YRKESHÖGSKOLAN NOVIA

Barn och ungas upplevelse av ”problemfamiljen”

En kvalitativ studie om upplevelsen av att växa upp som barn till en förälder med mental ohälsa och dess följder

Madeleine Stén, 1800919

Examensarbete för YH-examen inom social- och hälsovård

Socionom (YH)

Vasa, 2021

EXAMENSARBETE

Författare: Madeleine Stén
Utbildning och ort: Socionom, Vasa
Inriktning: Mental- och missbrukarvård
Handledare: Johanna Sigfrids

Titel: Barn och ungas upplevelse av ”problemfamiljen”. En kvalitativ studie om upplevelsen av att växa upp som barn till en förälder med mental ohälsa och dess följder.

Datum: 12.10.2021 Sidantal: 55 Bilagor: 1

Abstrakt

Arbetet behandlar upplevelsen av att växa upp som barn till en förälder men någon form av psykisk ohälsa. Det undersöks hur upplevelsen påverkar individens vardag och liv som vuxen, med andra ord, följderna av att lida av mental ohälsa i andra hand. Till sist bearbetar även arbetet hur samhället kan hjälpa individerna som är påverkade och om samhällets hjälp är tillräcklig. Syftet med arbetet är att undersöka de psykiska sjukdomarnas påverkan på människorelationer och hur det påverkar den påverkade individen senare i livet. Arbetet har utförts genom en kvalitativ metod med hjälp av intervjuer. Arbetet presenterar tidigare forskning om psykiska sjukdomar som påverkar människorelationer. Arbetets slutresultat bygger på kommentarer och sammanfattningen från respondenternas svar i intervjuerna. Enligt de intervjuades svar tyder det på att människor med erfarenheter av mental ohälsa inom sin närfamilj påverkas så pass mycket att de själva får mentala problem som vuxen. Respondenternas svar pekar också på att den mentala ohälsan syns inte lika tydligt som de fysiska nedsättningar man kan lida av och den psykiska ohälsan blir en blind punkt för samhället och därför är hjälpen otillräcklig.

Språk: svenska
Nyckelord: mental hälsa, följder, psykiska störningar, mental ohälsa, hjälpinsatser

BACHELOR'S THESIS

Author: Madeleine Stén
Degree Programme: Social Worker
Specializations: Care for mental health and addiction
Supervisor(s): Johanna Sigfrids

Title: Children and young people's experience of "the problematic family". A qualitative study about the experience of growing up as a child to a parent who suffers from a psychiatric disorder and its' consequences.

Date 12.10.2021 Number of pages: 55 Appendices: 1

Abstract

This work examines the experience of growing up as a child to a parent with some type of psychiatric disorder or mental illness. It accounts for how the experience affects the individuals' day to day life as an adult, in other words, the consequences of suffering from mental illness in an indirect way. Lastly it also examines how society can help the affected individuals' who suffer and if the help is adequate. The purpose of this work is to examine the psychiatric disorders influence on human relationships and how that affects the influenced individual later in life. The work has been executed by using a qualitative method using interviews. The work's conclusion consists of the commentary and the summary from the respondents' answers in the interviews. The works results tell us that people who have experienced mental health illnesses in their family are influenced so much that they themselves get mental health problems as adults. The respondents' answers' also points to that mental health issues are not as noticeable as the physical problems that a person can suffer from, and that the mental health issue is a blind spot for society and that is why the help efforts are also inadequate.

Language: Swedish
Key words: mental health, consequences, psychiatric disorders, mental illness, help efforts

Innehållsförteckning

1 Inledning och syfte ... 1
2 Vad är mental hälsa och ohälsa? ... 3
3 Psykiska sjukdomar som påverkar människorelationer ... 8
3.1 Depression ... 9
3.1.1 Symptom ... 10
3.1.2 Orsaker ... 11
3.1.3 Behandling ... 11
3.2 Ångestsyndrom ... 12
3.2.1 Symptom ... 14
3.2.2 Orsaker ... 15
3.2.3 Behandling ... 17
3.3 Bipolärt syndrom ... 18
3.3.1 Symptom ... 18
3.3.2 Orsaker ... 19
3.3.3 Behandling ... 20
3.4 Borderline personlighetssyndrom ... 20
3.4.1 Symptom ... 21
3.4.2 Orsaker ... 21
3.4.3 Behandling ... 22
3.5 Schizofreni och psykoser ... 22
3.5.1 Symptom ... 23
3.5.2 Orsaker ... 24
3.5.3 Behandling ... 24
4 Följder för familjemedlemmarna ... 25
4.1 Fysiska följder ... 26
4.2 Psykiska följder ... 26
4.3 Sociala följder ... 27
4.4 Ur boken ”att leva med psykisk ohälsa” ... 28
4.4.1 Föräldraperspektivet ... 29
4.4.2 Barnperspektivet ... 31
4.4.3 Familjeperspektivet ... 33
4.5 Vetenskapliga studier/artiklar som diskuterar möjliga orsaker och följder av mental ohälsa hos en förälder ... 33
5 Samhället och mental ohälsa ... 35
5.1 Kognitiv beteendeterapi ... 35
5.2 Tvångsvård ... 37
5.3 Lagar som rör mentalvården i Finland ... 39

5.4 Hjälporgan i samhället ... 41
5.5 Hjälporgan för de som är närstående till de insjuknade ... 43
6 Metoder ... 44
7 Tolkning av resultat och sammanfattning av arbetet ... 45
7.1 Första diskussion ... 45
7.2 Följder ... 46
7.2.1 Psykiska, fysiska och sociala följder ... 46
7.2.2 Positiva och negativa allmänna följder ... 47
7.3 Vilken typ av mental ohälsa som uppstod ... 47
7.4 Hjälpen i samhället ... 48
7.5 Könets betydelse ... 48
8 Slutdiskussion ... 49
9 Litteraturförteckning ... 51
Bilageförteckning ... 57

1 Inledning och syfte

Att skriva om just detta ämne som berör den mentala hälsan var nästan en självklarhet för mig. Den mentala hälsan, eller närmare sagt den mentala ohälsan har alltid intresserat mig och hur vi fungerar rent psykiskt. Att jag dessutom själv upplevt mental ohälsa inom min egen närfamilj är också något som gjort att mitt intresse växt ännu mera. Ämnet är intressant att undersöka även för att jag vet hur min egen erfarenhet av ämnet har påverkat min familj och mig och mina syskon och det skulle vara intressant att veta hur det har påverkat andra, om min erfarenhet och de följder jag har upplevt är en slump eller om man kan undersöka bevis för att det finns en koppling. Även viljan att hjälpa andra som sitter i samma sits och inte vet vart de ska ta vägen har alltid varit ett intresse för mig. Min fokus har dock alltid varit på att hjälpa barn och unga som har det svårt.

Detta arbete kommer att bestå av beskrivningar av psykiska diagnoser vars symptom ändrar den drabbade individens beteende så att dennes relation med den sociala världen påverkas. Arbetet kommer att ge information om hur det är att leva med vissa psykiska diagnoser, både som den drabbade och den indirekt drabbade, men fokusen ligger på den indirekt drabbade och hur de olika psykiska diagnoserna påverkar relationen mellan barn och förälder och vad det i sin tur har för påverkan på barnet i vuxen ålder. Till slut kommer arbetet också innehålla kunskap om olika hjälporgan som finns tillgängliga för de som upplever/har upplevt psykiskt illamående. Detta för att det är samhällets roll att ta hand om sina invånare och hjälpinsatserna är där för att främja den mentala hälsan för befolkningen. Med hjälp av detta vill jag också undersöka om samhällets hjälpinsatser räcker till och är pålitliga, eftersom mental ohälsa har inte alltid varit lika ”viktigt” att ta hand om som den fysiska hälsan.

Syftet med detta arbete är att se på hur psykiska ohälsa i familjen påverkar barnen i vuxen ålder. Eftersom intervjufrågorna och svaren bygger på relationen mellan moder och barn kommer främst den relationen ligga i fokus för detta arbete. Med hjälp av intervjuer hoppas man få svar på frågorna:

- Påverkar psykiska diagnoser hos en förälder barnen som vuxna?
- Vilka är följderna av att ha upplevt psykiskt illamående i andra hand?
- Är samhällets hjälpinsatser tillräckliga och pålitliga?

I detta stycke kommer det förklaras kort varför genomgången av tidigare litteratur om de olika psykiska diagnoserna tas upp så noggrant. Att lida av mental ohälsa påverkar inte bara en själv utan det påverkar de individer runtom en, som t.ex. familjen, men även till en viss del på en samhällelig nivå. I detta arbete undersöks och bevisas vilka följder som kan uppkomma. Det kan också påverka individens vanor, relationer och möjligheter. Om man lider av psykiskt illamående kan det påverka ens sätt att leva. Man kan få mindre möjligheter till jobb, till bra och hälsosamma relationer och möjligheten att leva ett ”normalt liv som alla andra” försvinner ganska snabbt. Detta kan förändra individens tankesätt om sig själv och om världen, förändra dess beteende och värderingar. Även det att man lider av psykiskt illamående påverkar samhället för att man inte passar in och inte klarar av de samhälleliga kraven som alla andra. Detta kan leda till flera problem för den drabbade individen.

Anledningen till att teorin bakom diagnoserna är så noggrann utredd i detta arbete är för att läsaren ska förstå hur pass mycket en diagnos kan påverka och förändra livet för den sjuke, den hjälp som krävs och hur diagnosen kan ”sprida sig vidare” till familjemedlemmar. När man lever med en psykisk diagnos, som behöver vård, förändras det vardagliga livet. Man behöver börja aktivt fundera över vilka vanor man har, är de bra eller dåliga, hjälper de mig i min tillfriskning osv. Detta är en lång och svår process för den sjuke individen, men att vara åskådare till processen, speciellt om man är barn som är mera lättpåverkade, kan ha en negativ effekt. Att vara åskådare till en sådan process och att bli uppfostrad av någon med en snedvriden verklighetsbild påverkar ens eget sätt att tänka, man blir helt enkelt mera lik den som man blir uppfostrad av genom modellinlärning, omedvetet. (Boeree, 2006) Barn lär sig av modellinlärning, det har Albert Bandura (Bandura & Ross, 1961) påvisat för länge sen. Därför finns det starka hypoteser om att barn som utsätts för psykiskt illamående som ung också kommer att lida av det som vuxen.

Före den sjuke har fått den hjälp hen behöver kan det hända att man har försökt dämpa sina problem med alkohol, droger, likgiltighet osv och kanske blivit inlagd för ett missbruk, eller blivit kontaktad av socialen pga. faran man är för sin familj. I värsta fall kan man ha försökt ta sitt liv för att dämpa problemen. Detta påverkar hela familjelivet så klart, men fokusen för detta arbete ligger på föräldra-barn relationen. Att vara ung och se sin mamma eller pappa bete sig så underligt, när man är för ung för att förstå varför, lämnar spår i ens sinne. Oberoende på var man bor finns det alltid folk som kommer döma en, och där kommer de mera sociala följderna fram. Hur samhället ser på den där ”trasiga” familjen, och buntar ihop familjemedlemmar som om de alla var samma. Att växa upp med en ”sjuk” förälder

förändrar ens eget beteende och vanor. Man behöver kanske växa upp snabbare än man borde för att ta hand om en vuxen som inte kan ta hand om sig själv eller andra, denna effekt lämnar oftast kvar ännu in i vuxenlivet för barnet. Barn behöver få vara barn, annars störs deras normala utveckling. Man kan även leva med stora skam- och skuldkänslor som barn. Inte sällan är det som barn tar på sig ansvaret för att vara orsaken till att mamma eller pappa mår dåligt, eller som de försöker gömma problemen för samhället så att inte mamma eller pappa ska försvinna. Dessa upplevelser lämnar sina spår och arbetet vill undersöka hur pass mycket man blir påverkad av detta och om det i så fall handlar om mera än bara ärftlighetskomponenten.

Som sagt så finns det också en ärftlig komponent som tagits upp i arbetet. Den ärftliga komponenten bestämmer mycket men i vissa fall krävs det ett trauma för att sjukdomen som annars skulle ha legat latent i kroppen startar i gång. Miljön påverkar också mycket. Det tåls förstås ändå att nämnas att man kan även lida av någon psykisk sjukdom även fast man har varken gener för det eller har upplevt något trauma. Mental ohälsa är en sådan sjukdom som ibland inte kräver något alls för att uppstå, därför har den också varit så missförstådd under många år eftersom vetenskapen forskar mycket i orsaker till sjukdomar.

Förhoppningsvis kommer arbetet också öka förståelsen angående den mentala hälsan och ohälsan för läsaren och på så sätt även minska på det negativa runtom ämnet och stigmatiseringen i samhället.

Jag har valt att använda mig av en kvalitativ metod eftersom arbetet kommer behöva längre svar för att kunna besvara de frågeställningar som ställts och inte enbart analysera siffror och statistik. En kvalitativ metod passar även bättre för ett sådant här arbete för att läsaren ska få en större inblick i hur det kan vara, och hur olika det kan vara för alla med mentala problem.

2 Vad är mental hälsa och ohälsa?

Enligt WHO (WHO, u.å.) definieras en individs välmående genom att alla tre olika ”nivåer” av hälsa är i balans, det vill säga den psykiska, den fysiska och den sociala förmågan. Dock betyder inte detta att det ena utesluter det andra, lider man av en ”brist” i ena sektorn betyder inte det att man har en dålig hälsa och aldrig kan få en ”perfekt” hälsa, det vill säga avsaknaden av en viss förmåga utesluter inte god hälsa. Det krävs dock förstås anpassning om man då lider av någon diagnos i någon av nivåerna. T.ex. en fysisk skada som gör att

man är handikappad, eller så kallad funktionsvarierad, eller att man ligger på autismspektrumet och har svårt för att skaffa nya och bibehålla sociala kontakter, eller en mental diagnos som gör att ens humör kan förändras drastiskt oberoende. Allt detta kräver att man jobbar för att komma i balans trots sina brister och för att kunna acceptera att vissa saker fungerar annorlunda för en själv än för andra. Det är oftast något alla med ”olikheter” behöver jobba med när det kommer till personlig utveckling. Man kan också diskutera funktionsförmåga och välbefinnande här. Med funktionsförmåga menas förmågan att klara av viktiga och nödvändiga vardagsfunktioner så som att arbeta, studera, ägna sig åt fritidsaktiviteter, ta hand om sig själv och andra i den miljön man lever i. Olika uppgifter kräver olika förmågor så som syn, hörsel, rörelseförmåga, minne och informationshantering samt sociala och psykiska färdigheter och egenskaper. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2021) Att lida av en psykisk diagnos kan påverka ens funktionsförmåga på olika sätt, trots det betyder det inte att ens liv behöver vara sämre eller att man inte har möjlighet till en god hälsa, bara pga. avsaknad av en viss förmåga. Då gäller det att man anpassar sig till avsaknaden och fyller ut det tomrummet med andra egenskaper för att komplettera. Inte heller ens välmående behöver vara påverkad bara pga. en psykisk diagnos. Om man tänker andra vägen kan ens välmående och psykiska hälsa påverkas otroligt mycket utan att man har en diagnos.

För att förstå den mentala ohälsan måste man först tackla den mentala hälsan och vad det innebär. Precis som med den allmänna hälsan måste man också här komma ihåg att en mental diagnos som på sitt sätt är en del av att lida av mental ohälsa, inte är något som definierar ens hälsa för alltid. Trots att man kan ha en mental diagnos betyder inte det att man inte kan på samma gång också ha en god mental hälsa och vara lycklig. Att ha en god mental hälsa innebär att man förstår sina egna känslor och kan hantera dem, man klarar av att komma tillbaka efter en sämre dag/sämre händelse i livet. Man har även en uppfattning om empati och sympati och förstår även således andras känslor till en viss mån. Att ha en god mental hälsa innebär inte att man springer runt på rosor och är överlycklig hela tiden, utan mera att man klarar av det som livet ger en, både det bra och det dåliga.

”A state of well being in which the individual realizes her or his own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is also able to make a contribution to her or his community.” – WHO:s definition av mental hälsa.” (WHO, u.å.)

Det finns även många faktorer som påverkar den mentala hälsan hos en individ, sådana faktorer är t.ex. individuella biologiska och psykologiska faktorer, sociala interaktioner, samhällets struktur och resurser, och kulturella värderingar. (Allgulander, 2019)

För att förstå den mentala ohälsan bättre måste man förstå dess historia och vad som har format synen på det och hur det har ändrats genom tiderna. Problemen med mental ohälsa har påverkat samhällen genom tiderna och därifrån har många stereotyper kommit och även den stora stigmatiseringen. Tyvärr sitter många dåliga stereotyper och stigmatisering kvar ännu idag, trots att samhället har öppnat upp dörrarna för förståelse angående mental ohälsa i dagens läge.

