

# **Bemötande av psykisk ohälsa i dagvården**

**En kvalitativ undersökning om hur dagvården uppfattar sin  
förmåga att stöda barn till föräldrar med psykisk ohälsa  
eller missbrukarproblematik**

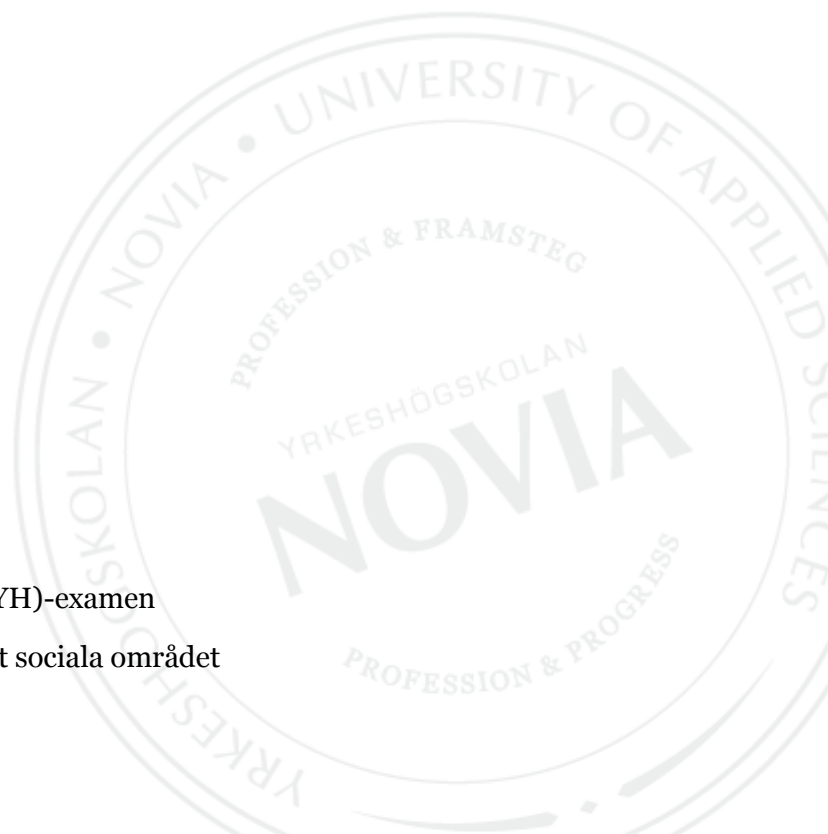
Pia Ekholm

Sabina Storbacka

Examensarbete för socionom (YH)-examen

Utbildningsprogrammet för det sociala området

Vasa 2015



## EXAMENSARBETE

Författare: Sabina Storbacka och Pia Ekholm

Utbildningsprogram och ort: Det sociala området, Vasa

Inriktningalternativ/Fördjupning: Förskolepedagogik, Krimnologi, missbruk och mental ohälsa

Handledare: Viveka Ågren-Rintala

Ralf Lillbacka

Titel: "Bemötande av psykisk ohälsa inom dagvården" - en kvalitativ undersökning om hur dagvården uppfattar sin förmåga att stöda barn till föräldrar med psykisk ohälsa eller missbrukarproblematik

---

Datum 17.10.2015

Sidantal 63

Bilagor 1

---

### Abstrakt

Syftet med detta lärdomsprov är att undersöka hur dagvården uppfattar sin förmåga att stöda barn som har föräldrar som lider av psykisk ohälsa och missbrukarproblematik. De centrala frågeställningarna i detta arbete är: Upplever dagvården att de kan stöda barn till föräldrar med psykisk ohälsa och missbrukarproblematik? Finns det resurser inom dagvården att stöda familjen? Finns det hjälpmedel och kunskap att stöda barnen?

I vår teoretiska del förklaras vad psykisk ohälsa och missbruk är. Den teoretiska delen tar också upp hur det är att vara barn till föräldrar med denna problematik och hur det påverkar dem. Teoridelen behandlar också dagvårdens synvinkel på hur det är att ha de här barnen i dagvården och vad det är som dagvården ska erbjuda barnen.

Undersökningen gjordes genom kvalitativa intervjuer med fyra respondenter som alla arbetar inom dagvården. Två av våra respondenter var socionomer och två var barnträdgårdslärare. Undersökningen visade hur dessa upplever att de kan stöda barnen till föräldrar med psykisk ohälsa och missbrukarproblematik. I undersökningen kom det också fram skillnader mellan de två yrkesprofessionerna, om hur de uppfattar denna problematik och hur de känner sig beredda att stöda.

---

Språk: svenska      Nyckelord: psykisk ohälsa, missbruk, dagvård

---

## **BACHELOR'S THESIS**

Author: Sabina Storbacka and Pia Ekholm

Degree Programme: Social Welfare

Specialization: Pre-school pedagogy, Criminology, Addiction and Mental Illness

Supervisors: Viveka Ågren-Rintala

Ralf Lillbaka

Title: Dealing with mental illness in daycare– a qualitative study on how day care personnel perceive their capacity to support children to parents with mental health issues and addiction problems.

---

Date 17.10.2015      Number of pages 63      Appendices 1

---

### **Summary**

The purpose of this study is to examine how day care personnel perceive their capacity to support children who have parents who suffers from mental health issues and addiction problems. The central issues in our study are: Does day care personnel feel like they can support children to parents who have mental health issues and addiction problems? Are there resources in day care to support these children? Are there tools and knowledge to support these children?

In our theoretical part we explain what mental health issues and addiction is. The theoretic part also deals with how it is to be a child to parents with these problems and how it affects them. The theory part also discusses the day care point of view on how it is to have these kids in the day care and what is that the daycare should give them.

The research was done through qualitative interviews with four respondents who all work in day care. Two of respondents were bachelors of social studies and two of them were kindergarten teachers. The study showed how these experiences their capacity to support children to parents with mental health issues and addiction problems. In the study it also showed that there are differences between the two professions (bachelors of social studies and kindergarten teachers) and how they experience these problems and how they feel prepared to give support.

---

Language: Swedish      Key words: mental health, addiction, day care

---

## Innehåll

1 Inledning .....	1
2 Vårt syfte.....	2
3 Psykisk ohälsa .....	2
3.1 Neuroser .....	5
3.1.1 Tvångssyndrom.....	6
3.1.2 Panikångest .....	7
3.1.3 Social fobi.....	8
3.2 Förstämningssyndrom .....	9
3.2.1 Depression och dystymi .....	10
3.2.2 Bipolär sjukdom .....	12
3.3 Självmordsbeteende .....	14
3.4 Psykoser .....	16
3.5 Personlighetsstörningar .....	17
4 Missbruk.....	18
4.1 Missbruk och beroende .....	18
4.2 Alkohol.....	19
4.3 Droger .....	20
4.4 Sambandet mellan missbruk och mental ohälsa.....	21
5 Barn till föräldrar med psykisk ohälsa och missbruk .....	23
5.1 Barnets situation.....	23
5.2 Konsekvenser för barnet.....	24
5.2.1 Anknytningen .....	25
5.3 Barn berättar.....	26
5.3.1 Skuld och utanförskap .....	26
5.3.2 Stöd.....	28
5.4 Att stöda psykisk hälsa.....	28
5.4.2 Resilienskraft hos barnen .....	30
6 Dagvårdens synvinkel .....	32
6.1 Sköra barn och föräldrar i dagvården .....	32
6.2 Pedagoger som anknytningspersoner .....	34
6.3 Att känna igen de olika anknytningsmönstren inom dagvården .....	37
6.4 Stöd till föräldrarna .....	39
6.4.1 Fostringsgemenskap .....	40
6.5 Ta upp oron-samtal och barnskyddslagen .....	41
6.5.1 Ta upp oron som stödmetod.....	42

6.5.2 Orons olika graderingar.....	43
6.5.3 Ta upp resurserna.....	44
6.5.4 Barnskyddsanmälan.....	46
7 Sammanfattning av teoridelen.....	47
8 Undersökningens utförande.....	48
8.1 Intervjun som undersökningsmetod.....	48
8.2 Undersökningsgruppen.....	50
8.3 Datasekretess.....	50
8.4 Analysmetod.....	51
9 Resultatredovisning.....	51
9.1 Att stöda familjer med psykisk ohälsa.....	51
9.2 Hjälpmedel.....	53
9.2.1 Resurser.....	55
9.3 Samarbetet mellan olika instanser.....	55
9.4 Fostringsgemenskap.....	56
10 Sammanfattning av lärdomsprovet.....	57
10.1 Kritisk granskning.....	57
10.2 Slutdiskussion.....	58
Källförteckning.....	61
Bilaga 1.....	63

## 1 Inledning

Detta lärdomsprov handlar om hur dagvården uppfattar sin förmåga att stöda barn till föräldrar med psykisk ohälsa och missbrukarproblematik. Vi har valt att lyfta fram personalens uppfattning om hur de kan stöda barn som växer upp i förhållanden där ena eller båda föräldrarna har psykisk ohälsa eller missbruk.

Vi ville skriva detta lärdomsprov eftersom psykisk ohälsa och missbruk är aktuellt, men också tabubelagt. Man har hittills främst fokuserat kring hur det går för barn efter att de har växt upp med föräldrar som haft psykisk ohälsa eller missbruk, men vi ville fundera på de förebyggande åtgärderna, och anser att familjen i en viktig del av barnets utveckling ofta får kontakt med dagvården. Vi funderade ifall dagvården upplever att de har resurser att stöda de barn vars föräldrar har missbruk eller psykisk ohälsa, samt om de vågar möta de familjer där psykisk ohälsa är närvarande. Vi tänkte att om man inom dagvården vågar bemöta psykisk ohälsa så finns det större förutsättningar för förebyggande intervention.

Vi upplever att man är rädd att ta upp frågor kring psykisk ohälsa och missbruk, så vi ville även fundera kring hur man lättare kunde handskas med denna problematik inom dagvården. Tidigt och rätt sorts stöd till de här familjerna har visat sig ha väldigt positiva effekter på framtidsutsikterna främst för barnen, men även föräldrarna. Allt detta för att vi anser att alla barn har rätt till ett drägligt liv och trygga vuxna i sin omgivning.

Vi har också av intressets skull valt att jämföra hur man inom dagvården bemöter dessa frågor beroende på om man är socionom eller barnträdgårdslärare till sin utbildning. Till känna har vi att socionomer lär sig mer om människans psykiska processer medan barnträdgårdsläraren främst har fokus på den pedagogiska aspekten. Finns det belägg för att inkalla flera socionomer i dagvården? Märker vi av detta mångprofessionella arbete som vi strävar efter ute på fältet?

## 2 Vårt syfte

Syftet med detta lärdomsprov är att ta reda på hur dagvårdspersonal känner att de kan bemöta familjer där psykisk ohälsa och/eller missbruk finns närvarande. Under lärdomsprovets gång kom vi fram till att vi skulle lägga större fokus på psykisk ohälsa hos föräldrarna eftersom det har visat sig vara en föreliggande faktor till missbruk. Psykisk ohälsa omfattar så mycket, så vi har inte haft möjlighet att ta upp allt, utan mest valt att presentera ytskiktet av de vanligaste psykiska sjukdomarna. När det gäller missbruket har vi valt att främst fokusera på alkohol och droger. Våra syftesfrågor har genom undersökningen varit:

- Kan dagvården stöda barn till föräldrar med psykisk hälsa och missbruksproblematik?
- Hur upplever dagvårdspersonalen stödet för barn till föräldrar med psykisk ohälsa och missbruk?
- Hurudana hjälpmedel finns det?

För att få besvarat våra syftesfrågor har vi valt att arbeta med kvalitativa intervjuer med sammanlagt fyra respondenter. På grund av att vi är intresserade ifall socionomens och barnträdgårdslärarens synsätt skiljer sig från varandra har vi valt att ha både socionomer och barnträdgårdslärare som arbetar inom dagvården att intervjuas.

## 3 Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa är en dold funktionsnedsättning eftersom den inte syns på utsidan, men ändå påverkar individens dagliga liv. Till psykisk ohälsa hör till exempel fobier, neuroser, psykoser och depressioner. Människor i alla åldrar kan bli utsatta för psykisk ohälsa, en del är bara sjuka för en viss tid medan andra kan ha psykiska sjukdomar som påverkar dem hela deras liv (Olsson & Olsson, 2010, s.157). Det är svårt att säga vem som är frisk och

sjuk men Världshälsoorganisationen säger att hälsa är ett tillstånd som präglas av ett psykiskt, fysiskt och socialt välbefinnande. Det finns vissa faktorer som är av betydelse för en människas psykiska hälsa och de är: om individen kan stå på egna ben, om hon kan förverkliga sig själv inom något område, har möjlighet att utvecklas som människa, kan hantera vardagens med- och motgångar, kan visa och ta emot kärlek, har ett nätverk, har en livsåskådning och så vidare. Det finns då vissa riskgrupper som har större risk att råka ut för psykisk ohälsa. Riskgrupper kan vara invandrare som har svårt med språk, bostad, arbete och kontakter. En annan riskgrupp är personer som hamnar i olika sorters kriser så som: plötslig arbetslöshet, skilsmässa och missbruk. Barn och ungdomar som har växt upp med föräldrar som lider av psykisk ohälsa eller missbruk lider också större risk att själva drabbas av psykisk ohälsa. Bristande sociala nätverk har också förknippats med att människor lättare drabbas av psykisk ohälsa och också med andra problem så som fysisk ohälsa. (Blume & Lundström & Sigling, 2006, s. 9-10)

Det finns olika teorier till vad som gör att människor drabbas av psykisk ohälsa. En av dem säger att psykisk ohälsa beror på missförhållanden i samhället. I dagens samhälle är tempot väldigt högt och prestationskraven blir allt större, därför kan både vuxna och ungdomar få en känsla av att de inte är tillräckligt bra eller att de inte gör någon skillnad i samhället. De känner ett utanförskap för de ser inte att deras satsningar gör någon skillnad. Människor slås också ut från arbetsmarknaden vid ekonomisk nedgång vilket ofta gör att självförtroendet försämras vilket kan leda till psykologiska problem. Långtidsarbetslöshet kan också leda till psykiska problem vilket märks särskilt hos invandrarfamiljer eftersom denna arbetslöshet också hindrar dem att effektivt bli integrerade i det nya samhället. Att fixa dessa missförhållanden i samhället är av stor betydelse för att man ska kunna lösa de psykologiska problemen som finns enligt teorin. (Olsson & Olsson, 2010, s.157, 172-173)

En annan teori säger att det är relationsproblem inom familjen som är den bakomliggande orsaken till psykisk ohälsa. En familj som fungerar bra innefattar att alla familjemedlemmar har klara roller så de vet vad som förväntas på dem, att det finns en flexibilitet så att reglerna kan ändras när familjemedlemmars behov ändras och att varje familjemedlems känslor och behov blir accepterade och tillgodosedda av de andra familjemedlemmarna. Ett exempel på icke välfungerande familjer är den regelfixerande familjen där det finns många regler och rutiner som alla familjemedlemmar förväntas att



följa. Detta gör att barnen inte lyssnar på sina egna behov och känslor eftersom det förväntas att de ska handla enligt reglerna som finns. Detta kan leda till att de samlar på sig missnöje och blir besvikna, som i sin tur kan leda till svårlösta konflikter och problem inom familjen eller sjukdom hos barnet. (Olsson & Olsson, 2010, s.173-174)

Många regler och höga krav kan också överstiga barnens förmåga så att barnet får skuld-känslor och känner att hon inte duger. Motsatsen till den regelfixerande familjen är familjen som inte har några rutiner eller regler alls. Detta gör att de inte finns någon känsla av samhörighet i familjen. Varje familjemedlem har så fullt upp med sitt eget liv så det finns ingen tid för samvaro som är viktigt för att man ska utveckla empati. Denna uppväxtmiljö kan leda till psykisk ohälsa senare i livet. (Olsson & Olsson, 2010, s.173-174)

Socialisationsprocessen innebär att en individ anpassar sig samhället och till den kultur de växt upp i. Individen går in som en del av samhället. Familjen är en viktig del för denna process eftersom barn behöver lära sig hur man agerar och samspelar med andra människor och detta lär de sig framför allt genom familjen. Om socialisationsprocessen inte fungerar inom familjen kommer barnen ta sina värderingar från massmedia, kompisgäng och så vidare. Dessa barn förlorar den känslomässiga trygghet och självförtroende som en fungerande familj ger. (Olsson & Olsson, 2010, s.173-174)

En tredje teori säger att det är konflikter inom individen som orsakar psykisk ohälsa. Människor kan tränga undan obehagliga upplevelser till det omedvetna men händelserna påverkar oss ändå känslomässigt. Först när individen minns vad som har hänt och kan sätta ord på känslorna kan hon börja bearbeta dem. Sigmund Freuds teorier stärker denna teori och enligt hans psykoanalytiska synsätt så orsakas psykisk ohälsa av detta. (Olsson & Olsson, 2010, s.174-176)

Andra tror att psykisk ohälsa beror på genetiska orsaker. Psykisk ohälsa är genetiskt betingad och miljön gör att olika egenskaper utvecklas i högre eller lägre grad. En annan teori är den om imitationsinlärning. Barn imiterar vuxnas beteenden när de växer upp.

