



Geðraskanir foreldra og áhrif á tengslamyndun barna

Aðalheiður Lilja Bjarnadóttir
Karen Sif Vilhjálmisdóttir

Ritgerð til BS prófs (12 einingar)



HÁSKÓLI ÍSLANDS
HEILBRIGÐISVÍSINDASVIÐ

HJÚKRUNARFRÆÐIDEILD

Geðraskanir foreldra og áhrif á tengslamyndun barna

Aðalheiður Lilja Bjarnadóttir

Karen Sif Vilhjálmadóttir

Ritgerð til BS prófs í hjúkrunarfræði

Leiðbeinendur: Jóhanna Bernharðsdóttir og Helga Gottfreðsdóttir

Hjúkrunarfræðideild

Heilbrigðisvísindasvið Háskóla Íslands

Júní 2016

The impact of parental mental illness on children attachment

Aðalheiður Lilja Bjarnadóttir
Karen Sif Vilhjálmadóttir

Thesis for the degree of Bachelor of Science
Supervisors: Jóhanna Bernharðsdóttir and Helga Gottfreðsdóttir

Faculty of Nursing
School of Health Sciences

June 2016

Ritgerð þessi er til BS prófs í hjúkrunarfræði og er óheimilt að afrita ritgerðina á nokkurn hátt nema með leyfi rétthafa.

© Aðalheiður Lilja Bjarnadóttir og Karen Sif Vilhjálmsdóttir 2016

Prentun: Háskólaprent
Reykjavík, Ísland, 2016

Ágrip

Tíðni geðraskana fer vaxandi um allan heim og sífelld fleiri foreldrar glíma við geðsjúkdóma. Geðsjúkdómar geta haft áhrif á tengslamyndun barna og foreldra með geðraskanir og því er mikilvægt að stuðla að jákvæðri tengslamyndun fyrstu árin í lífi barna. Markmið þessarar fræðilegu samantektar er að kanna hvernig geðraskanir foreldra geta haft áhrif á tengslamyndun barna þeirra og hvaða meðferðarúrræði standa til boða. Sérstök áhersla verður lögð á þunglyndis- og kvíðaraskanir.

Niðurstöður rannsókna sýna að breytingar á hegðun foreldra vegna geðraskana geta skert færni þeirra til að sinna uppeldi. Skert færni getur hugsanlega leitt til vandamála í hegðun og samskiptum við barnið sem getur síðan orsakað neikvæða tengslamyndun. Börn geta þróað með sér breytingar á hegðun og ýmis einkenni geta komið fram í frumbersku sem áhrif hafa á tengslamyndun og sjálfsmynd þeirra síðar á lífsleiðinni. Börn foreldra með geðraskanir eru í aukinni hættu á að þróa með sér geðsjúkdóma síðar á ævinni og því er nauðsynlegt að beita fyrirbyggjandi aðgerðum til að stuðla að eðlilegum þroska og tryggja sem best velferð þeirra.

Ýmis úrræði og stuðningur eru í boði fyrir foreldra sem glíma við geðræn veikindi á fyrsta aldurskeiði barnsins. Auk þess eru önnur úrræði sem koma til greina þegar börn eru orðin eldri en þau fela bæði í sér einstaklingsmeðferð og fjölskyldumeðferð. Mikilvægt er að beita íhlutun snemma og aðstoða veikum foreldrum og börnum þeirra þegar heilsa barna og félagsleg færni þeirra er í hættu vegna röskunar á geðheilbrigði foreldra.

Við heimildaleit voru notuð gagnasöfnin PubMed, Google Scholar og ProQuest. Höfundar nýttu sér greinar sem gefnar voru út á árunum 2006-2016 til að koma nýjustu þekkingu á framfæri við lesendur.

Lykilorð: Tengslamyndun, geðröskun foreldra, börn og unglingar, þunglyndi, kvíði, meðferðarúrræði.

Abstract

The frequency of mental disorders is on the rise globally and the number of parents who suffer from mental illness is growing. Mental illness can impact the attachment between mentally ill parents and their children and it is therefore important to facilitate positive attachment during the initial years of childhood. The aim of this theoretical summary is to investigate how parental mental illness can impact parent-child attachment, and treatment availability. Special emphasis will be placed on depression and anxiety disorders.

Studies have shown that change in parents' behaviour due to mental disorders can result in decrease in parenting skills. This can possibly lead to problems in behaviour and communication with the child which can negatively impact parent-child attachment. Changes in the child's behaviour can occur and various symptoms emerge in early childhood which impact attachment and self-concept of the child later in life. Children, whose parents suffer from mental disorders, are at greater risk in developing mental disorders later in life and it is therefore important to use preventive measures to foster normal child development and ensure future welfare.

Various kinds of different measures and support are available for parents who suffer from mental disorders during their children's initial years. Other options are also available for older children including both individual and family therapies. Early intervention is important when aiding mentally ill parents and their children because the children's health and social skills are at risk due to parental mental disorders.

The following databases were used in locating sources: PubMed, Google Scholar and ProQuest. The authors used articles which were published between 2006-2016 in order to provide findings from the latest available research to readers.

Keywords: Attachment, parental mental disorders, children and adolescent, depression, anxiety, treatment.

Þakkir

Við viljum koma á framfæri þökkum til allra þeirra sem veittu okkur aðstoð við gerð þessa lokaverkefnis. Við viljum þakka leiðbeinendum okkar Jóhönnu Bernharðsdóttur lektor og Helgu Gottfreðsdóttur dósent, við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands, fyrir góða leiðsögn, uppbyggilega gagnrýni og aðstoð við verkefnið. Við viljum þakka Klöru E. Finnbogadóttur fyrir yfirllestur verkefnisins og foreldrum okkar fyrir aðstoð við yfirllestur og ábendingar. Unnari Erni Harðarsyni þökkum við einnig fyrir veitta aðstoð. Að lokum viljum við þakka fjölskyldum okkar fyrir alla þolinmæði og ómetanlegan stuðning í gegnum námið.

Efnisyfirlit

Ágrip	4
Abstract.....	5
Þakkir.....	6
Efnisyfirlit	7
1 Inngangur	8
2 Aðferðir.....	9
3 Tengslamyndun barna við foreldra og tengslakenningar.....	10
3.1 Tengslakenning John Bowlby	11
3.2 Tengslakenning Mary Ainsworth.....	12
3.3 Tengslaröskunarkenning	13
3.4 Áhrif tengslamyndunar á börn eftir aldri.....	14
3.4.1 Ungabörn.....	14
3.4.2 Börn á leikskóla- og skólaaldri.....	14
3.4.3 Unglingar	15
4 Geðraskanir.....	16
4.1 Kvíði	16
4.2 Þunglyndi	18
5 Áhrif geðraskana á tengslamyndun	20
5.1 Hegðun foreldra	20
5.2 Einkenni barna sem eiga foreldra með geðraskanir	20
5.2.1 Tilfinningaleg viðbrögð barna	21
5.2.2 Áhætta og afleiðingar fyrir börn	22
6 Meðferðarúrræði	23
6.1 FMB teymið á Landspítala	24
6.2 Miðstöð foreldra og barna.....	24
6.3 Fjölskyldubruin á geðsviði Landspítala	25
6.4 Family talk intervention (FTI) og Let's talk about the children (LT)	26
7 Umræður	28
7.1 Geðraskanir foreldra og áhrif á tengslamyndun barna	28
7.2 Meðferðarúrræði á Íslandi.....	29
8 Lokaorð	31
Heimildaskrá.....	33

1 Inngangur

Geðsjúkdómar eru raskanir í heila sem hafa áhrif á huga og meðvitund. Þeir geta valdið röskun á sálfélagslegum þáttum og truflun á hegðun, hugsun, tilfinningum og skynjun einstaklinga. Áhyggjur geta komið fram þar sem einkenni þeirra geta verið skert virkni og minnkuð lífsgæði (Stuart, 2013). Þunglyndi og kvíði eru algengustu geðraskanir meðal einstaklinga í dag (Gelder, Mayou og Geddes, 2005; Sadock og Sadock, 2007). Gera má ráð fyrir að tíðni geðsjúkdóma aukist fram til ársins 2020 og talið er að þunglyndi verði þá ein helsta orsök örorku á heimsvísu (Stuart, 2013). Geðsjúkdómar greinast oftast hjá einstaklingum á barneignaraldri í aldurshópnum 20-50 ára (Sadock og Sadock, 2007).

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (WHO) (2001) telur að ein af hverjum fjórum fjölskyldum þurfi að takast á við geðraskanir hjá fjölskyldumeðlim á hverjum degi. Áætlað hefur verið að 15-30% fullorðinna sem þjást af geðsjúkdómum séu foreldrar barna undir 18 ára aldri (Stallard, Norman, Huline-Dickens, Salter og Cribb, 2004). Að greinast með geðsjúkdóm hefur ekki einungis áhrif á einstaklinginn heldur á alla fjölskyldumeðlimi. Börn foreldra með geðsjúkdóma eru í þrefalt meiri hættu á að þróa með sér geðröskun auk þess sem geðraskanir geta valdið neikvæðri tengslamyndun milli barna og foreldra (Mowbray, Bybee, Oyserman, MacFarlane og Bowersox, 2006; Mordoch og Hall, 2008).

Tengslamyndun barna við foreldra fyrstu árin er undirstaða þess að barn geti annast sjálft sig (Sæunn Kjartansdóttir, 2011). Tengslamyndun hefst strax á þriðja þriðjungi meðgöngu og heldur áfram eftir fæðingu (Sullivan, Perry, Sloan, Kleinhaus og Burtchen, 2011). Á fyrstu þremur árum í lífi barns er heilinn að mynda meirihluta þess kerfis sem ber ábyrgð á tilfinningum, hegðun og félagslegri virkni barnsins síðar á æviskeiðinu. Þá er mikilvægt að jákvæð tengsl barns við foreldri séu til staðar sem felur í sér að barn finnur fyrir ást og umhyggju. Ef foreldri bregst ekki við þörfum barnsins og þessi tengsl eru ekki til staðar getur það haft neikvæð áhrif á hegðun, tilfinningaleg sambönd og tengslamyndun barnsins við aðra í framtíðinni (Perry, 2013). Foreldrar sem glíma við geðsjúkdóma og eru hjálparþurfi eiga á hættu að mynda neikvæð tengsl við börn sín. Af þessum völdum er mikilvægt að veita foreldrum stuðning á fyrstu æviárum barns til að styrkja tengslamyndun (Sæunn Kjartansdóttir, 2010). Til eru ýmis meðferðarúrræði til að grípa snemma inn í en fyrstu mánuðir í lífi barns geta skipt sköpum í tengslamyndun þess við foreldra (Sæunn Kjartansdóttir, 2011).

Markmið með þessari fræðilegu samantekt er að auka skilning á því hvaða áhrif geðraskanir foreldra geta haft á tengslamyndun barna þeirra auk þess sem varpað verður ljósi á hvaða meðferðarúrræði eru í boði hér á landi fyrir þennan hóp. Settar voru fram tvær rannsóknarspurningar sem leitað verður svara við, en þær eru eftirfarandi:

1. Hvaða áhrif hafa geðraskanir foreldra á tengslamyndun barna þeirra?
2. Hvaða meðferðarúrræði eru í boði á Íslandi?

2 Aðferðir

Markmið verkefnisins er að afla gagna og rannsóknarniðurstaðna um hvaða áhrif geðraskanir foreldra geta haft á tengslamyndun barna þeirra ásamt þeim meðferðarúrræðum sem standa til boða. Heimildaleit og úrvinnsla gagna hófst í september 2015 og lauk í maí 2016. Heimilda var aflað í gagnasöfnunum PubMed, Google Scholar og ProQuest. Helstu leitarorð sem notuð voru við heimildaleit voru geðraskanir foreldra (e. parental mental illness), börn og unglingar (e. children and adolescent), tengslakenningar (e. attachment theory), tengslaröskun (e. attachment disorder), þunglyndi foreldra (e. parental depression), kvíði (e. anxiety), tengslamyndun móður og barns (e. mother-infant attachment) og meðferð (e. parent-infant psychotherapy). Við heimildaleit var miðað við greinar á árabílinu 2006-2016 til að fá fram nýjustu þekkingu. Vitnað er í frumrannsóknir eftir því sem við á og mögulegt er. Stuðst er við nokkrar eldri greinar þar sem efni þeirra þótti viðeigandi auk þess voru ýmsar fræðibækur notaðar. Upplýsingum um helstu meðferðarúrræði á Íslandi var aflað á íslenskum heimasíðum þar sem skortur er á fræðilegum heimildum um viðfangsefnið.

3 Tengslamyndun barna við foreldra og tengslakennningar

Tengslamyndun er nauðsynleg fyrir alla til að eiga gott líf, geta lært og sýnt ást og umhyggju. Mannleg samskipti hafa margar birtingarmyndir en talið er að erfiðustu, ánægjulegustu og sársaukafyllstu samskiptin séu við fjölskyldu og vini. Innan fjölskyldu eru einstaklingar tengdir hvor öðrum tilfinningalegum böndum og geta þeirra til að nýta þessi tilfinningalegu tengsl eru mismunandi. Löngun til að eiga í tilfinningalegum tengslum við aðra byggir á ákveðnum stöðvum í heilanum. Þessar stöðvar leyfa okkur að mynda og viðhalda tilfinningalegum samböndum sem þróast frá fæðingu og á fyrstu æviárum barns (Perry, 2013). Talið er að tengslamyndun milli foreldra og barna hefjist strax á meðgöngu eða nánar tiltekið á þriðja þriðjungi meðgöngu, þ.e. frá 29. viku. Á þessum tíma er þroskastig heyrnar- og lyktarskynfæra fósturs orðið virkt og fer þá fóstrið að þekkja rödd og lykt móður. Þegar barn fæðist er nýburinn að upplifa fullt af nýjum skynörvunum sem það þekkir ekki og getur rödd og lykt móður róað hann. Þetta eru fyrstu sjáanlegu tengslin milli móður og barns og styður það við að tengslamyndun byrjar á meðgöngu (Sullivan o.fl., 2011). Þegar barn fæðist er heilinn ekki fullþroskaður en á fyrstu þremur árum í lífi þess þróar heilinn 90% af stærð heila fullorðinna. Frumberskan er viðkvæmt tímabil vegna þróunar heilans og því er mikilvægt að foreldri myndi jákvætt gagnvirkt samband við barnið til að móta tilfinningalega heilbriggt samband (Perry, 2013). Sú starfsemi heilans sem stuðlar að tengslum við aðra fer að miklu leyti fram í heilaberki, augntóttarhluta ennisblaðs. Í þessum hluta er getan til að bera kennsl á tilfinningar og ennisblaðið tekur að hluta þátt í að vinna úr tilfinningum og viðbrögðum við framkomu annarra (Sæunn Kjartansdóttir, 2009).