På medeltiden var det kyrkans uppgift att ta hand om personer med psykisk ohälsa och 1851 blev psykiatrin en medicinsk specialitet, då riksdagen bestämde att psykiskt sjuka hade rätt till läkarvård också. Särskilt utbildade sjuksköterskor fick ansvaret över vården. Man byggde flera statliga sjukhus i ett senare skede men man började också ifrågasätta den psykiatriska vården. Pga. problem rent ekonomiskt försökte man få patienterna att leva ett självständigt liv och minskade platserna som fanns på den stängda vården, detta fungerade inte helt eftersom de flesta med psykisk ohälsa inte klarade sig i samhället och blev istället kriminella, missbrukare, hemlösa eller marginaliserade. (Allgulander, 2019) Förr i tiden uppfattades man som sinnessjuk eller galen om man led av psykisk ohälsa, eller t.ex. om man hade ett handikapp gömdes man från resten av samhället som om man var något skamligt. Denna syn på mental hälsa finns ännu kvar i samhället av många, att mental ohälsa är något skamligt och ett ämne som tystas ner.

Självmord som dödsorsak har ökat sedan 1900-talet. Det har ökat i en relativt stadig kurva för kvinnor och för män har kurvan nått sin höjd vid 1990 och sedan börjat dala neråt. År 2019 låg antalet självmord runt 600 för män och runt 200 för kvinnor. (Findikator, u.å.) Anledningen till att kvinnor mera sällan tar sitt liv är troligen pga. stigmatiseringen som finns i samhället kring mental ohälsa och stereotypen angående att män ska vara starka och inte prata eller ens ha känslor, vilket leder till att män oftare tar till självmord istället för att öppna upp sig för någon om sina problem och söka hjälp. Självmord tas upp för att det är relevant för nästan alla psykiska diagnoser. Precis som en patient som har obotlig cancer och vill avsluta sitt lidande i förtid, drivs också ofta människor med psykiska diagnoser till självmord för att få slut på sitt lidande. Därför är det också viktigt att man får tillräcklig hjälp

i god tid för att inte det ska sluta i katastrof. Med i princip alla diagnoser blir symptomen och läget värre desto längre man ignorerar dem eller utesluter hjälp och råd, det finns ingen magisk lösning som gör att man vaknar upp en dag och alla ens livsproblem är lösta, tyvärr.

På senaste tid har synen på mental ohälsa förändrats drastiskt, även fast den ännu är relativt stigmatiserad i många kulturer. Stigmatiseringen och tabun som idag hänger kvar runt ämnet härstammar från långt tillbaka. Förr i tiden var mental ohälsa något som inte alls pratades om och som inte heller fanns som "sjukdom" enligt läkare, hade man problem med sin mentala hälsa sågs man som galen eller "sinnessjuk". Hade man ett barn som var handikappat eller liknande, t.ex. barn som led av Downs-syndrom gömdes de barnen bort och de var oftast sedda som en skam för familjen. (Allgulander, 2019) Detta berodde säkerligen på det faktum att man helt enkelt inte hade kunskap till att förstå vad som hade hänt barnen som var "annorlunda". I dagens läge vet man, med de flesta sjukdomar och nedsättningar, varför det har hänt och man har till och med i dagens läge prover för att se om man ska få ett helt "friskt" barn före barnet är fött, så att man i så fall har tid på sig att göra abort. Det kan man dock kanske se som ett tecken på att vetenskapen har gått för långt i dagens läge. Att man ser på en människa att hen lider av någon sjukdom har folk lättare att förstå än de psykiska diagnoserna som inte alltid syns utåt, så som depression, ångest osv. Vetenskapen har hjälpt till att öppna upp ämnet mental ohälsa så att psykiska diagnoserna faktiskt klassificeras som sjukdomar och inte bara en tillfällig sinnesstämning. Vartefter att vetenskapen har bevisat och förklarat vad olika psykiska diagnoser är och hur de påverkar individen och hur man behandlar dem har också folk, mestadels de som varit drabbade, vågat öppna sig mer och mer. Om man tar året 2020 som ett exempel. Året då corona-pandemin drabbade hela världen och det kändes som att världen stängdes ner så började plötsligt diskussionen om den mentala ohälsan att öppnas upp, i och med att man märkte att den mentala ohälsan hos t.ex. ungdomar plötsligt sjönk i botten pga. alla restriktioner och isoleringar. Detta hjälpte till att minska på tabun något otroligt och även att samhället insåg att de behövdes mera hjälp för ungdomar, för alla, som skulle ha väldigt låg tröskel. Om något bra kom ut av den förödande corona-pandemin så var det i alla fall detta.

Att drabbas av någon psykisk diagnos har nästan oändligt många olika faktorer och mer och mer ofta hittar man aldrig någon exakt orsak till sina problem, vilket kan vara tungt för den drabbade. Det finns ju riskfaktorer förstås och även de saker som "räddar" en från att drabbas trots att man har en riskfaktor i sitt liv, en sak som så att säga kan ta ut varandra när det gäller

riskfaktorer, sen kan det också handla om resiliens, ett begrepp som i lekmans termer handlar om att vara ett maskrosbarn. Metaforen här är om man lyckas växa genom asfalten till en maskros, alltså om man lyckas klara sig genom livet trots att man har genomgått exempelvis ett stort trauma som ung, som är en av de möjliga riskfaktorerna som "borde" ge en psykiska men. Vetenskapligt sätt betyder maskrosbarn att är barn som använder sina mycket speciella egenskaper i sin miljö. Att använda sig av ordet maskrosbarn kan ibland bli missvisande eftersom det tyder på att det handlar om något "mirakelmedel" då det egentligen handlar om individuella egenskaper hos barnet tillsammans med egenskaper i miljön. Hälften av alla barn som exponeras för risk och stress utvecklar inte allvarliga psykiska problem. Resiliens handlar om att ge ett nytt perspektiv på utveckling och betyder god psykosocial funktion hos barn trots upplevelse av risk. (Borge & Larson. 2011) Riskfaktorer för psykisk ohälsa är bland annat:

- Ärftlighet
- Trauma
- Bristande sociala kontakter och social förmåga
- Negativ självbild och dåligt självförtroende
- Inlärningssvårigheter
- Bristande självkontroll och impulskontroll
- Svårigheter att sätta ord på sina tankar och känslor.

Riskfaktorer kan också handla om att man har växt upp i en farlig hemmamiljö med t.ex. missbruksproblem, relationsproblem, familjevåld, ensamstående förälder, dåligt socialt nätverk, ekonomiska svårigheter och förälder med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning. (Borge & Larson. 2011) Ingen av dessa faktorer är helt ovanliga, utan är faktiskt relativt vanliga att uppleva i samhället men som tur finns det då t.ex. maskrosbarn och även olika skyddsfaktorer som kan motverka riskfaktorerna, så som bl.a. stabilt humör, begåvning utan kognitiva svårigheter, förmåga att fungera socialt med vuxna och jämnåriga, öppenhet med att söka hjälp, stöd från föräldrar, upplevelse av kontinuitet och samband och även att klara av de uppsatta målen i skolan. (Uppdragpsykiskhälsa, u.å) Här kan man fundera över vem som är en närstående som kan bli påverkad av ens mentala ohälsa. En närstående är någon ur ens närmaste familjekrets så som ens barn eller partner, men kan också vara någon ur ens närmaste vänskapskrets. Detta är förstås beroende på vilken typ av familjedynamik man har. Man måste också komma ihåg att man påverkas olika i olika åldrar, barnen är mera

omedvetet påverkade och oftast även starkare påverkade än de vuxna och äldre i kärnfamiljen.

3 Psykiska sjukdomar som påverkar människorelationer

I detta stycke kommer jag att ta upp några psykiska diagnoser som har valts ut för ämnet. Dessa har blivit utvalda för att de har en påverkan på den sjukes vardag och sinnesstämning mycket vilket i sig påverkar individens beteende gentemot andra och det har en, oftast negativ, effekt på det sociala livet. Det som kommer vara i fokus är hur relationen mellan barn och förälder, och hur det påverkar barnets framtida välmående. (Patterson, Shaw & Stewart-Brown, 2009) De flesta diagnoser vi tar fram är affektiva, med andra ord de som handlar om humör och känsloförändringar, dit hör depression, ångestsyndrom, bipolärt syndrom, psykoser, schizofreni och borderline personlighetssyndrom. Dessa är de psykiska diagnoser som kommer tas upp i arbetet. Vissa av dessa är vanligt förekommande, och man hör mer om vissa än andra.

Att lida av en psykisk diagnos stör oftast ens vardagliga liv, på olika sätt och olika mycket, beroende på individen och graden av mental ohälsa. Oftast behövs någon sort av behandling för att lära sig att leva med sin mentala ohälsa och leva ett normalt liv. Beroende på vilken psykisk diagnos man lider av så uttrycker man den i olika former. T.ex. vissa ger så mycket mera fysiska symptom, vilket är en av anledningarna till att man ofta kan bli feldiagnostiserad för att man letar efter en fysisk sjukdom istället, där kommer det in hur samhället är blint för den mentala ohälsan som kommer diskuteras i ett annat kapitel. Andra diagnoser kan visa sig mera socialt, och andra mer i beteendet. Det är detta som kommer undersökas, hur påverkar de fysiska, sociala och psykiska symptomen av den mentala ohälsan individens relationer och vad får det för följder för den andra individen. För den drabbade märks det oftast mest av det som händer i ens huvud, för att det är där man ”lever” när man lider av mental ohälsa. Ibland är det svårt att få en sjukdomsinsikt själv, beroende på vad man lider av och hur man är som person, i många fall är det en närstående som först märker av att något inte står rätt till.

I styckena nedan kommer arbetet försöka ge kunskap om de individuella psykiska diagnoserna genom att beskriva dem, deras symptom, deras orsaker och deras behandling.

På så sätt kan arbetet hjälpa till att öka förståelsen för mental ohälsa och förståelsen för hur stort problem det egentligen är. Genom noggranna beskrivningar blir det också mera klart att se hur pass mycket en psykisk diagnos kan påverka ens liv. Weissman, Leckman och Merikangas menar att om föräldern/föräldrarna lider av depression eller ångest syns det också på att deras barn i tidig ålder lider av samma åkomma. (Weissman., Leckman. & Merikangas. U.å.)

3.1 Depression

Depression är en av de vanligaste psykiska diagnoserna man kan lida av och har både blivit vanligare och mer normaliserad, på gott och ont. Alltid bra att man, som ett samhälle, är mera accepterande av psykiska sjukdomar men att depression blivit mera normaliserat leder också till att man använder begreppet fel och att man tar det för ”lätt” när någon är sjuk och får en lite mera ”bara var glad”-attityd. Att ha förändringar i sina känslostämningar är inte att ha depression och det är helt normalt. Det har blivit lättare att bli diagnostiserad med depression nu för tiden men det finns ändå inga bevis på att depression som psykisk diagnos har blivit ännu mera vanligare. Diagnostiseringen görs med hjälp av en psykiater och ibland även läkare. (Mieli, u.å) Depression, och även bland annat ångestsyndrom, är en svår sjukdom att diagnosticera i och med att vårat samhälle har pushat individer till att fortsätta jobba, studera etc. även med svåra symptom, om det inte är fysiska symptom så som ett brutet ben till exempel. Därför blir det svårt att diagnosticera depression om läkaren anser att man inte kan vara deprimerad om man ändå klarar av att stiga upp på morgonen. Tyvärr finns det ännu läkare som anser att man ska ha påtagliga symptom för allt för att man faktiskt ska lida av något, men det är svårt att bevisa sådana symptom när sjukdomen sitter i ens huvud.

När man talar om depressionen som sinnesstämning menar man att personen i fråga är väldigt låg på energi och ork och även nere eller ledsen. Detta kan man till exempel tala om när man pratar om bipolär sjukdom där sjukdomen betecknas av depressiva och maniska perioder. (mieli, u.å.) När man talar om depression som en psykisk sjukdom menar man att personen i fråga är orkeslös, har inget intresse för sådant som förut intresserade hen, lider ofta av sömnstörningar, kan bli apatisk, få viktförändringar och ha svårt till skratt eller känslor av glädje. Depressionen kan ofta synas väldigt bra utåt, men den kan också lika bra vara dold i många fall. Depression är en psykisk diagnos men den har också väldigt många

fysiska symtom. Vid en utredning av depression tar man i beaktande hur länge individen upplevt symptomen / besvären. För att det ska klassas som depression måste man ha upplevt symptomen/ besvären i minst 2 veckor. Utredning görs även med hjälp av ett formulär som kallas för MADRS-S och är ett självskattningstest för depression. (Allgulander, 2019)

Depression är ett brett begrepp men allt som oftast pratar man om depression när man menar *egentlig depression*, men man kan också prata om depression när man menar pms, dystymi, depression med peripartumdebut och dysforiskt syndrom med debut under barndom och tonår och även säsongsrelaterad depression (SAD). Sen finns det många andra psykiska diagnoser som har depression som ett symptom, t.ex. schizofreni. (Allgulander. 2019) Men i detta arbete kommer vi diskutera egentlig depression.

3.1.1 Symptom

Vi har redan nämnt än några av symtomen vid depressions men symptomen syns på olika sätt hos alla individer och behöver inte alltid vara så tydliga. De typiska symtomen för depressions är bland annat enligt Mieli (u.å):

- nedstämdhet
- förlust av välbehagskänsla
- utmattning
- förlust av självkänsla eller självuppskattning
- överdriven självkritik eller obefogade skuldkänslor
- självskadebeteende
- självmordstankar
- sömnstörningar
- psykomotorisk hämning eller agitation
- känsla av obeslutsamhet eller koncentrationssvårigheter
- aptit- och viktförändringar

Symptomen kan som sagt skifta från individ till individ och i vissa fall kan symtomen misstolkas som något annat eller helt och hållet utebli eller vara helt dolda för omvärlden. Symptomen skiftar även beroende på hur grov ens depression är. Man diagnosticerar ofta depression som mild, medel eller svår. Den svåra varianten kan också kallas melankolisk depression. (Allgulander 2019) Om man misstänker att en närstående har

problem ska man alltid fråga. Depression kan i vissa fall anses vara utan symptom, från en utomståendes perspektiv, vilket leder till att om den sjuke försöker ta sitt liv blir detta en stor överraskning för familjen.

3.1.2 Orsaker

Depression hos människor har ofta en orsak och uppkommer inte av ”sig självt”. Ofta är depressionen en kombination av biologiska, psykologiska och sociala faktorer. Orsakerna kan dock ibland vara diffusa och svåra för individen att förstå. Orsaker till depression kan till exempel vara enligt Mieli (u.å) :

- Medfödda anlag, vissa studier menar att ärftligheten vid depression är upp till 30-40% (psykiatristod.se, u.å.)
- fysiskt, psykiskt eller sexuellt våld eller annat trauma i barndomen
- livsomständigheter/ livsförändringar så som skilsmässor, dödsfall, sjukdomar
- Vissa kroniska sjukdomar medför större risk, t.ex. sköldkörtelproblem
- biverkningar av droger eller läkemedel
- säsongs relaterat, kallas för SAD.

3.1.3 Behandling

Före man börjar behandlingen för depression måste en psykiater fastställa vilken typ av depression personen lider av så att man kan anpassa den bästa behandlingen. Man kan ligga mellan mild, mellan och svår depression. (mieli, u.å.) Den sistnämnda kan också ibland benämnas som melankoli. Man kan behandla depression med både läkemedel och med terapi, dock är oftast den bästa behandlingen en kombination av de båda, i alla fall när det gäller mellan eller svår depression. Man brukar oftast inte få medicinering om man lider av mild depression eftersom läkemedel som man tar för depression inte är starka mediciner. Man behandlar depression med psykoterapi som oftast bygger sig på kognitiv beteendeterapi (KBT). Det går alltså ut på att man träffar en psykolog eller psykoterapeut under en viss tid och diskutera problemen man har och försöker utreda varifrån de kommer. När man använder sig av KBT fokuserar man på att försöka ändra på individens tankesätt. Målet med terapin är att individen ska återfå sin funktionsförmåga och att sitt vardagliga liv ska underlättas. Man kan också använda sig av något som kallas kamratstöd, som går ut på att man träffas i grupp där alla har erfarenheter av samma sak och

får dela med sig av sina svårigheter med sådana som är i samma sits, för att minska på att tabun kring ämnet och minska på ensamhetskänslorna som ofta kan förekomma när man har några svårigheter. (mieli,u.å) De läkemedel man använder sig av kallas antidepressiva läkemedel, även känt som SSRI- behandling. Exempel på sådana mediciner är bland annat Sertralin, Paroxetin, Mirtazapin och Agomelatin. Ibland kan man tillsammans med antidepressiva även använda sig av ångestdämpande mediciner om man upplever stark ångest tillsammans med sin depression. (medibas, 2017) Sertralin används vid depression, social fobi, PTSD, paniksyndrom och tvångssyndrom, Paroxetin används för att behandla samma som Sertralin men kan också behandla GAD, generaliserat ångestsyndrom. Mirtazapin och Agomelatin används enbart för att behandla depressions sjukdom. (lääkeinfo, 2020)

Kognitiv beteendeterapi och tvångsvård är något som ofta kommer upp i princip i alla behandlingar av mentala åkommor och därför kommer arbetet att presentera de ämnena i ett separat stycke senare i arbetet, vid punkterna 6.1. och 6.2.