Psykotiskt och neurotiskt beteende handlar om en felaktig inläring från vuxen till barn. (Olsson & Olsson, 2010, s.174-176)

### 3.1 Neuroser

Neuroser kan komma till uttryck på många olika sätt, till exempel via tvångssyndrom, fobier och panikångest. Dessa kan orsaka kroppsliga symptom som magont eller huvudvärk och det finns inga fysiologiska förklaringar till de olika symptomen. Personer som lider av olika sorters neuroser har ofta ångest. De upplever ångesten på olika sätt, vissa känner den väldigt tydligt medan vissa känner av ångesten mera diffust i form av yrsel, huvudvärk eller sömnproblem. (Olsson & Olsson, 2010, s. 157-160)

En person som har en neurotisk störning har sjukdomsinsikt. Hen har ett välutvecklat jag, tillgång till mogna psykologiska försvarsmekanismer och en realistisk verklighetsuppfattning. Personen vet om att hen har avvikande och "sjuka" idéer men klarar ändå inte av att förbise dessa tankar. När påfrestningarna ökar förstärks jagets försvar och symptom utvecklas för att skydda mot ångest. Genom detta försvar och symptom uppnår personen primärvinst och sekundärvinst. Med primärvinst menas att olösta konflikter och svåra upplevelser trängs bort och med hjälp försvarsmekanismerna förblir de omedvetna och obearbetade, och när försvarsmekanismerna inte räcker till kommer ångesten. Sekundärvinst innebär att neurotikern genom sina symptom omedvetet undviker att ta ansvar. Hen kontrollerar och styr sin omgivning som uppmärksammar och tycker synd om honom/henne och på så sätt kan hen få dem att hjälpa hen med saker som hen inte klarar av att göra. Till exempel att hen har sina vänner eller familj att beställa mat åt sig för hen är rädd för att beställa själv. (Blume, et.al., 2006, s.155-156)

Neuroser är ingenting nytt och varje tid har sina egna former av neuroser. Eftersom det i dagens läge finns stora krav på effektivitet och social förmåga är detta också det som speglar sig i neuroserna. Personer som förr skulle klarat sig utan neurotiska besvär drabbas av panikångest, sociala fobier och tvångssyndrom. Dessa neuroser var ovanliga förr men i

och med att tempot i samhället har ökat känner många att de inte räcker till och detta gör att dessa diagnoser blir allt vanligare. (Blume, et.al., 2006, s.155)

### 3.1.1 Tvångssyndrom

Tvångssyndrom är en ångestfylld störning som gör att personen måste göra speciella handlingar eller ritualer för få bort ångestväckande känslor. Personen upplever att hen måste göra dessa handlingar fastän hen inte vill. Barn kan ha övergående tvångshandlingar som till exempel att man bara får trampa på de vita strecken vid ett övergångsställe, och hos barn i förpuberteten är tvångshandlingar ganska vanliga. I tonåren är tvångshandlingarna mera av en övergående karaktär och är ganska lätta att träna bort, om tvångshandlingarna uppträder senare i livet kan de däremot vara mera svårarbetade. (Olsson & Olsson, 2010, s. 160)

Blume et.al. (2006, s.160-161) delar upp tvångssyndrom eller tvångsneuros i tvångstankar och tvångshandlingar. Tvångstankar är tankar som personen med tvångsneuros inte kan hålla borta. Dessa tankar följer ofta ett visst mönster och kan innehålla aggressivitet, sexuella fantasier eller rädsla att skada andra. Tvångshandlingar innebär att personen känner att hen måste utföra vissa handlingar i ett ofta komplicerat och meningslöst mönster, ifall man avbryter detta mönster innebär det att hen måste börja om från början. Typiskt för detta symtom är också att man tror att något hemskt kommer att hända om man inte utför handlingarna enligt ett visst mönster. För att vårda denna sorters neuros krävs det att man har den tvångsneurotiska personens fulla förtroende och att man på så vis kan hjälpa för att minska på tvång och kontrollerandet av vissa handlingar. Detta kan gälla att man tar ansvar för vissa uppgifter som exempelvis att man tar ansvar för att kolla att spisen är avstängd. Om man tränar detta i små steg kan personen så småningom klara uppgifterna utan ångest.

Man kan också dela upp tvångssyndrom i tre huvudtyper som är: tvångstankar (obsessioner), renlighets- eller kontrollmani (obsessioner och kompulsioner) och

hamstringsmani (kompulsjoner). Bakgrunden till denna indelning är att olika behandlingsmetoder får olika utfall beroende på vilka av de tre huvudtyper det är man behandlar. Tvångstankar kännetecknas som sagt av tankar som individen inte kan hålla bort. Ofta är det idéer och impulser som skrämmar personen till exempel om att skada en annan människa. En person med tvångstankar har ofta en tendens att ständigt grubbla på saker, överväga och att få skuld känslor som åtföljs av dömande tankar kring straff och gottgörelse. Just detta att personen lätt får skuld känslor gör att tvångshandlingar är nära förbundet med depression. Tvångshandlingar eller tvångsritualer (så som renlighetsmani och kontrollmani) är som tidigare sagt vissa specifika handlingar och handlingsmönster som personen inte vågar bryta med rädsla för att då kommer någonting hemskt att hända. Det ligger en fruktan bakom tvångshandlingarna för exempelvis sjukdomar, bränder och dylikt. (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2009, s. 277-279)

Den tredje huvudtypen är hamstringsmani. När en person har detta syndrom innebär det att hen har en oförmågenhet att kasta saker som normalt skulle kastas. De har en stark känsla att dessa saker de hamstrar förr eller senare kommer komma till hands och kan spara på saker som kartonger och tidningar. Hela deras boende kan på så sätt fyllas till brädden med onödiga saker som de inte behöver. Oftast är det anhöriga som tvingas gripa in och tvinga denna person att söka hjälp. (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2009, s. 277-279)

### **3.1.2 Panikångest**

En person med panikångest upplever ångest som kommer i attacker, det upplevs som en känsla av panik och kommer utan synlig orsak. Personen kan inte säga varför hen är rädd eller för vad och tror oftast att hen är fysiskt sjuk. Förutom att man kan känna panik och rädsla för att dö kan ångesten ge fysiska symtom som hjärklappning, smärta i bröstet, andnöd, yrsel eller svimningskänsla. Detta leder till att personen tror att det är något fysiskt fel på dem och också omgivningen kan reagera på det som att det är någon slags sjukdomsattack. (Blume, et.al., 2006, s.157)

Panikångest kännetecknas mest av anfall av akut svår ångest också känt som panikattacker. Dessa panikattacker kan förekomma i flera psykiska ohälsotillstånd, trots detta är det en egen diagnos eftersom personer också kan lida av panikångest utan andra symtom på andra ohälsotillstånd. Panikattackerna kännetecknas också av att de inte är bundna till vissa specifika situationer eller andra omständigheter och upplevs därför som oförutsägbara vilket leder till att personen kan bli räddare för att göra saker på grund av rädsla för att få en panikattack. (Skårderud, et.al., 2009, s. 276)

### 3.1.3 Social fobi

Social fobi är en fobi som är nära förknippat med panikångest och fobisk neuros. Fobisk neuros är att en person upplever ångest som är knuten till föremål och/eller situationer som i normala fall inte ger upphov till ångest. Vid social fobi upplever personen i fråga sig allt mer tafatt och otillräcklig i olika sociala situationer både i arbetssituationer och i sällskapslivet. Därför försöker hen undvika dessa situationer som utlöser ångest men detta gör att hens tillstånd blir värre och kan i värsta fall leda till att personen inte över huvud taget klarar av att lämna sitt hem. (Blume, et. al., 2006, s.158-159)

Denna fobi kallas ibland också för socialt ångestsyndrom och framträder vanligen i skolåldern eller tonåren och yttrar sig ibland som skolvägran eftersom det är vanligt att den drabbade inte vågar äta med andra, hålla föredrag inför klassen eller tala i gruppsammanhang. Den sociala fobin kan också uppträda i vuxen ålder men då är den vanligtvis ändå grundlagd i barndomen eller tonåren. (Olsson & Olsson, 2010, s.160-161)

Personen med social fobi får stark ångest i sociala situationer som kan bli generande eller att personen helt enkelt kommer bli granskad. Ångesten som hen känner är bunden till tankar att hen ska göra bort sig, förödmjukas eller bli pinsam. Denna sociala ångest kan variera i intensitet, de flesta människor kan känna av en ångest inför vissa situationer men när den är mycket intensiv kan det leda till problem med arbetet och till och med ett avbrytande av karriären. Den skapar också då ett beroende till andra eftersom man inte

klarar av att göra saker själv. Det är förstås svårt att dra gränser mellan vad som är friskt och sjukt här eftersom det finns folk som är naturligt blyga och kan tycka att vissa sociala situationer är jobbiga men ändå inte kräver behandling eller medicinering. (Skårderud, et.al, 2009, s. 276)

### 3.2 Förstämmningssyndrom

Förstämmningssyndrom, eller affektiva störningar, är ett samlingsnamn för psykiska störningar som har med stämningsläget att göra. Vi människor växlar mellan olika sinnesstämmningar, vissa är mera jämna i dessa växlingar medan vissa växlar mera tydligt mellan upprymdhet och nedstämdhet. Detta är också kulturellt betingat. I de nordiska länderna hör det till att man kan uppträda behärskat medan det i de sydligare länderna i Europa är mera accepterat att ha starka reaktioner och känslsvallningar. Därför är det viktigt att ha kunskap om en persons kultur innan man bedömer hans beteende. (Blume, et.al., 2006, s. 147)

Som sagt så växlar vi människor mellan olika sinnesstämmningar och alla har känt sig nedstämda någon gång på grund av olika motgångar i livet. När dessa motgångar kommer reagerar vi naturligt med känslor av besvikelse, ilska, dysterhet eller sorg. Hur socialt och psykologiskt rustade vi är för att hantera motgångar påverkar vilka känslor en negativ händelse utlöser. (Skårderud, et.al., 2009, s. 316-317)

Alla människor måste tåla ett visst mått av motstånd och utveckla strategier för att klara de besvikelser som livet kommer medföra. Svåra händelser så som allvarlig sjukdom eller förlust av någon nära leder till de djupaste och mest långvariga sorgereaktionerna, då människan kan känna att livet är tomt och saknar mening. Men även dessa djupa och långa sorger tenderar att med tiden gå över ifall människan har egna resurser och kapacitet omkring sig som hjälper dem återfinna källor till mening och glädje. Denna process kallas en sorgprocess, den hakar ibland upp sig och personen kan då fastna i en genomgripande nedstämdhet som inte släpper taget. Ibland kan det leda till att personen sjunker så långt

ner i en depression att hen förlorar förmågan att tänka realistiskt om sig själv och framtiden. En djup depression kan till och med leda till att personen får psykotiska symptom som vanföreställningar eller hallucinationer. När en sorgprocess hakar upp sig har den naturliga nedstämdheten övergått till ett psykiskt ohälsotillstånd inom spektrumet för förstämningssyndrom, dit hör också bipolär sjukdom och dystymi. (Skårderud, et.al., 2009, s. 316-317)

### 3.2.1 Depression och dystymi

Depression räknas nuförtiden till en av de stora folksjukdomarna eftersom det är många människor som någon gång i sitt livsskede riskerar att drabbas av en så svår depression att de behöver professionell hjälp. Skillnaden mellan sjukdomen depression och vanliga reaktioner som nedstämdhet och sorg är att depression inte är en naturlig reaktion på en negativ upplevelse. Vid en djup depression förlorar dessutom personen sitt självförtroende och tycker inte att hen är värt någonting. Personen har ofta en känsla av att vara otillräcklig, har skuld känslor och förebrår och anklagar ofta sig själv för olika saker. Vid en djup depression försvinner också intresset för omvärlden och den insjuknade upplever tillvaron som meningslös. Andra vanliga symptom vid depression är: långsammare agerande, glömska, koncentrationssvårigheter, den insjuknade isolerar sig själv från omvärlden, är lättirriterad, har svårt att ta ansvar, sover ovanligt mycket eller lite och har minskad eller överdriven aptit. En person med depression har ofta också återkommande tankar om döden, känslor om hopplöshet och känner frustration och ilska. (Olsson & Olsson, 2010, s.163; Wasserman, 1998, s. 28-31,34)

När en person som tidigare varit frisk utvecklar ett depressivt tillstånd kallas det depressiv episod. En människa kan utveckla en enda episod medan andra drabbas av återkommande episoder. Detta kallas recidiverande depressioner. Typiska symptom vid en depression är nedstämdhet, brist på nyfikenhet, glädje och energi, också reducerad självkänsla, nedsatt koncentrationsförmåga och skuld känslor är vanliga. Det som ofta är depressionen främsta kännetecken är dock den otröstliga dysterheten, känsla av värdelöshet och att den insjuknade inte har något hopp om framtiden. Dessa symptom leder till konsekvenser som

tafathet, initiativlöshet, fåordighet, avsaknad av mimik och långsamma och kraftlösa rörelsemönster. Dessa kallas psykomotoriska hämningar. Ofta drabbas den deprimerade också vegetativa symtom som aptitlöshet, sömnsvårighet och förstoppning. Självmordstankar och tankar kring självskadebeteende är också vanliga hos de som är deprimerade. (Skårderud et.al., 2009, s.320)

Förutom egentlig depression finns då också recidiverande depressioner, som tidigare sagt är när en person drabbas av flera depressiva episoder efter varandra, dessa sker vanligtvis med ett eller ett par års intervaller. De tenderar att infalla på samma årstid varje gång men man vet fortfarande inte om detta beror på en biologisk rytm eller stämningsmässiga associationer. Däremot är det säkert att när man återkommande episoder ungefär på samma tidpunkt varje år så bildar detta en betydande förväntningsångest som i sig själv kan bidra till nästa depression. Förutom recidiverande depressioner kan man också möta en person med en agiterad depression. Detta är personer som förutom att de har en svår depression också är väldigt ångestfyllda och oroliga. (Skårderud et.al., 2009, s. 321-322)

En depression kan vara en följd av stora belastningar eller besvikelser i livet. Till exempel kan en depression utlösas vid en anhörigs död. Men en depression kan också komma ur stora omställningar och förändringar i livet som ur andras perspektiv inte alls är negativa, och ett exempel på detta är förlossningsdepressioner. För vissa kan en depression bryta ut utan att de själva eller någon annan i omgivningen förstår varför. (Skårderud et.al., 2009, s.320; Wasserman, 1998, s. 17-19)

Det finns olika idéer om varför depressioner uppstår och hur man uppfattar att en depression börjar är också en ledtråd i hur man behandlar den. Ett psykologiskt synsätt säger att en depression kan utlösas av en psykisk kris. Bakgrundsfaktorn till den psykiska krisen kan då exempelvis vara svåra barndomsupplevelser. För att komma åt dessa och behandla dem och depressionen använder man sig då av kognitiv samtalsterapi och psykoterapeutiska behandlingsmetoder. Den kognitiva psykologin säger att en depression är uttryck för negativa tankar. Dessa negativa tankar skapar då ett mönster för hur individen uppfattar verkligheten. Enligt sociologen Aaron Antonovsky så har en människa som inte upplevt sin tillvaro som meningsfull och hanterbar under sin uppväxt svårare



skapa sammanhang i sin verklighetsuppfattning när de blir äldre. Om man är deprimerad så har detta sammanhang helt gått förlorat. Apati och olust har istället tagit över den deprimerades känsloliv. Inom den medicinska forskningen anser man att depressioner beror på kemiska obalanser i hjärnan. Behandlingen blir därefter bestående av antidepressiva mediciner. Dock är det vanligaste behandlingssättet att man använder sig både av medicinering och terapi. (Olsson & Olsson, 2010, s. 165)

Dystymi kommer från grekiskan och betyder ”dåligt humör”. Det är ett kroniskt förstämningstillstånd av depressiv art som endast då och då avlöses av kortare perioder av välbefinnande. Personer som har dystymi lider av trötthet, brist på glädje och dystra tankar större delen av tiden. (Skårderud et.al., 2009, s. 324). Symtomen liknar de som finns vid en egentlig depression men skillnaden är att de inte är så djupgående. Nedstämdheten är också ungefär likadan hela dygnet medan vid en depression så tenderar nedstämdheten att vara högst på kvällen. Skuld känslor förekommer inte heller på samma sätt vid dystymi och personen har en klar verklighetsanknytning. För att en nedstämdhet ska räknas som dystymi ska den pågå i två år med bara kortare uppehåll. (Blume et.al., 2006, S. 154, Wasserman, 1998, s. 38-39)

### 3.2.2 Bipolär sjukdom

Bipolär sjukdom, eller manodepressiv psykos, innebär att en person växlar mellan två poler, en manisk episod och en depressiv episod. Emellan dessa perioder kan dock finnas långa tider av normalt stämningsläge. Om dessa tillstånd inte behandlar går de ändå över av sig själva efter några månader eller ett halvår men att gå obehandlad under dessa episoder är ofta mycket plågsamt för patienten och hans omgivning. (Blume et.al., 2006, s. 147; Wasserman, 1998, s. 46)

Att en person har en bipolär sjukdom kommer ofta till kännedom under en manisk period som kräver behandling. Personens mani kommer till uttryck som en snabbt stegrad förhöjd sinnesstämmning där personen plötsligt får en massa ny energi och en ström av idéer som

yttrar sig i ord och handlingar. Under den maniska episoden tappar personen sin vanliga självkritik och lyssnar inte längre på människor i sin omgivning. Detta tillstånd får ofta destruktiva konsekvenser för den insjuknades ekonomi och anseende. Eftersom hen tappar sin självkritik och inte lyssnar på andra människor händer det ofta att hen impulsköper saker och gör ogenomtänkta investeringar. Om manin går obehandlad under en längre tid kan den insjuknade bli alltmer osammanhängande i sitt tal, aggressiv, misstänksam och också utveckla vanföreställningar. (Skårderud, et.al., 2010, s. 322)

Det finns symtom som kännetecknar mani eller den maniska perioden vid en bipolär sjukdom. Personen har en uppskruvad sinnesstämning och är igång hela tiden. Hen behöver varken äta eller sova, vilket i sin tur kan leda till livshotande tillstånd. Personen är också lättirriterad och blir arg över småsaker men klarar inte av att lugna ner sig och lyssna. Det kan till och med i vissa fall leda till aggressiva utbrott där fysiskt våld förekommer. I den maniska perioden får också personen en ökad självkänsla och storhetsidéer av paranoid karaktär. Hen har mycket höga tankar om sig själv, sitt inflytande och sina kontakter. Ett annat symtom är tankeflykt där personen blixtnabbt kastar sig från ett ämne till ett annat och kan inte associera på ett realistiskt sätt. I samband med detta talar hen också utan uppehåll, utan några pauser och misstyder ofta vad som sägs på grund av den misslyckade associeringen. Det symtom som man ofta tänker på när man tänker på mani är den ökade aktiviteten på alla områden, till exempel kan aktiviteten öka inom ekonomin och sexualitet. I det maniska tillståndet kan personen heller inte talas till rätta eftersom hen upplever att hen är den enda som vet sanningen och detta kan leda till att hen begår handlingar som hen sedan ångrar resten av livet. (Blume, et.al., 2006, s. 148-149; Wasserman, 1998, s. 47-48)

Den maniska episoden kommer alltid efter en depressiv period. Denna periods symtom är bland annat nedstämdhet och minskat intresse för allt. Det sker ofta en viktnedgång eftersom personen aptit minskar och tarmfunktionen blir långsammare. Personen drabbas också av en psykomotorisk hämning. Hen rör sig långsamt, reagerar långsamt, är stel i mimiken och gråter utan tårar. Det tar också lång tid innan personen svarar på tilltal om hen svarar alls. Värdelöshetskänslor och suicidtankar är vanliga men personen orkar inte genomföra ett självmord men anser att hen inte är värd att leva. Under den depressiva perioden drabbas personen också av koncentrationssvårigheter och obeslutsamhet.