Lýsa má jákvæðum tengslum þegar viðbrögð milli foreldris og nýbura eru jákvæð í gegnum félagsleg, yrt og óyrt samskipti. Þetta eru viðbrögð eins og að mynda augnsamband, að foreldri tali við og skoði barnið til að kynnast því auk þess sem foreldri bregst við merkjum sem barnið sýnir eins og brosi eða gráti. Neikvæð tengslamyndun er andstæðan við þetta, þ.e. þegar foreldrar bregðast ekki við merkjum barnsins, þau eru í litlum samskiptum við það og halda ekki á því. Einkenni barns vegna ófullnægjandi tengslamyndunar geta verið að barn sefur mikið, það bregst illa við þegar það er snert, grætur mikið, brosir lítið, brjóstagjöf gengur illa, það hundsar foreldri og leitar athygli hjá öðrum einstaklingum en foreldri (Alden, 2012). Ef barn upplifir mikla streitu getur það haft áhrif á þroska heilans þar sem heili nýbura er ekki orðinn nógu þroskaður til að takast á við streituvekjandi aðstæður. Viðvarandi streita veldur hækkun á hormóninu kortisól sem dregið getur úr vexti heilans (Sæunn Kjartansdóttir, 2011). Kortisól kemur fram við streituvekjandi aðstæður og er jafnframt mikilvægt til að halda jafnvægi á líkamsstarfsemi. Þar sem barnið hefur ekki þroska til að takast á við streituna sem það verður fyrir er það háð umönnunaraðila sínum sem aðstoðar það við að draga úr streituvíðbrögðum. Rannsóknir hafa sýnt fram á að þegar börn verða fyrir streitu en búa við örugg tengsl hækkar magn kortisóls ekki þar sem þau þola betur streituveldandi aðstæður vegna þess að þau treysta á umönnunaraðila sína. Aftur á móti má sjá hækkun á kortisóli meðal barna sem búa við óörugg tengsl við umönnunaraðila (Gunnar og Donzella, 2002).

Tengsl barns við foreldra sína fyrstu árin eru undirstaða þess að það geti hugsað um og annast sig sjálft (Sæunn Kjartansdóttir, 2011). Viðmót foreldra og annarra sem umgangast barnið hafa áhrif á sjálfsmynd þess og styðja við tengslamyndun. Foreldrar geta átt erfitt með tengslamyndun þegar þeir

eru hjálparþurfi, t.d. vegna geðrænna vandamála, og mikilvægt er að veita þeim stuðning á fyrstu æviárum barnsins til að fyrirbyggja neikvæð tengsl. Þegar foreldrar sýna barni ást með áhuga, nærveru, snertingu og brosi hefur það áhrif á vöxt heilavef barnsins og gefur því tilfinningu um að það sé elskað. Með þessu er verið að kenna börnum að vinna úr tilfinningum, styrkja sjálfsmyndina og efla færni sína í samskiptum. Flest börn njóta þessarar umhyggju en samband barns og umönnunaraðila getur haft neikvæð áhrif vegna ytri aðstæðna, s.s. veikinda barns eða vanlíðunar móður (Sæunn Kjartansdóttir, 2010).

Fjöldi fræðimanna hefur rannsakað tengslamyndun en tveir helstu frumkvöðlar sem leggja grunn að þekkingu okkar á þessu efni í dag eru fræðimennirnir John Bowlby (1907-1990) og Mary Ainsworth (1913-1999) (Berger, 2014). Þau sýna fram á mikilvægi tengslamyndunar foreldra við börn til að stuðla að heilbrigðum þroska barna (Tareen og Tareen, 2015).

3.1 Tengslakenning John Bowlby

Tengslakenningin kviknaði sem hugmynd um að tengslamyndun frá barnæsku hefði varanleg áhrif á framtíðarsambönd, reglu tilfinninga og jafnvel geðheilbrigði einstaklinga. Bowlby hélt því fram að það væri eðlishvöt einstaklinga sem stuðlaði að samböndum og þau væru drifin áfram af vilja einstaklingsins til að lifa af (Bettmann og Friedman, 2013). Tengslakenning Bowlby gefur til kynna að allar manneskjur fæðist með sál-líffræðilegt kerfi (e. psycho-biological system) sem sækist eftir nánd við umönnunaraðila og markmið nándarinnar sé öryggi. Þetta sál-líffræðilega kerfi inniheldur fjölbreytta óyrta tjáningu um þörf og löngun einstaklinga til nándar. Barn sýnir þetta með gráti eða með því að leita til aðal umönnunaraðila t.d. með því að færa sig nær honum eða rétta hendur sínar fram til hans (Lenzi, Trentini, Tambelli og Pantano, 2015). Bowlby bar þessar hugmyndir sínar um manninn saman við aðrar dýrategundir og niðurstöður annarra rannsókna. Hann komst að þeirri niðurstöðu að einstaklingar væru háðir mæðrum sínum eða aðal umönnunaraðila því án þeirra stuðnings myndu þeir ekki lifa af. Hann gerði ráð fyrir að grátur, sog og viðloðun barnsins við móður væru merki um þörf barnsins fyrir nærveru móður (Bettmann og Friedman, 2013).

Tenging milli móður og barns byggir á tilfinningalegum tengslum. Tengslakenning Bowlby telur að tenging þjóni þróunarlegum tilgangi með því að stuðla að lifun ósjálfbjarga ungbarns sem verndar það fyrir hættum en um leið þarf að gæta þess að tilfinningalegum og félagslegum þörfum barnsins sé mætt. Þegar ungbarn verður hrætt eða finnur fyrir vanlíðan og umönnunaraðili er til staðar fyrir barnið veitir hann því ró og huggun. Barnið lærir svo að leita til umönnunaraðilans þegar þörf reynist á (Saunders, Kraus, Barone og Biringen, 2015).

Börn vaxa og þrífast best í nánum og traustum samböndum þar sem þau njóta ástar og umhyggju, finna fyrir öryggi, upplifa ánægjuleg samskipti og hvatningu til að skoða umheiminn. Ef þessir þættir koma ekki fram í samskiptum barnsins við aðra verður röskun á þróun tilfinningatengsla og getur það haft alvarlegar og langvarandi afleiðingar í för með sér. Óöryggi í barnæsku er talinn stór áhættuþáttur þegar kemur að geðrænum vandamálum síðar á ævinni en hinsvegar er öryggi talið vera verndandi þáttur sem vinnur gegn tilfinningalegum og andlegum vandamálum (Cassidy, Jones og Shaver, 2013). Þegar barn hefur fundið aðal umönnunaraðila sem það treystir fer það að sýna ákveðna hegðun gagnvart ókunnugum s.s. kvíða, ótta og vantraust. Að barn hafi tileinkað sér þessa hegðun þjónar

ákveðnum þróunarlegum tilgangi. Hegðuninni fylgir aukinn hreyfanleiki barnsins sem telur að það sé nú öruggt fyrir hættum í umhverfinu meðan það er í návist við umönnunaraðila. Barnið beinir sjónum sínum reglulega á aðal umönnunaraðila til að sækja samþykki fyrir því sem það gerir og athuga hvort það sé ekki öruggt (Saunders o.fl., 2015).

Samkvæmt Bowlby eru fyrstu þrjú árin í lífi barna mjög viðkvæmur tími þegar tengsl milli nýbura og umönnunaraðila eru að myndast. Þessi tengsl eru fernskonar og koma þau fram á ákveðnum aldurs skeiðum. Fyrsta aldurs skeiðið, sem kallast fortenging (e. pre-attachement), myndast strax við fæðingu og stendur yfir fyrstu sex vikurnar í lífi barns. Á þessu skeiði myndar barnið tengsl við hvaða umönnunaraðila sem er til að leita eftir huggun og öryggi. Á öðru aldurs skeiði, þegar barnið er 6 vikna til 8 mánaða, fer það að átta sig betur á því hver er hvaða umönnunaraðili og fer að gera sér grein fyrir hver er kunnuglegur og hver ekki. Á þessum aldri verður barnið vart um sig í kringum ókunnuga og fer jafnframt að gera sér betur grein fyrir hverjir tilheyra fjölskyldu sinni. Hér er barnið farið að þróa með sér traust til aðal umönnunaraðila og notar hann sem öryggisnet sitt. Á þriðja aldurs skeiði, sem nær fram að 18 til 24 mánaða aldri, er barnið farið að sýna einkenni aðskilnaðar þegar umönnunaraðilinn hverfur úr augnsýn og finnur það fyrir óöryggi við slíkar aðstæður. Fjórða aldurs skeiðið og jafnframt það síðasta endist út barnæskuna en það einkennist af því að barnið verður meðvitaðra um hvernig tengsl myndast og lærir það að mynda gagnkvæm tengsl s.s. vinatengsl (Bowlby, 1969; Tareen og Tareen, 2015).

3.2 Tengslakenning Mary Ainsworth

Þroskasálfræðingurinn Mary Ainsworth þróaði tengslakenningu Bowlby enn frekar og setti fram eigin kenningu út frá rannsóknum sem hún gerði á samskiptum móður og barns (Sadock og Sadock, 2007). Ainsworth þróaði grunn að rannsóknaraðferðinni Ókunnar aðstæður (e. Strange situation) sem fólst í því að skoða viðbrögð barna við aðskilnað og þegar þau sameinast umönnunaraðila á ný. Ainsworth hafði fylgst með samskiptum barna við mæður sínar í Uganda þar sem hún varð vitni að náttúrulegri tengslamyndun. Sú þekking sem Ainsworth aflaði sér í Uganda var hagnýtt til að þróa rannsóknaraðferðina sem notuð er til að meta gæði tengsla móður og barns (Bretherton, 1992). Í rannsókn Ainsworth voru börn á aldrinum 12-18 mánaða staðsett með mæðrum sínum í ókunnugu herbergi. Viðbrögð barnanna voru metin þegar þau voru aðskilin frá mæðrum sínum og ókunnug manneskja var hjá þeim á meðan (Tareen og Tareen, 2015). Ainsworth greindi frá fjórum tegundum geðtengsla út frá rannsókn sinni: Örugg tengsl (e. secure attachment), óörugg forðunar tengsl (e. insecure-avoidant attachment), óörugg fráhrindandi tengsl (e. insecure-ambivalent attachment) og óreiðutengsl (e. disorganized attachment) (Tareen og Tareen, 2015; Berger, 2014).

Örugg tengsl (e. secure attachment) er sú gerð tengsla þar sem barn finnur fyrir öryggi og trausti frá umönnunaraðila í samskiptum. Barnið kýs móður eða annan helsta umönnunaraðila fram yfir alla aðra og mótmælir lítillga þegar móðir yfirgefur það. Barnið er hinsvegar fljótt að jafna sig og fagnar móður þegar hún kemur aftur (Berger, 2014).

Óörugg forðunartengsl (e. insecure-avoidant attachment) er sú gerð tengsla þar sem barn forðast samskipti við helsta umönnunaraðila sinn og sýnir takmarkaðar tilfinningar þegar móðir yfirgefur það (Berger, 2014). Börn sem falla undir þennan flokk geta haft reynslu af ágengum (e. aggressive)

umönnunaraðilum og hafa þar af leiðandi tilhneigingu til að forðast nán samskipti við aðra. Hugsanlega gera umönnunaraðilar óraunhæfar væntingar til barnsins miðað við aldur þess. Barnið leitar því ekki eftir líkamlegri snertingu við umönnunaraðila og er vart um sig í nálægð við hann (Sadock og Sadock, 2007).

Óörugg fráhrindandi tengsl (e. insecure-ambivalent attachment) er sú gerð tengsla þar sem kvíði og óöryggi einkenna hegðun barnsins. Barnið er á báðum áttum, það streitist á móti í samskiptum við móður en mótmælir með látum ef hún ætlar að yfirgefa það. Tengsl milli barns og umönnunaraðila eru sterk en barnið upplifir sig ekki öruggt þegar það er í nálægð við hann (Berger, 2014; Tareen og Tareen, 2015).

Óreiðutengsl (e. disorganized attachment) er sú gerð tengsla þar sem barnið er alltaf varkært í kringum umönnunaraðila sinn. Barnið getur sýnt af sér mismunandi hegðun og jafnvel misst stjórn á skapi sínu þegar móðir yfirgefur það. Það getur hegðað sér einkennilega þegar hún kemur aftur, t.d. með því öskra og kasta hlutum (Berger, 2014). Þessi börn eiga foreldra sem eru tilfinningalega fjarverandi og oft er saga um misnotkun í æsku hjá foreldrinu. Börn eiga það til að sýna einkenni ótta jafnvel þó umönnunaraðili sé nálægt og ætti að veita þeim öryggi (Sadock og Sadock, 2007).

Tveir þriðju hluti barna búa við örugg tengsl. Þriðjungur barna býr við óörugg tengsl og 5-10% af þeim eru í óreiðutengslum við foreldri sitt (Lyons-Ruth, Bronfman og Parson, 1999). Þegar móðir eða helsti umönnunaraðili barns er að glíma við andleg veikindi kemur fram aukin hætta á að óörugg tengslamyndun eigi sér stað. Þetta getur haft áhrif á framtíðarhorfur barns því geðtengsl á fyrstu árum í lífi þess eru mikilvægur grunnur að sálfræðilegum þroska barnsins í framtíðinni (Tareen og Tareen, 2015).

3.3 Tengslaröskunarkenning

DSM flokkunarkerfið, sem skilgreinir geðsjúkdóma, lýsir tengslaröskun þannig að um sé að ræða trufluð og óviðeigandi félagsleg tengsl sem hefjast fyrir fimm ára aldur og tengist truflun í uppeldisskilyrðum (Newman og Mares, 2007). Tengslaröskun barna getur komið fram sem sálfélagslegur sjúkdómur (e. psychosocial disease) vegna skorts á umönnun og samskiptum við móður eða aðal umönnunaraðila. Helstu ástæður tengslaröskunar í sambandi móður og barns eru þegar móðir tekst á við geðröskun, þegar ungt barn þarf að vera á sjúkrahúsi til lengri tíma og þegar frumskilyrði tengsla eru ekki til staðar (Sadock og Sadock, 2007). Flokka má tengslaröskun í tvo flokka, hömluð og óhömluð. Hömluð tengslaröskun er þegar barn á í erfiðleikum með að hafa frumkvæði eða bregst ekki eðlilega við í félagslegum samskiptum. Óhömluð tengslaröskun er þegar barn myndar nán tengsl og vinsemd við aðra jafnvel gagnvart þeim sem eru barninu ókunnugir (Newman og Mares, 2007).

