män.

För högriskgrupper ser det ut som om socialt stöd och låg stress i omgivningen är betydande för barnens fortsatta utveckling (Billings & Moos, 1983, O'Grady et al, 1987). Här tycker jag att socialtjänsten och psykiatrin borde ta ett större ansvar för barn till psykiskt sjuka föräldrar genom att erbjuda dem hjälp och stöd av olika slag när föräldrarna brister i sin omsorg. Ett exempel kan vara att arbeta mer med barngrupper för att stödja barn till psykiskt sjuka föräldrar och ett förslag på framtida forskning skulle då kunna vara hur grupperna kan utformas för att uppnå bästa möjliga effekt. Det är också av stor betydelse att göra ordentliga utvärderingar av verksamheterna.

Jag tycker framförallt att man skall fokusera på forskning där syftet är att hitta friskfaktorer som kan förvärfvas av barnet eller friskfaktorer i miljön som går att påverka. Jag ser inte riktigt anledningen med att forska på gener eller medfödda personliga egenskaper när det gäller den här gruppen eftersom det är faktorer som är svåra att göra någonting åt.

6.1.2. Resultat och teorier

Angående resultaten som besvarar den andra frågeställningen har jag applicerat de friskfaktorer jag fick fram på Antonovskys KASAM-teori och Bronfenbrenners utvecklingsekologiska modell. Det har jag gjort för att försöka få fram en bild av hur teorierna kan främja hälsa.

6.1.2.1. Antonovskys KASAM-teori

Antonovskys KASAM-teori är ett sätt att studera hälsa och välbefinnande ur ett salutogent perspektiv där man försöker hitta det som främjar hälsa (Antonovsky, 1987, s. 44-45). Genomgående i de olika studierna med några få undantag verkar god självkänsla, lyckade coping-strategier, intern "locus of control" samt intellektuell kapacitet vara mycket viktiga faktorer för den psykiska hälsan och frånvaron av psykisk sjukdom.

Begriplighet i Antonovskys KASAM-teori har betydelse för att man skall kunna strukturera och stimuleras av olika händelser, även negativa sådana (Antonovsky, 1987, s. 44-45). De överraskningar som dyker upp i livet går att ordna och förklara. Man kan tänka sig att intellektuell kapacitet skulle kunna vara en viktig faktor för begripligheten av saker som händer runt omkring.

Med hanterbarhet avses hur en person klarar av att hantera svåra situationer och utnyttja tillgängliga resurser med vilka man kan möta de krav man ställs inför (Antonovsky, 1987, s. 44-45). Här skulle en individs coping-strategier kunna vara en viktig faktor för hur svårigheterna hanteras, vilket i sin tur påverkar individens framtida hälsa och välbefinnande.

Med meningsfullhet menar Antonovsky att man ser en mening med det som händer, både kognitivt och känslomässigt samt att man känner sig delaktig i hur ens liv utvecklar sig (Nilsson, 2002, s. 4-5, 10). Viktiga faktorer för detta kan vara intern "locus of control". Även en god självkänsla skulle kunna vara en viktig faktor, att man inte känner en hopplöshet inför svåra händelser som ligger utanför ens kontroll eller till och med tror att man själv är orsaken till det som har hänt. I meningsfullhet tar Antonovsky även upp motivation och intresse som viktiga delar (Antonovsky, 1987, s. 44-45). I Werners & Smiths undersökning om motståndskraftiga individer kom de just fram till att dessa ofta hade många intressen (Werner & Smith, 1992, s.85-86). Ett problem med KASAM är dock att det inte finns några indikationer på när KASAM förlorar sin skyddande effekt vilket i och för sig kan bero på att det är väldigt individuellt. Det finns heller inget definierat angående vad som anses vara en normal KASAM (Eriksson & Lindström 2002).