Personen har inte ro att sysselsätta sig med någonting men på grund av sin obeslutsamhet kan hen heller inte ändra på någonting. (Blume. et.al., 2006, s. 151-152)

### 3.3 Självmordsbeteende

Självmord innebär att en person medvetet skadat sig själv så att det lett till döden. Förutom detta använder man också begrepp som självmordsförsök, självmordshandling och självmordstankar. Självmordsförsök är handlingar då en person försökt ta sitt eget liv men på grund av olika faktorer förhindrats eller misslyckats. Ett samlingsbegrepp för både självmord och självmordsförsök är självmordshandlingar som innefattar båda dessa, utan att ta ställning till om självmordet lyckades eller inte. Självmordstankar är att man i ord eller beteende förmedlar att man funderar på att ta sitt eget liv. (Blume, et.al., 2006, s. 90; Beskow, 2000, s. 31)

Självmord är dubbelt så vanligt bland unga män som unga kvinnor, men självmordsförsök är däremot vanligare hos kvinnorna. Detta beror förmodligen på att kvinnor ofta väljer att ta överdoser av läkemedel som inte alltid leder till döden. Män väljer däremot mera våldsamma metoder för att ta sitt eget liv (Olsson & Olsson, 2010, s.168). Det vanligaste bland männen vid fullbordade självmord är att de skjuter sig själva, hänger sig, förgiftar sig och gör avsiktliga trafikolyckor. Bland kvinnorna är förutom användning av läkemedel också hängning, förgiftning och drunkning vanliga självmordsmetoder. Kvinnornas metoder rymmer alltså mera tid att bli hittade. (Skårderud, et.al., 2010, s. 337)

Det finns olika beteenden hos en människa som kan vara tecken på att hen har självmordstankar. Om personen i fråga börjar tala om självmord och död, eller uttrycker känslor av hopplöshet kan vara ett tecken på att personen har tankar om att begå självmord. Andra tecken är att personen kan göra upp testamente eller skriver avskedsbrev. Det kan också handla om små saker som att personen börjar isolera sig som kan tyda på att hen har ett självmordsbeteende. (Olsson & Olsson, 2010, s. 168)

Det finns många olika motiv eller orsaker som ligger bakom ett självmord eller ett självmordsförsök. Det kan vara ett rop på hjälp eller en bön om ett annat liv. Att personen är desperat och uppgiven över det som hen upplever som en hopplös livssituation. Det kan vara så att personen inte alls vill begå självmord men ser inga andra alternativ eller ser ingen annan möjlighet för att visa människor att hen behöver hjälp (Olsson & Olsson, 2010, s. 168-169). Självmord kan också vara en följd av en obearbetad kris. Skuld känslor, stark ångest, ensamhet och en känsla meningslöshet kan vara en bakomliggande faktor. Det finns också så kallade suicidala förebilder, det vill säga självmordshandlingar som har begåtts av syskon, föräldrar, släktingar, som har en viss betydelse i orsakssammanhanget. Även filmer och massmedia kan ge en förskönad bild av självmord och på så sätt ge impulser till självmord, men som orsak bakom självmord ligger dock i 80-90% av fallen en psykisk störning. Psykiska tillstånd som är särskilt förenade med självmord är depression och missbruk, då särskilt alkoholmissbruk. Även vid schizofreni och personlighetsstörningar av borderline eller antisocial karaktär förekommer självmord, också somatiskt svårt sjuka människor utgör en riskgrupp. Dock ska man minnas att bakgrunden till självmord eller självmordsförsök är mångsidig, oftast är det flera olika faktorer och skäl som spelar in när en person gör beslutet att försöka ta sitt liv. (Blume et.al., 2006, s. 90-91)

Forskning om förekomst av självmord och orsakerna bakom är ett väldigt omfattande och komplicerat område. Självmord är fortfarande ett väldigt tabubelagt område vilket gör det till ett utmanande forskningsområde. Globalt räknar man med att cirka en miljon människor begår självmord varje år. Detta sker tillsammans med det tio miljoner självmordsförsök årligen. Det finns också ett stort mörkertal eftersom det finns många dödsolyckor som kan ha varit självmordshandlingar (Skårderud et.al., 2010, s.337). Enligt Statistikcentralen var självmord dödsorsaken för 954 finländare 2010. Av dessa var 718 män och 236 kvinnor, vilket innebär att två tredjedelar av de 954 var män. År 2013 begick 887 finländare självmord varav 666 var män och 221 kvinnor enligt Statistikscentralen. Självmorden har minskat med 15 % de senaste tio åren i Finland och var högst 1990 när över 1500 finländare tog sina egna liv.

### 3.4 Psykoser

För de anhöriga är det väldigt jobbigt om en närstående drabbas av en psykos. Det är förstås svårt att se en person som man känner bli totalt förändrad, förlora förståndet och det är inte möjligt som anhörig att längre få kontakt med denna person. Det finns ofta en stor oro hos de anhöriga ifall den psykotiske kommer bli frisk igen och mycket av deras fokus ligger på detta. Den psykotiske är också mycket avvisande eller rent ut rasande på sina anhöriga vilket blir en stor påfrestning för dem. En person som lider av en psykos är ofta självupptagen, barnslig och orimlig. Hen kräver att omgivningen ska ta hänsyn till alla sina infall och bryr sig inte om hur andra människor påverkas av deras handlingar och beteende. Särskilt barn som har psykotiska föräldrar är utsatta eftersom psykotiska föräldrar har i regel inte en förmåga att ge barn den närhet som barn kräver. I vissa fall kan de klara av att vara bra spädbarnsföräldrar, men de får ofta stora problem med att acceptera den självbestämmanderätt som äldre barn kräver. Ett barn som växer upp med en förälder som sviktar mellan att vara samlad och psykotisk blir förstås utsatt för ångest eftersom de aldrig vet vad de ska vänta sig. Dessa barn tenderar också att få en speciell och påtaglig vårdande förmåga och finner sig senare i livet ofta inom ett vårdande jobb. (Skårderud et.al., 2010, s. 291-292)

En människa som upplever en psykos är psykotisk. Detta innebär att personen lever i en annan och förändrad verklighet. Dessa psykotiska tillstånd kan antingen vara kortvariga och övergående eller långvariga och ofta förenade med kraftig social funktionsnedsättning. En psykotisk person uppfattar inte längre världen, medmänniskorna och sin egen roll på samma sätt som andra, istället har hen hamnat i en privat verklighet. Denna verklighet kan vara förvrängd, osammanhängande och kaotisk. Detta leder också till att psykoser är förenade med en stor ensamhet. Personen med ett psykotiskt tillstånd inbillar sig saker som ingen annan förstår eller kan bekräfta, hen är rädd för saker som andra betraktar som fantasier, ett samtal kan haka upp sig, folk drar sig undan och det blir väldigt förödmjukande för någon att bli behandlad som att man är galen eller sinnessjuk. I och med att personen är helt ensam med sina tankar och ingen förstår dem, bekräftar dem eller utmanar dem, ökar ångesten och för att uthärda den kan personen börjar ägna sig åt aktiviteter som omgivningen uppfattar som bisarra eller märkliga. Dessa kan bland annat vara att rastlöst gå fram och tillbaka, göra vissa rörelser, tala högt för sig själv, räkna högt och liknande beteende. (Skårderud et.al., 2010, s.284-286).

En person med ett psykotiskt tillstånd har enligt ett psykodynamiskt synsätt ett outvecklat jag och hens identitet är svag. Hens verklighetsuppfattning är störd inom flera områden, och ibland är den till och med störd inom alla områden. Personen har heller ingen sjukdomsinsikt, hen upplever inte sig själv som sjuk. Och eftersom hen inte är förankrad i verkligheten litar hen inte på omvärlden eller på sina medmänniskor. (Blume et. al., 2006, s. 125-126)

Det finns tre olika sorters psykoser. En engångspsykos kan ses som en krisreaktion på ett trauma och den kan också bearbetas som en sådan. Ofta går den över av sig själv bara med vanlig medmänsklig hjälp, men den kan också medicineras i vissa fall om det krävs. Det finns också återkommande psykoser där det ofta finns en personlighetsstörning i bakgrunden för psykosen och som namnet anger finns det risker för återfall. Den tredje typen av psykoser är återkommande och med långvarigt funktionshinder. Denna psykos leder till funktionshinder av något slag och gör att personen har få möjligheter att leva ett självständigt liv. (Blume et. al., 2006, s. 125-126)

### 3.5 Personlighetsstörningar

Till personlighetsstörningar räknas psykiska sjukdomar som: borderlinestörning, antisocial störning, narcissistisk störning och karaktärsneuroser. Personer som lider av dessa störningar söker sällan behandling och har oftast ingen sjukdomsinsikt (Blume et.al., s. 182). Personlighetsstörningar kan definieras som kroniska psykiatriska störningar, de debuterar i tonåren och fortsätter in i vuxenåldern. Det främsta kännetecknet för att en person lider av en personlighetsstörning är att personen har onormala personlighetsdrag som i det långa loppet gör det svårt för dem att utveckla och behålla sunda relationer till andra människor. Detta leder i sin tur till långa och subjektiva besvär för individen med en personlighetsstörning men också för människorna i omgivningen. Problemen för en person med en personlighetsstörning gäller identitet, missnöje och oförmåga att fungera väl tillsammans med andra. Personen med en personlighetsstörning har svårigheter med att uppfatta och bemöta sig själv, sin omgivning och världen runt omkring, men som sagt är det största kännetecknet störda relationer, både i privatlivet och yrkeslivet. Om en persons

personlighet ständigt ställer till med problem för hen, särskilt i nära relationer och arbetslivet så finns det anledning att misstänka att det finns en eller flera personlighetsstörningar i bakgrunden. (Emmelkamp & Kamphuis, 2009, s. 15-16)

Personlighetsstörningar för ofta med sig ett stort lidande för de berörda, särskilt vid de tillstånd där personen inte är medveten om sina egna avvikelser. Då drabbas istället omgivningen mera än själva personen med personlighetsstörningen eftersom han inte anser att han gör någonting fel (Skårderud et.al., 2010, s. 251). Personlighetsstörningarna drabbar förmågan att relatera till andra och den drabbade personen får också svårigheter att reglera närhet. Hen har svårt att se och förstå vad som är normal närhet, avstånd och vad som är beroende. Inte sällan blir det att personen drar sig undan omsorgen och det positiva gensvar som utgör en näring för oss människor och som är en grundsten för god mental hälsa. (Skårderud et.al., 2010, s. 251)

## **4 Missbruk**

Missbruk i sig är ett väldigt brett begrepp och man har konstaterat att missbruksproblem också kan existera trots att det inte finns en överkonsumtion av ett ämne. Man har börjat förstå att missbruk är en sjukdom, och man anser att ordet beroende inte är lika skuldbeläggande som att anse att någon är missbrukare. Numera försöker man mera rikta skulden mot det ämne som är beroendeskapande. (Johansson & Wirbing, 1999, s. 21).

### **4.1 Missbruk och beroende**

Det är svårt att säga när ett beroende eller ett missbruk har sådana följder att det påverkar föräldraförmågan. Det man kan definiera är att man klassificerar användandet av alkohol från bruk till riskbruk och missbruk till beroende. Missbruk och beroende är även medicinska beteckningar, där beroende är den allvarligaste formen av ett missbruk.

(Socialstyrelsen s. 9-10).

Man har kommit fram till att en del personer är mer benägna att utveckla ett beroende och bli missbrukare av något ämne, men detta betyder ändå inte att man automatiskt ärver ett alkohol- eller drogmissbruk. Däremot finns det en sjufaldig risk för av att utveckla ett beroende hos människor som hade släktingar som hade varit missbrukare av något slag. Man har svårt att exakt hitta vad det är som påverkar den nedärvda ökade sårbarheten som finns i det genetiska arvet hos missbrukare, och professorn Marc Schuckit som är chef för en alkoholklinik och professor i psykiatri menar att det troligtvis finns 15-20 olika gener som inverkar på risken att utveckla ett alkoholberoende. Sammanfattningsvis så kommer missbruket att påverka närmiljön och nästa generation. (Johansson & Wirbing, 1999, s. 59-61) & (Agerberg, 2004, s.71).

## 4.2 Alkohol

Här i Finland hör vi till ett av Europas främsta länder på att överkonsumera alkohol (Social- och hälsovårdsministeriet, 2006:20). Idag definierar Världshälsoorganisationen (WHO) alkoholberoende som en sjukdom, och beskriver den som en sjukdom där alkoholen tar en för stor plats i individens liv (Johansson & Wirbing, 1999, s. 21). Man har via forskning sett att det är både det genetiska arvet och omständigheterna i miljön som påverkar vem som kommer att drabbas av ett missbruk. Forskningen har också visat att ärftligheten har en mycket stor roll i risken att börja missbruka alkohol. (Agerberg, 2004, s. 39). Det som sker idag är att alkoholkonsumtionen hos kvinnorna ökar. (Braskén, 2008, s. 20).

Alkoholmissbruket kommer att sätta sin prägel på människorna som lever i närmiljön med missbruket, och då pratar man kanske främst om barnen. Man har under början av 1990-talet börjat uppmärksamma detta via en undersökning av Socialstyrelsen (1993:18) ”Barn – Föräldrar – Alkohol” (SOU 1994:29) där man undersökte hur barnen till missbrukarna mår. Man har kommit fram till att det kring en missbrukare finns fem personer som också påverkas av missbruket, varav barnens barndom börjar präglas på så vis att föräldrarna blir de som kommer i första hand, samt att ett vanligt problem i missbrukarfamiljer är att ett av



barnen får lida mer än de andra. Problemen kring missbruk och alkohol är mycket tabubelagda och barnen förstår snabbt att detta är inget som man ska prata om. Vissa barn lär sig utveckla överlevnadsstrategier (så kallade coping-metoder) för att gömma känslorna av ensamhet, skuld, skam, smärta, rädsla, förvirring och otillräcklighet. (Hellström, Pellmer & Wramner, 2010, s. 114).

För att förebygga alkoholproblemen behövs uppmärksamhet kring dem. En av de mera effektfulla åtgärder man kan göra är att försöka hitta rätt rådgivning i ett tidigt skede av ett missbruk, detta brukar nämnas som MI (motiverande samtal) med brukaren. På lite kortare sikt så visar det sig att nästan alla olika behandlingsmetoder ger ett positivt resultat, men det är mera problematiskt att hitta en metod som fungerar på lång sikt. Det finns till och med metoder som ur ett långtidsperspektiv inte fungerar alls. Olika telefonlinjer finns för de som känner att deras alkoholkonsumtion börjar ta en allt för stor del i deras liv. (Hellström, Pellmer & Wramner, 2010, s. 122-123).

### 4.3 Droger

Droger får idag användas endast vetenskapligt eller i medicinskt syfte, all övrig användning är förbjudet. Ordet narkotikabruk hörs endast inom sjukvården och narkotikamissbruk används i all annan användning oberoende i vilket skede narkotikamissbruket är. (Hellström, Pellmer & Wramner, 2010, s. 127). Det finns nästan oändligt med olika droger och alla ger de olika effekter, det som är gemensamt för de flesta att de först ger ett slags rus, och känsla av välbefinnande, senare följt av stark ångest och oro när drogen börjar avta. För att nämna några droger så finns cannabis, amfetamin, kokain, kat, hallucinogenerna, ecstasy, opium och heroin. (Hellström, Pellmer & Wramner, 2010, s. 127-130).

Barn som har haft föräldrar med drogproblem kommer att behöva betraktas som en riskgrupp i att utveckla ett beroende av något slag. (Johansson & Wirbing, 1999, s. 60). För att på ett lyckosamt sätt kunna minska risken för drogmissbruk behöver man känna till både risk- och skyddsfaktorerna som figurerar kring narkotikamissbruket. De faktorer som påverkar mest anses vara familjen, kamraterna, skolan, närmiljön och samhället. Många av

dessa skydds- och riskfaktorer tycks samverka och trycket ökar desto flera i ens närmiljö som använder narkotika. (Hellström, Pellmer & Wramner, 2010, s. 153)

Olika forskningsrön indikerar att risk- och skyddsfaktorerna är desamma för olika etniska grupper, socialgrupper och kulturer. Liknande riskfaktorer finns hos de flesta som börjar ett narkotikamissbruk, såsom svårigheter i skolan, erfarenheter av våld och kriminalitet. Den socioekonomiska statusen har inte visat ha någon inverkan när det gäller narkotikamissbruk (Hellström, Pellmer & Wramner, 2010, s. 154).

Det har gjorts mest forskning om drogen cannabis och det finns på så vis mest kunskap om riskfaktorerna kring cannabis. Det som påverkar risken att utveckla ett missbruk till drogen efter en debut är individens egen psykiska hälsa, en låg självkänsla och dålig ekonomi i närmiljön. Aggressivitet nämns också som en riskfaktor av individuell karaktär. Barn som har svårt att lära sig det sociala samspelet och konfliktlösningar ligger i riskområdet för både användning av droger och utvecklandet av antisociala beteenden. (Hellström, Pellmer & Wramner, 2010, s. 154).