Foreldrar sem glíma við andleg veikindi eru viðkvæmir og getur það tengst óstöðugleika í samskiptum þeirra við barn. Ef barn verður fyrir vanrækslu eða áföllum í æsku getur það valdið neikvæðum tengslum og haft áhrif á þroska og hegðun. Leikskólabörn sem lent hafa í miklum áföllum geta sýnt einkenni hamlaðrar tengslaröskunar eins og dofa, þau láta lítið fyrir sér fara og geta jafnvel verið að kljást við streitu og kvíðaröskun á sama tíma. Eldri börn sýna frekar einkenni árásargirni og slæmrar hegðunar sem talin er tengjast erfiðleikum við að tengjast jafningjum. Þau geta þróað með

sér hegðunar- og persónuleikaraskanir (Newman og Mares, 2007). Við tengslaröskun getur barn orðið fyrir tilfinningalegum skaða. Það getur leitt til erfiðleika eins og aðskilnaðarkvíða, þunglyndis, persónuleikaröskunar, andfélagslegrar hegðunar og námserfiðleika. Saman hefur þetta áhrif á hvernig þau takast á við flókin félagsleg tengsl í framtíðinni (Sadock og Sadock, 2007; Newman og Mares, 2007).

3.4 Áhrif tengslamyndunar á börn eftir aldri

Tengslamyndun er ævilangt ferli sem byrjar á meðgöngu. Tengsl barna við foreldra stafa af eðlislægri hvöt sem veitir þeim öryggi, vernd og umönnun (Sæunn Kjartansdóttir, 2011). Tengslamyndun barna má flokka niður eftir aldurs skeiðum, þ.e. ungabörn, börn á leikskóla- og skólaaldri og unglingar (Berger, 2014).

3.4.1 Ungabörn

Samkvæmt Bowlby einkennist tengslamyndun fyrstu sex vikurnar af því að nýburinn er að gefa umönnunaraðila sínum merki með líkamshreyfingum, gráti, brosi og augnsambandi um að hann þarfnist hans. Þegar umönnunaraðilar bregðast jákvætt við þessum merkjum nýburans fer hann að finna fyrir öryggi og leitast eftir frekari samskiptum. Nýburinn fer að þekkja lykt og rödd umönnunaraðilans en þar sem hann hefur ekki myndað nán tengsl við hann truflar það nýburann ekki þó aðrir komi nálægt honum (Bowlby, 1969; Berger, 2014).

Eftir fyrstu sex vikurnar til átta mánaða aldurs fer barnið að svara kunnuglegum andlitum með brosi, hlátri og hjali. Raddir umönnunaraðila, snerting þeirra, tjáning og athafnir eru traustvekjandi fyrir barnið (Bowlby, 1969; Berger, 2014).

Frá átta mánaða og fram til 24 mánaða aldurs er barnið að mynda örugg tengsl við umönnunaraðila (Berger, 2014). Örugg tengslamyndun einkennist af því að börnin gleðjast við nærveru umönnunaraðila en sýna einkenni streitu þegar hann hverfur þeim úr augnsýn. Í heilbrigðu sambandi leitast barn og umönnunaraðili eftir því að vera nálægt hvort öðru en geðröskun foreldra getur verið hindrun og komið í veg fyrir að örugg tengsl myndist (Bowlby, 1969; Berger, 2014; Tareen og Tareen, 2015). Barn finnur til öryggis hjá umönnunaraðila og kemur til hans reglulega í leit að stuðningi eftir að það hefur skoðað nánasta umhverfi (Bowlby, 1969).

3.4.2 Börn á leikskóla- og skólaaldri

Frá tveggja til sex ára aldri leita börn eftir stuðningi og hvatningu frá umönnunaraðila þar sem félagslegur heimur barnsins fer stækkandi og þekking þess á umhverfinu eykst (Berger, 2014). Á þessum tíma hefur barnið lært að tala og er farið að átta sig á því að foreldranir koma aftur þegar þeir fara (Bowlby, 1969). Samtöl og leikir milli barna og umönnunaraðila eru algeng á þessu tímabili og börn ætlast til þess að umönnunaraðili geti hughreyst og veitt þeim ánægju. Á aldursbilinu sex til tólf ára sækjast börn markvisst eftir hvatningu og endurgjöf vegna þeirra afreka sem þau taka sér fyrir hendur (Berger, 2014). Þau gera sér grein fyrir hvernig mynda á félagsleg tengsl við aðra en foreldra sína, t.d. önnur börn og fullorðna. Á þessum tíma læra þau líka muninn á réttu og röngu og því er mikilvægt að hafa styðjandi foreldra sem leiðbeina þeim á þessu aldurs skeiði (Gelder o.fl., 2005).

3.4.3 Unglingar

Börn á unglingsaldri, tólf til átján ára, fara að skoða heiminn enn frekar og eignast vini utan fjölskyldunnar. Þá styðjast þau við áður lærðar aðferðir úr æsku um tengslamyndun til að mynda sambönd við jafnaldra. Sameiginleg gildi og lífsviðhorf skipta því máli þegar verið er að mynda tengsl og velja vinahópa. Eftir að átján ára aldri er náð fer einstaklingurinn að mynda annarskonar tengsl sem eru innihaldsríkari, s.s. bera ástleitnar tilfinningar til annarrar manneskju. Í framhaldi af því má búast við að hann stofni til nánara sambands og fari sjálfur að eignast börn. Öll tengslamyndun sem einstaklingurinn stofnar til yfir ævina er byggð á þeim tengslum sem hann lærði í æsku (Berger, 2014).

4 Geðraskanir

Geðsjúkdómar eru skilgreindir sem raskanir í heila sem hafa áhrif á huga og meðvitund og valda truflun á hugsun, hegðun, tilfinningum og skynjun. Geðsjúkdómar eru flokkaðir í ákveðna flokka og byggir sú flokkun á einkennum en ekki orsökum. Truflun getur komið fram á geðslagi, skynjun, hugsun, hreyfingum, minni, áttun, athygli, einbeitingu og innsæi. Breytingar á hegðun og skapgerð eru oft fyrstu einkennum sem koma fram í tilfalli margra andlegra sjúkdóma (Gelder o.fl., 2005).

Á aldursbilinu 20-50 ára eru algengir geðsjúkdómar meðal annars þunglyndi (e. depression), geðhvörf (e. bipolar disorders), kvíðaraskanir (e. anxiety disorders), geðklofi (e. schizophrenia), persónuleikaraskanir (e. depersonalization), átröskunarsjúkdómar (e. eating disorders) og geðraskanir tengdar vímuefnaneyslu. Einkenni þessara sjúkdóma geta verið þau sömu en form þeirra er mismunandi. Greining geðsjúkdóma byggir á sögu sjúklings út frá viðtali, geðskoðun, sálfræðiþrófum og líkamlegri skoðun. Í viðtali er núverandi ástand og einkenni einstaklinga metin, farið er yfir hvort saga er um geðraskanir innan fjölskyldu, heilsufarssaga metin, fyrri veikindi og persónueiginleikar auk þess sem spurt er um notkun vímuefna. Líkamsskoðun er framkvæmd til að draga úr líkum á að um líkamlega sjúkdóma sé að ræða og styður hún við greiningu á geðsjúkdómum (Gelder o.fl., 2005). Orsakir geðraskana virðast óþekktar en þar sem geðsjúkdómar liggja oft innan fjölskyldna er talið að erfðir hafi mikil áhrif (Stuart, 2013).

Algengi geðsjúkdóma er svipað á Íslandi og í nágrannalöndunum. Af þeim sem eru með geðsjúkdóm hafa 42% tvær eða fleiri geðraskanir. Konur eru oftar með lyndisröskun, kvíðaröskun og átröskun á meðan karlar eiga mun oftari í erfiðleikum vegna áfengisnotkunar (Jón G. Stefánsson og Eiríkur Línal, 2009). Geðsjúkdómar geta valdið ójafnvægi í lífi einstaklinga og fjölskyldna þeirra. Áætlað hefur verið að um 15-30% fullorðinna sem þjást af geðsjúkdómum séu foreldrar barna undir 18 ára aldri (Stallard o.fl., 2004). Þunglyndi og kvíði eru algengustu geðsjúkdómarnir og búast má við að tíðni geðsjúkdóma, s.s. þunglyndis og kvíða, aukist töluvert fram til ársins 2020 og að þá verði þunglyndi önnur helsta orsök örorku á heimsvísu (Stuart, 2013). Samkvæmt nýjustu tölum frá Tryggingastofnun Ríkisins voru geðraskanir algengasta orsök örorku á Íslandi árið 2013. Geðraskanir voru metnar sem fyrsta orsök örorku hjá 37,6% einstaklinga af þeim 17.121 einstaklingum sem voru með 75% örorkumat í gildi (Tryggingastofnun Ríkisins, 2013).

4.1 Kvíði

Kvíði tengist daglegu lífi fólks um allan heim óháð því hvaða samfélagi eða menningu einstaklingar tilheyra. Kvíði er óljós tilfinning sem verður til sem svörun þegar einstaklingur óttast að skaðast eða hann missi eitthvað sem skiptir hann miklu máli. Kvíðanum fylgir óvissa, hjálparleysi, einangrun og óöryggi. Einstaklingur skynjar að persónueinkennum hans er ógnað. Kvíði er tilfinning sem sækir styrk sinn til hins óþekkta og fylgir nýrri reynslu s.s. að byrja í nýjum skóla eða vinnu. Menning hefur áhrif á kvíða þar sem mismunandi menning gerir greinarmun á því hvað metið er mikilvægt. Hafa þarf í huga að kvíði fylgir daglegu lífi og er hluti af mannlegu eðli (Stuart, 2013).

Geta til þess að verða kvíðinn er lífsnauðsynleg en hins vegar getur kvíði orðið það mikill að hann heftir daglegt líf einstaklinga, hættir að vera hvetjandi og verður hamlandi (Tómas Zoëga, 2001).

Kvíðaröskunum er skipt niður í almenna kvíðaröskun, fælni (e. phobic), felmtursröskun (e. panic disorder) og áráttaþráhyggjuröskun (e. obsessive-compulsive disorder). Hver röskun hefur sitt mynstur af einkennum og hömlunum sem mæta þarf með mismunandi meðferðum út frá hverju tilfalli. Greining á kvíðaröskunum eru greinileg, þrálát og líkamleg einkenni sem koma ekki fram í kjölfar annarrar röskunar. Kvíðaröskun er flokkuð eftir því hvort einkennin standi stöðugt yfir þ.e. þá almenn kvíðaröskun eða hvort einkenni komi fram á afmörkuðum tímabilum. Ef einkenni koma í köstum eða við ákveðnar aðstæður flokkast það sem fælni en ef þau koma fram við allar aðstæður fellur það undir felmtursröskun. Felmtursraskanir er hægt að flokka í undirflokkum sem eru einföld-, félags- eða víðáttufælni. Þrátt fyrir að áráttaþráhyggjuröskun sé flokkuð með kvíðaröskunum á hún ekki alveg samleið með þeim þrátt fyrir að vera með mörg svipuð einkenni. Í áráttaþráhyggjuröskun fylgja árátta-hugsanir, áráttahegðun og breytileg stig af kvíða, þunglyndi og hlutgervingu (e. depersonalization). Þær áráttaþráhyggjur sem koma oftast fram eru áráttahugsanir (e. obsessional thoughts), áráttauímyndun (e. obsessional images), áráttaurökræður (e. obsessional ruminations), efasemdir (e. obsessional doubts), áráttauhvatir (e. obsessional impulses), áráttahegðun (e. obsessional rituals), áráttafælni (e. obsessional phobias), seinlæti (e. obsessional slowness), kvíði, þunglyndiseinkenni og persónuleikaröskun (e. obsessional personality) (Gelder o.fl., 2005).

Í Bandaríkjunum hrjáir kvíðaröskun 15-25% þjóðarinnar (Stuart, 2013). Í rannsókn gerð af Jóni G. Stefánssyni og Eiríki Línal (2009) um algengi geðraskana á Stór-Reykjavíkursvæðinu kom í ljós að 4,1% karlmannna á aldrinum 34-76 ára væru að glíma við almenna kvíðaröskun á móti 5,9% kvenna. Einstaklingur með kvíðaröskun upplifir oft líkamleg einkenni kvíða eins og andþyngsli, munnþurrk, tíð þvaglát, öran hjartslátt, slaka einbeitingu og svima ásamt því að hugsa óskýrt (Gelder o.fl., 2005).

Talað er um fjögur stig kvíða, þar sem fyrsta stig kvíða er mildur kvíði og kemur til vegna spennu í daglegu lífi. Fyrsta stigs kvíði getur hvatt til náms og ýtt undir vöxt og sköpunargáfu. Annað stig er hóflegur kvíði þar sem einstaklingur einblíur einungis á núverandi áhyggjur og útilokar aðra atburði sem eru að gerast í kringum hann. Þriðja stig kvíða er alvarlegur en þá verður veruleg skerðing á skynjun einstaklingsins. Einstaklingur hefur þá tilhneigingu til að leggja ríka áherslu á smáatriði og einblíur þá á ekkert annað. Á þessu þriðja stigi byggist öll hegðun einstaklingsins á að losna undan kvíðanum og þurfa slíkir einstaklingar mikla leiðsögn. Síðasta og fjórða stig kvíða er skelfingarkvíði en honum fylgir ótti og skelfing. Þegar einstaklingur upplifir skelfingarkvíða er hann ófær um að gera flest jafnvel þó honum sé leiðbeint. Einkenni sem fylgja skelfingarkvíða eru minnkuð geta til að tengjast öðrum og skert rökhugsun. Þessir einstaklingar eru ófærir um að hafa samskipti og vera virkir þátttakendur í samfélaginu. Þetta stig kvíða varir ekki lengi þar sem líkaminn ræður ekki við álagið sem verður á allri líkamsstarfseminni (Stuart, 2013). Helstu einkenni skelfingarkvíðaröskunar eru aukinn hjartsláttur, svitaköst, skjálfti, andþyngsli, köfnunartilfinning, brjóstverkur, ógleði, óraunveruleika tilfinning og ótti við að missa stjórn á sér og deyjá. Ásamt þessu fylgir oft doði í höndum og fótum (Tómas Zoëga, 2001). Ef skelfingarkvíði myndi vara lengi gæti hann leitt til örmögnunar eða jafnvel dauða en þennan kvíða er hægt að meðhöndla á áhrifaríkan og öruggan hátt (Stuart, 2013).