3.2 Ångestsyndrom

Ångest är något som de flesta människor upplever någon gång i sitt liv. Tyvärr kan också ångest vara en del av mångas vardag, och vara så pass allvarlig så att den stör individens vardag och funktionsförmåga. Det finns olika typer av ångestsyndrom man kan lida av bland annat generaliserat ångestsyndrom, panikångest, agorafobi, tvångssyndrom och social ångest. Arbetet kommer gå igenom alla nämnda former av ångestsyndrom. Symptomen som orsakar åkomman och behandlingen är relativt lika.

GAD är en förkortning av engelskans Generalised Anxiety Disorder. GAD uppkommer oftast hos unga och kan i värsta fall stanna kvar i flera år om man inte söker hjälp och får hjälp med behandling för det. GAD är ett kroniskt ångestsyndrom som karaktäriseras av en återkommande känsla av ångest och oro. (McMartin, Gajic-veljanoski, Wells, Higgins & Walter 2017)

Som tidigare nämnt har eller kommer varje individ troligtvis någon gång uppleva ångest i sitt liv, och det är helt normalt med ångest ibland och man ska inte diagnosticera sig själv pga. att man upplevt oro någon gång. Ens oro blir till ångest när den förhindrar och försvårar ens vardagliga liv och man upplever ångestkänslorna i princip konstant. Ens ångest

klassas som generaliserat ångestsyndrom när man upplevt (svår) ångest och oro i en längre tid utan att det lättat upp och att det inte heller finns en egentlig och direkt orsak till varför man upplever ångestkänslorna. GAD kommer ofta med många fysiska symptom, mer än det man bara känner av psykiskt. Detta leder till att man oftast letar efter en fysisk sjukdom när man gör utredningar utgående från de fysiska symptomen. GAD förekommer också relativt ofta tillsammans med depression eller t.ex. missbruk, också detta gör att man ofta riskerar att bli feldiagnosticerad många gånger. (McMartin, Gajic-veljanoski, Wells, Higgins & Walter 2017)

Social ångest är en uttalad och varaktig rädsla för sociala situationer, där man tror sig uppträda antingen pinsamt eller förödmjukande. Social ångest är inte det samma som att vara blyg. Social ångest märks oftast av först i puberteten då man ska vara duktig och attraktiv. Vissa märks det redan på i småbarnsåldern och då märks det genom att barnet inte tar några sociala initiativ alls. Man kan få ångest bara av att tänka på en social händelse, trots att händelsen ännu inte hänt. Misslyckanden från en föregången upplevd social situation hänger med i en ny situation och ger en ett dåligt utgångsläge. Typiska situationer som kan vara extremt ångestframkallande är bl.a. presentationer i klass, kurser, personalmöten/fester och till och med att åka till badstranden. (Allgulander, 2019)

Panikångest lider man av när man har regelbundna panikångestattacker, man har alltså inte panikångest för att man har haft en eller två panikattacker i livet. Oftast får man panikattacker dagligen om man lider av svår panikångest. De kan inträffa under sömn och helt oprovocerat och uppträder ofta dagligen i flera månaders tid. Om en människa upplever panikångest börjar deras hjärna oftast förknippa ångestattacken med antingen en plats eller person som förklaring till varför det hände och då börjar personen ofta undvika dessa platser/personer/saker för att undvika att få en till panikångestattack som då blir till en ond cirkel av isolering. Då börjar det påverka relationer och jobb t.ex. (Allgulander 2019)

Agorafobi är rädslan av att vara på platser som är svåra att ta sig ifrån. Det kan vara öppna platser eller instängda eller helt enkelt att vara hemifrån ensam. Agorafobi kan ibland också kallas för torgskräck. Tankarna handlar om att få en panikattack, att ramla eller göra på sig. Individen undviker därför dessa platser eller är beroende av att ha med sig sällskap. Kvinnor har agorafobi dubbelt så ofta som män. Agorafobi går sällan över av sig självt och åtföljs ofta av sekundära depressioner, kronisk nedstämdhet och substansbruk. (Allgulander, 2019)

3.2.1 Symptom

Symptomen som framkommer under ångestsyndromen är ganska lika men vi kommer ändå att gå genom dem separat för varje diagnos.

Symptomen som framkommer under GAD är relativt de samma som framkommer under vanlig och tillfällig ångest, bara i längre utsträckning och oftast i en högre grad. (Hobbs, 2016)

De psykologiska symptom man upplever vid **GAD** kan vara bland annat enligt Mieli (u.å):

- Stark oro/ängslan som återkommer
- Sömnsvårigheter
- Rastlöshet
- Utmattning
- Koncentrationssvårigheter
-

De fysiska symptomen man kan uppleva är bland annat enligt Hobbs (2016):

- Huvudvärk
- Yrsel
- Magproblem
- Illamående
- Muskelspänningar
- Hjärtklappningar
- Kallsvettningar

Symptomen vid **social ångest** är bl.a.

- Svettning
- Rodnad
- Hjärtklappning
- Skakningar

Symptomen vid social ångest liknar mycket de symptom man kan ha vid panikångest och har man tillräckligt mycket ångest inför något socialt kan man också få en panikattack. Att lida av panikångest och att någon gång upplevt en panikångestattack är inte det samma. Vid social ångest har man också oftast automatiska tankar som t.ex. “jag kommer göra bort mig, tänk om någon ser, vad ska alla tro osv". (Allgulander 2019)

Symptomen vid panikångest är att man upplever regelbundna panikångestattacker som ofta kan ses vara utan orsak. När man upplever en **panikångestattack** får man bland annat:

- Hjärtklappning
- Svettning
- Darrning
- Andnöd
- Tryck över bröstet
- Illamående
- Svindel
- Overklighetskänslor
- Myrkrypningar
- Värmevågor/kallsvettning
- Magproblem

Alla individer upplever panikattacker på olika sätt men för att få diagnosen panikattack måste man i alla fall ha mera än bara ett symptom. Man får även oftast tankar som att "jag är galen, jag kommer dö osv" för att panikattacken känns så intensivt för individen och om man inte hittar en orsak till attacken kan man istället tro att man håller på och få en hjärtinfarkt till exempel. (Allgulander 2019)

När man lider av **agorafobi** upplever man samma symptom som när man lider av paniksyndrom. Skillnaden är att man vet varför man får panikattacker och man vet att man inte får dem om man undviker platserna, medan med paniksyndrom kan man fortsätta få panikattacker trots att man undviker platser man *tror* är anledningen till attackerna. (Allgulander 2019)

3.2.2 Orsaker

Trots att symptomen vid olika ångestsyndrom är väldigt lika så kan orsakerna vara väldigt lika eller väldigt olika. Även detta går vi igenom för varje diagnos mera ingående.

Att hitta en bakomliggande orsak för **GAD** kan ibland vara svårt, men de flesta individer har ofta någon aning om vad det kan bero på. Det kan dock ofta vara något som ligger undermedvetet som skapar problem och det syns inte utåt så som t.ex. en typisk fysisk

sjukdomsorsak kan göra. Ofta tror även individen att sina symptom beror på en annan sjukdom, oftast någon fysisk eller mera vanligt, depression. Orsaker till GAD har ofta att göra med tidigare upplevelser och att individen vill vara i ett sorts ”beredskapsläge” hela tiden, som då leder till att individen konstant sätter igång fight or flight responsen i sin kropp. Numera pratar man också om fight, flight or freeze responsen, också kallade flykt- och kampresponsen. (mieli, u.å.) Detta är en överlevnadsmekanism människor har, som i princip bestämmer om man flyr från fara eller om man kämpar, rent instinktivt. Det varierar från person till person hur man reagerar på stressorer. Det fysiska bakom mekanismen är att kroppen utsöndrar adrenalin, noradrenalin, kortisol, oxytocin och vasopressin, detta leder till tillfälliga förändrade tillstånd i kroppen så som ökad puls, snabbare blodströmning till musklerna och hjärna, allt för att förbereda kroppen på antingen en strid eller en flykt. I nuläget ser man dock också till freeze-responsen, eftersom det har bevisats att vissa människor, istället för att fly eller fäkta, låser sig. (healthline.com, 2020) Det kan också debatteras om GAD, och ångest i överlag, har att göra med att individen har ett kontrollbehov eller ett behov för perfektionism.

Social ångest har en ärftlig komponent, som påvisas i olika studier bland annat tvillingstudier. Uppskattningsvis beror social ångest till 1/3 på arv och 2/3 på erfarenheter. Här kan man anpassa det som diskuterades i punkt 2. Vad är mental hälsa, om resiliens och skyddande faktorer som förhindrar att en riskfaktor får ett grepp om en. (Allgulander, 2019)

Det finns ingen klar orsak till varför man får **panikångest**. Om man har ångest ofta kan man få panikattacker, eller i samband med social fobi kan man få panikattacker på grund av den höga ångestnivån inför situationen. Men när man får panikångestattacker utan en yttre orsak är det svårare att veta varför man upplever panikångest överhuvudtaget. Oftast handlar det om någon inre faktor, som kan vara svår att sätta fingret på. Det kan handla om något barndomstrauma, förträngda händelser, någon brist i ens självkänsla eller så är det ens kropps sätt att säga åt en att ändra sina vanor och rutiner, på samma sätt som utbrändhet är kroppens stoppknapp. (Allgulander, 2019)

Det finns ingen klar orsak till varför man upplever **agorafobi**. Agorafobi har en ärftlig komponent men oftast handlar det om ett inlärt beteende eller en förknippad rädsla med något. (Allgulander, 2019)

3.2.3 Behandling

Behandlingen för de olika ångestsyndromen är också relativt lika eftersom det i grund och botten bottnar i liknande faktorer.

Man kan behandla **GAD** med både läkemedel och med terapi, då är oftast kombinationen av de båda det som fungerar bäst. Man använder sig av bland annat benzodiazapiner och antidepressiva läkemedel för att behandla GAD. Benzodiazapiner fungerar som ångestdämpande. När man använder sig av terapi använder man sig oftast av KBT, som man gör med de flesta psykiska diagnoserna. Målet med KBT är att individen ska lära sig att på egen hand hantera sin ångest genom att förändra sin tankegång och sina handlingar/reaktioner. (Hobbs 2016)

Man behandlar **social ångest** med terapi och läkemedel. För att få bort social ångest siktar man på att öka sitt självförtroende, våga ta initiativ, ha mindre krav på sig själv och inte vara lika känslig för kritik. För framgångsrika resultat behövs alltså någon form av samtalsterapi, vanligast KBT. Med hjälp av läkemedel kan patienten bygga upp motståndskraft mot ångest och nedstämdhet. Man kan behandla med t.ex. benzodiazapiner, som är en muskelavslappnande och dämpar ens fysiologiska reaktioner som kan trigga igång ångesten. Om man lider av hög social ångest kan det vara till nytta att använda sig av någon form av serotoninaktivt medel. (Allgulander, 2019)

Det är viktigt att ha en grundlig utredning vid **panikångest** eftersom man kan uppleva många fysiska symptom utan att hitta en fysiologisk orsak. Det är viktigt att läkaren förklarar för patienten hur allt hänger ihop så att de tankarna som “jag är galen eller jag håller på att dö” tappar sitt fotfäste när det påvisas att så är inte fallet. Paniksyndrom svarar bra på KBT.(Allgulander 2019) Man behandlar också ofta det tillsammans med SSRI-läkemedel och bensodiazapinpreparat. I KBT lär man sig om hur man kan ändra sitt mående genom att ändra på sin tankegång men när människan upplever stark ångest och ångestattacker lyssnar inte ens hjärna på ens lugnande självprat osv. Då måste man först fokusera på att få bort de fysiska symptomen som styrs av den så kallade ödle-hjärnan. Detta gör man bäst genom att fokusera på sin andning. (Personlig kommunikation, Tiina Lerbacka, 11.10.2021)

Den primära behandlingen för **agorafobi** är beteendeterapi. Man använder sig också av exponering som behandling. (Allgulander 2019)

3.3 Bipolärt syndrom

Bipolärt syndrom är en långvarig och ärftlig psykisk diagnos som karaktäriseras av kraftiga, onormala humörsvängningar. Man kan dela in bipolärt syndrom i två huvudtyper, bipolärt syndrom typ 1 och bipolärt syndrom typ 2. Bipolärt syndrom är en relativt ovanlig psykisk diagnos som finns bland cirka 1% av befolkningen. Den psykiska diagnosen har även förut haft benämningen manisk-depressiv sjukdom eller manodepressiv sjukdom. (mieli, u.å.)

Bipolärt syndrom kännetecknas av starka humörsvängningar hos individen och man pendlar mellan depressiva perioder och maniska perioder. Mellanstadiet mellan perioderna är ett "normalläge" där läget är relativt stabilt. Om man lider av bipolärt syndrom typ 1 är ändringarna mellan perioderna mycket mera märkbara och den typen är därför också lättare att diagnosticera, och var den enda typen av bipolärt syndrom som man förut trodde fanns. Om man lider av bipolärt syndrom 2 är förändringarna inte lika märkbara från "normalläget" och därför kan det ibland vara väldigt svårt att diagnosticera den typen. Man upptäckte även att typ 2 av bipolärt syndrom fanns först många år efter att man börjat diagnosticera bipolärt syndrom 1. När man lider av bipolärt syndrom typ 2 kan man ha så kallade blandade perioder, istället för de typiska depressiva och maniska perioderna som bipolärt syndrom typ 1 uppvisar. (mieli, u.å)

3.3.1 Symptom

Symptomen på bipolärt syndrom är alltså maniska och depressiva perioder och växlingen mellan de två. Med bipolärt syndrom är det vanligare att man har mera depressiva perioder än att man har maniska perioder. (mieli,u.å.)

När man har de depressiva perioderna är man väldigt låg, precis som i en vanlig depression, men det kan märkas väldigt bra och vara väldigt annorlunda än ens "normalläge" och de depressiva perioderna kan vara väldigt mörka. Man får oftast självmordstankar och tappar all energi och lust att göra sådant som man normalt vill göra eller normalt måste göra. Symptomen på en depressiv period är de samma som symptomen vid en allvarlig depression, bl.a. sömnstörningar, aptit- och viktförändringar, värdelöshetskänslor, självmordstankar osv. (mieli, u.å.)

De maniska perioderna är då istället lite av en total vändning från de depressiva perioderna, och det är även det som kännetecknar denna typ av psykiska diagnos. De maniska perioderna är också oftare lättare att upptäcka än de depressiva perioderna, ifall personen är relativt låg i sitt normalläge också så märks inte de depressiva perioderna av lika mycket. I en manisk period känner sig individen energisk och kreativ och glad på ett onaturligt sätt och denna känsla kan vara i flera veckor eller till och med någon månad. Då man är i en manisk period kan man ofta göra spontana köp eller göra något som är olikt för ens karaktär. När man lider av bipolärt syndrom är det lite som att man har tre olika personligheter. I den maniska perioden är det inte ovanligt att man äventyrar sin egen hälsa och beter sig på ett riskfyllt sätt, eftersom man har en känsla av oövervinnerlighet. Man kan också få en benägenhet till ett sexuellt beteende man inte normalt sätt har. Men maniska perioder är inte det samma som "glada perioder" eftersom individen kan bli rejält upprörd och aggressiv om någon i hens närhet skulle t.ex. anta att något är fel med hen, eftersom personen i fråga inte tycker eller känner att något är fel. (mieli, u.å.)

De blandade perioderna kännetecknas av att man upplever både känslor av depression och av mani på samma period. De blandade perioderna kan vara väldigt smärtsamma och jobbiga för individen eftersom den på samma gång är väldigt upprymd och energisk men dess tankar kan vara väldigt mörka och nedstämda. De blandade perioderna är vanligare vid bipolärt syndrom 2 än vid typ 1. Men man kan också vid typ 2 ha depressiva perioder och maniska perioder separat som vid typ 1, men då är de inte så mycket annorlunda än ens "normalläge". Man kan också lida av hallucinationer med bipolärt syndrom men det är inte vanligt. (mieli, u.å.)