#### **4.4 Sambandet mellan missbruk och mental ohälsa**

Under 1980-talet började man upptäcka att sambandet av alkoholberoende och psykiska störningar är mycket frekvent förekommande. Upptäckten kunde konstateras med hjälp av ett psykiatriskt diagnossystem DSM. En av de första undersökningar av detta slag gjordes i USA där undersökningen omfattade 20 000 personer och det framkom att 37 procent av de som var eller hade varit alkoholmissbrukare också i bakgrunden hade en psykiatrisk diagnos. Detta gällde också andra vägen, det vill säga att bland de individer som hade eller hade haft en psykiatrisk diagnos så hade även 22 procent varit beroende av alkohol, och likartade resultat visades också för narkotikamissbruk. (Agerberg, 2004, s. 109).

Att både handskas med missbruk och psykisk ohälsa är självfallet tyngre än att ha det ena, därför så hade de personer med både missbruk och psykisk ohälsa oftare kontakt med vården. Detta har Agneta Öjehagen professor vid institutionen för kliniks neurovetenskap vid Lunds universitet undersökt. Ungefär 30 procent av de som vårdas inom psykiatrin har någon form av missbruksproblematik, och i den slutna vården var andelen betydligt större. Cirka hälften eller ännu flera av klienterna i missbruksvården har också en psykisk sjukdom eller en personlighetsstörning. (Agerberg, 2004, s. 110).

Något som det ofta funderas kring är vad som kommit först hos klienter med både missbruk och psykiska problem. När det handlar om depressioner så är det mera förekommande hos kvinnor att en depression kommer före ett missbruk, medan det bland männen är näst intill lika vanligt att missbruket kommit före så som att de psykiska problemen kommit först. De flesta psykiatriska diagnoser är mera vanliga hos kvinnor som missbrukar än hos män som missbrukar. Det är dock väldigt komplicerat om de psykiska diagnoserna är en effekt av missbruket eller ifall det är en psykisk sjukdom som har påverkat missbruket. När man får abstinens från alkohol så är depression och ångest ett av de vanligare symptomen. Olika ångestrelaterade sjukdomar och depression är vanliga i allmänheten men är ännu mera förekommande hos människor som missbrukar alkohol eller droger. Manodepressivitet och schizofreni ger individen en betydande ökad risk för att utveckla ett missbruk eller beroende. Det är så förekommande att varannan människa som lider av schizofreni också kommer att bli alkohol- eller drogberoende under någon del av sitt liv. (Agerberg, 2004, s. 110).

En mycket stark koppling finns det hos både män och kvinnor med svåra personlighetsstörningar och missbruk. Det är nästan 80 procent av alla män med en svår personlighetsstörning som också har ett missbruk av alkohol eller narkotika. Detta missbruk blir i sin tur ofta sammankopplat med våld och kriminalitet, och mycket av alla våldsbrotts utförs av denna grupp. Personlighetsstörningar är komplicerade att behandla, men inte omöjliga, det som oftast händer är att dessa människor bollas omkring i vården utan att egentligen få en långsiktig hjälp någonstans, vilket inte gynnar någon. (Agerberg, 2004, s. 110-111).

## 5 Barn till föräldrar med psykisk ohälsa och missbruk

När det gäller barn till psykiskt sjuka föräldrar så är risken stor att de drabbas av vanvård och psykiska, fysiska eller sexuella övergrepp. Det är nödvändigt att utreda hur pass allvarlig den psykiska sjukdomen som föräldrarna har för att komma fram till hur den påverkar dem att fungera i sin föräldraroll. Hos psykiskt sjuka föräldrar är verklighetsuppfattningen förvrängd vilket kan projiceras på barnen, och föräldern får svårt att tillgodose barnets eller barnens behov. (Olsson & Olsson, 2010, s. 218).

Det som händer i en familj där det förekommer missbruk är att själva missbruket väldigt snabbt blir en ”familjehemlighet”. Barn märker hemligheten tidigt och de vill vara väldigt lojala mot sina föräldrar. Resultatet av ett missbruk kan vara att man förlorar både hem och arbete, och då syns skadan som missbruket för med sig väldigt tydligt. Medan missbruk i andra fall kan vara mer hemliga, trots att det inom hemmets väggar finns mycket frustration och ilska. (Fahrman, 1993, s. 117-119).

### 5.1 Barnets situation

Många barn som blir misshandlade blir försenade i sin psykiska utveckling eller får svårt med inläringen. Den otrygga hemmiljön gör att barnen inte kan koncentrera sig och ta till sig kunskap, vilket brukar märkas i dagvården och skolan. (Hindberg, 2006, s. 67)

För barnets utveckling har det stor betydelse när föräldern insjuknat i en psykisk sjukdom. Man behöver fokusera utifrån barnets behov när man funderar på hur man ska gå till väga för en behandling. Man måste se till att barnet inte blir en resurs i behandlingen hos föräldern, och att man i skolan eller dagvården ger det stöd åt barnet som hen behöver. (Olsson & Olsson, 2010, s. 219). Barn som växer upp under missbruksförhållanden där ena eller båda föräldrarna missbrukar så blir tvungna att ta ett för tidigt vuxenansvar. Under svåra missbrukarperioder kan det också hända att barnet får agera förälder åt sina egna föräldrar. Barn till föräldrar som missbrukar börjar anpassa sig efter faserna i föräldrarnas missbrukarpersonlighet och barnen skuldbelägger ofta sig själva för föräldrarnas missbruk. (Olsson & Olsson, 2010, s. 219)

Barn till missbrukande föräldrar har många gånger blivit svikna, vilket försämrar deras tillit till andra människor. Detta tar sig uttryck i aggressivitet eller frustration. Eftersom barnen får ta ett alldeles för stort ansvar så kan barnet inte uttrycka sina egna behov eller utveckla och förstå sina egna känslor. Detta gör det omöjligt att mogna känslomässigt. Att inte kunna utvecklas eller få möjlighet att kunna uttrycka sina egna känslor leder till svårigheter med att kunna bygga upp kontakter med andra, vilket riskerar isolering. Det är inte heller ovanligt att missbruket ärvs. För att kunna stödja barn till föräldrar med missbruk behövs stabila vuxenkontakter, som ser dem och kan hjälpa dem i rätt riktning. (Olsson & Olsson, 2010, s. 219). Däremot är det inte alls självklart att barn som växt upp med alkoholmissbrukande föräldrar själva får missbruksproblem eller någon form av mental ohälsa (Borge, 2005, s.73).

## 5.2 Konsekvenser för barnet

Att växa upp under dysfunktionella förhållanden i familjen leder till stress hos barnet. Stress hos barn i kan te sig lite olika i olika åldrar. När det gäller skolbarn (i detta fall 9 – 13 år) så har en amerikansk studie gjorts av Brown där de mest tydliga faktorerna där man kan upptäcka stress hos skolbarnen är: skolbetyg, utseende, problem hemma, inte vara omtyckt eller passa in, övervikt, framtiden, att vara en besvikelse för sin familj och sist kamratrelaterade problem. (Mörelius, 2014, s. 83).

En annan studie har gjorts i Sverige på barn till mentalt ostabila föräldrar som redovisades i Folkhälsorapporten 2001 (SoS 2001). Studien handlade om att följa upp barn varav en av föräldern hade vårdats på sjukhus för sin psykiska sjukdom under åren 1987-1990. Under denna period hade 2,3 % av barnen i Sverige en eller båda föräldrarna med en psykisk diagnos från den slutna vården. Under uppföljningsperioden var barnen mellan 6 och 24 år och de hade bott med sina föräldrar åtminstone en del av uppföljningstiden. Resultaten av denna studie var uppseendeväckande eftersom barnen i undersökningsgruppen hade tre gånger större risk att ha vårdats för psykisk ohälsa och nästan dubbelt så stor risk att dö i jämförelse med barn i normalpopulationen. Undersökningen visade också att de här barnen hade högre risk för att få en drogrelaterad eller alkoholrelaterad diagnos och även högre risk för självmord och självmordsförsök. I denna undersökning konstaterar forskarna att dessa risker grundar sig på de problematiska förhållanden som mental ohälsa ofta leder till,

som till exempel ostabil inkomst och icke gynnsamma sociala relationer. (Skerfving, 2005, s. 42-43).

Det som nästan blir ofrånkomligt är att ångest och depression påverkar omgivningen. Ifall en eller båda föräldrarna är deprimerade eller upplever stark ångest inför något, så kommer det att påverka barnen. Hur barnen reagerar kan yttra sig på många olika sätt, men ifall barnen tappar leklusten och blir ångestfyllda, är det ett ganska tydligt tecken på att barnen behöver stöd och omsorg. Det som är svårt men som inte får glömmas bort är att föräldrar i en djup depression eller allvarlig psykisk ohälsa kan vara en direkt fara för barnet. Barnmisshandel och även barnamord händer oftare där föräldrarna är psykiskt sjuka. Barn ska inte behöva leva tillsammans med en förälder som psykiskt mår väldigt dåligt. (Skerfving, 2005, s. 34).

### 5.2.1 Anknytningen

Anknytningen är det som är den grundläggande tryggheten under barnets första tid i livet. John Bowlby är den som först började uppmärksamma anknytningen genom att betona att barn genast efter födseln försöker att samspela med den vuxna. För att kunna utvecklas känslomässigt behöver barnen få respons och interaktion från andra vuxna, vilket i början oftast präglas av mamman. Denna instinkt är biologiskt betingad och behövs för att vi helt enkelt inte skall bli övergivna. (Hart, 2009, s. 15-16).

När spädbarnsforskarna Colwyn Trevarthen, Edward Tronick och Daniel Stern studerade den tidiga anknytningen kom de fram till att mamman kommunicerar med sitt spädbarn på ett sådant sätt som gör att barnet utvecklas emotionellt utifrån den relation som uppstår mellan mamman och barnet. Stern märkte också att detta sätt att samverka är så subtilt att man i normala fall inte ens lägger märke till den. (Hart, 2009, s. 18). Detta kan också kallas det psykologiska "bandet" (Almqvist, Broberg & Tjus, 2003, s. 106).

Man delar in anknytningen i trygg anknytning, undvikande anknytning, ambivalent anknytning och desorganiserad anknytning. I västländerna har studier visat att 60-70% av alla barn vid 1-års ålder har en trygg anknytning till en eller båda sina föräldrar. De barn som växer upp med en eller båda föräldrarna med någon form av psykisk ohälsa kommer troligtvis att få en desorganiserad anknytning i och med att föräldern inte kan svara på

barnets känslomässiga behov på ett naturligt sätt. (Almqvist, Broberg & Tjus, 2003, s. 1117-122, 126).

Det således finns inga tvivel om att en bristande anknytning kommer att påverka barnets känsloliv i framtiden (Hart, 2009, s. 179) (Almqvist, Broberg & Tjus, 2003, s. 110). Forskning visar att de barn vars anknytning blivit desorganiserad och otrygg utgör en betydligt större risk för att få svårigheter i sina kamratrelationer och att få mera utåtagerande beteendeproblem i förskole- och under den tidiga skolåldern. För att kunna stöda barnet och en familj behöver man också stöda anknytningen mellan barnet och föräldern. (Almqvist, Broberg & Tjus, 2003, s. 125, 272-274). En kärleksfull och orubblig anknytning mellan en förälder och ett barn ses inte bara som ett villkor för barnets överlevnad, utan blir också den bästa preventiva åtgärd gentemot försummelse, misshandel, vanvård och övergrepp (Hindberg, 2006, s. 51).

### 5.3 Barn berättar

I en kvalitativ studie som gjorts så intervjuade man nio vuxna barn till mammor som varit psykiskt sjuk (Dunn 1993). I intervjun tog man bland annat upp hur föräldrarnas sjukdom påverkade familjeförhållanden och situationen och hur barnens behov blivit bemötta och relationen till mamman och även till vuxenpsykiatrin. (Skerfving, 2005, s. 66). Av dessa nio respondenter så hade en av dem insjuknat i schizofreni men alla av dem hade gått i terapi.

#### 5.3.1 Skuld och utanförskap

Alla barn som Dunn intervjuade hade utsatts för misshandel av något slag av sin psykiskt sjuka mamma. Det kunde handla om känslomässig likgiltighet eller fysisk misshandel och så fanns det ett fall där sexuell misshandel hade förekommit. Alla ansåg att mammans förvirring hade påverkat dem i sådan grad att de inte fick sina grundläggande behov sedda. De hade alla upplevt sig isolerade från övriga människor och samhället och ingen av dem

hade fått någon förklaring på varför mamman betedde sig som hon gjorde, ingen hade pratat med dem om skrämmande saker som hänt heller. (Skerfving, 2005, s. 66).

Flera av intervjupersonerna i Dunns undersökning beskrev sitt liv som om de levde i två olika världar. De kände sig annorlunda i världen utanför hemmet och trots att de berättade om svåra uppväxtförhållanden så hade alla trots detta skyddat sin mamma mot myndigheter och till exempel inte berättat hur läget låg till där hemma. Många hade skuldkänslor och en del hade trott att det var deras fel att mamman var sjuk och att de kände skuld över att de inte själva var sjuka. Nästan alla hade ett negativt förhållande till psykiatri och kände sig mycket utanför i mammans sjukdom och vad som hände runt omkring den. En del av de intervjuade upplevde att mamman inte blivit korrekt behandlad på sjukhuset, vilket också gav dem skuldkänslor. (Skerving, 2005, s. 66-68).

I en undersökning gjorda av två socialarbetare från Schweiz framkom det att de nu vuxna barnen till föräldrar med mentala störningar hade upplevt att allt hade kretsats kring den sjuka modern och att barnen själva hade fått ge avkall på sina problem och känslor. Ingen av kände att de hade någon att prata med och de upplevde en starkt "tystnadsplikt" inom familjen om föräldrarnas beteende. Ingen hade förklarat för dem om sjukdomen, varken någon inom familjen eller någon professionell. I undersökningen fanns det de som redan i åtta års ålder hade fått ta ansvar för ekonomin och/eller de yngre syskonens fostran. (Skerving, 2005, s. 67-68). En dansk studie (Lier et al 2001) bekräftar liknande resultat där intervjupersonerna berättar om centrering kring den sjuka modern och att ingen berättade om hennes sjukdom för dem. (Skerving, 2005, s. 68).

Skuld och utanförskap verkar vara två huvudteman som framkommer i olika studier gjorda på barn som växt upp tillsammans med en förälder som varit psykiskt ostabil. Barnen som blivit intervjuade berättar om rädsla, ensamhet, skam och hemlighetsmakeri omkring föräldrarnas sjukdom. Inte sällan blir förhållandet barn-förälder omvänt och barnen börjar ta hand om och ta ansvar över sina egna föräldrar. Barn upplever mycket starka känslor för sina föräldrar att de ibland önskat att föräldern vore död i och med den problematik som de fått uppleva, samtidigt så framkommer en kärleksfull lojalitet gentemot föräldern, oavsett om hen varit psykiskt sjuk. (Skerfving, 2005, s. 72; Glistrup, 2005, s.24-25).



### 5.3.2 Stöd

De som blev intervjuade (Dunn 1993) berättade alla om en stabil vuxenkontakt som de haft. En stabil vuxen kontakt kunde utgöras av en lärare, far- eller morföräldrar, vänner eller grannar. Dessa kontakter beskrivs som barnens livlinor i den annars kaotiska vardagen (Skerfving, 2005, s. 66-67). Det som framkom i en svensk studie där fem vuxna barn till mentalt sjuka föräldrar intervjuades (Granath 1996) var betydelsen av den andra friska föräldern. Två av de tre som blev intervjuade hade haft stöd från den andra friska föräldern och hjälpt den förstå vad som var fel med den sjuka föräldern och kunnat ta ansvar för familjens grundläggande behov.

I den danska studien (Lier et al 2001) intervjuades 15 barn i åldrarna 5-18 med erfarenheter om föräldrar med långvariga psykiska diagnoser, om att det stöd som barnen själva önskat hade varit någon som var trygg och som de kunde lita på och göra roliga saker med, så att de kunde koppla bort tankarna ett tag. För en del av barnen i den här studien var situationen redan så komplicerad att de inte kunde ta emot hjälp från andra eller så förbjöd de genast att modern skulle få reda på om deras hjälpbehov. Alla barn kunde tänka sig att prata med andra barn i samma situation. (Skerfving, 2005, s. 68-69). I fyra olika studier (Dunn 1993; Granath 1996; Finzen 1994 & Lier et al 2001) som gjorts med barn till psykiskt sjuka föräldrar så kommer det i alla studier fram att intervjupersonerna hade önskat att ha någon att prata om föräldrarnas sjukdom, och att någon skulle ha berättat om läget för dem (Skerfving, 2005, s. 66-69).

### 5.4 Att stöda psykisk hälsa

Vi behöver fokusera på den psykiska hälsan istället för att för att endast söka efter brister. I färsk forskning betonar man att hålla fokus vid vad som är positivt för den psykiska hälsan för att minimera den mentala ohälsan, detta innebär att man tar fasta på människans möjligheter. En sociolog vid namn Aaron Antonovsky har sammanställt vad han tycker vi behöver för att må psykiskt bra. Antonovsky menar att vi behöver kunna begripa och ha möjlighet att påverka vår miljö, och så måste vi kunna hantera de krav som vi ställs inför.

Antonovsky har tre grundstenar för psykiskt välmående; begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. För att människor i allmänhet ska kunna förstå tillvaron behöver de begripa sammanhang, en sådan förmåga byggs upp genom erfarenhet. Barn som då växer upp bland svårigheter kan genast eller senare i livet få svårt att förstå sin livssituation och kan få svårt att känna meningsfullhet. (Olsson & Olsson, 2010, s. 9).