Einstaklingar sem eru að kljást við mikinn kvíða draga sig oft til hlés og minnka samskipti við aðra í kringum sig. Einbeitingarskortur kemur fram ásamt lélegri lausnarmiðun. Kvíði kemur yfirleitt fram samhliða öðrum tilfinningum líkt og reiði, leiða, þunglyndi, óþolinmæði, afbrýðisemi, hjálparleysi,

fyrirlitningu, lítilsvirðingu og sorg. Þar sem kvíði blandast öðrum tilfinningum getur t.d. verið erfitt að greina á milli kvíða og þunglyndis þar sem lýsingar frá einstaklingnum sem upplifir þessar tilfinningar eru oft svipaðar (Stuart, 2013). Uppeldi og samskipti hafa gríðarleg áhrif á mótun barna. Á heimilum þar sem foreldrar kljást við kvíðaröskun og kvíði foreldra yfirfærast á uppeldi eru auknar líkur á að börn verði varnarlaus og þrói með sér kvíðaröskun (Ginsburg, Siqueland, Masia-Warner og Hedtke, 2004).

4.2 Þunglyndi

Þunglyndi er einn af algengustu geðsjúkdómum sem finna má á heimsvísu. Rannsóknir benda til þess að um 20% Bandaríkjamanna, aðallega konur, muni greinast með þunglyndi á einhverjum tíma punkti í lífinu. Á síðustu tveimur áratugum hefur orðið veruleg aukning á tíðni þunglyndis. Þunglyndi er talið vera einn mest íþyngjandi sjúkdómur í heimi hvað varðar fötlun fólks á miðjum aldri (Gotlib og Hammen, 2009). Á Íslandi er talið að um 12-15 þúsund manns þjáist af þunglyndi (Embætti Landlæknis, 2012). Meðalaldur þeirra sem greinast með þunglyndi er 40 ár en algengt er að einkenni sjúkdómsins komi fram á aldursbilinu 20-50 ára. Þunglyndi getur einnig komið fram í barnæsku og hjá öldruðum en rannsóknir sýna að tíðni þunglyndis hefur aukist hjá einstaklingum sem eru yngri en 20 ára (Sadock og Sadock, 2007).

Þunglyndi tilheyrir flokki lyndisraskana (e. mood disorders). Til eru nokkrar tegundir af þunglyndi, meðal annars depurð í kjölfar streitu, áfalladepurð í kjölfar áfalls, skammdegisþunglyndi, meðgöngupunglyndi og fæðingarþunglyndi (Sadock og Sadock, 2007; Gelder o.fl., 2005). Einkenni þunglyndis fara eftir alvarleika þess en algengustu einkennin eru depurð, skortur á ánægju, minni einbeiting, lítið sjálfstraust, áhugaleysi gagnvart hlutum sem áður veittu ánægju, orkuleysi, svefntruflanir, svartsýni og hugmyndir um sjálfskaðandi hegðun. Kvíði og pirringur eru einnig algeng einkenni sem koma fram (Breton, 2006; Sadock og Sadock, 2007).

Hægt er að flokka þunglyndi niður í vægt, meðal og alvarlegt þunglyndi. Einstaklingur með vægt þunglyndi lifir að mestu eðlilegu lífi. Hann heldur áfram að framkvæma það sem er nauðsynlegt en sleppir því sem skiptir hann minna máli. Einkennin sem áður hefur verið lýst hér að framan geta verið hluti af vægu þunglyndi en depurð er þó alltaf til staðar. Í miðlungs þunglyndi koma fram fleiri og greinilegri einkenni. Auk framangreindra einkenna bætist við að einstaklingnum finnst erfitt að fara til vinnu á morgnanna og sinna daglegum verkum. Einstaklingur sem þjáist af alvarlegu þunglyndi er orðinn áhugalaus um flest og kemur litlu eða engu í verk. Hann er eirðarlaus, hættir að sinna persónulegri umhirðu og vill ekki eiga í samskiptum við annað fólk (Breton, 2006; Gelder o.fl., 2005).

Að finna fyrir depurð er eðlilegt hjá heilbrigðum einstaklingum þegar þeir takast á við erfiðleika eins og streitu eða áföll, s.s. ástvinamissi. Ef depurð verður viðvarandi og einkenni eins og skortur á ánægju, svefnerfiðleikar, breytingar á skapi og svartsýn hugsun um framtíðina er komin fram þarf að bregðast strax við. Oft koma þunglyndiseinkenni einnig fram í öðrum geðsjúkdómum s.s. geðklofa og heilabilun. Til þess að tryggja viðeigandi meðferð er mikilvægt að greining sé rétt. Stundum eru einkenni þunglyndis ekki fullkomlega augljós því einstaklingar eiga það til að neita tilfinningu um vanlíðan og sýna svipbrigði sem gefa þessa líðan ekki til kynna (Gelder o.fl., 2005).

Skammdegisþunglyndi (e. seasonal affective disorder) hefur verið tengt við breytingar á árstíðum og upplifa einstaklingar einkennin á sama tíma árlega. Skammdegisþunglyndi kemur helst fram þegar dagar fara að stytta, þ.e. á haustin og veturna (Gelder o.fl., 2005).

Meðgöngubunglyndi (e. maternal depression) er sú tegund þunglyndis sem konur fá á meðgöngu en fæðingarþunglyndi kemur fram eftir barnsburð. Fæðingarþunglyndi (e. postpartum depression) getur komið fram hvenær sem er á fyrsta ári eftir barnsburð hjá 10-15% mæðra. Einkennin sem móðir upplifir eru þreyta, ótti, reiði, kvíði og depurð. Komið getur fram sektarkennd vegna þess að móðir telur sig vera vanhæft foreldri og að hún sé með þessi einkenni á sama tíma og eðlilegt þyki að hamingjan eigi að vera við völd (Fishel, 2012). Fyrstu tvær vikurnar eftir fæðingu eru 50-80% líkur á að konur upplifi sængurkvennagrát (e. postpartum blues) sem er flokkað sem lyndisröskun í kjölfar fæðingar. Ástandið er ekki talið sjúklegt vegna þess hversu algengt það er. Þá er þekkt að konur eru oft í tilfinningalegu ójafnvægi eftir fæðingu þar sem þær eru viðkvæmar og depurð kemur fram. Sængurkvennagrátur nær hámarki á fimmta degi en er oftast genginn yfir á tíunda degi. Ef einkenni standa lengur en sá tími þarf að fylgjast með hvort einkennin séu að þróast yfir í fæðingarþunglyndi (Alden, 2012). Mikilvægt er að fylgjast með einkennum þunglyndis hjá barnshafandi konum því ef þunglyndi á meðgöngu greinist ekki er aukin hættu á fæðingarþunglyndi. Það getur valdið neikvæðri tengslamyndun milli móður og barns þar sem móðir er líklegri til að hafa minni getu til að bregðast við næmni og þörfum barnsins. Móðir hefur þá minni samskipti við barnið og myndar ekki augnsamband sem getur leitt til óöruggra tengsla (e. insecure attachment). Þunglyndi er oft vanmeðhöndlað á meðgöngu því einkennin geta verið svipuð og einkenni sem tengjast meðgöngunni eins og þreyta, minni orka og breytingar á matarlyst og svefnvenjum. Áhættuþættir sem orsakað geta fæðingarþunglyndi eru kvíði eða þunglyndi á meðgöngu, saga um þunglyndi, streituvaldandi atburðir á meðgöngu eða snemma í sængurlegu og lítil félagslegur stuðningur (Lefkovic, Baji og Rigó, 2014).

Þunglyndi hefur áhrif á fjölskyldulíf, sérstaklega ef veiki einstaklingurinn er foreldri. Sjúkdómurinn getur haft áhrif á getu foreldra til að sinna uppeldi barna sinna en þunglyndi hefur áhrif á tilfinningatengsl, hegðun og samskipti barna og foreldra (Solantus, Paavonen, Toikka og Punamäki, 2010). Foreldrar sem þjást af alvarlegu þunglyndi líta á sjúkdóminn í lífi fjölskyldunnar sem þjáningu vegna þeirra neikvæðu áhrifa sem hann hefur. Foreldrar eiga það til að upplifa sig vanhæfa vegna þess hve einbeiting þeirra er mikil á persónuleg vandamál í stað þess að beina athygli að fjölskyldunni. Þegar foreldrar upplifa sig vanhæfa dregur það talsvert úr velferð þeirra og heilsu. Þeir upplifa það sem mjög krefjandi að þurfa að hugsa um, veita ást og umhyggju til annarra fjölskyldumeðlima og taka þátt í félagslífi. Foreldrar með þunglyndi upplifa stöðuga þreytu sem erfitt er að vinna gegn og hún er stór hindrun í samskiptum við aðra fjölskyldumeðlimi (Ahlström, Skärsäter og Danielson, 2010). Í fjölskyldum þar sem annað foreldrið er að glíma við þunglyndi er tvöfalt meiri hættu á að börn þeirra og unglingar þrói með sér þunglyndi fyrir 18 ára aldur. Ef báðir foreldrar eru að glíma við sjúkdóminn er áhættan fjórfalt meiri (Sadock og Sadock, 2007).

5 Áhrif geðraskana á tengslamyndun

Foreldrar búa við mikið álag fyrstu árin eftir fæðingu barns og gríðarlega mikilvægt er að styðja við foreldra, sérstaklega þá sem glíma við heilsufarsvandamál eða búa við slæmar aðstæður (Sæunn Kjartansdóttir, 2010). Geðsjúkdómar eru taldir vera fjölskyldusjúkdómar þar sem áhrifa þeirra gætir á alla fjölskylduna og þá sérstaklega börn. Foreldrar sem eru með geðsjúkdóma geta átt erfiðara með að veita börnum sínum þann stuðning og umönnun sem þörf er á en veikindi foreldra hafa einnig mikil áhrif á andlega heilsu og vellíðan barna (Kristín Rún Friðriksdóttir, Ragnheiður Halldórsdóttir, Eydís K. Sveinbjarnardóttir og Páll Biering, 2012). Börn foreldra sem glíma við andleg veikindi eru þrefalt líklegri til að þróa með sér geðsjúkdóm heldur en þau börn sem búa með heilbrigðum foreldrum (Mowbray o.fl., 2006). Með því að grípa snemma inn í má koma í veg fyrir að börn þrói með sér geðsjúkdóm og fyrirbyggja að sjúkdómurinn flytjist milli kynslóða (Kristín Rún Friðriksdóttir o.fl., 2012).

5.1 Hegðun foreldra

Með því að huga vel að geðheilsu foreldra er hægt að efla geðheilsu barna (Sæunn Kjartansdóttir, 2010). Geðræn veikindi hafa áhrif á færni foreldra til að sinna uppeldishlutverkinu og geta þeirra til að veita börnum nauðsynlegan stuðning á uppvaxtarárum er minni en börn þarfnast. Fjölskyldulíf þar sem foreldri er þunglynt einkennist oft af óöryggi og áhyggjum. Þá er algengt að fjölskyldumeðlimur dragi sig í hlé sem hefur áhrif á hegðun, tilfinningaleg tengsl og samskipti barna og foreldra (Kristín Rún Friðriksdóttir o.fl., 2012). Samband barna og þeirra foreldra sem eru með geðraskanir er viðkvæmt meðan einkenni veikra foreldra eru mikil og áberandi. Þegar foreldri er að kljást við þunglyndi er því oft haldið sem leyndarmáli innan fjölskyldu. Í slíkum tilfellum er foreldrið oft óöruggt og óhamingjusamt um leið og það hefur á tilfinningunni að það sé að bregðast fjölskyldunni og ekki sé þörf fyrir aðkomu þess að heimilinu. Foreldrið finnur fyrir endalausri þreytu og kemur það niður á fjölskyldulífi. Foreldrinu finnst sem það sé einskis nýtt, óvinnufært í virkni, hugsun, tilfinningu og upplifir að það geti ekki gefið af sér ást og umhyggju (Ahlström o.fl., 2010). Flestir foreldrar vita hvaða áhrif geðraskanir þeirra hafa á börn sín, þá sérstaklega afleiðingarnar sem það hefur á daglegt líf. Þrátt fyrir þetta skynja flestir foreldrar tengslin við börn sín sem jákvæð (Stallard o.fl., 2004). Að alast upp í fjölskyldu þar sem foreldrar eru með geðsjúkdóma getur leitt til þess að börn fari að upplifa einkenni kvíða og streitu (Solantus o.fl., 2010).

5.2 Einkenni barna sem eiga foreldra með geðraskanir

Þegar talað er um tengslamyndun er sérstaklega átt við tengsl barna við foreldra sína. Eðlilegt er að tengslamyndun þeirra innihaldi viðvarandi tilfinningaleg tengsl og að barn finni fyrir öryggi, þægindum og ánægju í sambandinu. Rannsóknir hafa sýnt að tengslin geta orðið óörugg ef barn býr hjá foreldri með geðröskun eða í umhverfi sem er óskipulagt (Perry, 2013). Þegar tengsl eru óörugg, s.s. þegar foreldrar eru andlega veikir, getur það leitt til hegðunarvandamála hjá börnum. Einkenni þess eru m.a. seinkaður þroski, slök sjálfsmýnd og tilfinningavandi þar sem þau eiga erfitt með að tjá eigin tilfinningar og skynja tilfinningar annarra. Auk þess geta komið fram vitsmunaleg vandamál eins og námsörðugleikar og skert rök hugsun (Perry, 2013; Tareen og Tareen, 2015). Börn geta átt erfitt með að aðlagast félagslega og eru í áhættuhóp með að takast á við kvíða og þunglyndi (Solantus o.fl.,

2010). Rannsóknir hafa sýnt að börn þunglyndra mæðra eru líklegri til að eiga í erfiðleikum með vitsmunalega þætti og tengslamyndun meðan börn þunglyndra feðra eru líklegri til að eiga við hegðunarmál að stríða eða eiga í meiri erfiðleikum með tilfinningar sínar (Hanington, Heron, Stein og Ramchandani, 2012).