3.3.2 Orsaker

Precis som med många andra psykologiska diagnoser så finns det även många möjliga bakomliggande orsaker för bipolärt syndrom. Bipolärt syndrom kan bero på eller ha att göra med t.ex.

- Ålder
    - Bipolärt syndrom börjar ofta märkas av i unga tonåren till att man är i 20-års åldern och håller då på resten av livet efter att man första gången upplevt en manisk/depressiv episod.
- Kön

- Män och kvinnor är lika mycket i riskzonen för att utveckla bipolärt syndrom
- Etnicitet
  - T.ex. mörkhyade ligger i större risk för att bli feldiagnosticerade med schizofreni, när det egentligen är bipolärt syndrom det handlar om.

(Strakowski, Adler, Almeida , 2012)

- Ärftlighet
  - Risken för bipolärt syndrom bland släktingar är 10 gånger förhöjd, ofta förekommer även schizofreni i de släkten, vilket talar mera för en ärftlig komponent. (Allgulander, 2019)
- Neurobiologiska anledningar:
  - Grå substans är reducerad i frontallob och temporallob vid bipolärt syndrom
  - I studier har påvisats en ökad metabolism i vissa delar av hjärnan som sammanhänger i en nätverksfunktion. (Allgulander 2019)

3.3.3 Behandling

Bipolärt syndrom behandlas oftast med stämningsstabiliserande läkemedel, ångestläkemedel och sömnläkemedel, samt antidepressiva läkemedel vid de depressiva perioderna. Man kan använda sig av läkemedel som t.ex. Litium, Olanzapin, Lamotrigin och Risperidon.(medibas, 2019) Man går ofta också i psykoterapi vid sidan om medicineringen. Målet är att individen ska lära sig att känna igen tecknen på de depressiva och maniska perioderna och därför känna att hen har mera kontroll över sitt liv. För att underlätta perioderna eller för att förebygga dem är det viktigt att man undviker stor stress och sömnbrist och ser till att ha en god allmänhälsa. Människor med bipolärt syndrom typ 2 söker inte alltid hjälp vid de första symptomen eftersom de inte behöver märkas av, istället söker de hjälp för depression och därför lämnas troligen en stor del av individer med typ 2 utan diagnos på sin rätta sjukdom. (mieli, u.å.)

3.4 Borderline personlighetssyndrom

Personlighetssyndrom betyder att man har ett bestående mönster av inre upplevelser och beteenden som avviker påtagligt från förväntningarna i individens kultur.

Dessa diagnoser är påvisbara redan i ungdomen och tidigt vuxenliv. De typiska dragen för borderline personlighetssyndrom är att man är impulsiv, instabil självbild, självdestruktiv, affektlabil. Borderline personlighetssyndrom förekommer vid 1–2% av den allmänna befolkningen, 6% av primärvårdens patienter och 15–20% av psykiatrins patienter. De flesta med borderline personlighetssyndrom är kvinnor. (Allgulander, 2019)

3.4.1 Symptom

Personer med borderline personlighetssyndrom, också kallat emotionellt instabilt personlighetssyndrom, karaktäriseras av instabila och intensiva relationer, impulsivitet och växlande självbild. Verkliga eller förmodade separationer och avståndstaganden kan utlösa självdestruktiva handlingar. En ny partner kan bli föremål för en idealiserad förälskelse som snabbt förbryts i nedvärdering. Självdestruktiva utspel bryter känslan av dissociation. Känsloläget kan växla mellan ytterligheter på några timmar eller dagar. Psykossymptom kan uppträda vid påfrestning. (Allgulander 2019) För en diagnos kräver det att avvikelserna ska ha påvisats återkommande sedan ungdomen och i minst två av följande fyra domäner samt medföra stress och nedsatt funktion enligt Allgulander (2019):

- *Kognition:* sättet individen uppfattar och tolkar omvärlden och grundar sina attityder och bilder av sig själv och andra
- *Affektivitet:* omfånget, intensiteten och ändamålsenligheten hos individens känsloreaktioner
- *Interpersonell funktion:* sättet individen relaterar till andra och hanterar samspelet med andra
- *Impulskontroll:* i vilken grad individen kan kontrollera sina impulser eller skjuta upp behovstillfredsställelse

3.4.2 Orsaker

Vissa hjärnförändringar har påvisats som stämmer med de kliniska symptomen vid borderline personlighetssyndrom. Tidig vanvård och en traumatisk uppväxt banar väg för denna problematik. (Allgulander 2019)

3.4.3 Behandling

Målsättningen med behandlingen av individer med borderline personlighetssyndrom är att lindra symptom, förbättra relationer, hantera impulser, ilska och andra negativa känslor för att uppnå större självaktning och självkänsla. De som behandlar individen måste ha träning i att klara av provokationer och utmaningar, impulsgenombrott, självdestruktiva handlingar och återfall i substansbruk. Behandlingen ska vara strukturerad, långsiktig, fokuserad. Kognitiv terapi och beteendeterapi rekommenderas. Dialektisk beteendeterapi har utvecklats specifikt för kvinnor med borderline personlighetssyndrom som begår självdestruktiva handlingar, men kan också tillämpas på män. I DBT eftersträvar man medveten närvaro eller sinnesnärvaro, mindfulness. DBT syftar till att uppnå en balans mellan utveckling och nuet, och bygger på kognitiv teknik, inlärning, beteendeträning, meditation och argumentationskonst. Patienten får lära sig bli mera medveten om sina känslor, få ökad tolerans för smärtsamma känslor och hantera dem istället för att ta till självdestruktiva handlingar. (Allgulander, 2019) Antipsykotiska läkemedel så som Lamotrigin och Valproat kan användas tillfälligt vid kortvariga psykoser, aggressivitet och självskadebeteende. (Allgulander, 2019)

3.5 Schizofreni och psykoser

Schizofreni kommer av grekiska schizein, splittra/klyva, och frén, sinne. Med schizofreni avses en psykos som pågått i minst sex månader med diverse symptom.(Allgulander 2019) Schizofreni är en allvarlig sjukdom som drabbar människor på tröskeln till vuxenlivet. Sjukdomen är ofta mer eller mindre kronisk till sin karaktär. Schizofreni drabbar män mer än kvinnor. Sjukdomsdebuten sker ofta tidigare hos männen än kvinnorna också. Även sjukdomsförloppet är mera allvarligt bland män. (Svenska psykiatriska föreningen & Lindefors 2009)

Vid vissa typer av psykiska diagnoser kan man lida av psykoser och psykotiska symptom, t.ex. vid schizofreni. Psykoser kan dock även drabba andra än enbart psykiskt sjuka. Psykoser är ett allvarligt kognitivt och perceptivt tillstånd där individens verklighetsuppfattning är allvarligt rubbad. Psykoser gör att individen inte kan särskilja mellan autonoma sinnesintryck och den yttre verkligheten. Psykoser är de allvarligaste psykiska sjukdomarna och har en betydande negativ effekt på individens funktionsförmåga. (mieli, u.å ; medibas, 2013)

3.5.1 Symptom

För att få diagnosen schizofreni krävs minst två av dessa symptom under en månad, enligt DSM-IV (2004):

- Vanföreställningar
- Hallucinationer
- Desorganiserat tal
- Påtagligt desorganiserat tal eller katatont beteende
- Negativa symptom

Endast ett symptom krävs om det förekommer bisarra vanföreställningar alternativt hallucinationer bestående av kommenterande röster eller röster som samtalar med varandra. Enligt ICD-io (1993) ska man uppleva minst ett av dessa symptom under en månad:

- Tankeeko, tankepåsättning, tankedetraktion eller tankeutsändning
- Vanföreställningar om kontroll och påverkan eller passivitet
- Rösthallucinationer av kommenterande eller diskuterande karaktär
- Vanföreställningar av annan typ som är kulturellt opassande och totalt omöjliga

Eller minst två av följande:

- Hallucinationer för vilken sinnesmodalitet som helst, åtföljda av icke-affektiva vanföreställningar eller över värdiga idéer
- Neologismer, stopp eller avbrott i tankekedjan
- Katatont beteende
- Negativa symptom (avtrubbade effekter, anhedoni, tillbakadragenhet)

(Svenska psykiatriska föreningen & Lindefors 2009)

Symptom man lider av vid psykoser är bland annat sinnesvillor, hallucinationer och vanföreställningar. Man kan också börja höra röster som sinnesvillor. Individer som lider av psykoser kan också tro starkt på något som inte stämmer eller något som saknar grund i verkligheten. Individens tal kan också bli ologiskt och osammanhängande och ofta ha samtal med sig själv, eller vad som ser ut att vara med sig själv för omvärlden. (mieli, u.å.) Psykotiska symptom och skov förekommer i de svåraste psykiska diagnoserna, t.ex. schizofreni. Symptomen uppträder ofta i perioder, med andra ord är inte individen alltid psykotisk. Man kan också ibland drabbas av psykotiska symptom efter en omskakande händelse, utan att behöva lida av någon psykisk diagnos. Det

fenomenet kallas reaktiva psykoser och är kortvariga psykoser som kan alltså drabba vem som helst. Trots symptomen kan individen leva ett normalt liv med den rätta behandlingen. (Allgulander, 2019)

3.5.2 Orsaker

Orsaken till schizofreni har varit ett utmanande ämne för forskarna och man har prövat många psykologiska, sociala och medicinska hypoteser utan att hitta någon som har kunnat bevisas. Den ledande teorin (stress-sårbarhetsmodellen) under senare år är att schizofreni beror på skador i hjärnans utveckling under fosterlivet vilket skulle bero på en felaktig genetisk kontroll, kanske under inverkan av en infektion eller svält. I tvillingstudier med identiska genetiska uppsättningar förekom schizofreni hos båda i nästan 50% av fallen, men bara i 17% hos samkönade två äggs-par. Det leder oss att tro att det finns en ärftlig komponent till schizofreni. Troligen behövs vissa miljöbetingelser för att den medfödda benägenheten ska yttra sig som sjukdom. Komplikationer under graviditeten och vid förlossningen ökar risken för schizofreni och interagerar med den genetiska risken. (Allgulander, 2019)

Som tidigare nämnt är psykoser och psykotiska symptom något som oftast hör till när man lider av en svår psykisk diagnos. Psykoser är flerfacetterade och har ingen en enda bakomliggande orsak. Psykoser kan ha att göra med ärftliga faktorer men kan också uppstå på grund av traumatiska upplevelser eller missbruk av alkohol eller droger. Psykoser utlöses ofta av betydande livsförändringar eller stress. (mieli, u.å ; Allgulander, 2019)

3.5.3 Behandling

Om en individ är och beter sig psykotiskt måste hen få professionell hjälp så snabbt som möjligt. Man måste få medicinering och vilken annan hjälp som behövs för att få stopp på symptomen man upplever. Om man låter symptomen fortgå kan individen bli en fara för sig själv eller för omgivningen. Man kan behöva ringa det allmänna nödnumret om man måste få hjälp snabbt vid sådana tillfällen. (mieli, u.å.) En person som lider av en psykisk sjukdom som ger hen psykoser kan leva ett normalt liv och funktionera i vardagslivet med hjälp av rätt behandling. Man använder sig av en kombination av psykoterapi och läkemedelsbehandling för att hålla symptomen under kontroll. Man använder sig av KBT inom psykoterapin och de läkemedel man använder sig av kallas neuroleptika. (mieli, u.å)

Behandlingens mål vid schizofreni är att minska symptomen, helst till remission, att återfå eller utveckla funktion i vardagslivet, förebygga återfall och att genom optimerad behandling trygga överlevnad. Behandlingen bör vara multimodal, det vill säga innefatta antipsykotisk medicin, vaksamhet mot missbruk och återfall samt psykosociala interventioner för att minimera stress och skapa förutsättningar för utveckling. Sociala relationer är viktiga för ett gynnsamt sjukdomsförlopp eftersom det ger behandlingsmotivation. Man bör minimera behandlingsavbrott, speciellt med medicineringen, eftersom det ökar risken för återfall avsevärt. Somatisk ohälsa tillsammans med psykossjukdom är alltför vanligt och individer med psykossjukdom har svårt att både identifiera och kommunicera sina somatiska problem, därför bör det finnas god samverkan med den primära hälsovården och tandvården. De antipsykotiska läkemedlen som används vid schizofreni är indelad i första respektive andra generationens preparat. Till den första generationen hör Perfenazin, Zuklopentixol, Haloperidol, till andra generationen hör Risperidon, Olanzapin, Klozapin. Första och andra generationens antipsykotiska läkemedel skiljer sig avsevärt såväl inbördes som både med biverkningar och önskad effekt. Det är viktigt att hitta den medicin som passar individen bäst. (Svenska psykiatriska föreningen & Lindefors 2009)

4 Följder för familjemedlemmarna

Både för den sjuke och för de som är nära familjemedlemmar till den sjuke finns många följder av att leva med en psykisk diagnos. För den sjuke kan detta innebära förändringar i jobbmöjligheter, möjligheter till ett “normalt” liv, förändringar i förhållanden i sitt liv osv. Detta togs upp en del i tidigare kapitel och i detta kapitel ska fokusen ligga på följderna för familjemedlemmarna till den sjuke, med andra ordet barnet/n. Fokusen ligger på att förklara följderna som kan uppkomma av att uppleva ett sånt här trauma som ung och nära familjemedlem. Oftast kan man komma ifrån följderna genom att bearbeta det man har gått genom, men som ung vet man inte alltid vart man ska och kan vända sig för att få hjälp och i många fall förstår inte individen att hen behöver hjälp. Det är samhällets ansvar att upptäcka de familjerna i behov av hjälp och stöd och vad det finns för hjälp i samhället beskrivs i ett kommande kapitel. I detta kapitel kommer man ta upp olika typer av följder som har påvisats i olika studier om att växa upp tillsammans med en förälder med mental ohälsa. Kapitlet kommer att delas in i psykiska, fysiska och sociala följder, trots att följderna ofta växelverkar med varandra.

4.1 Fysiska följder

Ärftlighetskomponenten kan man som sagt inte rå för, utan det är en följd som är förutbestämd åt en. Det finns en ärftlig komponent för bland annat depression, social ångest, agorafobi, bipolärt syndrom, schizofreni och psykoser. Några klara siffror för hur stor procent det gäller i alla fall finns inte för tillfället, men t.ex. depression har så hög som nästan 30%. (Allgulander, 2019) Oftast kan man inte heller göra så mycket åt beteendet, i och med att vi lära oss av modellinlärning och det sker omedvetet (Bandura & Ross 1961) Beteendemässiga följder finns alltså också. Mycket av det beteende man har har man lärt sig av sina syskon eller föräldrar. Det kan också handla om att man beter sig pga. traumat på ett visst sätt, undviker ställen eller har olika vanor på grund av något man växt upp med. Ärftligheten kan man inte se utifrån men oftast kräver en diagnos en beteendeanalys under en längre tid, tillsammans med andra analyser, på så sätt avslöjar ens beteende mycket om en.

Personer som deltog i en studie om just detta oroade sig över ärftligheten mycket och hade rädsla för att bli likadan eller att föda barn som drabbades. (Löfman & Vesenne Lungo, 2017)

Medberoende är också en vanlig följd till att vara närstående till någon med mental ohälsa. Medberoende betyder att man som anhörig ändrar sitt beteende för att passa den drabbades beteende i ett försök att hjälpa dem med sin destruktiva problematik. (Medberoende, 2021)

4.2 Psykiska följder

Så mycket som 46% av anhöriga riskerar att själv bli deprimerade och ungefär hälften av alla finländare berörs någon gång på något sätt i sitt liv av psykisk ohälsa. (Finfami, u.å.) Vissa följder kan man förstås inte rå för, t.ex. ärftligheten.

Barnen kommer i större riskzon för mental ohälsa, så som psykopati t.ex. De är även i större riskzon för emotionella, sociala och inlärningsproblem. Det märktes också av en nedsättning i det kognitiva fältet för barnen. Barnen fick även en snedvriden och stigmatiserad bild av hur mental ohälsa ser ut för olika människor. (Cogan, Riddell, Mayes & Tower)

Van Loom, Van de Ven, Van Doesum (2014) menar att barn med föräldrar som har dålig mental hälsa har större risk att själv insjukna i liknande problematik. I artikeln beskriver Marjorie Smith hur relationen mellan barnen och den sjuke föräldrar led på grund av

förälderns mentala ohälsa. Barnens mentala hälsa led också och de fick beteendeproblem på grund av att de hade sämre övervakning av föräldrarna samt mindre regler och gränser i sitt liv, sådant som stöder ens normala utveckling som ung. Ungdomarna hade både internaliserade problem och utåtagerande problem.