6.1.2.2. Bronfenbrenners utvecklingsekologiska modell

När det gäller Bronfenbrenners utvecklingsekologiska modell är det skyddsfaktorer i omgivningen jag har valt att utgå ifrån och hur de kan påverka barnets utveckling eftersom modellen handlar om barnet och dess miljö.

Den innersta nivån består av olika mikrosystem t.ex. familj, skola och kamrater. Relationerna mellan dessa har stor betydelse för barnet och bildar tillsammans mesosystemet (Andersson, 1980, s. 15, 18, 22). Viktiga skyddsfaktorer som kom fram i studierna och som befinner sig i

mesosystemet var att ha tillitsfulla relationer med föräldrar och kompisar samt att känna samhörighet med dessa. Att dela värderingar med föräldrarna var också viktigt och i en studie kom de även fram till att för de barn som växte upp med två föräldrar var risken lägre för att utveckla depression.

För högriskbarn var socialt stöd och låg stress i omgivningen viktiga faktorer för hälsa och välmående vilka kan beröras av nästa nivå som är exosystemet. Hit hör hälso- och sjukvården, föräldrarnas arbeten, psykiatrin och socialtjänsten som har betydelse för barnet även om ingen direkt kontakt sker mellan dem. Den hjälp och det stöd som erbjuds från samhället till barn i utsatta miljöer påverkar deras situation. Det kan handla om psykiatrins och socialtjänstens bemötande av barn till psykiskt sjuka föräldrar som i sin tur har betydelse för barnens möjligheter att hantera situationen. Tyvärr får barn till psykiskt sjuka föräldrar inte hjälp i någon större omfattning från samhällets sida ("Barnombud i psykiatrin – i vems intresse?", Östman & Afzelius, 2008). Föräldrarnas arbeten bestämmer de ekonomiska förutsättningarna i familjen. Att växa upp i en familj med små ekonomiska resurser är något som kan få negativa konsekvenser för ett barns utveckling eftersom det innebär ytterligare stress och påfrestningar för familjesituationen (Skerfving, 2005, s. 50).

Den tredje och sista nivån i Bronfenbrenners utvecklingsekologiska modell är makrosystemet som är den övergripande struktur som påverkar alla i ett samhälle. Hit hör kultur, politik, religion, samhällsekonomi, lagar, regler, normer och värderingar (Skerfving, 2005, s. 13-15). Här fick jag i resultatet inte fram några skyddsfaktorer i omgivningen som kunde kopplas ihop med makrosystemet.

6.2. Metoddiskussion

Anledningen till att jag har valt ut de artiklar som analyseras ovan är för att de har ett tydligt syfte och valen av metoder är välgrundade. Alla studierna som finns beskrivna i artiklarna använder dock inte samma metoder. De flesta är prospektiva studier men det finns även en tvärsnittsstudie. Trots att majoriteten av studierna var prospektiva vilket anses vara bra så var det några som bara sträckte sig under ett par år av barnens liv eller fram till att de var unga vuxna. Det kan vara en för kort period att följa en undersökningsgrupp eftersom psykisk sjukdom kan komma senare i livet och då missar man det utfallet även om individen var frisk i början av tjugooårsåldern. Två studier följde dock individerna ända upp till medelåldern bl.a. Lundbystudien.

Flera studier grundade sig på ett litet urval och många bestod av icke-sannolikhetsurval vilket gör att generalisering kan bli svårt. Resultaten baserades ofta på självrapportering och därmed finns alltid en risk för olika bias. Minnesfel kan vara ett av dem om en grupp inför en undersökning skall komma ihåg och rapportera om saker som har hänt tidigare i livet och som kan ha betydelse för utfall och resultat. Några studier använde intervjuer som metod och då kan andra problem uppstå som att respondenten inte känner förtroende för intervjuaren eller svarar det som han eller hon tror att denne vill höra. Ett annat problem var att veta vad de i artiklarna menade med olika begrepp som beteendeproblem, emotionella problem, funktionsförmåga etc. men detta hade ingen betydelse för möjligheten att besvara frågeställningen.