Að eiga foreldri með geðsjúkdóm er vel þekktur áhættuþáttur fyrir sálfræðileg og geðræn vandamál hjá börnum og unglingum. Álag er inn á heimilum þar sem foreldrar glíma við geðsjúkdóm og geta þær aðstæður haft áhrif á heilsu og þroska barna. Þunglyndi og kvíði eru algengustu geðsjúkdómarnir hjá fullorðnum og þar af leiðandi eru mörg börn sem eiga foreldra sem takast á við þessa sjúkdóma. Veikt foreldri er líklegra til að ala barn sitt upp við óheilbriggt uppeldismynstur (e. unhealthy parenting style) sem leitt getur til óöruggar tengslamyndunar og þannig haft áhrif á vitsmunalegan og tilfinningalegan þroska barna (Homlong, Rosvold, Sagatun, Wentzel-Larsen og Haavet, 2015).

Börn foreldra með geðsjúkdóma eru í aukinni áhættu að þróa með sér geðraskanir og tengist það helst erfðum, sálfræðilegum- og umhverfispáttum sem gerir börnin móttækilegri. Aftur á móti eru mörg börn sem búa við góða heilsu og þróa ekki með sér einkenni. Talið er að þeim börnum farnist best sem hafa góð bjargráð og stuðning. Þar af leiðandi eiga þau í minni hættu með að lenda í andlegu ójafnvægi og hegðunarröskun (Korhonen, Pietilä og Vehviläinen-Julkunen, 2010). Á uppvaxtarárunum gera börn miklar kröfur til foreldra sinna því þau þurfa að geta reitt sig á stuðning þeirra. Þessar kröfur geta reynst foreldrum misjafnlega erfiðar, m.a. vegna veikinda (Sæunn Kjartansdóttir, 2011).

5.2.1 Tilfinningaleg viðbrögð barna

Börn takast oft á við miklar áhyggjur af foreldrum sínum. Þau fara að finna fyrir aukinni ábyrgð á heimilinu, lenda í umönnunarhlutverki, eyða meiri tíma heima og forðast jafnvel að fara út úr húsi. Þetta gera þau til að tryggja öryggi foreldris sem á við geðræn veikindi að stríða. Þetta á sérstaklega við þegar foreldrar eru einstæðir. Skortur á upplýsingum og þekkingu á geðsjúkdómi foreldris getur valdið hræðslu og ótta hjá börnum og þau geta jafnvel upplifað að þau fái sama sjúkdóm í framtíðinni. Þegar börn eru ekki vel upplýst geta þau fundið fyrir sektarkennd og kennt sér um veikindi foreldra sinna. Börn upplifa margskonar flóknar og erfiðar tilfinningar sem tengjast sjúkdómnum og geta öðlast erfiða lífsreynslu. Erfitt getur verið að greina þessar tilfinningar í sundur. Börn segjast oft vera meðvituð um fordóma sem eru til staðar og beinast að geðsjúkum. Þá eiga þau það til að skammast sín fyrir foreldra sína og finnast þau vera frábrugðin öðrum börnum. Börn sem eiga erfitt með að ræða lífsreynslu sína við ættingja og vini og halda reynslu sinni að mestu fyrir sig beita ýmsum bjargráðum til að komast í gegnum erfiðleika. Bjargráðin eru meðal annars að hundska vandamálið, gráta ein, hafa stjórn á reiði sinni og forðast heimilið og samskipti við foreldra (Korhonen o.fl., 2010).

Mordoch og Hall (2008) framkvæmdu eiginlega rannsókn í Kanada til að útskýra hvernig börn takast á við reynsluna af því að búa með foreldri sem er með geðsjúkdóm. Þátttakendur í rannsókninni voru alls 22 á aldrinum 6-16 ára. Það sem börnin áttu sameiginlegt var að þau bjuggu alveg eða að hluta til með foreldri sem var í meðferð við einum af eftirfarandi geðsjúkdómum, þunglyndi, geðhvarfasýki eða geðklofa. Í rannsókninni komu fram tvö þemu, „að finna taktinn“ (e. finding the rhythm) og „að halda sig innan rammans“ (e. maintaining the frame). Þemun lýsa því hvernig börnin

reyna að viðhalda daglegu lífi og hvaða leiðir þau nýta sér til að viðhalda tengslum við foreldra á sama tíma og þau aðgreina sig frá veikindum þeirra (Mordoch og Hall, 2008).

Þemað „að finna taktinn“ fólst í því hvernig börnin reyndu að halda daglegu lífi sínu í föstum farvegi með því að eiga í nánnum samskiptum við foreldra sína en samt sem áður aðgreina sig frá sjúkdómnum. Börnin bentu á að breytingar urðu á heimilinu þegar foreldrar þeirra veiktust, eins og t.d. varðandi heimilisþrif. Börnin fundu fyrir mörgum tilfinningum sem einkenndust af gleði og hamingju en einnig reiði og gremju þegar líf þeirra var óskipulagt og þegar þau náðu ekki að tengjast foreldrum sínum. Í rannsókninni áttu þátttakendur það til að breyta hegðun sinni í samræmi við veikindin. Þau sem þekktu einkenni sjúkdómsins voru gjörn á að beita beinum aðgerðum eins og tala við foreldra sína, deila húmor og taka stjórn á heimilinu. Þær óbeinu aðgerðir sem börnin beittu var að þrifa húsið og taka ábyrgð á sjálfum sér og systkinum til að minnka áreiti á foreldra. Með þessu voru þau að reyna að halda friðinn til að endurheimta daglega rúttínu (Mordoch og Hall, 2008).

Þemað að „halda sig innan rammans“ fól í sér að börnin reyndu að aðgreina persónulegt líf frá veikindum foreldra sinna til að veikindin hefðu ekki jafn mikil áhrif. Börnin urðu að miklu leyti að hugsa um sig sjálf og þurftu að einbeita sér að eigin líkamlegu og andlegu öryggi þegar foreldrar þeirra voru ekki til staðar til að hjálpa þeim. Mörg börn tjá ekki neikvæðar tilfinningar sem þau upplifa eins og sorg, reiði og sársauka til að auka ekki álag á foreldra sína. Sum börn telja það hjálplegt að eiga einhvern fullorðinn að til að styðja þau, sérstaklega þegar þau eru hrædd um að foreldrar nái ekki bata (Mordoch og Hall, 2008).

5.2.2 Áhætta og afleiðingar fyrir börn

Börn þunglyndra foreldra eru líklegri til að þróa með sér geðsjúkdóma á unglingsárum og um helmingur þeirra fær auk þess greiningar eins og kvíða, hegðunarröskun, athyglisbrest, þunglyndi og lenda í misnotkun vímuefna. Börn á unglingsaldri eiga oft erfitt með að sætta sig við að vera hluti af fjölskyldu sem passar ekki við ímynd kjarnafjölskyldunnar. Þeir vilja falla í hópinn en hafa áhyggjur af álit og fordómum annarra (Mordoch og Hall, 2008). Unglingar á aldrinum 15-16 ára sem eiga foreldra með geðraskanir þurfa meira á heilbrigðiskerfinu að halda í samanburði við jafnaldra þeirra sem glíma ekki við slík vandamál (Homlong o.fl., 2015).

Eins og áður hefur komið fram eru börn foreldra með geðraskanir í aukinni hættu á að búa við skert lífsskjör sem getur haft áhrif á velferð þeirra. Nokkrar rannsóknir frá Nýja-Sjálandi hafa fundið tengsl á milli geðsjúkdóma á unglingsárum, eins og þunglyndi, kvíða og vímuefnaneyslu, og neikvæðrar útkomu í lífinu á fullorðinsárum, eða í kringum 30 ára aldur. Auknar líkur eru á að þessir unglingar eigi eftir að öðlast minni menntun, hafa lægri tekjur, minni atvinnuþátttöku og búa við verri lífsskjör. Þá aukast líkur á að þeir verði bótapegar á fullorðinsárum (Gibb, Fergusson og Horwood, 2010).

6 Meðferðarúrræði

Á einhverjum tímamarki glíma allar fjölskyldur við erfiðleika án þess að þeir hafi áhrif á þroska barna svo framarlega sem þeir eru ræddir á opinn hátt. Hins vegar er algengt að þögn ríki um veikindin þegar geðrænir erfiðleikar eru í fjölskyldum og þau hvorki rædd innan né utan fjölskyldunnar (Eydís K. Sveinbjarnardóttir, Sigurður Rafn A. Levy og Vilborg G. Guðnadóttir, 2008). Betri meðferðarúrræði hafa leitt til þess að fleiri einstaklingar með geðraskanir eru þátttakendur í samfélaginu. Þar af leiðir að fleiri foreldrar með geðsjúkdóma eru að sinna foreldrahlutverkinu (Korhonen o.fl., 2010).

Almennt finna börn til öryggis í gegnum foreldra eða helsta umönnunaraðila og með tímanum samsama þau sig þeim sem þau treysta á. Börn gera miklar kröfur til foreldra sinna og getur það reynst foreldrum erfitt að standast þessar kröfur þegar þeir glíma við veikindi. Til þess að foreldrar eigi möguleika á að sinna börnum sínum og gera þeim kleift að standast þessar kröfur þarf að skapa þeim góðar aðstæður. Þegar móðir þjáist af þunglyndi, kvíða og/eða er óhamingjusöm þjáist barn hennar ekki síður en hún. Ekki er talið hjálplegt að móðir sé ein heima með barn í slíku ástandi án viðeigandi stuðnings. Strax á meðgöngu þarf að styðja þétt við verðandi foreldra og skima fyrir þessum áhættuþáttum. Miklu máli skiptir að grípa snemma inn í aðstæður en rétt tímasetning fyrir inngríp fagfólks á fyrstu mánuðum getur skipt sköpum um líðan móður og tengslamyndunar hennar við barnið (Sæunn Kjartansdóttir, 2011). Sýnt hefur verið fram á að það er mun skilvirkara og efnahagslega hagkvæmara að grípa inn í á fyrstu mánuðum og árum barns til að efla heilbrigðan þroska og fyrirbyggja vandamál í framtíðinni (Gerhardt, 2004). Í ung- og smábarnavernd heilsugæslunnar á Íslandi eru hjúkrunarfræðingar og ljósmæður í tíðum samskiptum við foreldra sem eru nýbúnir að eignast barn. Þeir eru því í kjöraðstæðum til að meta tengslamyndun innan fjölskyldna. Í vinnuleiðbeiningum hjúkrunarfræðinga sem sinna ung- og smábarnavernd er lögð áhersla á að styrkja tengslamyndun milli foreldra og barna. Hjúkrunarfræðingar geta haft jákvæð áhrif á þetta samband með markvissri fræðslu og forvörnum (Anna Björg Aradóttir, Geir Gunnlaugsson og Sesselja Guðmundsdóttir, 2013).

Ýmis úrræði eru í boði fyrir fjölskyldur sem glíma við geðræna erfiðleika. Fjölskyldumiðuð úrræði hafa það að markmiði að efla þroska fjölskyldunnar og fyrirbyggja að geðröskun flytjist milli kynslóða, þ.e. að börn foreldra með geðraskanir þrói með sér geðræna erfiðleika (Solantus o.fl., 2010). Þau meðferðarúrræði sem meðal annars standa til boða hér á landi fyrir foreldra og börn sem glíma við geðrænan vanda eða þegar áhyggjur hafa komið upp um neikvæða tengslamyndun eru FMB teymi (Foreldrar, meðganga, barn) Landspítala og Miðstöð foreldra og barna. Auk þess er í boði úrræði sem kallast Fjölskyldubrúin á geðsviði Landspítala Háskólasjúkrahúss. Þessi úrræði byggja öll á fyrirmyndum erlendis frá.

Hafa ber í huga að meðferðarúrræðin hér á landi standa þó eingöngu til boða fyrir börn fram að eins árs aldri. Það er ekki fyrr en við sjö ára aldur sem þau geta farið á biðlista hjá barna- og unglíngageðdeild Landspítalans (BUGL) en þar á milli eru fá úrræði í boði (Anna María Jónsdóttir, Helga Hinriksdóttir, Stefanía B. Arnardóttir og Sæunn Kjartansdóttir, 2015).

6.1 FMB teymið á Landspítala

Árið 2010 var stofnað þverfaglegt teymi innan Landspítalans sem nefnt er FMB teymið en það stendur fyrir foreldrar, meðganga og barn. Teymið var stofnað sem ákveðið inngrip og því var ætlað að koma til móts við þarfir kvenna sem fást við geðrænan vanda á meðgöngu. Rík áhersla er lögð á það í teyminu að vinna með tengslamyndun foreldra og barna með fjölskyldumiðaðri og fjölfaglegri nálgun (Valgerður Lísa Sigurðardóttir, 2011). Markhópur teymisins eru foreldrar á meðgöngu eða þeir sem eiga barn upp að eins árs aldri. Þessir foreldrar eru að kljást við geðrænan vanda og/eða hafa áhyggjur af tengslamyndun við barn sitt (Hávar Sigurjónsson, 2012). Teymið er samstarfsverkefni geðsviðs og kvenna- og barnasviðs Landspítala. Aðgangur að FMB teyminu fæst með tilvísun frá fagfólki líkt og ljósmæðrum, læknum, hjúkrunarfræðingum, sálfræðingum og félagsráðgjöfum. Meðferðarúrræðin eru miðuð við þarfir hvorrar fjölskyldu en boðið er upp á fjórar meðferðarleiðir, þ.e. einstaklingsmeðferð, fjölskyldumeðferð, hópmeðferð og innlögn á geðdeild 33C. Einstaklingsmeðferðir eru allt frá lyfjameðferð og hugrænni atferlismeðferð yfir í djúpslökun eða dáleiðslu á meðgöngu. Í fjölskyldumeðferð er boðið uppá hjónameðferð og tengslaeflingu. Hópmeðferðirnar fela m.a. í sér að vinna með barnshafandi konum og mæðrum og börnum þeirra. Þar er meðal annars unnið með sköpun og tjáningu. Síðasta meðferðarúrræðið er innlögn móður og barns á deild 33C en það á eingöngu við í þeim tilfellum sem veikindin eru orðin alvarleg (Valgerður Lísa Sigurðardóttir, 2011).