När man växer upp tillsammans med någon som är sjuk kan ens sätt att se på världen och hur deras tankebanor fungerar förändras. Att ens tankesätt förändras genom livet är en naturlig del av vår utveckling, men när man lever tillsammans med någon vars tankesätt ändras på grund av en sjukdom får detta en negativ effekt på den naturliga utvecklingen. När man upplever trauman i sitt liv påverkar detta ens beteende och ens psykiska hälsa. Man bygger nya och onödiga strategier för att klara av vardagen, tack vare trauma-responsen. (Everstine & Everstine 1993)

De som har växt upp tillsammans med någon som har mått dåligt psykiskt har ofta också blivit utsatta för psykiskt våld. Detta leder oftast till dåligt självförtroende, dålig självkänsla, svårigheter att sätta gränser eller förstå sitt eget värde. (Shahar & Davidson 2003)

Som närstående upplever man också känslor som skam, skuld och ansvarskänslor konstant i vardagen. Att behöva ta hand om sin förälder när man själv är ung är en väldigt stor och oftast överväldigande uppgift. De närstående kan också känna sorg och förlust, eftersom det känns som att de tappat en person till en sjukdom, att hen har förändrats så mycket. Det är inte heller ovanligt att känna känslor av maktlöshet och framtidsoro. Detta kommer från att man lever i ett sådant oförutsägbart kaos tillsammans med sin närstående och man kan inte hjälpa dem som man skulle vilja göra. (Ferriter, Huband 2003)

4.3 Sociala följder

Barn med föräldrar som har mental ohälsa lider på grund av att föräldrarna inte kan vara “bra” föräldrar på grund av sin mentala ohälsa. Smith (u.å.) har påvisat detta i sin artikel *Parental mental health: disruptions to parenting and outcomes for children.* Föräldrarnas mentala ohälsa stör det naturliga samspelet mellan barnen och föräldrarna, detta påverkar då deras relation. Effekterna det hade på relationen och barnens egen mentala hälsa var djupa och permanenta.

Föra barn på tal-manualen (2006) pratar om hur barn som växer upp med en förälder som lider av mental ohälsa tar på sig mera ansvar och en mera vuxen roll för att ta hand om föräldern som inte kan ta hand om sig själv, hushållet eller familjen. Även det sociala

samspelet med andra förändras negativt för att de inte lär sig ett normalt socialt samspel från sina förebilder i familjen. (Solantaus, 2006)

Barn med föräldrar med mental ohälsa hörde till ca 30% av alla barnskyddsanmälningar år 1998. (Sheehan, 2005) Barnen missade skola ofta på grund av att föräldrarnas mentala ohälsa gjorde att de inte klarade av att vårda sina barn, detta gjorde att barnen hamnade efter i utbildningen. Föräldrarna använde ibland fysiskt våld mot barnen, som leder till trauma och ökar risken för att senare som vuxen använda sig av barnaga själv. Barnens utveckling stördes på grund av traumaupplevelsen från att växa upp tillsammans med en förälder med mental ohälsa. (Sheehan, 2005)

Att leva med en förälder med mental ohälsa leder till att man ofta lever i fattigdom eller åtminstone med ekonomiska problem eftersom förälderns mentala ohälsa hindrar individen från att hålla fast ett jobb. Det leder också till isolation som leder till en negativ social utveckling. (Tunnard, 2004)

När följderna visar sig i förhållanden och sociala samspel pratar man om sociala följder. Detta kan handla om att man inte lärt sig ett naturligt socialt samspel från sina förebilder i livet och man förstår inte vikten av kroppsspråk och gester. Det kan resultera i att man söker sig till fel individer eller att man inte klarar av att vara ensam. Det kan också resultera i att man drar sig till destruktiva förhållanden i framtiden, för att man är van med destruktiva förhållanden från sin hemmiljö. Något annat som kan betraktas som en social följd är att man kan ta med sig sitt inlärda beteende till sin egen familj. T.ex. har man blivit utsatt för våld som ung har man större sannolikhet att själv utsätta sina familjemedlemmar för våld som vuxen, om man inte har bearbetat sitt trauma. Pga stigmat som omger mental ohälsa i vårt samhälle blir de närstående oftast isolerade och utan sociala stödnätverk. (Holt, Buckley & Whelan 2008)

4.4 Ur boken ”att leva med psykisk ohälsa”

Boken *att leva med psykisk ohälsa-ett närstående perspektiv* (Lützén, Syrén, 2012) ger enastående perspektiv på hur det är att vara närstående till någon med psykisk ohälsa, både ur föräldraperspektivet, barnperspektivet och även hela familjeperspektivet. I boken diskuteras hur man påverkas som enskild individ och som familjeenhet av att ha psykisk ohälsa inom familjen, det diskuteras också hur de erfarenheter man får kan påverka en senare i livet och hur det påverkar det dagliga livet. Här pratas mera ur ett psykologiskt perspektiv på vad som kan hända, och inte ur ett genetiskt eller biologiskt perspektiv, eftersom vårt

DNA är något vi inte kan kontrollera och inte heller ändra på oavsett hur medvetna vi är om det. Detta stycke kommer ge beskrivande kommentarer ur varje kapitel, för den enskilda föräldernas uppfattning, barnets uppfattning och till sist familjens uppfattning.

4.4.1 Föräldraperspektivet

Detta stycke kommer förklara hur situationen kan se ut och uppfattas från ett föräldraperspektiv. Just detta handlar om en mamma, som är skild, som har en vuxen son som plötsligt insjuknar i psykossjukdom. De får hjälp av både öppen och sluten psykiatrisk vård och även tvångsvård vid flera tillfällen, trots detta känner sig mamman missnöjd med vården och känner sig ofta utesluten från beslutsfattandet. Mamman har dock en fördel och det är att hon själv är utbildad inom psykiatrin så hon vet hur det går till och vad man får göra och hur man ska gå till väga för att få vara inkluderad osv.

Trots sin kunskap om psykiatriska sjukdomar kände mamman sig okunnig och mållös när sonen insjuknade, hon kunde inte alls förstå vad som hänt och såg inte heller varningssignalerna före det var för sent. I boken diskuterar hon hur hon hade konstanta känsloöversvämningar och inte visste vad hon kände ibland. Hon var även väldigt rädd för att sonen skulle ta sitt liv, något som är en enorm börda och stress i ens liv. Som normalt är föräldrar väldigt överbeskyddande, ibland även när barnet är vuxet, och de oroar sig över hur man ska klara sig i livet osv, men vid en sån här allvarlig sjukdom blir rädslan och oron mycket värre och plötsligt känner man sådant ansvar för att se till att inget händer dem. Ansvar som man hade släppt på eftersom barnet var vuxet och man visste att de kunde klara sig själva, så på ett sätt gick man tillbaka till stressen man hade som förälder när barnet var nyfött. Det stora ansvaret blir också ännu en stress i livet.

"*Jag kunde dock inte hjälpa honom med hans ångest och vanföreställningar. Det kändes istället som att jag blivit smittad och jag kände mig maktlös och olycklig.*"
(Lützén, Syrén, 2012. S.20)

"Kändes som att jag blivit smittad", det är nog något som de flesta med psykiska diagnoser i familjen känner sig. Man vet i dagens läge att man blir påverkad av andras humör, andras stress och energi, speciellt de man umgås med ofta. Det kan också handla om att man drar sig undan den drabbade för man är rädd att man ska bli drabbad själv, t.ex. som sonens bror gjorde i boken. Mamman beskriver det som att hon förlorade någon medan de ännu levde,

eftersom hennes son inte var som hennes son längre. Hon kände inte igen honom i hans beteende eller humör och hans vanföreställningar tog upp så mycket plats i hans huvud att allt han pratade om verkade ologiskt och falskt. Detta är också ett vanligt fenomen. Beroende på hur svår psykisk diagnos det är och hur snabbt den kommer på så kan det kännas som att personen förändras helt till någon annan, att personen blir sjukdomen och man ser inte förbi det. Något annat som är vanligt, som tas upp i boken, är att man anklagar sig själv och får skuldkänslor. Mamman pratade ofta om hur hon funderade vad hon gjort fel och när det gått fel osv. Trots att man kan veta på någon nivå att man inte har något att göra med ett problem kan man ändå fastna i sådana funderingar.

Sonens vård var som en berg- och dalbana. Han blev bättre och så blev han sämre igen. Väldigt påfrestande för mamman som försökte göra allt för att han skulle bli bättre men sonen var alltid redo att ge upp eller tacka nej till all sorts hjälp. Man kan ju inte styra en annan människa men oron över att man vet att någon inte gör det som är bäst för dem finns ändå kvar. Speciellt när det gäller familjen, där den naturliga kärleken finns. Med den naturliga kärleken menas att människor som står oss nära har ingen sekundär betydelse. Snarare är det så, att välbefinnande och lidande hos dem som står oss nära, inte kan särskiljas från det egna välbefinnandet och lidandet. (Lützén, Syrén, 2012)

För att vårda en närstående, eller ens vara delaktig i en närståendes vård krävs det tålamod och man måste lära sig uthärda alla de katastroftankar man kommer uppleva när saker och ting inte går som det ”är meningen” att det ska. Viktigt att komma ihåg är också att närstående också behöver vård och stöd, oftast i form av gruppsamtal eller liknande för att få stöd från såna i samma situationer. I boken finns en lista på de saker som författarna hade som vision för att bibehålla goda relationer inom familjen vid vården. Lützén, Syrén (2012) menar att man som förälder skulle behöva:

- Möjligheter till regelbunden kontakt med egen kontaktperson för att samtala
- Möjligheter att ringa vården dygnet runt
- Möjligheter till delaktighet i vården
- Bli inbjuden till läkarsamtal och dylikt
- Medverka i vårdprocessen och vårdplaneringen
- Få information om sjukdomen och vården
- Få information om självhjälpsgrupper och dylikt

Det sociala nätverket är också viktigt, både för den drabbade och de närstående. Det är något som borde diskuteras inom vården så att man har ett socialt nätverk som kan hjälpa en att få den vård man behöver även när man inte är inlagd. När man är närstående till någon med en psykisk sjukdom är man automatiskt ömsesidigt påverkade och beroende av varandra. (Lützén, Syrén, 2012)

Med alla dessa kommentarer ovan är det lätt att förstå att man som förälder antingen "kastar in handduken" och ger upp när man känner sig maktlös eller otillräcklig, eller att man blir t.ex. utbränd eller deprimerad pga. all extra stress det lägger på ens vardag.

4.4.2 Barnperspektivet

För att ännu undersöka hur en förälders dåliga mentala hälsa kan påverka barnet kan man se till Bowlbys (Bretherton, 1992) anknytningsteori. Bowlbys anknytningsteori menar att det finns en medfödd drivkraft till en känslomässig bindning till närmaste vårdaren, oftast mamman då. Det finns enligt Bowlby och Ainsworth som också jobbade med anknytningar, fyra olika anknytningsmönster som kan uppkomma. Trygg eller otrygg, där den otrygga anknytningen har 3 former, otrygg-desorganiserad, otrygg-ambivalent och otrygg-undvikande. Om man bildar en trygg anknytning litar barnet på föräldern och litar på sin omgivning på det sätt som föräldern gör. Barnet växer upp och är social och nyfiken på sin omgivning och har sällan problem i nära relationer. De otrygga anknytningarna föder istället problem i relationer med andra, med föräldern, med sig själv, med omgivningen och med tillit. På så sätt kan detta påverka om en individ får psykiska problem längre fram i livet.(Bretherton, 1992) Ett trauma kan ibland verka vara litet, och tros att inte ge några problem så länge som man bearbetar det, men det finns bevis på att om man upplever flera små trauman i livet så kan ett så kallat kumulativt trauma ge orsak till många psykiska diagnoser i livet. Man kan även uppleva PTSD pga. ett upplevt barndomstrauma och det föder oftast ångest och depression. (Lützén, Syrén, 2012) Det diskuteras också i boken om resiliens och olika skyddsfaktorer, "*att klara sig trots alla odds".* Eftersom arbetet tagit upp det i kapitel 2 repeteras inte det här.

Detta stycke tar upp hur det är att leva som barn i en familj med någon som lider av en psykisk sjukdom. Här handlar det om en ung flicka, 15år, som bor tillsammans med sin familj och hennes mamma lider av depression. Det framkommer inte i boken hur svår hennes depression är men enligt vad som beskrivs i texterna skulle man kunna anta att det gäller en

medelsvår depression. Hon är även inlagd på sjukhus pga. sin sjukdom några gånger i året. Sofie beskriver sin hemmiljö som väldigt stressig och hennes skolmiljö som isolerande och ensam. Sofie skriver om hur hon hela tiden hade en klump i magen och hade ångest för hon visste aldrig hur det skulle vara när hon kom hem. Pga. att hon var rädd för att ta hem kompisar och inte kunde fokusera på sitt eget liv slutade det med att hon hamnade i utanförskap i kompisgänget. Barnen kan ha svårt att hitta vänner för att de blir väldigt isolerade och kan inte agera som "normalt" för att deras hemsituation tar upp så mycket tid i deras huvud och deras fysiska liv. (Lützén, Syrén, 2012)

Något som är vanligt med att vara barn till någon med psykiska diagnoserna är att man växer upp för snabbt, man åtar sig en föräldraroll när ens egen förälder inte klarar av kraven av att vara en mamma/pappa. Ibland måste Sofie ta hand om sin mamma, laga mat osv istället för att göra sina läxor inför skolan. Barnen kan ibland ta sig an rollen som en informell vårdare. Annat som är vanligt är att man kan uppleva "mobbning" hemma av den sjuke. Sofies mamma kunde, när hon var som värst, kalla Sofie för elaka saker och trycka ner henne. Pappan vågade aldrig heller ta med mamman till några bekanta för att han var rädd för, delvis henne, och delvis vad som kunde hända. Fenomenet att "börja gå som på äggskal" hemma när man är runt den sjuke är inte ovanligt. Man är rädd för vad som kommer hända om man råkar göra eller säga fel saker och vill inte bära ansvar för om något går fel. (Lützén, Syrén, 2012)

Forskning visar att det finns en risk för barn till föräldrar med psykisk ohälsa att utveckla emotionella, kognitiva, sociala- och beteendemässiga problem. (Lützén, Syrén, 2012) Den extra stressen över att ha ansvar för sin vuxna påverkar den unges utveckling. Stressen föder även oro och ångest som ger konsekvenser för den psykiska hälsan. För att förstå barnets situation måste man se till deras sociala nätverk och göra upp en utvecklingsekologisk modell. Där ingår barnet och dess närmaste omgivning i mikrosystemet. Mesosystemet, som är nästa, innefattar skola, kamratgrupper och fritidsmiljöer. I det sista systemet, exosystemet ingår yttre miljöer där barnet själv inte finns med ändå blir påverkad av, t.ex. den psykiatriska miljön i detta fall.

4.4.3 Familjeperspektivet

Detta stycke handlar om familjeperspektivet, familjen som en helhet. Relativt likt till hur det är att vara en ensam individ.

Oftast förändras hela familjedynamiken, familjen känns inte likadan när en person förändras helt, just på grund av faktorer som tagits upp tidigare. Hur vi människor påverkas av varandra och förändringar i energier och relationer. Eftersom en familj oftast fungerar som en enhet kan man tänka sig att familjen är en maskin som plötsligt har en trasig del i sig, då kan inte maskinen (familjen) fungera som "normalt" längre. Alla familjemedlemmar känner oftast skuldkänslor och skuldbelägger sig själva och kan försöka hitta svaret på gåtan genom att ändra sitt beteende, ta mera ansvar, agera och reagera annorlunda på situationer osv. Familjemedlemmarna känner också en stor oro, som ibland inte blir adresserad, nämnd eller pratad om som en familj. Då blir det oftast så att man "går som på äggskal", runt alla familjemedlemmar inte bara den drabbade. Det kan också bli så att ena individen i familjen, den drabbade, får all uppmärksamhet och de andra betyder ingenting. Här kan man igen fundera över anknytningsteorin och även alla de problem som man kan få om man blir försummad som barn. Om det gäller barnet kan föräldrarna börja blunda för situationen om de inte längre orkar vara maktlösa och känner sig rådlösa. De vanligaste känslorna för familjemedlemmarna är maktlöshet, skuld, skam, en känsla av att alltid behöva anpassa sig och en konstant spänning. Det beskrivs i boken som att det alltid växlar mellan sorgeperioder och glädjeperioder. De flesta psykiska diagnoserna, beroende på hur svåra de är förstås, kan ändras från dag till dag eller veckovis. Vissa dagar är helt enkelt bättre än andra och vissa är sämre, detta förstår oftast den drabbade individen men de andra i familjen kanske tror att "nu äntligen vänder det" bara för att det kraschar igen nästa dag. (Lützén, Syrén, 2012) Sådant lägger stress på en individ och på relationer inom en familj. Stress i ens vardag är en vanlig orsak till att man utvecklar någon form av psykiska problem.