En svårighet var att få tag på artiklar som inte var för gamla. Många som forskade på friskfaktorer och som är allmänt erkända inom ämnet (t.ex. Rutter) gjorde det främst på 80-

talet men även så tidigt som 60- och 70-talen. Jag har försökt att få med så aktuella artiklar som möjligt, trots att jag faktiskt har med några artiklar från 80-talet som jag tyckte var relevanta för uppsatsens syfte.

Jag fick även dela upp mitt syfte i två frågeställningar eftersom det var väldigt svårt att hitta artiklar om friskfaktorer som endast handlade om barn till psykiskt sjuka föräldrar och om de påverkade barnen så att de själva inte blev psykiskt sjuka. Därför tittade jag först på om det fanns en högre risk för barn till psykiskt sjuka föräldrar att utveckla psykisk sjukdom och/eller andra problem och därefter på vad det fanns för friskfaktorer som skulle kunna förhindra att barn som växer upp under svåra förhållanden t.ex. med en psykiskt sjuk förälder inte drabbas av psykisk sjukdom och/eller andra problem som antas ha ett samband med uppväxten.

Definitionen av friskfaktorer är också lite problematisk eftersom i den ingår många begrepp som betyder olika saker men begreppen går också in i varandra, utan det ena finns inte det andra. Resilience/motståndskraft och skyddsfaktorer är en sådan, eftersom motståndskraft uppstår bland annat genom olika skyddsfaktorer som t.ex. en bra relation med föräldrarna eller en personlig egenskap. Jag har trots detta separerat de två begreppen eftersom jag ändå tycker att de är olika och andra författare har gjort så i annan litteratur och tidigare forskning. Jag är medveten om att definitionen är otydlig och att de artiklar jag har använt mig av behandlar olika begrepp men samtidigt så hänger de också ihop och har mycket med varandra att göra. Det skulle ha varit svårt att göra det på något annat sätt än att använda friskfaktorer som ett samlingsbegrepp.

Ett annat problem med uppsatsen gäller definitionen av psykisk sjukdom och om den stämmer överrens med hur man har definierat detta i de olika studierna. I flertalet artiklar var det endast psykiatriska tillstånd som togs upp och frågan är då om deras definition är samma som den jag har använt mig av d.v.s. axel I enligt DSM-IV. Denna var nämligen sällan använd som diagnosmanual. Trots detta har jag försökt att tolka artiklarna så noggrant som möjligt och tror ändå att jag har lyckats pricka rätt i de flesta fall.

Ytterligare en svårighet jag hade var med översättningen från engelska till svenska. Alla artiklar jag har använt i uppsatsen är på engelska och det var svårt att hitta rätt ord på svenska när jag skulle beskriva och analysera dem. Ett tips nästa gång skulle kunna vara att skriva uppsatsen på engelska från början.

6.3. Slutsats

Som avslutning på uppsatsen kan det poängteras ytterligare en gång att barn till psykiskt sjuka föräldrar, i alla fall de med deprimerade föräldrar, har en förhöjd risk att själva drabbas av psykisk sjukdom och/eller andra problem och att det därför behövs läggas resurser på de här barnen. Flickor verkar ha en högre risk än pojkar att drabbas.

Att som vuxen ha en god psykisk hälsa d.v.s. att inte vara psykiskt sjuk kopplades ihop med olika friskfaktorer i barndomen som att ha en god självkänsla, social kompetens, låg stress, att känna samhörighet med andra och tillitsfulla relationer. Även lyckade coping-strategier, intern "locus of control", intellektuell kapacitet, en god relation till föräldrarna samt delade värderingar med dessa var av stor betydelse för frånvaron av psykisk sjukdom. Självkänslan verkar vara en betydande faktor för hälsan och jag tycker därför att det preventiva arbetet med att främja självkänsla och andra påverkbara friskfaktorer behöver utökas när det gäller barn

som växer upp under svåra förhållanden. Jag tror att genom att identifiera friskfaktorer kan man arbeta preventivt på ett mer effektivt sätt och minskar då inte bara individens lidande utan även samhällets kostnader.

Källförteckning

Litteratur:

Antonovsky, A. Hälsans mysterium, Jossey-Bass, 1987

Jansson, T. Det osynliga barnet, Alfabet, 1962

Lagerberg, D. & Sundelin, C. Risk och prognos i socialt arbete med barn – forskningsmetoder och resultat, Gothia, 2000

Luthar, S. Resilience and Vulnerability, Cambridge University Press, 2003

Nilsson, B. Vad betyder känsla av sammanhang i våra liv? Umeå Universitet, 2002

Sigling, I-L. Att möta barn till psykiskt sjuka föräldrar, Schizofreniförbundet, 2002

Skerfving, A. Att synliggöra de osynliga barnen – om barn till psykiskt sjuka föräldrar, Gothia, 2005

Werner, E. & Smith, R. Att växa mot alla odds- från födelse till vuxenliv, Cornell University Press, 1992

Östman, M. & Afzelius, M. Barnombud i psykiatrin – I vems intresse? Malmö högskola, 2008

Rapporter:

Andersson, B-E. Bronfenbrenners utvecklingsekologi, 1980

Regeringskansliet UD info, Mänskliga rättigheter – Konventionen om barnets rättigheter, 2003

Socialstyrelsens Folkhälsorapport 2005

Artiklar:

Billings, A. & Moos, R. Comparisons of Children of Depressed and Nondepressed Parents: A Social-Environmental Perspective, Journal of Abnormal Child Psychology, 1983; Vol. 11, No. 4: 463-486

Cederblad, M. et al. Salutogenic childhood factors reported by middle-aged individuals – Follow-up of the children from Lundby study grown up in families experiencing three or more childhood psychiatric risk factors, European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 1994; 244: 1-11

- Collishaw, S. et al. Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample, *Child Abuse & Neglect*, 2007; 31: 211-229
- Costello, D. et al. Risk and Protective Factors Associated With Trajectories of Depressed Mood From Adolescence to Early Adulthood, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2008; Vol. 76, No. 2: 173-183
- Dunn, B. Growing up with a psychotic mother, *American Journal of Orthopsychiatry*, 1993, 63(2)
- Eriksson, M. & Lindström, B. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002; 60: 376-381
- Friborg, O. et al. Resilience in relation to personality and intelligence, *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 2005; Volume 14, Number 1: 29-42
- Hjemdal, O. et al. Resilience Predicting Psychiatric Symptoms: A Prospective Study of Protective Factors and their Role in Adjustment to Stressful Life Events, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2006; 13: 194-201
- Lieb, R. et al. Parental Major Depression and the Risk of Depression and Other Mental Disorder in Offspring – A prospective-Longitudinal Community Study, *Archives of General Psychiatry*, 2002; Vol. 59: 365-374
- Mann, M. et al. Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion, *Health Education Research*, 2004; Vol. 19, no. 4: 357-372
- O'Grady, D. et al. Resilience in Children at High Risk for Psychological Disorder, *Journal of Pediatric Psychology*, 1987; Vol. 12, No. 1
- Schubert, E. & McNeil, T. Prospective Study of Adult Mental Disturbance in Offspring of Women With Psychosis *Archives of General Psychiatry*, 2003; Vol. 60: 473-480
- Silberg, J. et al. The influence of Genetic Factors and Life Stress on Depression Among Adolescent Girls, *Archives of General Psychiatry*, 1999; Vol. 56: 225-232
- Warner, V. et al. Grandparents, Parents, and Grandchildren at High Risk for Depression: A Three-Generation Study, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1999; 38:3
- Weissman, M. et al. Offspring of Depressed Parents: 20 Years Later, *American Journal of Psychiatry*, 2006; 163: 1001-1008
- Williamson, D. First Episode of Depression in Children at Low and High Familial Risk for Depression, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2004; 43(3): 291-297