FMB teymið vinnur eftir hugmyndafræði PIP (e. parent-infant psychotherapy) en það er ákveðið inngrip sem byggir á vinnu með foreldra og ungabörn (Ingibjörg Ásgeirsdóttir og Þorgerður Gunnarsdóttir, 2014). Markmið meðferðarinnar er að bæta tengsl foreldra og barns og stuðla að góðri tengslamyndun hjá barni á fyrsta aldursári svo það nái eðlilegum þroska. PIP reynir að ná þessu fram með því að einblína á viðhorf móður til ungabarnsins en viðhorf hennar geta speglað hennar eigin reynslu (Barlow, Bennett, Midgley, Larkin og Wei, 2015). Inngripin eru tvenns konar. Annars vegar í þeim tilvikum þegar inngrip beinist að foreldri og hins vegar að barni. Inngrip sem beinist að foreldri felur í sér að hjálpa því að skilja eigin tilfinningar og tilfinningar barnsins. Auk þess bætir það þekkingu foreldra á því að barnið er manneskja sem er háð þeim meðan það þroskar sínar hugsanir. Með þessu er verið að styðja foreldra í foreldrahlutverkinu og koma í veg fyrir að óheilbrigð samskipti berist milli kynslóða. Inngrip sem beinist að barninu ýtir undir jákvæð samskipti barns og foreldris ásamt því að byggja undir meðferðarlegt samband við alla þá sem viðstaddir eru meðferðina. Þá er verið að vinna með rof og endurtengingu þar sem markmiðið er að auka færni barnsins til að fá foreldrið til að sinna þörfum þess (Ingibjörg Ásgeirsdóttir og Þorgerður Gunnarsdóttir, 2014).

6.2 Miðstöð foreldra og barna

Miðstöð foreldra og barna er meðferða- og fræðslusetur fyrir fjölskyldur með geðheilsu- og tengslavanda. Markmið miðstöðvarinnar er að efla foreldrafærni, þátttöku tengda heilsuefningu og stuðla að heilbrigðum samskiptum milli foreldris og barns strax frá fæðingu. Starfsemin er mikilvæg forvörn gegn ýmsum erfiðleikum sem mætt geta börnum ef ekkert er að gert vegna foreldra sem kljást við tengslaröskun. Meðferðir sem boðið er upp á eru lyfjameðferð ásamt viðtalsmeðferð þar sem meðal annars er unnið út frá hugrænni atferlismeðferð, einstaklingsmeðferð, fjölskyldumeðferð og hópmeðferð þar sem stuðst er við meðferðarúrræðin PIP (e. parent-infant psychotherapy) og „Mellow

parenting“. Markhópur miðstöðvarinnar eru foreldrar á meðgöngu og foreldrar sem eiga börn á aldrinum 0-1 árs og eiga við geðrænan- og/eða tengslavanda að stríða. PIP er aðallega notað fyrir foreldra með börn á fyrsta aldursári á meðan „Mellow parenting“ er ætlað börnum sem eru eldri en 1 árs og upp að 5 ára aldri (Anna María Jónsdóttir, Helga Hinriksdóttir, Stefanía B. Arnardóttir og Sæunn Kjartansdóttir, 2008). Algengt er að fjölskyldum sé vísað af fagfólki innan heilbrigðiskerfisins á Miðstöð foreldra og barna ef fyrirbyggjandi vandi er hjá foreldri með að tengjast barni sínu eða grunur leikur á því. Einkennin geta t.d. verið þegar ungabörn sýna lítil viðbrögð, gráta mikið eða eiga í erfiðleikum með að hvílast eða nærast. Foreldrum er einnig vísað á úrræðið ef þeir eru ungir og búa við lítinn stuðning fjölskyldu, í þeim tilfellum sem fæðing gekk erfiðlega eða þegar mikil vanlíðan var til staðar á meðgöngu (Miðstöð foreldra og barna, e.d.).

Geðheilsuvandi foreldra getur haft margvísleg neikvæð og langvinn áhrif á börn. „Mellow parenting“ meðferðarúrræðið var þróað í þeim tilgangi að aðstoða við tengslamyndun foreldra og barna frá aldrinum 0-5 ára. Það er sá aldur þar sem mest áhrif koma fram á heila og þroska barna. Á þessum tíma er hættu á að barnið fari að þróa með sér neikvæða eiginleika vegna óöruggrar tengslamyndunar. Árangur meðferðarinnar hefur sýnt að hún gagnast börnum fram að átta ára aldri. Notast er við aðferðina í hópmeðferðum þar sem undirstaða er lögð að því að auka þátttöku foreldra og efla samband þeirra við barn sitt (Macbeth o.fl., 2015). Meðferðin gengur út á að meðferðaraðili hittir móður og barn einu sinni í viku í fjórtán vikur. Hópmeðferðin beinist að þeirri reynslu kvenna að vera foreldri, sjálfáliti þeirra og geðheilsuvandamálum sem þær eru að upplifa. Unnið er með neikvæðar hugsanir mæðra og reynt að efla jákvæðan hugsunarhátt. Mæðurnar fá heimaverkefni þar sem þær vinna með hugsanir sínar og reyna að fá fram jákvæðar hugsanir í stað neikvæðra. Í meðferðinni er mæðrum einnig kenndir leikir sem þær geta farið í með börnum sínum. Mæðrum er kennt að nudda börnin, skoða myndabækur með börnunum, syngja lög og fara í kjöltuleiki (e. lap games). Þetta er gert til að örva börnin og aðstoða mæður við að ná fram því markmiði að tengjast þeim betur. Hægt er að sjá miklar breytingar á atferli barna eftir að „Mellow parenting“ inngripið hefur verið notað þar sem börn sýna meiri virkni í kjölfarið og samband móður og barns styrkist. Ásamt þessu hefur meðferðin sýnt fram á jákvæð áhrif á geðheilbrigði móður (Puckering, 2009).

Sá sem veitir meðferðina þarf ekki að vera lærður sérfræðingur heldur þarf hann eingöngu að hafa fengið grunnþjálfun í framkvæmd meðferðarinnar. Rannsóknir hafa sýnt fram á að notkun þessarar meðferðar í meðalstórum hóp skili árangri sem lýsir sér í betri tengslamyndun, aukinni velferð móður og bættri hegðun barns (Macbeth o.fl., 2015).

6.3 Fjölskyldubruin á geðsviði Landspítala

Á Íslandi býður Landspítali Háskólasjúkrahús (LSH) upp á meðferðarúrræði sem kallast Fjölskyldubruin og er forvarnarstuðningur á geðsviði spítalans þar sem áhersla er lögð á þarfir barna. Fjölskyldubruin er ætluð fjölskyldum þar sem foreldri á við geðsjúkdóm að stríða og er í meðferð á geðsviði spítalans. Innblástur af úrræðinu var fenginn á þverfaglegum samráðsfundi um málefni barna sem eiga foreldra með geðsjúkdóma í Finnlandi árið 2005. Barnageðlæknarnir William Beardslee og Tytti Solantus voru á fundinum og kynntu verkefni sín um mikilvægi fjölskyldustuðnings og hvernig hann skilar verulegum árangri til fjölskyldna í betri líðan og samskiptum. Í framhaldi af því var

stofnaður íslenskur þróunarhópur til að vinna að málefnum innan og utan geðsviðs Landspítalans (Eydís K. Sveinbjarnardóttir o.fl., 2008).

Í Fjölskyldubrúnni er unnið markvisst að því að aðskilja barn frá sjúkdómi foreldris sem stuðlar að minni sektarkennd barns og auknum skilningi þess á sjúkdómnum. Fagaðili leiðbeinir foreldrum um hvernig upplýsa má barnið um einkenni sjúkdómsins og líðan foreldra. Mikilvægt er að umræðan taki mið af þörfum barna, þroska þeirra og aldri. Þetta eykur skilning barna á geðsjúkdómnum og líðan foreldra. Stuðningur í Fjölskyldubrúnni byggir á meðferðarúrræðunum „Family Talk Intervention“ (FTI) og „Let’s Talk about the Children“ (LT) sem fjallað er um í kafla 6.4. Fagaðili hittir einstaklinga úr fjölskyldunni í sjö aðskilin skipti á um það bil átta mánaða tímabili annaðhvort heima hjá fjölskyldunni, hjá fagaðila eða eftir samkomulagi. Í fyrstu er rætt við foreldra í tvö skipti þar sem stuðningur er kynntur og þar á eftir er rætt einslega við hvert barn. Eftir viðtal við barnið er rætt aftur við foreldra og að lokum eru samræður með allri fjölskyldunni. Stuðningurinn felst einnig í eftirfylgdarviðtölum við foreldra sex mánuðum síðar (Eydís K. Sveinbjarnardóttir o.fl., 2008).

Fjölskyldustuðningur sem þessi er viðkvæmur og vandmeðfarinn og því er ekki hægt að veita slíkan stuðning nema fara í gegnum formlegt nám og þjálfun þar sem stuðningurinn getur valdið skaða ef ekki er vel staðið að honum. Fjölskyldur sem tekið hafa þátt í þessum stuðningi taka honum fagnandi og tala um hann sem nýja og jákvæða meðferðarnálgun sem þær hafa ekki fengið áður vegna veikinda sinna (Eydís K. Sveinbjarnardóttir o.fl., 2008).

6.4 Family talk intervention (FTI) og Let’s talk about the children (LT)

Tytti Solantus barnageðlæknir frá Finnlandi hefur mikið fjallað um mikilvægi fjölskyldustuðnings við börn geðsjúkra. Í rannsókn Solantus o.fl. (2010) voru skoðuð tvö meðferðarúrræði sem miða að því að fyrirbyggja geðraskanir meðal barna sem eiga foreldra með geðsjúkdóma. Meðferðarúrræðin voru „Family Talk Intervention“ (FTI) og „Let’s Talk about the Children“ (LT). FTI er úrræði sem ætlað er að stuðla að þroska foreldra og barna til að fyrirbyggja geðraskanir barna. FTI er ætlað að auka samskipti innan fjölskyldunnar, veita stuðning við félagslíf barna og skilning þeirra á þunglyndi. LT er hinsvegar úrræði þar sem barnið er í brennidepli og byggir á stuttri geðheilbrigðisfræðslu til foreldra frá fagaðilum um hvernig þau geta stutt börn sín (Solantus o.fl., 2010).

Þegar börn eru ekki upplýst um geðsjúkdóm foreldra geta þau fundið fyrir sektarkennd og kennt sér um veikindi þeirra. Því er mikilvægt að veita börnum viðeigandi upplýsingar eftir aldri og upplýsa þau um að ástæðan fyrir veikindum foreldra er ekki á þeirra ábyrgð (Korhonen o.fl., 2010). Meginmarkmið með báðum þessum inngripum er að fyrirbyggja sálfélagsleg einkenni barna sem og þunglyndis- og kvíðaeinkenni hjá börnum foreldra með geðsjúkdóma. Inngripin hjálpa fjölskyldumeðlimum að koma saman til að læra á aðstæður fjölskyldunnar og finna sameiginlegar aðferðir til að takast á við vandamál á uppbyggilegan hátt. Niðurstöður rannsóknar Solantus o.fl. (2010) sýndu ekki einungis að meðferðarúrræðin FTI og LT hefðu fyrirbyggjandi áhrif heldur leiddu þau einnig til lækkunar á einkennum barna þegar þau voru komin fram í báðum hópunum. Breytingar sáust strax á fyrstu fjóru mánuðunum í FTI á meðan LT tók lengri tíma. Ástæðan getur verið sú að FTI inniheldur alla fjölskylduna í meðferðinni á meðan LT miðar að því að foreldrum eru veittar upplýsingar sem þau

skoða fyrst sjálf áður en þau beita þeim á börnin. Bæði þessi inngrip hafa verið skilgreind sem örugg og framkvæmanleg (Solantus o.fl., 2010).

Family Talk Intervention (FTI) úrræðið byggir á starfi William Beardslee, barnageðlækni frá Bandaríkjunum, og rannsóknarteymi hans sem rannsakað hafa árangur af fjölskyldustuðningi þar sem að minnsta kosti annað foreldrið hefur verið greint með þunglyndi og áttu börn á aldrinum 8-15 ára. Rannsóknin náði til 105 fjölskyldna en 97 fjölskyldur kláruðu inngripið. Hópnum var skipt í tilrauna- og samanburðarhóp. Tilraunahópurinn fékk fjölskyldubrúarstuðning í 6-11 skipti þar sem meðferðaraðili hitti foreldra og börn og veitti þeim stuðning eftir ákveðinni handbók fyrir meðferðina. Einnig fékk hópurinn eftirfylgd í 6-9 mánuði eftir að stuðningi lauk. Foreldrar í samanburðarhópnum fengu tvo fyrirlestra þar sem frætt var um þunglyndi og áhrif þess á börn og fjölskyldur. Foreldrar hittust saman í framhaldi af því án barna en þeir réðu hvort þeir ræddu viðfangsefni fyrirlestranna við börn sín. Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu að báðar þessar aðferðir skiluðu langtíma árangri. Fjölskyldubrúin skilaði hins vegar marktækt meiri árangri hvað varðar hegðun foreldra með tilliti til veikinda ásamt auknum skilningi barna á veikindum foreldris. Báðar aðferðirnar sýndu fram á fækkun einkenna þunglyndis barna ásamt því að auknar framfarir voru í fjölskylduvirkni til lengri tíma (Beardslee, Wright, Gladstone og Forbes, 2007).

7 Umræður

Tengslamyndun foreldra og barna byggir á því að foreldrar séu í jákvæðum samskiptum við barnið. Þessi samskipti fela í sér að barni er veitt ást og umhyggja ásamt því að foreldrar bregðast á jákvæðan hátt við merkjum sem barn gefur frá sér. Barn finnur þá til öryggis og minni streitu sem er fyrirbyggjandi gagnvart neikvæðri tengslamyndun (Alden, 2012). Fyrstu tengsl sem barn myndar eru oftast við móður þar sem það finnur til öryggis í nálægð hennar. Við aðskilnað finnur barnið hins vegar til óryggis. Á eftir móður koma aðrir umönnunaraðilar inn í myndina s.s. feður sem og aðrir sem annast barnið mest (Sæunn Kjartansdóttir, 2011). Tengslamyndun við móður er talin byrja strax á meðgöngu og heldur áfram eftir fæðingu (Sullivan o.fl., 2011; Sæunn Kjartansdóttir, 2011). Það skiptir miklu máli á fyrstu árum í lífi barns að tengslamyndun þróist með viðeigandi hætti en fyrstu þrjú árin skipta höfuðmáli fyrir þróun tilfinninga og hegðun barns. Jákvætt samband foreldra við barn er mikilvægt til að barnið geti stofnað til heilbrigðra samskipta við aðra. Hvernig foreldrar og fagaðilar vinna með tengslamyndun getur haft áhrif á velferð og þroska barna í framtíðinni (Perry, 2013).