Psykologen Alice Miller poängterar hur viktigt det är för barn som har utsatts för prövande situationer att få vuxenstöd. Därför behöver människor som arbetar med både barn och ungdomar klara av att ge detta stöd och se möjligheter för varje enskilt barn att kunna utvecklas på ett sådant sätt som främjar deras psykiska välmående. (Olsson & Olsson, 2010, s. 9). Psykiskt sjuka föräldrar är en tydlig riskfaktor för att barnen ska hamna i svårigheter och man behöver vara uppmärksam i både daghem och skola på sådana indikationer. Det är helt klart att daghemmen och skolan kan bidra till att hjälpa barn som är i riskzonen så att de utvecklas i en positiv riktning. Skyddsfaktorer som man ska stöda hos barn är social förmåga, ”goda” kamratrelationer och fungerande sociala nätverk, upplevelse av sammanhang samt hjälpa dem med bearbetning av svåra upplevelser. Många studier bekräftar att en god relation till en annan vuxen har stor betydelse speciellt för barn i riskzonen. (Olsson & Olsson, 2010, s. 10).

När man i sin tur försöker stöda en familj som har det svårt, där man märker att det i familjen förekommer mycket konflikter, så kan det vara bra att fråga av föräldrarna om barnets positiva egenskaper. Detta sätter en terapeutisk utmaning åt föräldrarna att försöka ta fram de egenskaper hos barnet som inte är negativa, och så att föräldrarna själva får formulera hur de upplever sitt barns positiva särdrag, och sedan börja arbeta vidare utifrån den informationen som föräldrarna gett. Ifall föräldrarna inte kan återge någon positiv erfarenhet från barnet så speglar det sig också av i vardagen, vilket gör det mycket svårt för föräldern att ge positiv uppmuntran och bekräftelse åt barnet. Ifall föräldrarna uttryckte mycket negativa känslor gentemot barnet som 4-åring finns det en mycket större risk att barnet som 8-åring blir mera utåtagerande. Detta lutar tillbaka på anknytning och speglingen som den vuxna har mot barnet. (Almqvist, Broberg, Tjus, 2003, s. 272).

## 5.4.2 Resilienskraft hos barnen

Resiliens handlar i enkelhet om barns sätt att reagera på och klara av stress, och härstammar från engelskans ”recilience”. Resiliensen hos barn är en motståndskraft gentemot att utveckla psykiska problem. Det är klart att över hälften av alla barn som exponeras för risksituationer inte får allvarliga psykiska störningar. Detta har enligt forskarna att göra med just resiliensen, vilket ger oss ett nytt perspektiv på barns utveckling. (Borge, 2005, s. 9-10). Det är också viktigt att inte blanda ihop normal utveckling med resiliens. När ett barn lär sig cykla hör det till den normala utvecklingen, men när ett funktionshindrat barn lär sig cykla kan man prata om resilient beteende i och med att ett funktionshindrat barn genomgår en större utmaning för att bemästra cyklandet. (Borge, 2005, s. 39). Det har visat sig att barn kan utvecklas positivt med hjälp av andra stabila vuxna ifall deras egna föräldrar inte kan ge dem den omsorg de behöver. Barn av det här slaget kallas ofta för maskrosbarn (Olsson & Olsson, 2010, s. 202).

### 5.4.2.1 Hur kan vi förklara resiliens?

Alla barn är individer och har också individuella sätt att reagera på stressituationer. För att lite mer specifikt förklara hur resiliensen fungerar kan vi föreställa oss att reaktionerna hos ett barn har en positiv och en negativ pol. En del barn kan utan större bekymmer klara sig trots att de växt upp under tråkiga förhållanden, då säger man att de befinner sig nära den positiva polen i deras reaktionssätt. Detta ger barnet ett normalt utvecklingsmönster. De barn vars utveckling avviker från det normala befinner sig i den negativa polen, där resilienskraften uteblir. Resiliensen är när barn befinner sig i den positiva polen över hur de reagerar på misär och stress. (Borge, 2005, s. 10).

Resiliensen grundar sig dels på ärftlighet och dels på barnets omgivning. Graden av resiliens är inte konstant hos barnet utan kan variera utifrån vad situationen kräver. Det som bidrar och sätter grund för resiliensen är kvaliteten vid den tidiga anknytningen. Den tidiga känslomässiga bakgrund som barnet har kommer att återspeglas hur hen hanterar sin ångest och den stress som olika livssituationer innebär. (Skerfving, 2005, s. 55). Resiliens

hos barn varierar kraftigt och ändrar också beroende på vad för slags problematik den möter. Varje barn måste hitta sitt eget sätt för sträva efter en bättre tillvaro. (Borge, 2005 s. 12).

#### 5.4.2.2 Att stöda resiliensen

Det är mycket användbart att lära barn och betona deras sociala kompetens när man försöker stöda dem i sin utveckling. Det mesta i vårt samhälle bygger på en god social anpassningsförmåga och vi människor sägs av naturen vara sociala individer. Man kan säga att social kompetens kan delas in i tre undergrupper; intellektuell funktion, emotionell funktion och beteendemässig funktion. Intellektuell resiliens handlar om barn som klarar av skolan trots att hemförhållandet inte ger dem de rätta förutsättningarna. Emotionell resiliens yttrar sig hos barn som att de är tillfreds och trygga trots att deras närmiljö utsätts för påfrestningar. De här barnen fungerar känslomässigt bra trots att de egentligen inte fått några förutsättningar för det från familjen. Beteendemässig resiliens finns hos barn som visat tecken på beteendemässiga problem men som bättrar sig. (Borge, 2005, s. 38-39).

För att preventivt kunna arbeta emot psykiska hälsoproblem behöver vi lära oss att stöda resilienskraften hos barn som är i riskzonen. Det finns troligen fyra mekanismer som ger skydd åt barn gentemot att utveckla psykiska problem och som stärker de starka sidorna hos barnet. Den första mekanismen är att hjälpa barnet förstå vad det är som händer, detta sägs reducera riskens genomslagskraft. Detta kan också betyda att man försöker hålla bort barnet från de situationer som är riskfyllda. Den andra mekanismen är att bryta dåliga mönster och förhindra negativa kedjereaktioner. Riskförhållanden leder ofta till mönster som är svåra att utan omtanke bryta. Den tredje mekanismen är trygghet i närmiljön, det vill säga familjen och skolan. Goda prestationer i skolan är viktiga för utvecklandet av självbilden och resiliensprocesserna. Den sista mekanismen handlar om framtidsvision. Detta poängterar betydelsen av att fortsätta med studierna, vidareutbilda sig, göra militärtjänst, hitta en partner och följa det så kallade normala utvecklingspsykologiska mönstret. (Borge, 2005, s. 39-40).

## 6 Dagvårdens synvinkel

### 6.1 Sköra barn och föräldrar i dagvården

Vissa barn behöver extra stöd och hjälp i dagvården för att de ska få ett likvärdigt deltagande, för de här barnen räcker det inte med det vanliga stödet som dagvården tillförser. Sköra barn är barn som behöver den här extra omsorgen från dagvården. De kallas sköra eftersom de växer upp med stora brister i den känslomässiga omsorgen som påverkar deras utveckling negativt. I dessa fall kan pedagogen hamna att tillgodose de sköra barnens behov av en trygg anknytning. (Broberg, Birthe & Broberg, 2013, s. 248-249)

När barn föds har de en beredskap för kontakt och samspelet mellan dem och föräldrarna är grunden för all vidare utveckling. Det ligger på föräldrarnas ansvar att på ett positivt och empatiskt sätt, organisera och utveckla samspelet. Det är alltså inte ett jämbördigt samspel. Föräldrarnas förmåga eller oförmåga att göra detta beror ofta på deras egen relation till de egna föräldrarna eller vårdnadshavarna. Föräldrar tenderar att ofta upprepa sina egna barndomserfarenheter med deras egna barn. Saknas då erfarenheter av ett tryggt omhändertagande i barndomen kan det vara svårt att ge det åt sitt barn. Också om föräldrarna har svårt att förstå och reglera sina egna känslor blir det lätt att de blir förvirrade eller överväldigade av de känslor och behov som ens barn uttrycker. Vissa föräldrar är i en särskild högriskgrupp när det handlar om att tillgodose barnets fysiska och psykiska behov. Några föräldrar som hör hit är de vi fokuserat på tidigare i vårt arbete: de som har en psykisk sjukdom eller de med missbrukarproblematik. (Broberg, et.al., 2013, s. 249-251)

Det är dock svårt att säga vad det innebär för barnets anknytning om föräldern tillhör någon eller båda grupperna eftersom det är många faktorer som samverkar. Det är inte föräldrarnas diagnos eller bakgrund i sig som är avgörande utan hur föräldraskapet sedan fungerar i praktiken. Även föräldrar med en psykologisk sjukdom kan vara en nära förälder och se till att barnet får en trygg anknytning lika mycket som förälder utan denna

problematik kan ha ett barn att få en otrygg eller desorienterad anknytning. (Broberg, et.al., 2013, s. 249-251)

Det barn som inte får den hjälp den behöver för att skapa en reglerad rytm och en trygg anknytning till föräldern kan utveckla en relationsstörning som även har betydelse för barnets anknytning till andra personer. Barnet har med sig sitt anknytningsmönster och inre modeller för hur föräldrar ska vara, hur barn ska vara och hur förhållandet mellan dessa två ska vara. Hur föräldrarnas samspel med barnet har alltså en betydelse för vilken anknytning barnet får: organiserad (trygg, undvikande, ambivalent) eller desorganiserad. Särskilt i de situationer när barnets anknytningssystem är aktiverat, till exempel när barnet är rädd eller har gjort sig illa. Det bästa för ett barn är förstås om de får ha en trygg anknytning, det garanterar förstås inte ett problemfritt liv men mycket talar för att dessa barn kommer klara påfrestningar bättre. (Broberg, et.al., 2013, s. 254-255)

Ett barn med ett undvikande anknytningsmönster har skruvat ner sitt anknytningsbeteende för att föräldern ska finnas till hands när det verkligen behövs. Detta barn har lärt sig att anknytningspersonen inte är bekväm med barnets närhetssökande. Ett barn med ambivalent anknytning gör det motsatta till det undvikande barnet, det skruvar istället upp sitt anknytningsbeteende för att det lärt sig att det är bästa sättet att få föräldrarnas närhet och uppmärksamhet. Det finns förstås brister i det ambivalenta och undvikande anknytningsmönstren eftersom de båda är otrygga, men de är i alla fall organiserade vilket gör att det finns en förutsägbarhet i samspelet och det gör att barnet kan förstå det som händer med hjälp av tidigare erfarenheter. Barnet har lärt sig anpassa sitt beteende till föräldrarnas tillgänglighet. Det är förstås svårt för pedagoger inom dagvården att försöka bilda tillitsfulla relationer till dessa barn som har utvecklat otrygga anknytningsmönster. (Broberg, et.al., 2013, s. 254-255)

Ännu svårare blir det för pedagogerna att förstå de barn som har en desorganiserad anknytning, vilket är en anknytning som många barn till föräldrar med psykisk ohälsa riskerar att utveckla. Dessa barn har ofta ett oförutsägbart beteende som det är svårt som utomstående att förstå sig på. Barnets erfarenheter är att de inte kan förstå vad som händer eller förutse framtiden för att deras föräldrars reaktioner har varit oförutsägbara och ofta

också skrämmande för barnet. De saknar en sammanhängande inre bild av vad som kan förväntas när anknytning aktiveras vilket gör att väldigt små signaler och yttre händelser kan utlösa explosiva reaktioner hos barnet. Vissa barn med en desorganiserad anknytning utvecklar i takt med sin förmåga att planera och tänka något som kallas för kontrollerande anknytning. Detta innebär att barnet istället för att vara uppmärksam på sina egna känslor och behov så att det kan signalera detta till omvärlden blir extremt fokuserade på omvårdnadspersonens beteende och sätt att vara på. Barnet har lärt sig att dess egna känslor inte är viktiga utan det är viktigare att kunna tyda på vilket humör de vuxna är så att de kan ta kontroll över situationen. Vissa av dessa barn blir överdrivet omhändertagande medan andra utvecklar en fientlig kontroll och regerar över sin omgivning. I båda fallen handlar det om att se till så att det finns så lite utrymme som möjligt för de vuxna att göra något ”oplanerat”. (Broberg, et.al., 2013, s.255-256)

## 6.2 Pedagoger som anknytningspersoner

Barnet söker en vårdnadshavare som sin primära anknytningsperson och den relationen är den som kommer har stor betydelse för hur barnet kommer kunna hantera senare känslomässiga relationer i sitt liv. Ett barn som är två år har en anknytningsrelation till minst en vuxen men ofta har de tre till fem vuxna anknytningspersoner, några av dessa vuxna kan vara en pedagog inom dagvården. (Broberg, et.al., 2013, s. 64-65),

Om en anknytningsrelation kan utvecklas eller inte beror på några olika faktorer. Hur tät och regelbunden kontakten är mellan barnet och den vuxna hur ofta den vuxna har haft anledning, getts möjlighet och varit framgångsrik i att trösta barnet när barnet har krävt detta. Den anknytning som barnet sedan får till den vuxna, trygg, otrygg eller desorganiserad, beror på hur den vuxna har betett sig mot barnet i dessa situationer. För att en anknytning ska kunna bildas krävs alltså tid, engagemang och kontinuitet i relationen. (Broberg, et.al., 2013, s.67)

Barn kan alltså utveckla anknytningsrelationer till flera vuxna men detta innebär inte att de olika relationerna är jämlika eller utbytbara mot varandra. Anknytningsrelationerna är istället hierarkiskt organiserade, vissa anknytningar är alltså viktigare än andra. Den som är på toppen av anknytningsrelationerna är den person som varit den fastaste punkten i barnets liv sedan det blev fött, vilket då oftast är mamman. Att relationerna är uppdelade i en rangordning får förstås konsekvenser, det är således svårare för en person som är lägre ner i hierarkin att trösta barnet om någon som är högre upp är närvarande. Detta syns bra till exempel när barn överlämnas till dagvården och de gråter, medan vårdnadshavarna är där är det omöjligt för pedagogerna att trösta barnet utan det går först när vårdnadshavarna åker därifrån. (Broberg, et.al., 2013, s. 69-72)

En annan konsekvens är att de som är lägre i rangordningen bara duger så länge det barnet upplever som fara inte är alltför stark. En pedagog kan alltså duga att trösta så länge faran inte är alltför stor, i så fall att barnet känner att faran är stor kommer det vilja ha en person som är högre i hierarkin. Barnet har alltså ofta många olika anknytningspersoner. Hur många anknytningsrelationer barnet har beror på hur många vuxna de har en nära och regelbunden kontakt med. Men det verkar ändå som att det är begränsat till en till fem personer. Denna begränsning innebär att barnet förmodligen bara kommer kunna ha en anknytningsrelation till en pedagog. Men det är också viktigt att barnet kan känna sig tryggt i att rikta anknytningsbeteenden till andra pedagoger i dagvården. (Broberg, et.al., 2013, s. 69-72)

Om barnet har en positiv relation till en pedagog så kan detta ha en betydelse för tillit, lärande, samvaro och lek med andra barn. Detta gäller alla barn men även mera betydelse har det för de sköra barnen. En bra början är att utse en pedagog som är barnets primära kontakt men också att utgår från barnets svårigheter och planerar långsiktigt. Det är också viktigt att utse en annan anknytningspedagog för barnet som finns till om den primära pedagogen inte finns där. Att barnet får denna kompensation från dagvården, att det får en trygg anknytning till åtminstone en vuxen, blir aldrig total och det är viktigt att pedagogen tar upp med föräldrarna om den känner oro över barnets hemförhållanden. Ibland kan oron bli så stor att det krävs att man gör en barnskyddsanmälan. (Broberg, et.al., 2013, s.262-263)



Det är viktigt för barnet att den finns kontinuitet och struktur på dagarna i dagvården. För de sköra barnen som börjat få en tilltro till vardagens rytm och pedagogens tillförlitlighet är den ännu viktigare. Detta räcker förstås inte bara till för att skapa en trygg relation mellan barnet och pedagogen. Det krävs också en känslighet för vad barnet signalerar. Att en pedagog visar en förståelse för vad barnet vill är grundläggande för att en tillit ska utvecklas. Det kan förstås vara svårt att förstå vad barnet signalerar, särskilt om hen ger endast svaga signaler, men barnet känner också igen ifall man försöker förstå. (Broberg, et.al., 2013, s. 262-272)

Pedagogen får också vänta sig att det kommer att ta tid att utveckla en trygg anknytningsrelation med de här barnen. Fastän pedagogen gör sitt yttersta för att svara på barnets signaler tar det tid för ett barn som har erfarenheter att man inte kan lita på någon att plötsligt börja lita på någon. Barnet kommer flera gånger få positiva erfarenheter av att pedagogen går att lita på. Pedagogen måste också kunna stå ut med att det kommer finnas perioder när arbetet inte går framåt eller att det går mycket långsamt. Detta kan vara en anledning till att många pedagoger kanske inte känner sig så manade att ta sig an och utveckla en nära relation till de här barnen. (Broberg, et.al., 2013, s. 262-272)

Vissa kan känna att det är emotionellt uttröttande, eller att de inte vill skapa en allt för viktig relation till barnet eftersom den ändå kommer brytas efter en viss tid. Pedagogen kanske inte orkar, vill eller kan vara en kompenserande anknytningsperson. Detta kan leda till att barnet inte får den hjälp det behöver. Därför behöver arbetet som anknytningsperson vara frivilligt och personen som tar sig an uppgiften måste erbjudas handledning och fortbildning. Pedagogens uppgift är i första hand att stöda barnet men i den här uppgiften blir också den dagliga kontakten med föräldrarna ännu viktigare, och pedagogen måste förhålla sig till barnet och föräldern på ett stödjande sätt. (Broberg, et.al., 2013, s. 262-272)

### 6.3 Att känna igen de olika anknytningsmönstren inom dagvården

Barn med trygg anknytning kan ha det väldigt besvärligt vid inskolningen, de protesterar högljutt och långvarigt mot att de ska bli lämnade på en främmande plats med främmande personer. Det är något som de inte är vana med eller bekväma med. Men när de efter några veckor har funnit sig tillrätta så finns det vissa tecken man kan räkna med att se. Om barnets anknytningssystem aktiveras så söker barnet tröst hos den vuxne det känner sig mest trygg med och det kan ta emot trösten det får av den vuxne. Barnet blir lugnat av kontakten med pedagogen. När barnet blir upplyft av den pedagog den känner bäst vilar den sin kropp mot den vuxne och blir lugnt och avspänt. Barnet kan spontant krama pedagogerna och vilja sitta nära i samband med lugna aktiviteter. (Broberg, et.al., 2012, s.74-77).