4.5 Vetenskapliga studier/artiklar som diskuterar möjliga orsaker och följder av mental ohälsa hos en förälder

Yngre människor har lättare att drabbas av mental ohälsa och påverkas lättare i tidig ålder än vad vuxna gör. De flesta psykiska sjukdomar börjar uppvisa symptom först i ungdomen eller i tidig vuxenålder. Därför kan det ibland vara svårt att veta hur något kommer att påverka en och att följa med i utvecklingen för att få svar på det tar länge. Några orsaker som kan påverka den ungas mentala hälsa och göra så att det uppkommer följder för

personen är bland annat våld i hemmet, försummelse, miljöfaktorer och negativa familjeförhållanden och familjemiljöer. Genom att uppleva dessa ökar risken för att barnet själv drabbas av mental ohälsa som vuxen. En av de största orsakerna som påverkar barnets mentala hälsa är en förälders mentala ohälsa. (Blakemore, u.å.)

Man har också undersökt att modern lider av förlossningsdepression som en bidragande faktor till mental ohälsa hos barnet. Den mentala ohälsan visar sig i tidig ungdom som allra vanligast. (Verbeek, Bockting, van Pampus, Ormel, Meijer, Hartman & Burger. 2012)

Loeber, Farrington & Van Kammen (1998) diskuterar faktorer så som dålig kommunikation, lite övervakning och dålig relation till mamman som ökar risken för att insjukna i mental ohälsa som vuxen. De menar att om föräldern led av mental ohälsa själv så blev relationen till barnet/n förändrad och barnets utveckling stördes av att det inte fanns tillräckligt med gränser och övervakning i deras barndom. (Loeber, Farrington, Van Kammen 1998)

När en förälder led av mental ohälsa blev barnen väldigt oroliga för sina föräldrar och allt som oftast hade de inte tillräckligt med information om sjukdomen för att kunna ha förståelse för förälderns situation och beteende. Barnen ville ha mera information men fick inte tag på det, vilket ledde till mera oroligheter. Barnen menade också att deras vardagliga liv stördes på grund av förälderns mentala ohälsa. (Stallard, Norman, Huline-Dickens, Salter & Cribb 2004)

Barn som växer upp med en förälder som har mental ohälsa löper större risk för att själv insjukna i mental ohälsa. I en studie som blev gjord framkom det både mentala och utåtagerande problematik av denna upplevelse. Relationen mellan barnen och föräldern blev betydligt sämre än vid “normala” familjer, även familjemiljön blev betydligt sämre av detta. På grund av att föräldrar med mental ohälsa övervakade sina barn mindre ledde till mycket utåtagerande beteende hos barnen. (Van Loon, Van de Van, Van Doesum, Witteman, Clemens & Hosman 2014)

Manning & Gregoire (2006) diskuterar de direkta och indirekta faktorerna som kan påverka ett barns mentala hälsa. Det som tas upp som är påverkande faktorer är bland annat den ekonomiska ställningen, genetiken, miljön, exponering av depression och ohälsa och föräldrar med mentala problem. Att ha en förälder med mental ohälsa har påvisats påverka anknytningen till mamman och den kognitiva, emotionella, sociala och beteendemässiga utvecklingen. Det gör också så att man som barn hamnar i riskzon för att utveckla mental ohälsa. (Manning & Gregoire 2006)

5 Samhället och mental ohälsa

I vår moderna värld har vi utvecklat många fler hjälporgan i samhället än vad som fanns tillgängliga förr i tiden. Vi kommer i detta stycke försöka undersöka vad det finns för organ i samhället som kan hjälpa drabbade individer, både individer som är drabbade av mental ohälsa och de som är närstående till dessa individer. Detta tas upp för att hjälpen är till för både den drabbade och den indirekt drabbade, samt att det finns olika hjälporgan som är till för att hjälpa och stödja hela familjen. Om familjen får hjälp eller inte kan ha en stor inverkan på hur upplevelsen påverkar barnen i framtiden. Hjälpen som finns att fås är oftast likadan för de både grupperna av drabbade, eller så går den ofta in i varandra. De flesta psykiska sjukdomar behandlas med psykoterapi tillsammans med läkemedel, eller enbart med psykoterapi beroende på deras svårighetsgrad. Den typ av psykoterapi som oftast används är KBT, kognitiv beteendeterapi, och det har blivit nämnt i så gott som alla kapitel ovan, därför behandlas ämnet i detta stycke separat för att ge mera information istället för att rabbla upp samma kortfattad info i varje kapitel. Vi går också in på tvångsvård och hur den fungerar, där tar vi också upp lagar som berör den mentala hälsovården i vårt samhälle.

5.1 Kognitiv beteendeterapi

Kognition är en sammanfattning av de tankefunktioner som hanterar information och kunskap. Kognition handlar alltså om inhämtande av kunskap. Detta begrepp har fått stor betydelse inom den forskning som handlar om hur hjärnan fungerar vid psykisk ohälsa. Behandling av kognitiv dysfunktion kan ge påtagliga förbättringar i patientens förmåga att bemästra sina symptom, lösa problem och fatta beslut. Med varseblivning och uppmärksamhet organisera vi erfarenheter och intryck samt filtrerar och sorterar dessa, vilket sedan påverkar vårt sätt att tänka och hantera information. Sjukdomar som drabbar kognitionen är t.ex. psykos, depression, demens, substansutlöst delirium, feber, trauma mot huvudet, förgiftning, stroke och hjärntumör. Med grund i kognitiv teori har man under senare år utarbetat effektiva psykoterapiformer för många olika psykiska diagnoser. Kognitiva terapeuter försöker förändra patientens begreppssystem genom att påverka deras sätt att tänka. Det går att påvisa normaliseringar i hjärnbarkens metabolism när patienter med ångest eller depression förbättras av KBT. (Allgulander, 2019)

Kognitiv terapi uppstod genom den amerikanska läkaren Aaron Beck. Han var en psykoanalytiker som intresserade sig för depressionspatienter. Beck tydde deras drömmar

och genom det märkte han ett mönster av automatiska tankar som medförde att patienten tolkade vanliga händelser som svarta, med självförebråelser och självnedsättande resonemang. Beck testade sin teori i en randomiserad studie år 1977 och därmed uppstod kognitiv terapi. (Allgulander, 2019)

KBT kan alltså användas hos många psykiska diagnoser och är oftast den första typen av behandling som man får vid en psykisk diagnos. Oavsett hur bra vår moderna läkemedelskonst är idag vill man alltid försöka lösa individens problem med terapi först och utan "onödiga" läkemedel. KBT används vid bland annat depression, psykoser, ångestsyndrom, ätstörningar, traumabearbetning, PTSD, olika fobier, substanssyndrom och självmordsbenägenhet. KBT kan utövas antingen enskilt eller i grupper, alltid med en professionell psykoterapeut. (Allgulander, 2019) Kognitiv beteendeterapi är en sammanslagning av beteendeterapi och kognitiv psykoterapi. Numera används KBT mera som ett paraplybegrepp för alla de olika nya inslagen av terapiformer, t.ex. mindfulness. Med beteendeterapi menas inte bara det vi gör utan våra beteenden är kroppsliga reaktioner och tankeprocesser. Enligt inlärningsteorin är beteenden något vi lärt in någon gång och då måste man lära sig igen för att ändra på det beteendet. Enligt psykologin lär vi oss genom klassisk betingning, modellinlärning och operant betingning. Om ett beteende får en positiv konsekvens upprepar man oftast det, men det kan också leda till att man börjar undvika platser osv som ger en ångest eftersom då slipper man den negativa konsekvensen. Kort förklarat vad KBT bygger på för teorier. (Psykologiguiden, 2009 ; Öst 2010)

KBT utförs tillsammans med en psykoterapeut och kan vara enskilda sessioner eller i grupper beroende på vad situationen är och syftet med terapin. Sessionerna går ut på att man analyserar vad som är det problematiska beteendet, vad som utlöser det och vilka konsekvenser det får. Först därefter kan man se vad för ny inlärning som behövs för att åtgärda problemet. Inom KBT ingår en hel del undervisning. Psykoterapeuten ger patienten kunskap om dess egna psykiska och kroppsliga mekanismer för att patienten ska lättare förstå sitt beteende och sina symptom, och patienten tvingas också vara aktivt deltagande i terapin för att man ska uppnå resultat och kan få liknande "hemuppgifter" att göra inför nästa session. KBT:s grundtanke är att förändra tanke- och beteendemönster i syfte att bättre kunna hantera känslomässiga problem. (Psykologiguiden, 2009; Öst 2010)

KBT skiljer sig från en “vanlig” session vid en psykolog just för att patienten måste vara aktiv med sin terapi för att uppnå resultat och för att man måste förändra patientens sätt att tänka, medan man vid en “vanlig” psykologsession mera pratar ut om sina problem för att lätta på den vardagliga bördan.

5.2 Tvångsvård

I vissa fall kan tvångsvård, eller tvångsinläggning, vara det enda valet man har vid behandling av mentala problem. Tvångsvården kan vara den första knuffen i rätt riktning för en individ som ligger på botten och har helt gett upp. Tvångsvård är oftast det enda valet när man tror att en patient är en fara för sig själv eller för omgivningen, vilket inte är ovanligt i vissa sjukdomsfall. Vid tvångsvård gäller det att veta vilka lagar som är relaterade till beslutet. (Allgulander, 2019)

Den psykiatriska vården är i grunden frivillig enligt hälso- och sjukvårdslagen. Undantag görs i lagen om psykiatrisk tvångsvård och i lagen om rättspsykiatrisk tvångsvård. För att en patient ska kunna omhändertas för psykiatrisk tvångsvård måste dessa villkor uppfyllas:

- Tvångsvården får ges endast om patienten lider av en allvarlig psykisk diagnos och på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt
    - Har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård
    - Behöver iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård

(Allgulander, 2019)

En förutsättning för vård enligt denna lag är att patienten motsätter sig vård, eller att man pga patientens psykiska tillstånd kan anta att vården inte kan ges med hens samtycke. Tvångsvård får ej ges om patientens psykiska tillstånd endast är en utvecklingsstörning. Man ska även beakta om patientens psykiska tillstånd är farlig för hen själv eller för andra i dess omgivning. (Allgulander, 2019)

Eftersom psykiatrisk tvångsvård är frihetsberövande är det noga reglerad i olika steg. Först bedömer en legitimerad läkare patienten och skriver ett vårdintyg. Inom 24 timmar ska patienten bedömas och vårdintyget prövas av en specialistläkare i någon av grenarna på en offentlig psykiatrisk sjukvårdsinrättning. Patienten kan då vårdas med tvång i upp till fyra veckor. När en patient tagits in för tvångsvård ska en vårdplan upprättas. Planen ska om möjligt formuleras i samråd med patient och anhöriga. Om tiden för tvångsvården förlängs ska specialistläkaren motivera skälen till detta vid en förhandling i förvaltningsrätten. Patienten har rätt till ett offentligt biträde före och under förhandlingen. Om skälen är starka nog bifaller förvaltningsrätten vården i upp till fyra månader räknat från intagnings tillfället. Patienten ska informeras om sin rätt att överklaga beslutet. Efter intagnings tillfället ska tvångsvården utvärderas av den ansvarige läkaren. Patienten kan vid behov skiljas från andra patienter, i högst åtta timmar, varefter beslutet måste omprövas och motiveras igen. Läkaren kan ordinera tvångsmedicinering. Patienten får vid behov spännas fast med skyddsbälte om det finns stor risk för att hen skadar sig själv eller andra, men högst i fyra timmar och vårdpersonal ska alltid närvara. När patientens tillstånd förbättras så att tvångsvården inte längre behövs ska den omedelbart upphöra. Om en behörig läkare utfärdar ett vårdintyg och fattat beslut för kvarhållande får patienten utsättas för tvångsåtgärder även före ett intagnings tillfälle. Om en patient är intagen för frivillig vård och uppfyller kraven för att befaras vara en fara för sig själv eller andra kan chefsöverläkaren besluta om tvångsvård. (Allgulander, 2019)

Om en farlig situation uppstår kan man använda sig av nödvärn eller nödrätt, på en mottagning eller var som helst i samhället, t.ex. att hålla fast en patient eller använda annat nödvändigt våld. (Allgulander, 2019)

Polisen kan också bistå en läkare så att denne kan genomföra en undersökning för vårdintyg, detta kallas polishandräckning. Detta innefattar möjligheten att gå in i en individs lägenhet om personen inte frivilligt ställer sig till förfogande för undersökningen. Om patienten rymt från tvångsvård eller avvikit under permission efterlyses han eller hon av läkaren och polisen kan föra tillbaka patienten. (Allgulander, 2019)

Tvångsvården kan verka skrämmande och har länge blivit porträtterad dåligt i filmer och serier och ger därmed en felaktig och väldigt skrämmande bild av hur man tror det är. Men tvångsvården finns till för att hjälpa och skydda både den drabbade individen och de människor runtom den drabbade. Det finns som sagt många lagar, regler och regleringar för

hur tvångsvården får och icke får inrättas, allt detta för att skydda individen och dess självbestämmanderätt. Ingen individ ska hållas mot sin vilja om inte tillräcklig orsak finns. Därför är det flera professionella inblandade, till och med rätten, och starka motiveringar och orsaker finns för att utföra tvångsvård, eftersom det är frihetsberövande för individen och kan även ge individen men efteråt om hen får en dålig upplevelse av tvångsvården. Men i slutändan finns tvångsvården där för att hjälpa till och för den drabbade individens eget bästa. (Allgulander, 2019)

5.3 Lagar som rör mentalvården i Finland

De lagar som berör mentalvården i Finland är bland annat *Hälso- och sjukvårdslagen* (1990:1116), *lag om klientens ställning* (2010:1326), *socialvårdslagen* (2000:812) *och mentalvårdslagen* (2014:1301).

I kapitel 3, paragraf 27 i hälso- och sjukvårdslagen tas mentalvårdsarbete upp. Enligt paragraf 27 ska en kommun ordna sådant mentalvårdsarbete som behövs för att främja kommuninvånarnas hälsa och välfärd och som syftar till att stärka de faktorer som skyddar den individuella och kollektiva psykiska hälsan och till att minska och avlägsna faktorer som hotar den psykiska hälsan. Mentalvårdsarbete enligt denna lag omfattar:

- Handledning och rådgivning inom hälso- och sjukvården i fråga om de faktorer som skyddar och hotar den psykiska hälsan och, vid behov, psykosocialt stöd till individen och familjen
- Verksamhet för att samordna det psykosociala stödet till individen och samhället i akuta och traumatiska situationer
- Mentalvårdstjänster, med vilket avses undersökning, behandling och medicinsk rehabilitering i samband med psykiska diagnoser.

(sjukvårdslagen (1990:1116) ; lag om klientens ställning (2010:1326) ; socialvårdslagen (2000:812) ; mentalvårdslagen (2014:1301)

Det mentalvårdsarbete som utförs inom ramen för hälso- och sjukvården ska planeras och genomföras så att det bildar en fungerande helhet tillsammans med den kommunala social- och hälsovården. (sjukvårdslagen (1990:1116) ; lag om klientens ställning (2010:1326) ; socialvårdslagen (2000:812) ; mentalvårdslagen (2014:1301)

Lag om klientens ställning och rättigheter inom socialvården har inte bara med mentalvård att göra utan med all vård. Lagens syfte är att främja klientmedverkan och förtroendefulla klientrelationer samt klientens rätt till god service och gott bemötande inom socialvården. Lagen tillämpas både på socialvård som ordnas av myndigheter och på socialvård som ordnas av privata, om inte något annat bestäms i denna eller någon annan lag. Denna lag innehåller föreskrifter om gott bemötande, tystnadsplikt och annat som är viktigt för att etablera en god klientrelation. Inom mentalvården kan detta vara speciellt viktigt för att vissa klienter kan vara paranoida pga sin sjukdom eller så har det blivit dåligt bemötta och fått höra saker som “det sitter bara i huvudet, bara inbillningar”, alla klienter förtjänar någon som lyssnar och undersöker och gör allt för att komma till roten med problemet. En mental sjukdom är minst lika viktig som en fysisk sjukdom. (sjukvårdslagen (1990:1116) ; lag om klientens ställning (2010:1326) ; socialvårdslagen (2000:812) ; mentalvårdslagen (2014:1301)

I socialvårdslagen i kapitel 3, paragraf 25, upprepas det som står i mentalvårdslagen om mentalvårdsarbetet. Lagens syfte är att främja och upprätthålla välfärd och social trygghet, minska ojämlikhet och främja delaktighet, på lika grunder trygga behövlig, tillräcklig och högklassig socialservice samt andra åtgärder som främjar välfärden, främja klientorientering och klientens rätt till god service och gott bemötande inom socialvården, förbättra samarbetet mellan socialvården och kommunens olika sektorer samt andra aktörer för att de ovannämnda målen ska uppnås. (sjukvårdslagen (1990:1116) ; lag om klientens ställning (2010:1326) ; socialvårdslagen (2000:812) ; mentalvårdslagen (2014:1301)

I mentalvårdslagen tas upp vad som avses med mentalvårdsarbete, ledning och tillsyn som ser till så att det fungerar rätt och som det ska, tillhandahållandet av mentalvårdstjänster, principerna för mentalvårdstjänsterna, samordning av mentalvårdstjänsterna. Lagen tar också upp vård oberoende av patientens vilja, som även behandlats i kapitlet Tvångsvård. Lagen tar också upp stadganden vid sinnesundersökningar och även vård oberoende av den åtalades vilja vid straffeftergift. (sjukvårdslagen (1990:1116) ; lag om klientens ställning (2010:1326) ; socialvårdslagen (2000:812) ; mentalvårdslagen (2014:1301)

5.4 Hjälporgan i samhället

För akuta problem finns alltid akuten vid stadens Centralsjukhus att tillgå för hjälp. Där kan de göra alla undersökningar för att se till så att man inte lider av någon fysisk sjukdom som kan medicineras och åtgärdas direkt. Efter en grundlig undersökning för att reda ut var problemet ligger kan man få den medicinering man behöver för tillfället och sen bli vidareslussad till de rätta insatserna därifrån, vare sig det gäller tid till en specialistläkare eller till en poliklinik eller sluten anstalt. Man kan även besöka sin lokala hälsovårdscentral för att få en undersökning som leder till den rätta vården och hjälpen.

Vid Vasa centralsjukhus finns t.ex. barnpsykiatriska polikliniken, ungdomspsykiatriska polikliniken och psykiatriska polikliniken som finns till för att hjälpa de som lider av mental ohälsa. Barnpsykiatriska polikliniken kommer man till genom remiss från skolhälsovård eller hälsovårdsenhet. Besöken är avgiftsfria. Målet är trygga barnets utveckling mot en sund ungdoms- och vuxentid. Ungdomspsykiatriska polikliniken har hand om de i åldrarna 13-17 och har hand om problem som:

- Ångest
- Depression
- Trötthet
- Rädslor
- Sömnsvårigheter
- Röst-, hörsel- eller synhallucinationer
- Ätstörningar
- Skol-eller studiesvårigheter
- Svårigheter med människorelationer
- Isolering
- Självdestruktivitet
- Tvångstankar och tvångshandlingar
- Andra krissituationer

(Vasa centralsjukhus, u.å.)

Vid psykiatriska polikliniken får man vård när man är över 18. För besök hit krävs en remiss. Verksamheten innefattar:

- Psykiatrins dejourerande sjukskötare
- Akutpsykiatriska team
- Allmänsjukhuspsykiatriskt team
- Neuropsykiatriskt team

- Psykiatriskt rehabiliteringsteam
- Psykogeriatriskt team
- Terapi team
- Ätstörningsteam

(Vasa centralsjukhus, u.å.)

För unga i samhället finns olika webbsidor att besöka för att få rådgivning om problem och hänvisning till vart man kan vända sig för hjälp. Det finns även många fysiska enheter att besöka om man vill ha hjälp. Som ungdom kan man besöka t.ex. Decibel, Klaara eller Reimari. Decibel och Reimari har också hemsidor man kan besöka för att vara anonym och få snabb hjälp med vanliga frågor.
Decibel har en stor infobank på sin hemsida med många frågor och svar och de har experter på vissa ämnen som svarar på frågorna. Decibel är för 13-25åringar och fungerar som en rådgivningscentral. De erbjuder också workshoppar och föreläsningar. (decibel.fi, u.å.)

Klaara är en ungdomsstation för de som är i åldrarna 13-24 och fungerar också som en rådgivningstjänst, dit man även kan boka in besök med dem för att komma in på pratstund. Besöken är avgiftsfria. Klaara behandlar ämnen så som missbruk, mental ohälsa och familjeproblem och mycket mer. (Vasa, u.å.)

Reimari är en rådgivningstjänst för de om är under 29år gamla. Det som skiljer Reimari från Klaara och Decibel är att de två är mera fokuserade på hälsan medan Reimari, nog även fokuserar på detta, men även på sånt som hjälp med sommarjobb och utlandsresor eller utbildningar osv. (reimari.fi, u.å.)

Sen finns det olika medlemsföreningar som är riktade till de som upplevt mental ohälsa. Där kan man träffa andra människor som har samma erfarenheter och får dela sina historier. Medlemsföreningarna ordnar olika kurser, seminarier och träffar för deras medlemmar. Om man letar efter mera tjänster, t.ex. boendeservice, arbets- och dagverksamhet, utöver medlemsaktiviteter kan man vända sig till Österbottens socialpsykiatriska förening. (pspy.fi, u.å.)

5.5 Hjälporgan för de som är närstående till de insjuknade

Eftersom detta arbete ska reflektera över individers upplevelser av att vara närstående till den sjuke måste vi också bearbeta de hjälporgan som finns för de som är indirekt drabbade. De som är indirekt drabbade av psykisk ohälsa kan också snabbt insjukna själva eftersom det i många fall finns ärftlighetskomponenter i många sjukdomsorsaker, vilket betyder att man har risk att insjukna själv om man har sjukdomen i familjen. De två går mycket ihop i varandra och när det kommer till mental ohälsa inom familjen är det svårt att säga vem som är drabbad och vem som inte kommer att bli drabbad. Om man som närstående även insjuknar i samma sjukdom som ens förälder kan man ju ta hjälp av samma hjälporgan som har behandlats i kapitel 5.4. Är man närstående till en drabbad och inte själv har samma sjukdom utan bara problematik i sitt liv pga. upplevelser i sin barndom kan man vända sig till andra sorters hjälporgan. För sådant brukar stödgrupper vara mest populärt, stödgrupper för de som är närstående till någon med missbruk, stödpersoner till föräldrar med barn som lider av någon störning, stödgrupper för de som har upplevt sexuellt trauma som barn osv. Detta kapitel kommer ta sig an en några stödgruppsföreningar som kan hjälpa de som är närstående till de drabbade.

Det finns flera föreningar som är till för människor som på något sätt blivit drabbade av mental ohälsa indirekt. Några exempel är Suomen Delfins, Finfami Österbotten, Österbottens socialpsykiatriska förening och psykosociala förbundets olika föreningar i olika städer/byar. Suomens Delfins är en förening för de som upplevt sexuella övergrepp som ung eller upplevt våld i hemmet, sådant som oftast påverkar en ännu som vuxen. Viktigt med föreningar och hjälp för de indirekt drabbade eftersom vissa problem, t.ex. våld och sexuella övergrepp, är sådant som är bevisat vara något som “går i arv”. Har man upplevt det själv är det större sannolikhet att man utövar det på egna barn sedan. Att ta hand om sin egen mentala hälsa är att förebygga skador på andra och relationer. (suomen delfins ry, u.å) Österbottens socialpsykiatriska förening är för människor som lider av någon psykisk diagnos och de erbjuder tjänster så som bostadsservice, lågtröskelservice, effektiverat serviceboende och olika verkstäder och dagverksamhet. (pspy, u.å.) Finfami Österbotten är en förening för specifikt anhöriga till någon med psykisk ohälsa. Föreningen har ingen åldersgräns på sin målgrupp utan målgruppen är de som är i behov helt enkelt. Föreningen erbjuder rådgivning och stödsamtal till deras klienter. (Finfami ry, u.å.) De olika medlemsföreningar är till för de som fått någon

psykiatrisk diagnos eller blivit inkastade i socialsystemet. Föreningarna är till för att ge stöd åt varandra som sitter i liknande situationer. (psykosociala förbundet, u.å.)

6 Metoder

Arbetet har utförts på ett kvalitativt sätt för att kunna använda sig av öppna frågor i intervjuerna för att få fram tillräckligt med detaljer till resultatdelen. Detta behövdes för att man skulle kunna få fram svar på arbetets frågeställning.

För att hålla intervjurespondenternas identiteter privata och konfidentiella har det inte tagits med ålder eller bostadsort i arbetet. Kön har dock tagits med, för att det är väsentligt för arbetets frågeställning att förstå. Deras svar kommer inte heller publiceras någonstans, varken i arbetet eller på annat ställe, och kommer även raderas från dokumentet där de är sparade i sedan efter att arbetet är färdigt, för att bibehålla sekretessen.

Respondenterna har valts ut genom att skicka ut förfrågan till olika sorters föreningar som har att göra med psykisk hälsa och ohälsa, även till skolan och även till folk som man vet av har erfarenhet och vill dela med sig av detta och delta. De har valts ut på detta sätt för att försöka få in så mycket information som möjligt och för att det ska vara lätt att hitta möjliga respondenter.

Respondenterna var alla kvinnor i varierande åldrar, men de flesta var mellan 20 - 30 år. En respondent svarade som farmor i och med att mamman inte var kapabel att svara och barnen var för unga för att svara ännu.

En intervjumodell blev gjord före med all information som kunde relatera till syftet med arbetet. I detta arbete har jag valt att intervjua personer som har upplevt det som är det centrala ämnet för arbetet, alltså de som har erfarenheter av mental ohälsa inom närfamiljen. Som nämnt i rubriken är arbetet baserat på en kvalitativ studie så intervjuerna är öppna så att alla intervjuade individer får möjligheten att svara på sitt eget sätt och lägga till så mycket detaljer som de känner sig bekväma med. Intervjuerna kommer förstås vara konfidentiella och inte ha påståenden och frågor som kan peka ut eller leda till någon identitet av intervjuobjekten. Mallen jag har skapat för just detta arbete finns bifogad.

Arbetes intervjuer har utförts enligt de etiska principer som finns i Declaration of Helsinki (World Medical Association, 2008) som behandlar hur man ska gå till väga vid forskning med människor som forskningsobjekt.

7 Tolkning av resultat och sammanfattning av arbetet

Arbetets sammanfattning innehåller svaren från 4 olika intervjurespondenter jag har haft kontakt med. De flesta svar som kom in var ordentligt detaljerade, vilket gav mig mera insikt i hur intervjurespondenternas barndom sett ut och även hur vuxenlivet ser ut nu. Syftet med arbete var ju att se på erfarenheten av psykisk ohälsa och hur det har format, ändrat och påverkat ens människorelationer med sina närmaste familjemedlemmar. Detta känner jag att har lyckats. Resultaten talar för sig själva, det finns en klar koppling mellan att ha upplevt och sett mental ohälsa som ung, till att ha egen mental ohälsa som vuxen. I ett arbete som det här måste man också ta i beaktande andra faktorer som spelar in, så som ärftlighet och en ren och skär slump. Depression t.ex. har en väldigt hög ärftlighetsfaktor, men på samma gång påverkas man mycket, oavsett ärftlighet, av att se någon gå genom ett sådant mörker. Mental ohälsa kan drabba vem som helst, utan att man har upplevt något trauma eller har någon genetisk benägenhet till det, men det kan också drabba någon som är helt frisk annars och inte har upplevt trauma men har en stark genetisk benägenhet som gör att sjukdomen kommer automatiskt utan någon miljöbetingelse. För att kunna undersöka om det enbart beror på ärftlighet, upplevt trauma eller miljöbetingelser så krävs det en större och mer noggrann och grundlig undersökning, något som inte ryms in i detta arbete. Detta arbete väckte även andra frågeställningar, annat än arbetets egen frågeställning. Några nya frågeställningar var om ekonomin, kön, ålder, uppväxtmiljö eller om vem i familjen som led av psykisk ohälsa spelade någon roll? I just detta arbete var det alltid mamman i familjen som led av psykisk ohälsa, så det finns ingen motpart att jämföra med. Som sagt är detta arbete för litet för att utforska alla möjliga faktorer. Denna slutdel kommer att indelas i olika underkapitel där det redogörs för resultatet av arbetet.

7.1 Första diskussion

Som tidigare nämnt så talar resultaten och svaren från intervjuerna för sig självt. Det finns en koppling mellan att ha upplevt mental ohälsa och lida av det själv som vuxen. Fokuset ligger ju på hur barn och förälder relationen påverkades och hur det i sin tur påverkade

barnet. I just detta arbete skulle man också kunna säga att fokusen är på barn och *moders* relationen eftersom det enbart är mammor som har lidit av mental ohälsa i de familjer som intervjurespondenterna kommer ifrån. Här kan man fundera om detta beror på att kvinnor är mer benägna till att lida av mental ohälsa, eller om det har att göra med den giftiga synen på män i samhället som påverkar? Ännu en ny frågeställning, som tyvärr inte har rum eller fotfäste i detta arbete. Åldern spelar så klart också roll eftersom vuxna barn påverkas inte lika lätt som unga barn, men alla intervjurespondenter från dessa intervjuer var unga när mamman insjuknade. Man kan också fundera över hur samhället ser på ”problemfamiljen” och vilken effekt det har för familjemedlemmarna, men mera om det i kapitel 9.2. Det som också blev tydligt efter arbetets slut var att mental ohälsa är ett växande samhällsproblem eftersom 4/4 respondenter hade erfarenhet av mental ohälsa på annat håll.

7.2 Följder

I detta stycke kommer det bearbetas de olika psykiska, fysiska och sociala följderna som uppkom, som framkommer från intervjurespondenternas svar. Det kommer även behandlas vad som framkom som en positiv respektive negativ följd till att vara ett barn i ”problemfamiljen”.

7.2.1 Psykiska, fysiska och sociala följder

Följderna som nämndes av respondenterna var de uppenbara mentala problemen som de hade fått efter erfarenheterna och upplevelserna i familjen. Även vissa inlärningssvårigheter uppkom för en del av respondenterna.

> “Äldste sonen blev klart traumatiserad och har haft enskild undervisning under åk2.”

De fysiska följderna var färre, men i och för sig så var de fysiska följderna inte viktiga för detta arbete.

De sociala följderna handlade om hur samhället behandlade familjen, hur familjen blev utstött och fick stå ut med dömande blickar och känslor av skam för att de inte kunde vara ”som normala familjer”. Barnen blev och kände sig oftast socialt utstötta och deras sociala utveckling hämmades för att de helt enkelt inte fick vara barn. I ¼ av fallen var också den ekonomiska biten förändrad på grund av den mentala ohälsan.

“Åtminstone som barn kände jag mig även socialt missanpassad eftersom jag spenderade större delen av tiden hemma med henne.”

“Barnen blev isolerade i hemmet med modern. De hade inga kamrater. De vistades inte utomhus.”

7.2.2 Positiva och negativa allmänna följder

Tre av fyra intervjurespondenter ansåg att de fick både positiva respektive negativa följder av att ha upplevt traumat som ung. De negativa följderna handlade om de psykiska men och åkommor de själva led av som vuxen och deras destruktiva relationer till sina familjemedlemmar.

De positiva följderna som togs upp var bland annat den ökade förståelsen de hade fått pga. Traumat som nu kunde hjälpa dem med möjligheter till jobb och i deras egna privata relationer. Erfarenheterna väckte också ett stort intresse för två av fyra intervjurespondenter och på så sätt hjälpte det till i deras jakt på en utbildning och rätt jobb. Det sista som tre av fyra nämnde var att traumat hade stärkt deras självkännedom och självkänsla så att de nu var mentalt starkare som person. Detta handlar ju även om att vissa människor är ”maskrosbarn” och andra inte. Respondenterna nämnde även att de inte skyllde på sina familjemedlemmar, trots att följderna var jobbiga men som sagt, det skulle lika bra ha kunnat hända oavsett. Precis som med de flesta sjukdomar, fysiska eller psykiska, är det aldrig personens eget fel.

“Positivt är väl det att jag är extremt stresstålig och kan hantera kriser, samt att jag har massor med erfarenhet för att kunna hjälpa och stödja andra människor i livets olika svårigheter.”

7.3 Vilken typ av mental ohälsa som uppstod

I tre av fyra fall handlade följderna om depression, ätstörningar och ångeststörningar, i ett av fyra fall handlade följderna om bipolärt syndrom. Här måste man ta i beaktande ärftlighetsfaktorer också.

"Jag själv har problem med ångest, depression samt emotionell dysreglering. Gällande andra människor så har jag även erfarenhet av olika typer av personlighetsstörningar, självskadebeteende, psykoser, ätstörningar, PTSD m.m.”

7.4 Hjälpen i samhället

Hälften av respondenterna hade sökt hjälp som vuxna för sina psykiska problem. Endast ¼ familjer hade fått hjälp av samhällets hjälporgan, men inte en enda familj hade fått hjälp utan att be och böna om det. Hjälpresurserna var inte heller tillräckliga enligt respondenterna, inte adekvata eller långvariga. Detta får en att fundera om inte följderna av psykisk ohälsa skulle ha kunnat undvikas helt om samhället haft bättre koll?

Något som kommer fram väldigt tydligt är att den här typen av sjukdomar ligger i samhället ”blinda punkt”, eller så räcker inte samhällets resurser och information till för att se den mentala ohälsan som ett riktigt problem. Psykiska sjukdomar som påverkar hemmalivet märks inte av utåt på samma sätt som t.ex. en fysisk nedsättning gör. Barn blir traumatiserade av att se mamman lida av psykisk ohälsa och är för unga för att förstå innebörden av det, dessutom när mamman vägrade ta emot hjälp. Något annat som kom upp var även diskussionen om man alltid har rätt till sina barn? Om man är mentalt illamående eller missbrukare så man är en negativ influens på sina barn och barnen tar skada av det, ska man då ha rätt till sina barn, så som lagen säger nu.

> “Trots att alla symptom på manodepressivitet kombinerat med borderline och alkoholmissbruk ansågs barnen ”ha rätt till sin mor”, trots hennes totala oförmåga att ta ansvar. Barnen ville inte vara hos sin mor vilket de gav uttryck för på alla sätt. Svårigheten att få dem att landa efter dessa sejourer tog dagar i anspråk.”

7.5 Könets betydelse

Könen kan ses ha en betydelse eftersom de flesta, ¾ som insjuknade själva var kvinnor. I alla fall var det dessutom även mamman i familjen som led av psykisk ohälsa. Betyder detta att kvinnor har lättare att lida av psykisk ohälsa eller kan detta också handla om hur samhället ser på psykisk ohälsa tillsammans med män, alltså den machokultur som vi lever i? Som nämnt tidigare måste detta undersökas i ett annat arbete.

8 Slutdiskussion

Resultaten från arbete tyder på att det finns en tydlig men diskret koppling mellan att ha upplevt psykisk ohälsa i andra hand som ung och att börja lida av det själv i vuxen ålder. Detta förklaras i de övre kapitlen. Syftet med arbetet har blivit besvarat genom intervjuer av så kallade erfarenhetsexperter och deras svar som har bedömts. Som nämnt tidigare går det inte, genom detta arbete, att bedöma hur stor del av den psykiska ohälsan som är en genetisk benägenhet och vad som kommer enbart från traumaupplevelsen. Det går förstås att undersöka vidare, i ett större arbete.

> "Jag har svårt att föreställa mig att jag skulle ha de problem jag har idag om det inte vore för min mamma. Dels på grund av genetisk ärftlighet, dels på grund av uppväxtmiljö och missanpassad anknytning. Också alla minnen som aldrig kommer att försvinna, och vetskapen om att jag aldrig kommer uppleva en trygg och kärleksfull anknytning till min mamma."

Genom arbetet har också nya frågeställningar kommit till ljus, främst om samhällets syn på mental ohälsa men även på könets betydelse för hälsan och samhällets försök till hjälp. Det som framkommer är att samhället inte ser mental ohälsa lika bra, om alls, och att den inte syns utåt så samhällets hjälporgan, så som socialen, skolor och barnomsorgen inte får syn på de familjer som behöver hjälp. Detta beror troligen på att mental ohälsa, som beskrivet i kapitel 1, är något som pågår inne i huvudet för individer. Barn kan vara offer för försummelse eller liknande men enbart framstå som tystlåtna i skolan, något som inte ses som ett stort problem. I endast ett av fallen hade barnomsorgen tagits in. En annan fundering som kommer in är om en mamma, som är mentalt sjuk, alltid ska ha rätt till sina barn, om det, som i detta fall, går att bevisa att upplevelsen av hennes närvaro kommer göra så att barnen själva får samma problematik som modern. Skulle problematiken hos barnen kunnat undvikas, om samhället fick bättre information och mera resurser till att upptäcka de barn som behöver hjälp och extra stöd?

I arbetet har också blivit utförligt beskrivet hur mycket mental ohälsa kan påverka en individ och hur mycket det förändrar livet för många, trots att det inte alltid syns utåt. Därför behövs mer vaksamma ögon i samhället som kan urskilja barnen som är i behov av hjälp.

Mental ohälsa är något som berör oss alla och som samhälle och är ett växande samhällsproblem. A och O för att hjälpa och få bort den största delen av mental ohälsa i vårt samhälle är att börja utbilda mera och ge information om vad mental ohälsa är och vad det

innebär, samt att få bort tabun gällande ämnet och sluta se stökiga barn som enbart “problembarn” och börja se förbi det och hitta orsaken. Med alla isoleringar och karantäner pga. coronan har den mentala hälsan för alla, men allra mest för den yngre befolkningen, försämrats och samhället har inte hunnit med. Att den yngre befolkningen får mental ohälsa problematik leder till att de inte längre är en arbetsför generation, vilket skapar problem i sin tur för hela samhället, därför är det ett samhällsproblem och något som vi borde sätta mera tid och resurser på att åtgärda.

9 Litteraturförteckning

Allgulander, C. (2019). *Klinisk psykiatri* (Upplaga 4:1.). Lund: Studentlitteratur.

Andrews, G., Hobbs, M. J., Genderson, M. & Mahoney, A. E. (2016). *Treatment of generalized anxiety disorder*. United Kingdom, Oxford university press

Bandura, A., Ross, D., & Ross, S. A. (1961). Transmission of aggression through imitation of aggressive models. The Journal of Abnormal and Social Psychology, 63(3), 575–582.

Blakemore. S-J (u.å.) *Adolescence and mental health.* Hämtad: 11.07-2021 från: Blakemore_Lancet essay final 18 April 2019.pdf (ucl.ac.uk)

Bor, W., Dean, A. J., Najman, J., & Hayatbakhsh, R. (2014). Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *48*(7), 606–616. https://doi.org/10.1177/0004867414533834

Borge, A. I. H. & Larson, P. (2011). *Resiliens: Risk och sund utveckling* (2., rev., uppdaterade och utök. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, *28*(5), 759–775. https://doi.org/10.1037/0012-1649.28.5.759

Cogan. N, Riddell. S,Mayes.G (u.å.)*The understanding and experiences of children affected by parental mental health problems: a qualitative study.*

Ekdahl, J. k. (2017). *Sexualitet och sexuella problem: Bedömning och behandling enligt KBT* (Upplaga 1:1.). Lund: Studentlitteratur.

Everstine, D. S., & Everstine, L. (1993). *The trauma response: Treatment for emotional injury*. W W Norton & Co.

Ferriter.M, Huband.N (2003) Experiences of parents with a son or a daughter suffering from schizofrenia. *Journal of psychiatric and mental health nursing.* 10(5) **https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2003.00624.x**

Findikator, 2020. *Självmord.* Hämtad 21.4. 2021 från https://findikaattori.fi/sv/10

Finfami (u.å) *yhteistiedot.* Hämtad 20.10.2021från: https://finfami.fi/?gclid=CjwKCAjw_L6LBhBbEiwA4c46uqb68lEtQnDp5SOgsqN-VgljUkZQPq4eNyeBHBuPBgSZXkuZwW_7khoCbKoQAvD_BwE

Health Quality Ontario (2017). Psychotherapy for Major Depressive Disorder and Generalized Anxiety Disorder: A Health Technology Assessment. *Ontario health technology assessment series*, *17*(15), 1–167.

Holt. S, Buckley.H & Whelan.S (2008) The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child abuse & neglect*, 32(8). 797-810. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.02.004

Hälso- och sjukvårdslag 30.12.2010/1326. Hämtad: 20.10.2021 från: https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=2010%3A1326%20

Jo tunnard (2004) *parental mental health problems: key messages from research, policy and practice.* Research in practice :UK

Lag om klientens ställning och rättigheter inom socialvården 22.09.2000/812. Hämtad 20.10.2021 från: https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2000/20000812?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=2000%3A812%20

Lehtinen, V. (2008). *Building up good mental health: Guidelines based on existing knowledge*. [Helsinki]: Stakes.

Lingjaerde, O. (2006). *Psykofarmaka: Läkemedelsbehandling av psykiska sjukdomar* ([Ny utg.].). Lund: Studentlitteratur.

Loeber. R, Farrington. D, Stouthamer-Loeber. M, Van Kammen. W(1998) *Antisocial behavior and mental health problems. Explanatory factors in childhood and adolescence.*

Lützén. K & Syrén. S (2012). *Att leva med psykisk ohälsa: Ett närståendeperspektiv*. Lund: Studentlitteratur

Manning. C & Gregoire. A (2006) Effects of parental mental illness on children. *Psychiatry*. 5(1) 10-12. https://doi.org/10.1383/psyt.2006.5.1.10

Medberoende. (2021.01.01) Hämtad: 2021.07.11 från:Medberoende – Wikipedia

Medibas (2017) *bipolärt syndrom.* Hämtad 29.11.2020 från https://medibas-se.ezproxy.novia.fi/handboken/kliniska-kapitel/barnpsykiatri/tillstand-och-sjukdomar/kliniska-tillstand/bipolar-sjukdom-hos-barn-och-unga/

Medibas (2017) *depression.* Hämtad 29.11.2020 från https://medibas-se.ezproxy.novia.fi/handboken/kliniska-kapitel/psykiatri/tillstand-och-sjukdomar/depression/depression/?from=pw

Medibas (2017) *vanföreställningssyndrom.* Hämtad: 30.11.2020 från https://medibas-se.ezproxy.novia.fi/handboken/kliniska-kapitel/psykiatri/tillstand-och-sjukdomar/psykoser/vanforestallningssyndrom-/?from=pw

Mentalvårdslag 14.12.1990/1116. Hämtad: 20.10.2021 från: https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1990/19901116?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=1990%3A1116%20

Mieli (u.å) *bipolärt syndrom*. Hämtad: 29.11.2020 från https://mieli.fi/sv/f%C3%B6rstasidan/psykisk-h%C3%A4lsa/psykisk-oh%C3%A4lsa/bipol%C3%A4r-sjukdom

Mieli (u.å) *depression*. Hämtad: 29.11.2020 från https://mieli.fi/sv/f%C3%B6rstasidan/psykisk-h%C3%A4lsa/psykisk-oh%C3%A4lsa/depression

Mieli (u.å.) *generaliserat ångestsyndrom.* Hämtad: 02.12.2020 från Generaliserat ångestsyndrom | MIELI Suomen Mielenterveys ry

Mieli (u.å.) *psykoser.* Hämtad: 30.11.2020 från https://mieli.fi/sv/f%C3%B6rstasidan/psykisk-h%C3%A4lsa/psykisk-oh%C3%A4lsa/psykoser

Psykologiguiden, u.å. *kognitiv beteendeterapi*. Hämtad: 21.4.2021 från https://www.psykologiguiden.se/rad-och-fakta/fa-hjalp/olika-behandlingsmetoder/kbt

Psykosociala förbundet (u.å.) *medlemsföreningar*, hämtad från: 01.06.2021 från https://www.fspc.fi/medlemsforeningar

Rosemary Sheehan PhD, MSW (2005) Partnership in Mental Health and Child Welfare, Social Work in Health Care, 39:3-4, 309-324, DOI: 10.1300/J010v39n03_06

Socialvårdslag 30.12.2014/1301. Hämtad 20.10.2021 från: https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2014/20141301?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=mentalv%C3%A5rd
Skyberg. S, Tirod. M (2

Shahar, G., & Davidson, L. (2003). Depressive symptoms erode self-esteem in severe mental illness: A three-wave, cross-lagged study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71*(5), 890–900. https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.5.890

Smith. M (2004) Parental mental health: disruption to parenting and outcomes for children. *Child & family social work.* 9(1) 3-11. **https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2004.00312.x**

Stallard, P., Norman, P., Huline-Dickens, S., Salter, E., & Cribb, J. (2004). The Effects of Parental Mental Illness upon Children: A Descriptive Study of the Views of Parents and Children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *9*(1), 39–52. https://doi.org/10.1177/1359104504039767

Strakowski, S.M., Adler, C.M., Almeida, J., Altshuler, L.L., Blumberg, H.P., Chang, K.D., DelBello, M.P., Frangou, S., McIntosh, A., Phillips, M.L., Sussman, J.E. and Townsend, J.D. (2012), The functional neuroanatomy of bipolar disorder: a consensus model. Bipolar Disorders, 14: 313-325. https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2012.01022.x

Svenska psykiatriska föreningen & Lindefors, N. (2009). *Schizofreni: Kliniska riktlinjer för utredning och behandling* (2. uppl.). Gothia.

THL, (2021) *vad är funktionsförmåga*, Hämtad: 01.06.2021 från https://thl.fi/sv/web/funktionsformagan/vad-ar-funktionsformaga-

Tytti solantaus (2006) *föra barn på tal- när en förälder har psykisk ohälsa.* Manual och loggbok : Stockholm

Uppdrag psykisk hälsa, (u.å) *skydds- och riskfaktorer för psykisk hälsa.* Hämtad 21.04.2021 från: https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/skydds-och-riskfaktorer-for-psykisk-ohalsa/

Vasa centralsjukhus, u.å. *barnpsykiatriska polikliniken.* Hämtad 21.04.2021 från https://www.vaasankeskussairaala.fi/sv/for_patienter/enheter/polikliniker-och-mottagningar/barnpsykiatriska-polikliniken/

Vasa centralsjukhus, u.å. *ungdomspsykiatriska polikliniken.* Hämtad 21.04.2021 från https://www.vaasankeskussairaala.fi/sv/for_patienter/enheter/polikliniker-och-mottagningar/ungdomspsykiatriska-polikliniken/

Vasa centralsjukhus, u.å. *Psykiatriska polikliniken.* Hämtad 21.04.2021 från https://www.vaasankeskussairaala.fi/sv/for_patienter/enheter/polikliniker-och-mottagningar/psykiatrinen-poliklinikka/

Van Loon, L.M.A., Van de Ven, M.O.M., Van Doesum, K.T.M. *et al.*(2014) The Relation Between Parental Mental Illness and Adolescent Mental Health: The Role of Family Factors. *Journal of Child Family Studies* **23,** 1201–1214 https://doi.org/10.1007/s10826-013-9781-7

Valdez, C.R., Lambert, S.F. & Ialongo, N.S. (2011) Identifying Patterns of Early Risk for Mental Health and Academic Problems in Adolescence: A Longitudinal Study of Urban Youth. *Child Psychiatry Hum Dev* **42,** 521–538. https://doi.org/10.1007/s10578-011-0230-9

Verbeek. T, Bockting. C, van Pampus. M, Ormel. J, Meijer. J-L, Hartman. C-A & Burger. H (2012) Postpartum depression predicts offspring mental health problems in adolescence independently of parental psycopathology. *Journal of affective disorders. 136(3) 948-954.* https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.08.035

Weich, S., Patterson, J., Shaw, R., & Stewart-Brown, S. (2009) Family relationships in childhood and common psychiatric disorders in later life: systematic review of prospective studies. *British Journal of Pscychiatry, 1945(5), 392-398.* Doi: 10.1192/bjp.bp.107.042515

Weissman MM, Leckman JF, Merikangas KR, Gammon GD, Prusoff BA.(1984) Depression and Anxiety Disorders in Parents and Children: Results From the Yale Family Study. *Archive General Psychiatry.*41(9):845–852. doi:10.1001/archpsyc.1984.01790200027004

World Medical Association (2013). Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. JAMA, 310, 2191–2194.

Öst, L. (2010). *KBT inom barn- och ungdomspsykiatrin*. Natur & kultur.

Österbottens socialpsykiatriska förening (u.å.) Hämtad 01.06.2021 från https://pspy.fi/osterbottens-socialpsykiatriska-forening-rf/?lang=sv

Bilageförteckning

Bilaga 1: Intervjumall

Intervjumall:

1. **Vilket kön anser du dig själv tillhöra?**
2. **Vad är din ålder?**
3. **Hur var din uppväxt? Urban/rural? Medelklass/överklass?**
4. **Vad är din erfarenhet av mental ohälsa?**

a. **Vilken typ (ångestsyndrom/depression/ätstörning osv?) av mental ohälsa har du erfarenhet av?**

b. **Vem i närfamiljen led av den mentala ohälsan? En eller flera?**

c. **Hur anser du att det har påverkat dig? (gärna psykiskt, fysiskt och socialt sätt)**

5. **Anser du att du som vuxen lider ännu pga dina erfarenheter? T.ex. bestående men, egen mental ohälsa som är kopplad till dina erfarenheter, ärftlighet osv?**
6. **Ser du något positivt respektive negativt med dina erfarenheter?**
7. **Vilka hjälporgan från samhället fick din familj hjälp av, om ni fick hjälp?**
8. **Har du som vuxen sökt/fått hjälp av någon organisation i samhället pga. dina erfarenheter?**
9. **Om ni fick hjälp, anser du att hjälpen var adekvat och tillräcklig eller kändes den bristfällig?**
10. **Minns du hur processen gick till vid hjälpinsatserna?**