7.1 Geðraskanir foreldra og áhrif á tengslamyndun barna

Út frá niðurstöðum rannsóknar um algengi geðraskana á Stór-Reykjavíkursvæðinu má álykta að fleiri konur en karlar þjáist af almennri kvíðaröskun hér á landi og að kvíðaröskun sé nokkuð algeng á Íslandi (Jón G. Stefánsson og Eiríkur Línal, 2009). Samkvæmt upplýsingum frá Tryggingastofnun Ríkisins (2013) eru geðraskanir algengasta orsök örorku hér á landi. Talið er að tíðni geðsjúkdóma, s.s. þunglyndis og kvíða, aukist töluvert fram til ársins 2020 og að þá verði þunglyndi önnur helsta orsök örorku á heimsvísu (Stuart, 2013).

Geðraskanir greinast oftast hjá einstaklingum á barneignaraldri eða á aldursbilinu 20-50 ára (Gelder o.fl., 2005; Sadock og Sadock, 2007). Áætlað er að 15-30% fullorðinna með geðsjúkdóm séu foreldrar barna undir 18 ára aldri. Geðsjúkdómar hafa áhrif á alla fjölskylduna og geta þeir valdið ójafnvægi innan hennar (Stallard o.fl., 2004). Þunglyndi og kvíði eru algengustu geðsjúkdómarnir sem einstaklingar eru að glíma við og börn foreldra með geðraskanir eru í aukinni áhættu á að þróa með sér geðsjúkdóma síðar á lífsleiðinni (Stuart, 2013; Gelder o.fl., 2005; Sadock og Sadock, 2007). Álag er á heimilunum (Homlong o.fl., 2012) og geðræn veikindi, s.s. þunglyndi, geta haft áhrif á getu foreldra til að sinna uppeldi barna. Í einhverjum tilvikum geta foreldrar veitt börnum takmarkaðan stuðning á uppvaxtarárunum og þá getur fjölskyldulíf einkenst af óryggi. Fjölskyldumeðlimir eiga það til að draga sig í hlé sem getur haft áhrif á samskipti foreldra við börn og hvernig tilfinningaleg tengsl þróast (Kristín Rún Friðriksdóttir o.fl., 2012). Börn sem búa við þessar aðstæður geta fundið fyrir einkennum kvíða og streitu (Solantus o.fl., 2010).

Ef foreldrar geta ekki aðstoðað barn sitt við að takast á við streituna getur það haft langvarandi áhrif á barnið og tengslamyndun þess í framtíðinni (Sæunn Kjartansdóttir, 2010). Börn sem ekki hafa stuðning geta upplifað flóknar tilfinningar og átt erfitt með að vinna úr þeim þar sem þau finna fyrir sektarkennd og eiga það til að kenna sér um veikindi foreldra sinna (Korhonen o.fl., 2010). Oft hafa þessi börn miklar áhyggjur af foreldrum sínum og taka aukna ábyrgð á heimilinu. Þau lenda í umönnunarhlutverki og halda sig að mestu inni á heimilinu til að tryggja öryggi foreldra sem glíma við geðsjúkdóm (Korhonen o.fl., 2010; Mordoch og Hall, 2008). Þegar foreldrar eru veikir eiga börn þeirra

það til að breyta hegðun sinni í samræmi við veikindin til að viðhalda stöðugleika á heimilinu og endurheimta reglulegt daglegt líf (Mordoch og Hall, 2008). Geðsjúkdómar foreldra geta leitt til að upp komi sálfræðileg og geðræn vandamál hjá börnum og unglingum vegna þess að neikvæð tengsl hafa myndast (Homlong o.fl., 2015). Þunglyndi, kvíði og vímuefnaneysla á unglingsárum hefur verið tengt minni menntun, lægri tekjum, minni atvinnuþátttöku og verri lífskjörum. Þá eru auknar líkur á að framangreind atriði valdi því að þau verði bótáþegar síðar á lífsleiðinni (Gibb o.fl., 2010).

Talið er að börn sem fá góðan stuðning og eru vel upplýst um geðsjúkdóm foreldra sinna farnist betur í lífinu en þau sem fá hann ekki. Auk þess eru þau ólíklegri til að þróa með sér einkenni geðraskana. Börn sem geta leitað til einhvers sem þau treysta, hvort sem um er að ræða ráðgjafa, einhvern fullorðinn eða jafninga virðist ganga betur. Þau eiga auðveldara með að takast á við tilfinningalegar erfiðar aðstæður sem getur haft góð áhrif á geðheilsu þeirra, til skamms eða lengri tíma (Korhonen o.fl., 2010).

Tveir þriðju hluti barna eru í öruggum tengslum við foreldra sína (Berger, 2014) en ytri aðstæður eins og geðrænn vandi foreldra geta haft neikvæð áhrif og valdið óöruggri tengslamyndun (Sæunn Kjartansdóttir, 2011). Einkenni ungbarna vegna ófullnægjandi tengslamyndunar er að barn sefur mikið, bregst illa við þegar það er snert, sýnir lítil svipbrigði og hundsar foreldra með því að leita athygli hjá öðrum fullorðnum sem eru til staðar (Alden, 2012). Tengslaröskun getur því komið fram hjá börnum vegna skorts á umönnun og samskiptum við móður eða aðal umönnunaraðila (Sadock og Sadock, 2007). Foreldrar sem eiga við andleg veikindi að stríða eru viðkvæmir og getur það tengst óstöðugleika í samskiptum við börn þeirra. Þetta getur orðið til þess að barn upplifi aðskilnaðarkvíða, persónuleikaröskun, þunglyndi, andfélagslega hegðun og eigi í námserfiðleikum síðar á lífsleiðinni (Sadock og Sadock, 2007; Newman og Mares, 2007).

Mikilvægt er að tryggja jákvæða tengslamyndun (Sadock og Sadock, 2007). Óörugg tengsl í barnæsku eru talinn stór áhættuþáttur á að geðræn vandamál komi upp síðar á lífsleiðinni en hins vegar er öryggi talið vera verndandi þáttur sem vinnur gegn tilfinningalegum og andlegum erfiðleikum (Cassidy o.fl., 2013). Óörugg tengsl geta leitt til hegðunarvandamála hjá börnum, seinkaðs þroska, slakrar sjálfsmyndar og tilfinningavanda þar sem þau geta átt erfitt með að tjá eigin tilfinningar og skynja tilfinningar annarra (Perry, 2013; Tareen og Tareen, 2015). Börn geta átt í auknum erfiðleikum með að aðlagast félagslega og eru í áhættuhóp með að upplifa kvíða og þunglyndi (Solantus o.fl., 2010).

Börn gera miklar kröfur um umönnun til foreldra sinna sem getur reynst foreldrum erfitt þegar þeir glíma við geðræn vandamál. Aukið álag fylgir því að eignast barn og á þeim tíma er mikilvægt að styðja við foreldra, sérstaklega þá foreldra sem eiga við heilsufarsvandamál að stríða (Sæunn Kjartansdóttir, 2010; Sæunn Kjartansdóttir, 2011). Miklu máli skiptir að grípa snemma inn í aðstæður en með því má koma í veg fyrir að börn þrói með sér geðsjúkdóm og hann færist milli kynslóða (Kristín Rún Friðriksdóttir o.fl., 2012).

7.2 Meðferðarúrræði á Íslandi

Strax á meðgöngu þarf að styðja verðandi foreldra og skima fyrir áhættuþáttum út frá líðan móður og tengslamyndun hennar við barn (Sæunn Kjartansdóttir, 2011). Nokkur meðferðarúrræði standa til

boða fyrir fjölskyldur hér á landi sem glíma við vandamál vegna tengslamyndunar og geðræns vanda. Bakvið úrræðin standa hjúkrunarfræðingar og ljósmæður sem starfa í þverfaglegum teyimum. Þetta eru FMB teymi Landspítalans, Miðstöð foreldra og barna og Fjölskyldubrúin á geðsviði Landspítala. Öll þessi úrræði byggja á fyrirmyndum erlendis frá og hafa reynst vel og skilað góðum árangri þar. Meðferðarúrræðin miðast við þarfir hvernar fjölskyldu en markmið þeirra eru að bæta tengslamyndun foreldra og barna ásamt því að efla heilbrigð samskipti.

FMB teymið er úrræði sem kemur til móts við þarfir kvenna sem eru að fást við geðrænan vanda á meðgöngu. Þar er unnið með tengslamyndun foreldra og barna frá meðgöngu og þar til barn hefur náð eins árs aldri (Valgerður Lísá Sigurðardóttir, 2011). Í meðferðinni er notast við hugmyndafræði PIP (e. parent-infant psychotherapy) þar sem stuðlað er að jákvæðri tengslamyndun barns á fyrsta aldursári (Barlow o.fl., 2015).

Miðstöð foreldra og barna er úrræði þar sem markmiðið er að efla foreldrafærni og efla heilbrigð samskipti foreldra við barn frá fæðingu til eins árs aldurs. Stuðst er aðferðir PIP og „Mellow Parenting“ sem bæði eru inngrip sem byggja á tengslamyndun barna og foreldra (Miðstöð foreldra og barna, e.d.).

Fjölskyldubrúin er meðferðarúrræði þar sem áhersla er lögð á þarfir barna. Úrræðið felur í sér að rætt er við börn um geðræn veikindi foreldra þeirra og fagaðili leiðbeinir foreldrum um hvernig þeir eigi að byggja það samtal upp (Eydís K. Sveinbjarnardóttir o.fl., 2008). Fjölskyldubrúin byggir á meðferðarúrræðunum „Family Talk Intervention“ (FTI) og „Let’s Talk about the Children“ (LT). Með þessu er reynt að veita börnum stuðning, auka skilning þeirra á geðsjúkdómum foreldra sinna og fyrirbyggja geðraskanir sem þau geta þróað með sér í framtíðinni (Solantus o.fl., 2010).

Mismunandi er eftir meðferðarúrræðum hvort þörf reynist fyrir sérfræðipækkingu þegar kemur að því að veita meðferðir til að efla jákvæða tengslamyndun foreldra og barna. Til dæmis krefjast meðferðir sem veittar eru í Miðstöð foreldra og barna ekki sérfræðipækkingar heldur þarf eingöngu að hafa lokið grunnnámskeiði varðandi meðferðina. Aftur á móti eru gerðar kröfur um sérfræðimenntun í meðferð hjá Fjölskyldubrúnni vegna þess hversu viðkvæmt málefnið er. Á Íslandi er ekki vitað hver árangur þessara meðferða er þar sem skortur er á rannsóknum.

Þörf er á frekari meðferðarúrræðum fyrir foreldra með geðraskanir hér á landi þar sem einungis tvö þessara úrræða eru í boði fyrir börn á aldrinum 0-1 árs. Úrræðin sem nefnd eru hér að framan eru ætluð börnum á aldrinum 0-5 ára en vegna starfsmannaskorts og lítils fjármagns er eingöngu hægt að sinna börnum og meðhöndla þau fram til eins árs aldurs (Anna María Jónsdóttir o.fl., 2015). Þar sem tengslamyndun skiptir mestu máli á fyrstu árum í lífi barns, hvað varðar velferð og þroska, er mikilvægt að veita foreldrum með geðraskanir þá meðferð sem er í boði og hentar í ákveðnum tilvikum (Sæunn Kjartansdóttir, 2010). Hjúkrunarfræðingar og ljósmæður í ung- og smábarnavernd á heilsugæslustöðvum eru í lykilaðstöðu til að fylgjast með og bregðast við neikvæðri tengslamyndun barna og foreldra og geta þá vísað þeim áfram á viðeigandi úrræði (Anna Björg Aradóttir o.fl., 2013). Þar sem börn á aldrinum 0-5 ára eru í eftirliti á heilsugæslustöðvum væri tilvalið að byggja þar upp starf sem vinnur með tengslamyndun barna og foreldra með geðraskanir. Til að geta sinnt þessu starfi á sem bestan hátt þarf aukinn starfskraft og viðbótar fjármagn.

8 Lokaorð

Tengslamyndun á fyrstu æviárum barna við helsta umönnunaraðila, þá oftast móður, er undirstaða fyrir heilbrigðan þroska og velferð þeirra. Ytri aðstæður, s.s. ef foreldri er með geðröskun getur haft neikvæð áhrif á tengslamyndun við barnið og valdið óöruggum tengslum. Þegar börn búa við óörugg tengsl getur streita aukist hjá þeim og hætta eykst á því að þau verði fyrir tilfinningalegum skaða sem getur haft áhrif á tengslamyndun þeirra við aðra á lífsleiðinni. Börn foreldra með geðraskanir eru líklegri til að þróa með sér geðsjúkdóma í framtíðinni og geta þar af leiðandi átt í erfiðleikum með nám og þátttöku á vinnumarkaði. Námserfiðleikar og andfélagsleg hegðun getur haft í för með sér að börn búi við skert lífsgæði á fullorðinsárum og því er mikilvægt að fylgst sé náið með þessum atriðum og alltaf sé stuðst við nýjar rannsóknir til að tryggja að bestu úrræðum sé beitt hverju sinni.

Vísbendingar hafa komið fram um að munur er á einkennum barna hvað varðar tengslamyndun eftir því hvort geðröskun er að finna hjá föður eða móður. Þessar vísbendingar væri áhugavert að skoða nánar og styðja það með sértækri rannsókn. Hver sem niðurstaðan mun reynast úr slíkri rannsókn er ávallt mikilvægt fyrir tengslamyndun barna að veita foreldrum með geðraskanir viðeigandi meðferðarúrræði. Það getur dregið úr líkum þess að börn þrói með sér einkenni tengslaröskunar og/eða geðsjúkdóma.