Det finns växlande mellan att barnet leker självständigt och att det söker kontakt med pedagogen och barnet har inget emot om pedagogerna deltar i deras lek. När barnet behöver hjälp frågar hen om det, och barnet är oftast lättsamt och lekfullt tillsammans med pedagogerna. Barnet har också lätt för att följa de vuxnas uppmaning och förslag och om den vuxne tillrättavisar barnet slutar barnet nästan alltid med den förbjudna aktiviteten och visar tydliga tecken på skuld, skam eller ånger. När barnet kommer på morgonen visar det oftast positiva känslor mot pedagogen som möter barnet och det klarar övergångarna mellan dagens olika aktiviteter på ett smidigt och enkelt sätt (Broberg, et.al., 2012, s.74-77).

För de barnen med undvikande anknytning går inskolningen oftast relativt smärtfritt eftersom barnet är vant att klara sig själv. Det räknar inte med så mycket känslomässigt stöd utan är intresserade av att klara sig själva i så stor utsträckning som möjligt. Även efter inskolningen visar sig barnets undvikande anknytning t.ex. genom att om dess anknytningssystem aktiveras söker barnet inte tröst hos de vuxna utan försöker klara upp situationen själv. Om en vuxen erbjuder tröst är barnets första reaktion att dra sig undan. Om barnet inte klarar av att klarna upp situationen eller om någonting riktigt allvarligt har hänt kan det tänkas att barnet söker hjälp hos den vuxne då mera för den praktiska hjälpen än för känslomässigt stöd. Barnet är mer intresserat av leksaker och vad den fysiska miljön

erbjuder och bryr sig inte mycket om känslomässig kontakt med de vuxna eller de andra barnen. Barnet söker sällan självmant upp någon av pedagogerna om det inte vill visa upp något eller dela något med den vuxne. Därför är det väldigt enkelt för pedagogen att förbise de här barnen om det inte blir bråk med de andra barnen så pedagogen måste ingripa. De här barnen verkar klara sig på egen hand. När en pedagog närmar sig barnet uppför sig gärna barnet som om det inte hört eller uppfattat den vuxnas inbjudan till kontakt eller samspel. Om barnet dock besvarar pedagogens kontaktförsök blir det ofta inriktat på att lösa något praktiskt. Barnet gör inga försök på att få ytterligare kontakt med pedagogen (Broberg, et.al., 2012, s. 77-79).

Inskolningen blir ofta mycket påfrestande för barn med ambivalent anknytning. Både överlämning och hämtning tenderar bli utdragna och känsloladdade och särskilt med överlämningen på morgonen tvingas pedagogen ofta att gå in och bryta avskedet. Annars tenderar det trappas upp och bli ännu mera påfrestande för barn och föräldrar. Detta problem med överlämning och hämtning tenderar att fortsätta även efter inskolningen. Andra kännetecken för barn med ambivalent anknytning efter inskolningen är att barnets anknytningssystem ofta aktiveras och barnet söker då tröst hos någon vuxen men blir sällan lugnad av den kontakt som pedagogen erbjuder. Barnet kan vara irriterat och smågnälligt stora delar av dagen utan att det går urskilja några klara skäl till varför barnet är irriterat. Att följa daghemmets rutiner är något barnet har svårigheter med och när det blir tillsagt leder det ofta till konflikter som trappas upp och blir till stora scener (Broberg, et.al., 2012, s.79-80).

Det absolut bästa för barnet är att få en trygg anknytning, det betyder inte att barnet kommer få ett problemfritt liv men det har visat sig att dessa barn är mer välutrustade för att möta senare motgångar. I de otrygga anknytningarna finns det brister men de är också organiserade, det finns en förutsägbarhet i dessa barns beteende och de har själva kunnat skapa inre modeller för hur de ska agera när anknytningen aktiveras. De kan förstå vad som kommer hända från och med tidigare händelser och hur de ska handla mot föräldrarnas tillgänglighet. Dessa är också enklare att förstå från dagvårdens synvinkel eftersom det som sagt finns en förutsägbarhet i deras handlingar. Och även om det är svårt att skapa tillitsfulla relationer med barn som har otrygga anknytningar så är det en ännu större utmaning för dagvårdspersonalen att göra det med barn som har en desorganiserad

anknytning. Dessa barn kännetecknas av att deras beteende och reaktioner är oförutsägbara och svåra att förstå sig på. De saknar en inre arbetsmodell för vad de kan förvänta sig i situationer när deras anknytning aktiveras. Detta gör att de även vid väldigt små signaler eller yttre händelser kan reagera explosivt. Oftast ses det som att barnet ”överreagerar” eftersom man inte ser saken på samma sätt som barnet. Barn med en desorganiserad anknytning utvecklar ofta i takt med sin utveckling av planering och tänkande en kontrollerande anknytning. De uppmärksammar istället för sina egna känslor omvårdspersonens känslor, eftersom de har lärt sig att det viktigaste inte är att de får sina egna behov tillgodosedda. De fokuserar istället på den vuxnas beteende så att de kan ta kontroll över situationen. Vissa av dem utvecklar en fientlig kontroll och regerar över sin omgivning. Målet med båda dessa beteenden är samma: de försöker se till så att det finns så lite utrymme som möjligt för den vuxna att göra något oplanerat. (Broberg, et.al., 2013, s. 254-256)

## 6.4 Stöd till föräldrarna

Det är viktigt när man arbetar inom dagvården att man har ett gott samarbete med föräldrarna. Särskilt viktigt blir detta samarbete när barnets vardag ändras i negativ riktning eller en oförutsägbar riktning. Detta kan leda till att dagvården blir en frizon för barnet där allting är som förr, och också om det finns problematik hemma så vet man att det finns en rutin vid daghemmet som oftast inte bryts. I dessa situationer kan också dagvården fungera som stöd och en avlastning för föräldrarna. Dagvården fungerar ofta som stöd för föräldrarna men särskilt i svåra situationer om vardagen är turbulent och föräldrarna inte riktigt orkar så är dagvården en viktig instans. Dagvården kan ses som ett av samhällets föräldrastöd även om det inte är det i skrift. Pedagoger har mycket kunskap om barn i allmänhet och deras utveckling vilket kan vara ett viktigt stöd för föräldrar när vardagen är svår eller de är oroliga över sina barn. Det kan också hända att pedagogerna snabbare känner igen avvikande beteende hos barn eftersom de har en mycket större kunskap om hur barn ska vara och det kan också vara ett stöd eftersom de då kan samtala med föräldrarna och diskutera att barnet kanske behöver komma i kontakt med till exempel specialbarntädgårdsläraren. (Broberg, et.al., 2013, s.245-246)

### 6.4.1 Fostringsgemenskap

I grunderna för planen för småbarnsfostran (Stakes, 2005, s. 36-37) talar man istället för föräldrastöd om fostringsgemenskap. Fostringsgemenskap innebär att föräldrarna och dagvården tillsammans går in för att stödja barnets fostran och utveckling. Föräldrarna har förstås det första ansvaret för barnets fostran och bär också ansvaret för denna. Personalen ska stöda med sitt yrkesmässiga kunnande och sina insikter i sammanhanget men respektera föräldrarnas önskan om hur de vill uppfostra sitt barn. Personalen är den som ska ansvara för att det finns en fostringsgemenskap och att den fungerar. Fostringsgemenskapen har som ett syfte att man tidigare ska känna igen i ett tidigt stadium som möjligt känna igen situationer då barnet kan behöva mera stöd i sin utveckling, inläring eller fostran. Personalen ska då tillsammans med föräldrarna skapa en gemensam strategi för att stödja barnet. (Häkki, Kuokkanen & Virolainen, 2013, s. 37-40)

Grunderna för planen för småbarnsfostran diskuterar också barn som är behov av extra stöd. Där ska föräldrarnas och personalens observationer av barnet bilda en gemensam grund när man bedömer om barnet behöver mera stöd inom småbarnsfostran. Stödåtgärderna ska inledas direkt när man märker de behövs och om det finns behov kan man ta in extra hjälp för att stöda barnet. Dock ska föräldrarna vara medvetna om detta och vara överens om det. Det är alltid viktigt att minnas också när man försöker stöda barn att man har föräldrarnas tillåtelse att stöda på det sätt man gör och att man också försöker hjälpa föräldrarna att stöda sitt barn. Som pedagog arbetar man mycket mera idag med hela familjen eftersom familjens välmående påverkar barnets välmående. (Häkki, Kuokkanen & Virolainen, 2013, s. 37-40)

För varje barn ska också en individuell plan göras upp. Denna görs tillsammans med föräldrarna och tar upp barnets erfarenheter, aktuella behov, framtida utsikter och intressen. Planen tar också upp vilka starka sidor som barnet har och vad de behöver extra stöd och vägledning i. Om det finns någonting som barnet har svårt med ska det beskrivas så konkret som möjligt och man ska tillsammans med föräldrarna försöka finna en lösning med dessa problem, dessa lösningar ska också skrivas i planen. Man kommer också överens om hur dagis och föräldrar ska samarbeta för att barnets utveckling ska bli bästa

möjliga. Denna plan och fostringsgemenskapen överlag fodrar att man har ett gott samarbete med föräldrarna och att framför allt att dagvården får information från föräldrarna och att föräldrarna får information från daghemmet. Föräldrarna känner sina barn bäst men pedagogerna vet oftast bättre hur barnet fungerar i större grupper. Kommunikationen måste alltså fungera mellan familjen och dagvården för att fostringsgemenskapen ska kunna fungera och för att man ska kunna stöda barnet och familjen. (Häkki, Kuokkanen & Virolainen, 2013, s. 37-40)

Alla familjer är olika och varje barn är olika ifrån varandra, och det har dagvården fått anpassa sig till. Det betyder att man måste ha olika samarbetsformer med olika familjer, vissa kan behöva mera stöd medan vissa kanske inte tycker att de behöver något alls. Det är då viktigt att komma ihåg som tidigare skrivet att föräldrarna i första hand har rätten att fostra sina barn. Och de har också rätt att bli hörda i frågor om sina barn och säga hur de vill dagvården ska fungera. De är konsumenter av en tjänst och har därför rätt att påverka den. Det är också på personalens ansvar att fostringsgemenskapen blir en naturlig del av barnets småbarnsfostran, att de introducerar det till föräldrarna. Man ska också göra klart för föräldrarna att deras åsikter är viktiga och att det är barnets behov som är i fokus men också att föräldrarnas värderingar är viktiga. Alla familjer ska få stöd och det stödet ska utgå från varje familjs egna behov. Olika familjer har olika behov och det är viktigt inom fostringsgemenskapen att man ser detta och stöder familjen där de behöver det. (Häkki, et.al., 2013, s. 38-40)

## **6.5 Ta upp oron-samtal och barnskyddslagen**

Ta upp oron är en samtalsmetod som är speciellt avsedd för personer som arbetar med barn och unga och fungerar som ett hjälpmedel för att sänka tröskeln för en tidig intervention. Metoden är väldigt passande med tanke på personal inom basservicen såsom skolor och daghem. Man vill via dialogen mellan personalen och familjen uppnå nya insikter för att kunna lära sig av allas resurser och kompetenser. (Eriksson & Arnkil, 2007, s. 7, 40)

### 6.5.1 Ta upp oron som stödmetod

Ta upp oron-metoden passar för sådana situationer när man har som avsikt att prata om ett bekymmer man har kring ett barn för en vårdnadshavare, vilket oftast en förälder. Metoden är ett hjälpmedel så att saker som kan kännas tunga och svåra att börja prata om ska kännas mera lättåtkomliga för personalen, och uppfattas mera stödjande för föräldern. Metoden är tänkt som ett stöd både för den som tar upp sin oro och den som oron gäller. Ta upp oron vill bygga en bro mellan personal och vårdnadshavaren som är baserat på öppenhet och ödmjukhet istället för spekulationer. Mycket i metoden handlar om respekt, så att båda är ödmjuka inför det faktum att alla vill barnets bästa. (Eriksson & Arnkil, 2007, s. 12)

Grundtanken i ett ta upp oron-samtal är att försöka förutsäga. Personen som använder sig av metoden får som tankeexperiment att försöka förutse vad som kommer att hända under ett samtal, vilket hjälper till när man letar efter lämpliga metoder att ta upp oron på. Människan förutser saker mest hela tiden, och det i sig är inget nytt sätt att arbeta på, men den nya tanken blir att man avsiktligt tar till nytta av förutsägelseerna. Tanken är inte att man ska försöka spå utan syftet är att man med förutsägelsen försöker reda ut hur man skall gå till väga och vara bättre förberedd på eventuella konflikter som kan uppstå. (Eriksson & Arnkil, 2007, s. 29-30)

Till hjälp inför detta samtal använder man sig av en blankett som förberedelse på samtalet, och på blanketten framkommer frågor som kan förbereda personalen på hur man tar upp oron. På blanketten finns också frågor för att hjälpa utvärderingen av samtalet. Blanketten består av tre delar där den första delen består av den situation när man som personal funderar kring hur man ska föra sin oro på tal och att man vill pröva på att förstå situationen på ett bättre sätt. De tre frågorna som man då tar upp är:

- vad det är som väcker oron för barnet?
- vad kan hända ifall man inte tar upp sin oro och pratar om den?
- hur stor oro känner man?

Den andra sessionen av frågor är ämnad för situationen strax innan personalen ska möta barnets vårdnadshavare. Frågorna är till för att hjälpa personalen att hitta ett balanserat sätt att uttrycka oron. Frågorna är:

- I vilka situationer upplever föräldern att man stöder hen?
- Kan det finnas tillfällen när föräldern kommer uppleva personalen som ett hot?
- Vad har barnet i fråga för styrkor? Och hur kunde man berätta för föräldrarna om barnets resurser?
- Vad kan personalen göra för att förbättra situationen och vad skulle vårdnadshavaren kunna bistå med för att göra situationen lättare för barnet?
- Hur ska man presentera sin oro och hur vill man samarbeta med föräldern?
- Försök att föreställa vad som kommer att hända under samtalets gång
- Försök också att föreställa vad samtalet kommer att medföra inför framtiden
- När ska man träffa föräldern och ta upp oron? Vilken plats och tid vore mest lämplig?

Den tredje sessionen ska man utföra genast efter att man haft sitt oro-samtal. Denna bit handlar om att utreda hur det gick och vad man tänker strax efter samtalet. Frågorna man då ska fundera på är:

- Hur realiserade man sin oro i samtalet?
- Hur kändes det innan samtalet, under själva mötet och hur känns det nu efter att man tagit upp sin oro?
- Gick det som planerat?
- Vad kom man fram till? Vad kommer nu att hända så att situationen bli lättare för barnet?
- Vad har man tänkt göra nu för att minska sin oro? (Eriksson & Arnkil, 2007, s. 12-13)

Det som man speciellt bör ha i bakhuvudet är att man ber om hjälp för att dämpa sin oro, och främst för att livet för barnet ska bli så bra som möjligt. Det viktigaste är att barnets situation tas på allvar och att man fortsätter samarbetet med familjen. (Eriksson & Arnkil, 2007, s. 18).

### 6.5.2 Orons olika graderingar

När man känner oro inför något så genomgår oron ofta många olika element. Man kan även känna att oron kan ha olika graderingar. Man kan vara lite orolig, så som bekymrad



eller förvånad, eller ha en stor oro där det handlar om mycket stora bekymmer. Enligt ta upp oron-metoden så klassas oron i olika zoner. Zonernas tillstånd är

- Bekymmersfritt tillstånd, där man inte känner sig bekymrad alls för barnets utveckling eller familjen tillstånd.
- Liten oro, där man känner att man är en aning bekymrad.
- Grå zonen, när man börjar uppleva att de egna möjligheterna inte räcker till och börjar överväga tilläggsresurser.
- Stor oro, stora och upprepade bekymmer, barnet är i farozonen och tilläggsresurser måste kopplas in och barnet behöver en förändringssituation genast.

Zonerna finns till som hjälpmedel för att personalen lättare ska kunna uttrycka och strukturera sin oro för att kunna utreda ifall det behövs tilläggsresurser. Oroszonerna finns även till för att man lättare ska kunna samarbeta mellan olika instanser för att kunna klassificera och utreda ett barns situation, så att man enklare kan komma över olika ”språkmurar” och därmed förutsätta att man arbetar i förebyggande syfte. (Eriksson & Arnkil, 2007, s. 21, 26-27)

### 6.5.3 Ta upp resurserna

När man utför ett ta upp oron samtal så är syftet att vända den nuvarande situationen i en positiv riktning och att stärka samarbetet med vårdnadshavarna. Därför är det väldigt väsentligt att ta upp barnets och familjens resurser när man erbjuder sitt stöd åt familjen. Målet med att samarbeta borde vara att skapa en allians tillsammans med familjen. I alliansen försöker man förena sina resurser så att både föräldrarna och de anställda hjälps åt för att lyfta fram barnet i sin utveckling. Olika instanser och föräldrarna ska fungera som en komplettering till varandra. (Eriksson & Arnkil, 2007, s. 31-32)

Man borde alltid försöka särskilja ens egna fördomar, och det gäller även under ett ta upp oron-samtal. Man behöver ärligt ta upp hur man tänker om barnets situation, men inte låta fördomarna kryddas. Det är lättare att komma vidare i samtalsmetoden ifall man skriver upp barnets resurser. En resurs hos barnet kan till exempel vara att barnet gärna leker utomhus, tycker om mat, gillar musik, är säker på sin sak, är glad över att komma till

daghemmet, är social, gillar vuxnas uppmärksamhet och har en spännande fantasi. Resurser som man kan betona hos föräldrarna kan vara att de älskar sitt barn, att de ser till att barnet har passande kläder, att familjen äter tillsammans, att de är tar hand om barnet när det är sjukt och så vidare. När man som personal hittat familjens resurser kan man börja fundera på hurudant stöd daghemmets personal kan erbjuda barnet i situationen som den är nu. För att man skall kunna komma till en lösning över hur man ska kunna stöda familjen måste man involvera familjen och försöka förstå familjens verklighet för tillfället. (Eriksson & Arnkil, 2007, s. 31-33)

### 6.5.3.1 Handla lagom annorlunda

Att försöka förstå familjens situation stöder den anställda att värdera omständigheterna. Men man behöver också vara öppen för att förstå att man lätt kan bli blind och alldeles för förstående i klientens situation och erbjuda sig samma stödåtgärd om och om igen utan att det leder någon vart.

Att gå upp i och att identifiera sig med familjens situation är en ovärderlig källa för sympati, men det finns en risk att man smittas av familjens kommunikationsmönster, och att det i sin tur smittar av sig hos personalen. Detta kallas isomorfi, och innebär att man håller tyst, skyller på andra, drar sig undan, låter andra ta hand om ens ärenden och hemlighåller saker och så liknande. I de allra flesta fall inom det psykosociala arbetet så uppkommer isomorfa interaktionsfenomen. En viktig del i ens arbete kommer att handla om att lösa och bearbeta isomorfier. (Eriksson & Arnkil, 2007, s. 38)

Allmänt kunde man säga att man genom att handla lagom annorlunda har de bästa förutsättningar för att nå ett ändamålsenligt resultat. Ifall personalens och familjens handlingssätt och önskemål skiljer sig markant från varandra så kommer kontakten inte att fortsätta. Medan ifall handlingssätten å andra sidan är väldigt liknande så kommer det knappast leda till någon förändring. Då blir ett ”lagom annorlunda” sätt att agera det som främjar till förändring. Ens möjligheter till att hjälpa blir mest sannolikt att ge resultat när man handlar lagom annorlunda. (Eriksson & Arnkil, 2007, s. 38-39)

#### 6.5.4 Barnskyddsanmälan

Att göra en barnskyddsanmälan ska fungera som en stödåtgärd. I till exempel daghemmen så blir sällan anmälningsskyldigheten aktuell väldigt ofta, och detta kan leda till att man tvekar att göra en anmälan och särskilt ifall man inte tidigare har haft ett gemensamt arbete med barnskyddet. (Eriksson & Arnkil, 2007, s. 35 - 36)

Barnskyddslagens syfte är i alla situationer till för att trygga barnets bästa. Ibland drar man sig för att göra en barnskyddsanmälan för att man kan vara rädd att den skall vara onödigt eller leda till att barnet omhändertas, men en barnskyddsanmälan har egentligen endast syftet att någon från barnskyddet är skyldiga att undersöka omständigheterna och sätta in stödåtgärder ifall det finns behov för det. När man har frågat socialarbetare så kommer det oftast fram att de inte anser att någon av deras samarbetspartners skulle göra några onödiga anmälningar, utan de önskar hellre att man gjorde dem i ett tidigare skede så att man skulle hinna sätta in stödåtgärderna innan det blir riktigt allvarligt. Ett omhändertagande av ett barn sker mestadels först efter att man försökt med en hel del andra stödåtgärder. Sådana stödåtgärder som främst kopplas in innan ett omhändertagande är familjearbete, hemhjälp, stödande samtal, semesterstöd och ekonomiskt stöd. Alla de här stödåtgärderna har visat sig ha mest effekt ju tidigare de sätts in. I extrema fall kan barnet omhändertas direkt, men då behöver man efter två veckor igen bedöma barnets situation. (Eriksson & Arnkil, 2007, s. 35 - 36)

Barnskyddet strävar alltid efter att trygga barnets bästa i samarbete med familjen. Att man är rädd för hur föräldrarna ska reagera får inte förhindra att man gör en barnskyddsanmälan. Klienten informeras alltid varifrån barnskyddsanmälan har kommit, så genom att vara öppen om att man nu är så orolig att man vill be om hjälp av socialarbetaren, så ökar man chanserna om att på ett respektfullt sätt få till stånd en barnskyddsanmälan för allas, och främst barnets, bästa. Personalen kan tillsammans med klienten gå till barnskyddet, så känns det mindre som att man går bakom ryggen på någon. (Eriksson & Arnkil, 2007, s. 36 - 37)

Även med allt detta stöd som dagis ger så kan det hända att det inte ibland räcker till och att man märker att barnet far illa av sina hemförhållanden. I barnskyddslagen (2007/417) står det att de som arbetar inom barndagvården har anmälningsskyldighet. Om man får till

kännedom att ett barns vård och omsorg inte sköts, barnets utveckling äventyras eller barnets eget beteende är problematiskt har man de som arbetar inom dagvården anmälningsskyldighet. Detta innebär att även fast man har tystnadsplikt så är man skyldig att göra en barnskyddsanmälan till socialvården. Och om man också misstänker eller vet sig att det rör sig om sexuella brott eller hot mot barnets liv som till exempel misshandel är dagvårdspersonalen också skyldig att göra en brottsanmälan till polisen.

## 7 Sammanfattning av teoridelen

I början av vår teoridel gick vi igenom olika typer av psykiska sjukdomar exempelvis fobier, neuroser, psykoser och depressioner. De psykiska sjukdomarna är många fler och beroende på grad av psykisk ohälsa så påverkar den psykiska ohälsan individen på olika sätt, men hur den än yttrar sig så är fallet ganska klart att den kommer påverka individen och individens omgivning, där vi i vårt fall främst fokuserat på hur det påverkar barnet.

Det är svårt att från utsidan se den psykiska ohälsan och därför är det svårt för personal inom dagvården att se om föräldrar lider av någon av dessa sjukdomar. Det som personalen troligtvis kommer lägga märke till är förändringar i barnets utveckligt och beteende, men det kan vara svårt att fastställa vad en sådan utvecklingskillnad beror på. Missbruket påverkar också barnet, och barnets beteende är det som man ser inom dagvården, men att det beror på problem hemma är mycket svårare att fastställa.

Mycket forskning visar att det är anknytningen och den emotionella utvecklingen som påverkas negativt hos de barn som har föräldrar med psykisk ohälsa eller missbruk. De här barnen ligger i riskzonen att få en desorganiserad anknytning, vilket innebär att de senare i livet riskerar att få svårigheter med kamratrelationer. De har också svårare att kontrollera sitt beteende och får explosiva reaktioner särskilt när deras anknytning slår på. Dessa reaktioner är svåra för utomstående att förstå, vilket förstås också leder till problem att ha fungerande relationer.

Barn känner ofta en stor skuld för sina föräldrars sjukdom och beteende eller för deras missbruk och skammen blir svår för familjen att hantera, vilket rätt ofta leder till isolering. Å andra sidan så kan man via resiliensen hos barnet också hjälpa till att upprätthålla en god anknytning som gynnar barnets emotionella utveckling.

Dagvårdens uppgift är att stöda barnet och de barn som har föräldrar med missbrukarproblematik eller psykisk ohälsa behöver oftast extra stöd. Barnet ska stödjas tillsammans med familjen i en fostringsgemenskap vilket innebär att det ska finnas en fungerande kommunikation mellan förälder och pedagog. Fostringsgemenskapen ska stöda barnets fostran så att barnet kan utvecklas på bästa möjliga sätt och där kan dagvården få ta en stor roll om det fallerar hemma. Då kan pedagogen få fungera som den person som barnet har sin trygga anknytning till och där barnet får det stöd hen behöver. Detta stöd ska ändå göras tillsammans med föräldrarna eftersom de är barnets primära fostrare. Pedagogerna kan ändå aldrig ersätta föräldrarna eller deras omsorg.

## 8 Undersökningens utförande

I det här kapitlet går vi igenom hur vi utförde vår undersökning. Vårt syfte med undersökningen var att ta reda på om dagvårdspersonalen känner att de har förmåga att stöd barn som har föräldrar med psykisk ohälsa eller missbruk. Vi tar också upp vårt val av undersökningsmetod, vår undersökningsgrupp och datasekretess.

### 8.1 Intervjun som undersökningsmetod

Allmänt handlar en intervju om att få reda på frågan *hur* istället för *varför*. I en intervju är det viktigt att försöka förstå den som blir intervjuar, hens känslor och sätt att handla och fungera i olika sammanhang. (Trost, 2005, s. 33).

En kvalitativ intervju innebär att man har enkla frågor som man får innehållsrika svar på. Detta leder till att man efter en intervju har mycket material som kan ge en mycket

användbar information. I en kvantitativ intervju har man ofta som mål att mäta något, och ifall man är ute efter en form av kategorisering eller mätning så är den kvantitativa intervjun mest lämpad. (Trost, 2005, s. 7-8)

Vi valde den kvalitativa intervjun istället för den kvantitativa i och med att vi ville ha ett så omfattande svar som möjligt, samt även för att vårt ämne hade varit svårt att få kategoriserad enligt den kvantitativa metoden. Vi ville heller inte mäta något specifikt utan undersöka hur personalen *uppfattar* att de kan bemöta barn till föräldrar med psykisk ohälsa. Vi ansåg inte att man kunde mäta en uppfattning, så därför fungerade den kvalitativa intervjun för oss allra bäst.

Innan vi började intervjua bekantade vi oss med Kvales sju stadier i en kvalitativ intervju. Enligt Kvale så går intervjuundersökningen igenom sju stadier som är tematisering, planering, intervju, utskrift, analys, verifiering och rapportering. Ifall vi börjar med tematiseringen så handlar det om att formulera undersökningens syfte. (Kvale, 1997, s. 84-85). Vilket i vårt fall handlade om ta reda på hur personalen känner att de kan stöda barn till föräldrar med psykisk ohälsa.

Vi gjorde i början av vår planering upp ett tidschema där vi uppskattade hur lång tid som skulle gå åt till de olika delmomenten. Genom tidsschemat skapade vi oss en överblick över våra mål och i vilken ordning vi utförde de olika momenten. Vi ville hela tiden ha respondenterna i åtanke och såg till att intervjufrågorna var på en förståelig nivå. Vi använde oss också av kontrollfrågor under intervjutillfället eftersom det underlättar valideringen av att respondenten har förstått frågan. När vi utförde intervjuerna hade vi alltid vårt syfte i bakhuvudet för att undvika långa sidospår. (Kvale, 1997, s. 95-96).

Kvale betonar helheten när man gör upp en intervju för att sedan förenkla den slutliga analysen av det material man får. (Trost, 2005, s. 28 - 30). Vi gick igenom vad som är bara att tänka på när man formulerar frågorna kring vårt ämne. Vi satte också mål med vad som är det mest väsentliga som vi vill ha ut av intervjuerna. Vi funderade också hur vi kunde använda oss av intervjupersonen trots att hen nödvändigtvis inte upplevt just en situation där ett barn blivit försummat på grund av missbruk eller psykisk ohälsa. Vi valde då att

fråga intervjupersonen hur hen tror hen skulle reagera ifall det uppkom en sådan situation. Vi var viktiga med att betona du och inte använda oss av uttrycksformen ni för att säkerställa en mera personlig vinkel på intervjuaren. Vi valde också att inte ha gruppintervju för undvika grupptruckets påverkan på individen.

## 8.2 Undersökningsgruppen

Vi ville ha både socionomperspektivet och barnträdgårdslärarsynvinkeln för att få intervjuerna så mångprofessionella som möjligt. Våra respondenter bestod därför av två socionomer och två barnträdgårdslärare. Vi kände att fyra respondenter var tillräckligt för vår undersökning eftersom vi i vår undersökning ville sätta mera fokus på våra respondenters egna känslor och upplevelser. Våra respondenter valde vi ut genom bekvämlighetsurval eller tillfällighetsurval, vilket betyder att vi valde respondenter som vi kände från förut (Holme & Solvang, 1997, s.183).

## 8.3 Datasekretess

Det är också viktigt med sekretess och att informera de som blir intervjuade om hur deras uttalanden kommer att användas samt att poängtera att deras personliga uppgifter blir sekretessbelagda. Man behöver hela tiden resonera etiskt under undersökningsprocessen och så även under själva intervjun. (Kvale, 1997, s. 109-110). Alla våra respondenter fick sina intervjufrågor åtminstone en vecka på förhand där var vi informerade om att all information som de delger oss under intervjun är konfidentiell, så att hens namn och arbetsplats inte kommer att synas eller nämnas i lärdomsprovet. Vi påminde dem också innan vi inledde den riktiga intervjun.

## 8.4 Analysmetod

Under utförandet av intervjuerna använde vi oss av en bandspelare där vi spelade in hela intervjun. Vi ansåg att det är den mest användbara metoden för att inte missa eller glömma något relevant. När intervjuerna var klara så transkriberade vi innehållet och analyserade texten med hjälp av analysmetoden meningskoncentrering, vilket innebär så som namnet säger att man pressar ihop långa uttalandet så att det blir mera koncist. Denna metod gör det mera överskådligt att se olika meningsenheter som intervjun har gett och på så sätt ha lättare att se svar på det syfte man hade med intervjun. (Kvale, 1997, s.174-180)

## 9 Resultatredovisning

När vi gick igenom intervjusvaren upptäckte vi vissa mönster hos våra respondenter. Vi hittade ofta likheter mellan våra barnträdgårdslärrarespondenter och socionomrespondenterna. Detta tolkar vi som ett tecken på att utbildningen man har i bakgrunden kommer att påverka helhetssynsättet man använder sig av när man arbetar inom dagvården.

Våra frågeställningar genom arbetets gång har varit att ta reda på hur dagvårdspersonalen kan stöda barn till föräldrar med psykisk ohälsa inom dagvården och speciellt hur dagvårdspersonalen upplever sin förmåga att stöda barn till föräldrar med psykisk ohälsa. Vi har också i våra frågeställningar undrat vad personalen inom dagvården saknar för att kunna stöda barn till föräldrar med psykisk ohälsa samt hurdana hjälpmedel finns det och hur de tar sig i uttryck i verkligheten.

### 9.1 Att stöda familjer med psykisk ohälsa

Två av våra fyra respondenter kände att trots att de hade lite kunskap om psykisk ohälsa och missbruk så hade de ändå kompetens att stöda barn som behöver extra stöd. Socionomerna upplevde att de hade tillräcklig kunskap om detta område och kände också



att de kunde stöda barnen, men också de önskade mera information om psykisk ohälsa och missbruk.

Två av respondenterna nämnde att man nog märker på barnet att deras utveckling inte går som den ska men att man då inte vet vad det beror på. Extra stöd sätts då in för att barnet behöver det, men de kanske inte alltid vet varför detta stöd behövs om inte föräldrarna delger sig av sin situation. En av respondenterna nämnde att mycket kommer fram via rykten i och med att hennes arbetsplats är belägen på en liten ort. Detta tyckte hen att underlättar arbetet men påpekade att det kunde skötas mera professionellt. Vad som kom fram under alla intervjuer var att det sättet som dagvården stöder barn till föräldrar med psykisk ohälsa är genom att vara trygga vuxna åt barnen och att ge dem dagvårdens trygga rutiner. En av våra respondenter uttryckte sig så här:

*”vårt sätt att stöda barnet med otrygga hemförhållanden blir ju att ge barnet rutinerna på dagis, och att kanske vara den enda trygga punkten i barnets liv”*

När det gällde att stöda hela familjen så tyckte tre av våra respondenter att de inte kunde stöda hela familjen, att stöda föräldrarna tyckte de var svårt eller inte möjligt. En av våra socionomrespondenter ansåg sig ha förmåga att stöda hela familjen, både föräldrar och barn, eftersom hon hade arbetserfarenhet från förr inom missbrukarvården. Båda barnträdgårdslärarna poängterade att de i första hand är där för att stöda barnet och tillgodose deras behov. Socionomerna berättade mera om familjen som en helhet. En av våra barnträdgårdslärrrespondenter sa att:

*”det blir kanske mest att vi stöder barnen och att någon annan tar hand om föräldrarna”*

Och vår andra barnträdgårdslärrrespondent berättade om hur hon ibland upplevde att hon fått mer information än hon hade förväntat sig av en förälder och inte i den situationen kommit på att hon kanske borde ha hänvisat föräldern till en psykolog. Men att

respondenten i sin tur upplevde det lättare att möta familjens situation efter att hon fått ta del i lite av familjens dåvarande situation.

En av våra socionomrespondenter uttryckte sig i intervjuerna som mera orädda att ta upp saker med föräldrarna.

*”Jag upplever att jag har en bra kontakt med föräldrarna. Jag är inte rädd som personal att ta upp något med föräldrarna, även fast de handlar om jobbiga saker”*

I jämförelse med en av våra barnträdgårdslärrarrespondenter:

*”jag tycker nog att tröskeln är ganska hög, kanske man istället går via socialen eller att man samarbetar med dem och frågar om de vet någonting”*

## 9.2 Hjälpmedel

I våra intervjuer frågade vi om det finns hjälpmedel inom dagvården för att stöda barn till föräldrar med psykisk ohälsa, som exempel frågade vi om ta upp oron-samtalsmetoden och undrade ifall våra respondenter kände till metoden och hur de i så fall kände att den kunde vara till hjälp. Vi undrade även hur personalen skulle uppleva att göra ett ta upp oron-samtal och ifall det fanns några direkta handlingsplaner hur man bemöter familjer med missbruksproblematik eller psykisk ohälsa.

Alla våra respondenter var bekanta med ta upp oron-samtalsmetoden, och våra socionomrespondenter var positiva till metoden och uppfattade den som väldigt användbar. Medan barnträdgårdslärrarrespondenterna nog var bekanta med samtalsmetoden men uppfattade den mera som ett hjälpmedel vid mindre allvarsamma situationer. Vi frågade ifall respondenterna tycker att ta upp oron-samtalen kunde komma till nytta i en situation

att ta upp missbruk och psykisk ohälsa och en av våra barnträdgårdslärrares svarade:

*”jaa, kanske när det gäller missbruk och sånt men kanske när det gäller mindre grejer som kanske ändå har haft högre tröskel så har man kanske ändå efter kursen lättare att ta upp saker”*

Medan en av våra socionomresponder uttryckte sig:

*”det är vår skyldighet att försäkra oss om att barnet inte far illa. Där kommer Ta upp oron -guiden bra till hands. För det är ju just det som det handlar om - att få uttrycka sin egen oro och be föräldrarna om hjälp att lindra sin oro eller klassa den som befogad. Därefter kan man i sin tur erbjuda hjälp för att lotsa familjen vidare för att de själva få hjälp”*

Våra respondenter hade alla en önskan om en handlingsplan om hur man skulle bemöta och gå tillväga när det gäller familjer där det finns psykisk ohälsa eller missbruk. En av våra respondenter förklarade att hen nog tror att de har en handlingsplan för sådant men hen vet inte var den finns och den är i alla fall inte utprintad vid arbetsplatsen. En av våra respondenter uttryckte att det gärna skulle få finnas en tydlig handlingsplan med punkt ett, punkt två och så vidare medan en andra uttryckte att en strikt handlingsplan knappast går att göra men att en allmän plan om missbruk och psykisk ohälsa nog skulle vara användbar. En annan respondent formulerade sig så här:

*”Helst av allt skulle jag önska att personal inom dagvården skulle få möjligheten att lära sig först och främst hur en psykisk sjukdom eller missbruk påverkar individen. Därefter hur det påverkar familjen och alla runt om kring. Denna typ av utbildning borde alla få som ska jobba med barn och deras föräldrar för att kunna förstå hur en hel familj faktiskt påverkas av hur en individ mår.”*

### 9.2.1 Resurser

När det gäller resurser på daghemmen så handlar mycket om hur dagvårdspersonalen uppfattar att det finns tillräckligt med tid att stöda barnen. Överlag så lär dagvårdspersonalen sig att anpassa sin tid på bästa möjliga sätt. Faktum är att tiden räcker mer åt i en mindre barngrupp än i en större. Våra respondenter uttryckte sina tidsresurser så här:

*”...inte alltid så det finns resurser till det eller ens tid, klart vi gör det bästa av situationen och så gott vi kan”*

*”Tack vare att det är en liten grupp så finns det tillräckligt med tid.”*

*”I dagsläget är som bekant barngrupperna fyllda till bredden och uppföljande extrainsatser för enskilda barn som behöver intensifierat stöd finns det inte mycket tid för. Däremot anser jag att det handlar mycket om att prioritera rätt i planeringen för att lösgöra tid för just sådant här arbete.”*

Ingen av våra respondenter nämnde något om barnets egna resurser, men vi tog heller inte upp saken under intervjutillfällena desto vidare. Överlag kan man säga att tiden är den resurs som anses som mycket viktigt när man ska stöda barn i en utsatt situation.

### 9.3 Samarbetet mellan olika instanser

En av våra barnträdgårdslärrarespondenter och en av socionomrespondenterna uttryckte att de önskade mera samarbete med socialen och att de skulle kunna ha mera kontakt med den instansen. De sa också att det finns en önskan från båda instanserna för mera samarbete men att det inte helt fungerat i praktiken. Barnträdgårdslärrarespondenten sa att detta kanske berodde på tystnadsplikten att det inte fungerat så bra och sa så här:

*”Nog har vi ju ett sorters samarbete [med socialen] och mera skulle det kunna vara, men det är ju kanske lite präglat av tystnadsplikten också. Fast det har vi ju allihopa så det ska ju inte ha någon betydelse.”*

En av våra socionomrespondenter formulerade sig så här angående samarbetet:

*”Jag skulle gärna ha bättre samarbete med socialen och rådgivningen, alla vinner ju på det. Jag tror man från rådgivningen gärna skulle samarbete med oss.”*

En av våra respondenter uttryckte att hen gärna skulle ha ett bättre samarbete för att personalen då lättare skulle kunna vägleda familjen vidare för att få den mest lämpliga hjälpen. En annan av våra respondenter nämnde också att de gärna samarbetar med olika stödfamiljer.

Alla respondenter var positivt inställda till mera samarbete med olika instanser, särskilt då socialen. En av våra respondenter sa att hen önskade också att det skulle finnas ett samarbete så att man kunde göra ett fullständigt stödnätverk av professionella åt barn med föräldrar som har psykisk ohälsa, så att inte hela ansvaret lämnar på barndagvården. Hon nämnde bl.a. att barnet skulle kunna få stöd från psykologer eller anhörigföreningar för att skapa ett utomstående stödnätverk men där också dagvården finns med som en del.

#### **9.4 Fostringsgemenskap**

Alla av våra respondenter uttryckte att fostringsgemenskapen skulle fungera mycket bättre om de hade kunskap om hur det ser ut hemma hos familjen. Att det är lättare att veta hur man ska stöda barnet om de vet hurudan problematik det finns hemma. En av våra barnträdgårdslärorespondenter uttryckte sig så här:

*” så får man höra att det är si och så hemma och man tänker att jaha då kanske vi ska göra på ett annat vis här”*

En av våra socionomrespondenter tyckte också ungefär likadant:

*” Vårt jobb är avsevärt mycket lättare när man är medveten om eventuell problematik i familjen, just för att vi då har möjlighet att förstå och stödja genom att ta detta i beaktande när vi vårdar barnen.”*

Den här socionomrespondenten uttryckte också att fostringsgemenskapen alltid är bättre om man kan ha öppna samtal med föräldrarna, medan de andra respondenterna önskade mera information från just rådgivningen eller socialen tyckte hen att denna sorters information om problematik ska komma från föräldrarna eftersom socialen har tystnadsplikt.

En av våra socionomrespondenter och barnträdgårdslärrarespondenter sa också att de ofta har bra koll om barnet behöver någon form av stöd för att stöda dess utveckling men att man inte alltid vet varför det behövs. Barnträdgårdslärrarespondenten uttryckte det så här:

*”Man märker att de saknar något men man vet inte varför de saknar det men man kan ändå kan stöda dem.”*

Det vi kan förstå av detta är att man vid bra yrkeskompetens nog klarar av att läsa vad barnet behöver utan att man vet alldeles mycket om familjens situation hemma. Däremot verkar alla respondenter vara överens om att man lättare kunde stöda hela familjen och fostringsgemenskapen ifall man får mer kunskap om hur situationen hemma ser ut.

## **10 Sammanfattning av lärdomsprovet**

### **10.1 Kritisk granskning**

Det som under processens gång har varit våra stora utmaningar är tiden och faktakoncentrationen. Vi hade gjort upp ett tidschema som visade att detta arbete skulle vara klart i maj, vilket är långt ifrån sanningen. Vi överskred vårt tidschema med fem

månader, men vi har valt att fokusera på att färdigställa ett gott arbete trots att vi inte klarade av att bli färdiga i tid.

Den andra utmaningen har varit att vårt lärdomsprov växte och började innehålla väldigt mycket fakta. Detta har såklart att göra med att både psykisk ohälsa och missbruk är väldigt stora områden, och vi upplevde det ganska svårt att utesluta något, eftersom en av våra grundtankar med arbetet är att ge en upplysning om just psykisk ohälsa och missbruk. Vi valde ändå att ta bort en del av de psykiska sjukdomarna och inte skriva om sex- och spelmissbruk, eftersom vi ansåg att de faktorerna som vi uteslöt skiljer sig ganska mycket från de problem vi valde att skriva om.

Vi upplever oss nöjda med våra intervjuer och frågornas disposition, och frågorna i intervjuerna baseras på vårt syfte, våra frågeställningar och den teoridel som vi skrivit. Det man kunde ha gjort är att dela in intervjufrågorna i olika teman, för att sedan använda sig av en annan analysmetod än meningskoncentrering. Detta kunde ha sparat oss ganska mycket tid. Vår källförteckning kan upplevas som en gnutta mager, och kunde kanske ha förstärkts ytterligare, men vi anser att vi fått ut den teori vi behövde i alla fall.

Eftersom vi har valt oss av en kvalitativ studie med så lite respondenter som fyra gör det att vi inte kan generalisera allt för mycket. Vi kan inte säga att vad vi kommit fram till är hur dagvårdspersonalen känner sig i hela Finland när det gäller att stöda barn som har föräldrar med psykisk ohälsa och missbruk. Men vårt syfte med forskningen var mera att se hur dagvårdspersonalen kan uppfatta det och hur deras uppfattningar om detta ämne kan se ut.

## 10.2 Slutdiskussion

Syftet med detta lärdomsprov har varit att lyfta fram ifall dagvården känner sig beredd på att stöda barn där det inom familjen finns psykisk ohälsa eller missbruk. Det som vi främst har upptäckt under slutarbetets gång är att det finns ett behov och en vilja att stöda barnen,

medan dagvårdspersonalen är lite mera fundersam kring hur man kunde stöda familjen som helhet ifall psykisk ohälsa är inblandad.

Under lärdomsprovets gång upptäckte vi att skillnaden mellan psykisk ohälsa och missbruk är väldigt diffus. Psykisk ohälsa är på många vis aningen mera komplex och osynlig, men ett missbruk kommer sällan ensam, utan i grunden ligger någon form av psykisk ohälsa, samtidigt som de symptom som abstinensbesvären av ett missbruk ger kan liknas med hur en del psykiska sjukdomar tar sig i uttryck.

Det vi har funderat kring efter att vi plöjt igenom en hel del fakta om både mentala sjukdomar och missbruk är att det verkar som om missbruk är mycket mera negativt laddat än den psykiska ohälsan. Trots att båda tillstånden är väldigt tabu-belagda så upplever vi att omvärlden är mera tillfreds med att stöda någon med depression eller någon form av neuroser. Medan den som missbrukar gärna får uteslutas och ”skylla sig själv”. När man å andra sidan sätter det korrelation med det som vi tidigare kommit fram till att ett missbruk sällan kommer ensam, så känner vi att bemötandet mot missbruket och psykisk ohälsa egentligen inte borde skilja sig så mycket.

Alla våra respondenter visade ett tydligt intresse över att få veta mer om psykisk ohälsa för att lättare kunna ingripa förebyggande. Informationen verkar vara bristande om hur dagvården ska bemöta sådana gränsfall när det gäller psykisk ohälsa eller missbrukarproblematik. Vi tror att genom kunskap om psykisk ohälsa och missbruk så kan personalen inom dagvården tidigare stöda barn där det inom familjen finns denna problematik. Ur ett helhetsperspektiv så behöver man stöda familjen också för att på bästa vis kunna stöda barnet. Detta tror vi man borde satsa mera på så att dagvården vågar bemöta psykisk ohälsa på ett sätt som kan fungera som preventivt stöd.

Det som vi också kommit fram till under lärdomsprovets framfart är hur relevant dagvården kan vara och ibland utgöra en enorm trygghet och stöd för barnet. Fasta rutiner, lek, samhörighet och trygga vuxna utgör något av barnens grundbehov, och speciellt ifall någon av föräldrarna är ostabila i sitt psykiska mående. När det gäller missbruk så kan



missbruket yttra sig på många olika sätt, och en förälder kan ha både nyktra och onyktra perioder, så för barnet blir det då en trygghet att det vid daghemmet alltid finns den bekanta rutinen. Det vi motsätter oss enormt är regeringens sparkrav gentemot dagvården och att dagvårdsgrupperna skulle bli större. Vi vill betona alla barns rätt till adekvat dagvård.

Vi märkte också att det i våra intervjuer märktes en ganska tydlig skillnad i synsättet på stödet till familjen beroende på om man var socionom eller barnträdgårdslärare. Båda utbildningarna är adekvata och nödvändiga, och det vi främst vill ta fasta på i framtiden är att socionomen också har en viktig roll inom dagvården, och är en perfekt komplettering till den helhetspedagogik som barndagvården är uppbyggd kring. Socionomerna verkar ha en mera helhetsuppfattning om hur familjedynamiken kan fungera medan barnträdgårdslärarna verkar ha en större fokusering kring hur det påverkar barnet. Så för att få fram tankar kring bemötandet av psykisk ohälsa inom dagvården kan vi konstatera att uppmärksamheten kring detta ämne var befogat.

Det som kom fram i vår undersökning är att våra respondenter nog i stor utsträckning litar på sin egen förmåga att stöda de barn som de har i dagvården. Ändå önskar de nog alla mera utbildning inom området för att bli ännu starkare att stöda just de barn som vi lyfte fram. Som en av våra respondenter nämnde så blir det allt vanligare att barn har en sådan här problematik hemifrån. Vad de önskar är mera kunskap och framförallt mera samarbete med andra instanser så som den lokala socialavdelningen och rådgivningen. Men deras förmåga att kunna stöda barnen utan detta verkade de ändå uppfatta som att den var tillräcklig. Det var mest en önskan om att kunna bli ännu bättre i att stöda barn till föräldrar med psykisk ohälsa och missbruk.

## Källförteckning

- Agerberg, M., 2004. *Kidnappad hjärna – en bok om missbruk och beroende*. Lund: Studentlitteratur.
- Almqvist, K., Broberg, A. & Tjus, T. 2003. *Klinisk Barnpsykologi*. Natur och Kultur.
- Barnskyddslag 13.4.2007/417 [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi) [hämtat 24.9.2015]
- Beskow, J. red., 2000. *Själv mord och självmordsprevention*. Lund: Studentlitteratur.
- Blume, B., Lundström, B. & Sigling, I-L., 2006, *Psykiatrins ABC*. Stockholm: Liber.
- Borge Helman, A.I., 2005. *Resiliens: risk och sund utveckling*. Lund: Studentlitteratur.
- Braskén, C., 2008. *Missbruk, psykisk hälsa och psykisk ohälsa i Norden – hur implementeras förebyggande och främjande metoder framgångsrikt?* Österbotten Projektet.
- Broberg, M., Hagström, B. & Broberg, A., 2013. *Anknytning i förskolan – vikten av trygghet för lärande och lek*. Stockholm: Natur & Kultur
- Emmelkamp, P M.G. & Kamphuis J H. 2009. *Personlighetsstörningar*. Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, E & Arnkil, T-E. 2007. *Ta upp oron – en handbok i tidiga dialoger*. Vaajakoski: Stakes.
- Fahrman, M., 1993. *Barn i kris*. Lund: Studentlitteratur.
- Glistrup, H., 2005. *Det barn inte vet... har de ont av*. Stockholm: Runa Förlag.
- Hart, S. 2009. *Anknytning och samhörighet*. Gleerups Utbildning AB.
- Hindberg, B., 2006. *Sårbara barn – att vara liten, misshandlad och försummad*. Stockholm: Gothia
- Holme, I.M. & Solvang, B.K. (1997). *Forskningsmetodik. Kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.
- Häkkä, A., Kuokkanen, H. & Virolainen, A., 2013. *För barnets bästa – småbarnsfostran för närvårdare*. Helsingfors: Utbildningsstyrelsen.

- Johansson, K. & Wirbing, P., 1999. *Riskbruk och missbruk*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Mörelius, E., 2014. *Stress hos barn och ungdom*. Lund: Studentlitteratur.
- Olsson, B-I. & Olsson K., 2010. *Människor i behov av stöd*. Stockholm: Liber.
- Skerfving, A., 2005. *Att synliggöra de osynliga barnen – om barn till psykiskt sjuka föräldrar*. Mölnlycke: Förlagshusets Gothia AB.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. 2010. *Psykiatri- själ, kropp, samhälle*. Stockholm: Liber.
- Stakes. 2005. *Grunderna för planen för småbarnsfostran*. Vaajakoski: Stakes.
- Trost, J. 2005. *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.
- Wrammer, B., Pellmer, K., Hellström, C., 2012. *Beroende och droger – förekomst, effekter, förändringsmöjligheter*.
- Wasserman, D., 1998, *Depression – en vanlig sjukdom*. Falkenberg: Natur och Kultur.

#### Internetkällor:

- [http://www.stat.fi/til/ksyyt/2010/ksyyt\\_2010\\_2011-12-16\\_tie\\_001\\_sv.html](http://www.stat.fi/til/ksyyt/2010/ksyyt_2010_2011-12-16_tie_001_sv.html) (hämtad 27.5.2015)
- [http://www.stat.fi/til/ksyyt/2013/ksyyt\\_2013\\_2014-12-30\\_tie\\_001\\_sv.html](http://www.stat.fi/til/ksyyt/2013/ksyyt_2013_2014-12-30_tie_001_sv.html) (hämtad 27.5.2015)
- <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17866/2009-12-15.pdf> (hämtad 27.5.2015)

## Bilaga 1

### Intervjufrågor

1. Har du personliga erfarenheter där du har misstänkt att ett barn blivit försummat (på grund av misstänkt missbruk eller psykisk ohälsa)? Kan du berätta om den här situationen och hur du upplevde den?  
Om inte – hur tror att du att du skulle reagera i en sådan situation?
2. Upplever du att du har haft eller skulle ha tillräckligt med information om hur du kan stöda barnet och familjen i en situation där ni misstänkt försummelse (på grund av psykisk ohälsa eller missbruk)?
3. Känner du att du har resurser att stöda barn som behöver extra stöd?
4. Finns det handlingsplaner vid er arbetsplats för hur man ska hantera barn som har föräldrar med psykisk ohälsa eller missbruk?
5. Om de finns, fungerar dessa i praktiken? Och har du i så fall använt dig av dem?
6. Finns det någonting som saknas för att du ska känna att du har möjlighet att stöda barn och familjer där det finns psykisk ohälsa och missbruk? (t.ex. mera utbildning, handlingsplaner, hjälpmedel etc.)
7. Hur skulle det kännas för dig att ta upp med föräldern om misstänkt försummelse (på grund av psykisk ohälsa och missbruk)? Känner du till *ta upp oron*-samtal?
8. Har det funnits situationer där du känt dig hjälplös med att hjälpa en familj?
9. Känner du att det hör till dagvårdens uppgifter att stöda dessa familjer och barn? Eller borde barnen få stöd någon annanstans ifrån?
10. Borde dagvårdspersonalen få information om det finns denna problematik i familjen för att bättre kunna göra den individuella planen för barnet? Skulle fostringsgemenskapen vara bättre om man hade bättre information om föräldrarna?

**Tack för dina svar och att du tog dig tid!**