Úrræði á fyrsta aldursári geta skipt sköpum fyrir tengslamyndun barna síðar á æviskeiðinu og því þarf að vinna með börn og foreldra saman til að stuðla að jákvæðri tengslamyndun. Hjúkrunarfræðingar og ljósmæður í ung- og smábarnavernd á heilsugæslustöðvum eru í lykilaðstöðu til að meta frávík, fylgjast með og bregðast við neikvæðri tengslamyndun barna og foreldra og geta þá vísað þeim áfram í viðeigandi úrræði. Tilvalið er að veita samþætta þjónustu á heilsugæslustöðvum landsins þar sem börn koma þangað reglulega í eftirlit fyrstu fimm ár æviskeiðsins. Í dag er Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins með starfsemi sem kallast Þroska- og hegðunarstöð þar sem markmiðið er að efla lífsgæði barna og draga úr frávikum í þroska, hegðun og líðan. Ljóst er að þörf er á fleiri úrræðum þar sem eftirspurn er mikil. Hinsvegar er óvíst hvort heilsugæslan geti tekist á við slík verkefni eins og staðan er í dag þar sem hún á erfitt með að veita grunnþjónustu. Vert er að vekja athygli á því að þau úrræði sem eru í boði eru öll á höfuðborgarsvæðinu. Þó þau séu ætluð nýbökkuðum foreldrum um allt land er um langan veg fyrir marga foreldra að fara sem eykur enn á álag þessara fjölskyldna. Því er enn brýnna að efla starf hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra á heilsugæslustöðvum landsins til að geta auðveldað fjölskyldum aðgang að viðeigandi þjónustu.

Ef börn eru ekki nægilega upplýst um geðsjúkdóm foreldra sinna geta þau myndað neikvæð tengsl við foreldra, fundið fyrir sektarkennd og tekið aukna ábyrgð á foreldri og heimilinu. Hljóti börn hins vegar viðeigandi stuðning og fræðslu um geðsjúkdóma foreldra eru minni líkur á því að þau þrói með sér einkenni tengslaröskunar þegar þau eldast. Vegna framangreindra atriða eru hjúkrunarfræðingar í lykilhlutverki til að veita börnum og foreldrum þeirra viðeigandi stuðning og fræðslu um geðsjúkdóma. Stuðningur hjúkrunarfræðinga getur falið í sér eftirfylgni til að koma í veg fyrir mögulegar afleiðingar. Fræðslu er hægt að veita bæði með einstaklings- og hópviðtölum þar sem unnið er með foreldra og börn saman eða í sitthvoru lagi. Sérstaklega þarf að huga að upplýsingagjöf til barna og unglinga þar

sem hægt er að nýta veraldarvefinn til að koma á framfæri upplýsingum, s.s. í formi myndbanda og gagnvirkra leiðbeininga, en þessar aðferðir reynast oft ungu fólki vel.

Hér á landi eru ekki nægileg úrræði í boði fyrir alla aldurshópa en mikil þörf er á að meðferðarúrræði verði bætt og þeim fjölgað í þverfaglegum teymum. Til að fjölga megi þessum úrræðum er mikil þörf á rannsóknum varðandi árangur meðferða sem eru í boði héraðs svo hægt sé að sýna fram á mikilvægi þeirra fyrir tengslamyndun og geðheilbrigði barna líkt og sýnt hefur verið fram á með erlendum rannsóknum. Mikilvægt er að benda á að ef gripið er snemma inn í getur það fækkað bótaþegum og innlögnum vegna geðsjúkdóma. Snemmtæk íhlutun og frekari rannsóknir geta skilað sér í hagræðingu fyrir heilbrigðiskerfið og fjármunir nýtast betur fyrir samfélagið í heild.

Heimildaskrá

- Ahlström, B. H., Skärsäter, I. og Danielson, E. (2010). The meaning of major depression in family life: the viewpoint of the ill parent. *Journal of Clinical Nursing*, 19(1-2), 284-293.
- Alden, K. R. (2012). Transition to Parenthood. Í Lowdermilk, Perry, Cashion og Alden (ritstjórar), *Maternity and women's health care* (bls. 507-527). United states of America: Elsevier Mosby.
- Anna Björg Aradóttir, Geir Gunnlaugsson og Sesselja Guðmundsdóttir (ritstjórar). (2013). *Ung- og smábarnavernd. Leiðbeiningar um heilsuvernd barna 0-5 ára* (3. útgáfa). Reykjavík: Embætti Landlæknis.
- Anna María Jónsdóttir, Helga Hinriksdóttir, Stefanía B. Arnardóttir og Sæunn Kjartansdóttir. (2008, júní). *Miðstöð foreldra og barna að fimm ára aldri*. Meðferða- og fræðslusetur fyrir fjölskyldur með geðheilsu- og tengslavanda. Sótt 5. apríl 2016 af <http://www.bvs.is/files/file719.pdf>.
- Anna María Jónsdóttir, Helga Hinriksdóttir, Stefanía B. Arnardóttir og Sæunn Kjartansdóttir. (2015). *Umsögn miðstöðvar foreldra og barna um tillögu til þingályktunar um stefnu og aðgerðaáætlun í geðheilbrigðismálum til fjögurra ára*, 338. mál. Sótt 6. apríl 2016 af <http://www.althingi.is/altext/erindi/145/145-497.pdf>.
- Barlow, J., Bennett, C., Midgley, N., Larkin, S. K. og Wei, Y. (2015). *Parent-infant Psychotherapy for Improving Parental and Infant Mental Health: A Systematic Review*. Noregur: The Campbell Collaboration. Doi: 10.4073/csr.2015.6.
- Beardslee, W. R., Wright, E. J., Gladstone, T. R. og Forbes, P. (2007). Long-term effects from a randomized trial of two public health preventive interventions for parental depression. *Journal of Family Psychology*, 21(4), 703-713.
- Berger, K. S. (2014). *The developing person through the life span* (9. útgáfa). New York: Worth Publishers.
- Bettmann, J. E. og Friedman, D. D. (2013). Attachment-Based Clinical Work with Children and Adolescents. New York: Springer-Verlag. Doi:10.1007/978-1-4614-4848-8.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. New York: Basic.
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28(5), 759-775.
- Breton, S. (2006). *Þunglyndi: Hvað er til ráða gegn þunglyndi. Sjálfshjálp og leiðbeiningar fyrir fjölskyldu* (Eva Ólafsdóttir þýddi). Reykjavík: Fjölvaútgáfan.
- Cassidy, J., Jones, J. D. og Shaver, P. R. (2013). Contributions of attachment theory and research: a framework for future research, translation and policy. *Development and psychopathology*, 25, 1415-1434.
- Embætti Landlæknis. (2012). *Þjóð gegn þunglyndi*. Sótt 22. október 2015 af <http://www.landlaeknir.is/Thjodgegnthunglynd>.
- Eydís K. Sveinbjarnardóttir, Sigurður Rafn A. Levy og Vilborg G. Guðnadóttir. (2008). Fjölskyldubrúin: fjölskyldustuðningur með börnin í brennidepli. *Geðvernd*, 37(1), 6-11.
- Fishel, A. H. (2012). Mental Health Disorders and Substance Abuse in pregnancy. Í Lowdermilk, Perry, Cashion og Alden (ritstjórar), *Maternity and women's health care* (bls. 757-778). United states of America: Elsevier Mosby.
- Gelder, M., Mayou, R. og Geddes, J. (2005). *Psychiatry: An Oxford Core Text* (3. útgáfa). New York: Oxford University Press.
- Gerhardt, S. (2004). *Why love matters: how affection shapes a baby's brain*. New York: Brunner-Routledge.

- Gibb, S. J., Fergusson, D. M. og Horwood, L. J. (2010). Burden of psychiatric disorder in young adulthood and life outcomes at age 30. *The British Journal of Psychiatry*, 197(2), 122-127.
- Ginsburg, G. S., Siqueland, L., Masia-Warner, C. og Hedtke, K. A. (2004). Anxiety disorders in children: Family matters. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11(1), 28-43.
- Gotlib, I. H. og Hammen, C. L. (2009). *Handbook of depression* (2. útgáfa). New York: Guilford Press.
- Gunnar, M. R. og Donzella, B. (2002). Social regulation of the cortisol levels in early human development. *Psychoneuroendocrinology*, 27(1-2), 199-220.
- Hanington, L., Heron, J., Stein, A. og Ramchandani, P. (2012). Parental depression and child outcomes - is marital conflict the missing link? *Child: Care, Health and Development*, 38(4), 520-529.
- Hávar Sigurjónsson. (2012). Úrræði fyrir verðandi mæður í vímuefnaneyslu. *Læknablaðið*, 98(12), 664-665.
- Homlong, L., Rosvold, E. O., Sagatun, A., Wentzel-Larsen, T. og Haavet, O. R. (2015). Living with mentally ill parents during adolescence: a risk factor for future welfare dependence? A longitudinal, population-based study. *BMC Public Health*, 15, 1-10.
- Ingibjörg Ásgeirsdóttir og Þorgerður Gunnarsdóttir. (2014, september). *Snemmtæk íhlutun, það skiptir máli að byrja snemma*. Erindi flutt á kynningu á FMB teymi LSH fyrir barnaverndarstarfsmenn, Reykjavík.
- Jón G. Stefánsson og Eiríkur Líndal. (2009). Algengi geðraskana á Stór-Reykjavíkursvæðinu. *Læknablaðið*, 95(9), 559-564.
- Korhonen, T., Pietilä, A. M. og Vehviläinen-Julkunen, K. (2010). Are the children of the clients' visible or invisible for nurses in adult psychiatry? A questionnaire survey. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(1), 65-74.
- Kristín Rún Friðriksdóttir, Ragnheiður Halldórsdóttir, Eydís K. Sveinbjarnardóttir og Páll Biering. (2012). Börn sem eiga foreldra með geðsjúkdóma. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 3(88), 6-11.
- Lefkovic, E., Baji, I. og Rigó, J. (2014). Impact of maternal depression on pregnancies and on early attachment. *Infant Mental Health Journal*, 35(4), 354-365.
- Lenzi, D., Trentini, C., Tambelli, R. og Pantano, P. (2015). Neural basis of attachment-caregiving systems interaction: insights from neuroimaging studies. *Frontiers in Psychology*, 6: 1241. Doi:10.3389/fpsyg.2015.01241.
- Lyons-Ruth, K., Bronfman, E. og Parsons, E. (1999). Maternal frightened, frightening, or atypical behavior and disorganized infant attachment patterns. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 64(3), 67-96.
- Macbeth, A., Law, J., McGowan, I., Norrie, J., Thompson, L. og Wilson, P. (2015). Mellow parenting: systematic review and meta-analysis of an intervention to promote sensitive parenting. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 57(12), 1119-1128.
- Miðstöð foreldra og barna. (e.d.). *Meðferðarúrræði*. Sótt 4. apríl 2016 af <http://www.fyrstutengsl.is/>.
- Mordoch, E. og Hall, W. A. (2008). Children's perceptions of living with a parent with a mental illness: finding the rhythm and maintaining the frame. *Qualitative Health Research*, 18(8), 1127-1144.
- Mowbray, C. T., Bybee, D., Oyserman, D., MacFarlane, P. og Bowersox, N. (2006). Psychosocial outcomes for adult children of parents with severe mental illnesses: demographic and clinical history predictors. *Health and Social Work*, 31(2), 99-108.
- Newman, L. og Mares, S. (2007). Recent advances in the theories of and interventions with attachment disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(4), 343-348.

- Perry, B. D. (2013). Bonding and attachment in maltreated children. Consequences of emotional neglect in childhood. *The ChildTrauma Academy*. Sótt 4. apríl 2016 af https://childtrauma.org/wp-content/uploads/2013/11/Bonding_13.pdf.
- Puckering, C. (2009). Mellow babies. Mellow parenting with parents of infants. Í Barlow J. og Svanberg, P. O. (ritstjórar), *Keeping the baby in mind* (bls. 155-163). New York: Routledge.
- Sadock, B. J. og Sadock, V. A. (2007). *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (10. útgáfa). Philadelphia: Lippincott Williams og Wilkins.
- Saunders, H., Kraus, A., Barone, L. og Biringen, Z. (2015). Emotional availability: theory, reasearch and intervention. *Frontiers in Psychology*, 6:1069. Doi:10.3389/fpsyg.2015.01069.
- Solantus, T., Paavonen, E. J., Toikka, S. og Punamäki, R. L. (2010). Preventive Interventions in families with parental depression: Children's psychosocial symptoms and prosocial behaviour. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19(12), 883-892.
- Stallard, P., Norman, P., Huline-Dickens, S., Salter, E. og Cribb, J. (2004). The effects of parental mental illness upon children: A descriptive study of the views of parents and children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9(1), 39-52.
- Stuart, G. W. (2013). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* (10. útgáfa). Elsevier: St. Louis, Missouri.
- Sullivan, R., Perry, R., Sloan, A., Kleinhaus, K. og Burtchen, N. (2011). Infant bonding and attachment to the caregiver: insights from basic and clinical science. *Clinics in Perinatology*, 38(4), 643-655.
- Sæunn Kjartansdóttir. (2010). Við vissum það ekki þá en við vitum það núna. Um áhrif fyrstu árána á börn og fullorðna. Í Salvör Nordal, Sigrún Júlíusdóttir og Vilhjálmur Árnason (ritstjórar), *Velferð barna, gildismat og ábyrgð samfélags* (bls. 133-143). Reykjavík: Siðfræðistofnun-Háskólaútgáfan.
- Sæunn Kjartansdóttir. (2011). *Árin sem enginn man: áhrif frumberskunnar á börn og fullorðna*. Reykjavík: Mál og menning.
- Tareen, R. S. og Tareen A. N. (2015). Attachment and mental health issues in the newborn. *Journal of Alternative Medicine Research*, 7(3), 203-214.
- Tómas Zoëga. (2001). Kvíði, greining og meðferð. *Geðvernd* 30(1), 27-31.
- Tryggingastofnun Ríkisins. (2013). *Helsta orsök örorku eftir sjúkdómflokkum*. Sótt 30. mars 2016 af [http://www.tr.is/media/tolutidindi/Helsta-orsok-ororku-eftir-sjukdomaflokkum_2013.pdf](http://www.tr.is/media/tolutidindi/Helsta-orsok-ororku-efrir-sjukdomaflokkum_2013.pdf).
- Valgerður Lísa Sigurðardóttir. (2011). Foreldrar, meðganga, barn: FMB teymi á Landspítala. *Ljósmeðrablaðið*, 89(2), 42.
- World Health Organization (WHO). (2001). *The world health report 2001. Mental health: New understanding, new hope*. Sótt 23. október 2015 af http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf.