

## **Barn som omsorgsgivere: Adaptiv versus destruktiv parentifisering**

Bente Storm Mowatt Haugland

### **Barn som omsorgsgivere: Adaptiv versus destruktiv parentifisering**

Mange barn får omfattende omsorgsoppgaver fordi andre i familien er avhengig av deres hjelp og støtte. Konsekvensene for barnet kan både være positive og negative.

*Artikkelen bygger på prøveforelesning holdt for dr.psychol.-graden ved Universitetet i Bergen, februar 2004.*

I hvor stor grad barn forventes å gi omsorg, varierer mellom kulturer og i ulike samfunnslag og historiske epoker. Den vestlige kultur preges av normative standpunkt om at barn i hovedsak skal være *mottakere* av omsorg, at barn bør ha tid til lek og samvær med jevnaldrende, og at kunnskap og ferdigheter bør læres i situasjoner hvor andre ikke er avhengige av barnets ytelser. Det forventes at ansvaret og pliktene som barn pålegges, reguleres i forhold til barnets alder, utvikling og familiens livssyklusfase. En komplementær foreldre–barn-relasjon i tidlig oppvekst utvikles til en symmetrisk relasjon etter hvert som barnet når tenårene og voksen alder. Tilbakevending til en komplementær rollefordeling skjer ofte når foreldrene blir gamle og får behov for omsorg fra sine barn.

*Fra fokus på familier med kronisk sykdom og kriser har en nylig rettet oppmerksomheten mot foreldre med store karriereambisjoner, høyprestasjonsfamilier og familier med fremstående eller berømte foreldre*

På tross av kulturelle forventninger om at barn skal være mottakere av omsorg, får en del barn, også i vår kultur, omfattende omsorgsoppgaver som følge av at andre familiemedlemmer er avhengige av deres hjelp og støtte. I den kliniske litteraturen benyttes ulike benevnelser i forhold til slike familiemønstre. Minuchin (1974) anvender begrepet «parental child» om barn som har store omsorgsoppgaver overfor søsken. Wallerstein (1985) betegner barn som har stor grad av ansvar i kjølvannet av foreldrenes skilsmisse, som «overburdened children». I engelsk faglitteratur benyttes betegnelsen «young carers» i forhold til barn og unge med omfattende omsorgsoppgaver overfor familiemedlemmer med kroniske sykdommer, funksjonshemninger eller rusavhengighet (Aldridge & Becker, 1993a, 1993b; Jenkins & Wingate, 1994; Newman, 2002). Begrepet «role reversal» benyttes om barn med mye voksenansvar og voksenroller (Mayselless, Bartholomew, Henderson & Trinke, 2004). Den tidligste og mest brukte betegnelsen på barn med store omsorgsoppgaver er «parentification», innført av familierapeuten Boszormenyi-Nagy og hans kolleger på 1960-tallet (Boszormenyi-Nagy & Farmo, 1965; Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973). I mangel av en god og dekkende norsk betegnelse vil jeg benytte begrepet parentifisering om barn som har store omsorgsoppgaver i familien.

Begrepet parentifisering benyttes av fagpersoner fra ulike disipliner og med ulik teoretisk utgangspunkt. Det er derfor ikke uventet at begrepet brukes forskjellig. Dette nødvendiggjør en definering og drøfting av begrepet. Faglitteraturen beskriver ofte de helseskadelige følgene parentifisering har for barn. For en nyansert forståelse av parentifisering som fenomen er det imidlertid nødvendig også å belyse andre, eventuelt mer adaptive sider ved relasjonsmønsteret. Dersom en antar at parentifisering ikke utelukkende er et negativt samspillsmønster i familien, blir det viktig å identifisere forhold ved barnet, i familierelasjonene og i omgivelsene som bidrar til at et parentifisert familiemønster er adaptivt eller destruktivt. Dette er kunnskap som kan bedre vår evne til å intervensere i forhold til parentifiserte barn og deres familier.

### **Parentifisering – definisjon og avgrensning**

Det finnes en rekke definisjoner av parentifiseringsbegrepet. Jeg vil ta utgangspunkt i følgende definisjon fra Valteau, Bergner og Horton (1995): «Parentifisering er et mønster av familieinteraksjon hvor barn og ungdom tildeles roller og ansvar som innenfor deres kultur normalt utføres av voksne omsorgsgivere» (s. 157, min oversettelse).

Definisjonen er deskriptiv ved at det ikke tas stilling til hvorvidt parentifisering er et adaptivt eller destruktivt foreldre–barn–mønster, og ved at det ikke angis hvilke konsekvenser rollemønsteret har. Derved unngår en allerede i utgangspunktet å redusere kompleksiteten i fenomenet.

Definisjonen vektlegger nødvendigheten av å se barnets rollemønster i forhold til normer og forventinger i den kultur barnet lever innenfor. Det som er normalt og rimelig å forvente i én kultur, kan betraktes som parentifisering i en annen. Omfattende omsorgsansvar i forhold til søsken er eksempel på et rollemønster som blir understøttet i mange kulturer, men som i den vestlige kultur i vår tid betraktes som parentifisering (Jurkovic, 1997).

Definisjonen fremhever hvilket ansvar som tillegges barnet. Den er vid i den forstand at den kan inkludere rollemønstre hvor barn har omsorg for så vel foreldre som søsken og andre familiemedlemmer. Definisjonen kan også romme ulike typer omsorgsoppgaver som barn utøver, både emosjonelle og praktiske omsorgsoppgaver. Emosjonelle oppgaver kan være det å trøste, megle i konflikter, gi råd eller bekreftelse og oppmuntring til andre familiemedlemmer. Praktiske oppgaver kan være husarbeid, pleie av syke familiemedlemmer eller å holde orden på familiens økonomi.

En svakhet ved definisjonen er at barnets aktive deltakelse i rollemønsteret ikke omtales, et viktig aspekt for å forstå dynamikken i parentifisering. Dette aspektet impliserer også at barn må ha utviklet en viss grad av autonomi før en kan omtale en relasjon som parentifisert (Jurkovic, Jessee & Goglia, 1991). I den kliniske litteraturen antydes at barn må være to til tre år før de aktivt kan inngå i en parentifisert relasjon (Jurkovic, 1997). Dette utelukker imidlertid ikke at en også kan se kimen til parentifisering i samspill mellom yngre barn og foreldre (Byng-Hall, 2002).

Definisjonen presiserer at parentifisering er et interaksjonsmønster i familier. Det er en avgrensning av begrepet ved at annen type utnytting av barn, eksempelvis barnearbeid, ekskluderes.

Både internaliserende og eksternaliserende symptomatferd kan betraktes som måter barn indirekte ivaretar foreldrenes behov og derved sees som tegn på en parentifisert foreldre–barn-relasjon (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973). Jurkovic (1997) argumenterer imidlertid for at parentifiseringsbegrepet kun bør benyttes i forhold til barn som viser ytre omsorgsattferd og tydelige tegn på overansvarlighet. Derved avgrenses begrepet i forhold til barn som utelukkende har internalisert foreldrenes forventninger om omsorg uten at ytre overansvarlig atferd hos barnet observeres. Denne avgrensingen har fordeler ved at en unngår i betydelig grad å basere seg på fortolkninger av barns motiver, atferd og symptomer. Parentifiseringsbegrepet blir derved klarere og mer anvendbart både klinisk og forskningsmessig. Avgrensingen har imidlertid den ulempe at den kan bidra til at emosjonelle omsorgsoppgaver som barn utøver, ikke gis tilstrekkelig oppmerksomhet. Dette fordi emosjonelle omsorgsoppgaver ofte er vanskeligere å observere for utenforstående og også er mer utydelige både for familiemedlemmene og for barnet selv. Parentifisering bør imidlertid ikke reduseres til bare å gjelde barns utøvelse av praktiske omsorgsoppgaver. Det er derfor nødvendig å videreutvikle metoder for å registrere barns utøvelse av så vel emosjonelle som praktiske omsorgsoppgaver. Jurkovic (1997) avgrensning av parentifiseringsbegrepet synes på den andre side å være fornuftig for å forhindre utvanning av begrepet. Relasjonsmønstre som ikke eksplisitt impliserer at barn innehar voksenroller og ansvar, bør omtales ved bruk av andre familiepsykologiske begreper, som triangulering, «enmeshment», delegering eller «detouring» (Simon, Stierlin & Wynne, 1985).

Det er vanskelig å anslå forekomsten av parentifisering. Frekvensen av denne type relasjonsmønster er lite undersøkt. En retrospektiv studie fra Canada, basert på responser på et tilknytningsintervju (Family Attachment Interview), finner at så mange som 13 % av voksne i et ikke-klinisk utvalg (N = 128) skåres å ha hatt høy grad av rollebytte i forhold til egne foreldre i oppveksten (Mayseless et al., 2004). En overveldende andel av de som fikk høy skåre på rollebytte, var kvinner

(94 %). En engelsk spørreskjemaundersøkelse av skolebarn i alderen 11 til 17 år (N = 506) finner at 23 % av barna hadde omsorgsoppgaver i forhold til et familiemedlem. Av disse anga 6 % at den de hjalp, var ufør eller hadde rusproblemer, mens 2 % hadde så omfattende omsorgsoppgaver at det overgikk hva som normalt forventes ut fra deres alder (Banks et al., 2001). Andre engelske undersøkelser finner lavere prevalenstall, noe som antas å skyldes bruk av forskjellige kriterier, ulike informasjonskilder, samt ulik grad av sykdom, fattigdom og helseproblemer i ulike distrikt (Banks et al., 2001).

### Ulike typer rollemønstre

Parentifisering omfatter ulike rollemønstre. Det første rollemønsteret omhandler *barn som har en foreldrerolle i forhold til egne foreldre*. En eller begge foreldre mottar i stor grad omsorg, støtte og hjelp fra barnet, og barnet har fått ansvar og kontroll i relasjonen. Det har funnet sted et rollebytte sett ut fra de kulturelle forventningene om hvordan ansvar og omsorgsoppgaver bør fordeles mellom generasjonene. Dette rollemønsteret er i overensstemmelse med Boszormenyi-Nagy og hans kollegaers opprinnelige forståelse av parentifisering (Boszormenyi-Nagy & Farmo, 1965; Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973). Boszormenyi-Nagy mente imidlertid at parentifisering ikke bare forekom mellom foreldre og barn, men også i andre relasjoner, for eksempel i parforhold. I ettertid har parentifiseringsbegrepet primært blitt benyttet for å beskrive samspill mellom barn og deres foreldre eller mellom barn og andre nære familiemedlemmer.

Det andre rollemønsteret som omfattes av parentifiseringsbegrepet, er *barn som har en partner-rolle i forhold til egne foreldre* (Goglia, Jurkovic, Burt & Burge-Callaway, 1992). Foreldre forholder seg til barnet som om han eller hun var av samme generasjon som dem selv. Foreldre kan dele intime erfaringer eller diskutere personlige problemer med barnet som om barnet var en likeverdig voksen. Barnet har inntatt en voksenposisjon i forhold til egne foreldre, men uten at foreldrepersonen har tatt barnerollen, som tilfellet var i det foregående rollemønsteret. Seksualiserte relasjoner til egne barn kan sees som undergrupper av dette rollemønsteret (Barnett & Parker, 1998; Jacobvitz, Riggs & Johnson, 1999; Mayseless et al., 2004).

Det tredje rollemønsteret omhandler *barn som har en voksenrolle i forhold til andre familiemedlemmer* uten at det har funnet sted et rollebytte mellom barn og foreldre. Barnet kan ut fra praktiske eller økonomiske grunner få omfattende ansvar og omsorgsoppgaver i forhold til ett eller

flere familiemedlemmer. Dette kan være barn som har ansvar for pleietrengende besteforeldre eller eldste barn i en stor barneflokk som fungerer som pseudoforeldre for yngre søsken.

De to førstnevnte rollemønstrene omtales som *intergenerasjonell parentifisering*. Dette innebærer at det vanlige familiehierarkiet er brutt ned og barna har fått stor grad av omsorg i forhold til egne foreldre. Parentifiseringsbegrepet benyttes oftest i forhold til denne type foreldre–barn-mønstre. Dersom barn kun har en omsorgsrolle i forhold til søsken, kan familiehierarkiet og generasjonsgrensene fremdeles være opprettholdt. Rollemønsteret betegnes da som *intragenerasjonell parentifisering*. Ulike rollemønstre av parentifisering er imidlertid funnet å være korrelerte. Dette innebærer at barn som har en foreldrerolle, gjerne også har en partnerrolle i forhold til foreldrene eller en voksenrolle i forhold til søsken (Stein, Riedel & Rotheram-Borus, 1999).

### Utvikling av parentifisering

En rekke familiekonstellasjoner og foreldreproblemer utgjør en risiko for utvikling av et parentifisert familiemønster. Et fellestrekk er at det eksisterer en mangel eller ubalanse i omsorgssystemet. Denne ubalansen kan oppstå av ulike grunner: kronisk psykisk eller fysisk sykdom hos foreldrene (Aldridge & Becker, 1993a; Blackford, 1999; Stein et al., 1999; Struge & Coster, 1994; Winton, 2003), foreldres rusmisbruk (Bekir, McLellan, Childress & Gariti, 1993; Chase, Deming, & Wells, 1998; Goglia et al., 1992; Stein et al., 1999), samlivsbrudd eller når en av foreldrene dør (Aldridge & Becker, 1993b; Jurkovic, Thirkield & Morrell, 2001; Wallerstein, 1985; Winton, 2003). I familier med store foreldrekonflikter og ved familievold kan barna parentifiseres ved at de blir fortrolige, alliansepartnere eller meglere i forhold til foreldrene (Jurkovic et al., 1991). Barn kan videre få en partnerrolle, foreldrerolle eller voksenrolle når en av foreldrene er i fengsel, er innlagt på sykehus eller er fraværende av andre grunner (Winton, 2003). Barn kan ha store omsorgsoppgaver i familier hvor det er en omsorgsperson (Jurkovic et al., 1991) eller i familier med mange barn (Winton, 2003). Også søsken av barn med funksjonshemming kan bli parentifiserte, ut fra at familiens totale omsorgsoppgaver overskrider foreldrenes ressurser (Banks et al., 2001; Lamorey, 1999). Flyktning- og innvandrerfamilier kan utgjøre en risiko for parentifisering gjennom at foreldrene blir avhengig av språklig, praktisk og følelsesmessig hjelp fra barna, som ofte raskere finner seg til rette i sitt nye hjemland (Winton, 2003).

Fra fokus på familier med kronisk sykdom og kriser har en nylig rettet oppmerksomheten mot foreldre med store karriereambisjoner, høyprestasjonsfamilier og familier med fremstående eller berømte foreldre (Chase, 2001; Jurkovic, Morrell & Casey, 2001). Også i disse familiene kan barn stå i fare for å bli parentifiserte. For at foreldrene skal nå egne mål kan barna pålegges omsorgsoppgaver og ansvar i forhold til å ta vare på seg selv, foreldrene eller andre familiemedlemmer.

Foreldre- og familieproblemer som kan bidra til at barn blir parentifiserte, kan grovt sett deles i to kategorier: 1) umodne foreldre som forsøker å få dekket egne behov gjennom barna, og 2) familier med store belastninger. Den første kategorien forklares ut fra at foreldrene selv ikke har fått den omsorg de trengte som barn. Dette har skapt en mangel og opplevelse av urett som foreldrene søker å rette opp gjennom å rekruttere egne barn inn i en omsorgsrolle i forhold til dem selv (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973). Ifølge den kliniske litteraturen har disse foreldrene gjerne hatt omfattende savn i egen oppvekst, blitt utnyttet eller selv opplevd grenseforstyrrelser i oppvekstfamilien, gjennom mishandling, seksuelle overgrep, parentifisering, neglisjering eller overbeskyttelse (Bekir et al., 1993; Jurkovic, 1997). Foreldrene kan ha manglet en trygg tilknytningsperson og mottatt lite empati og anerkjennelse. For enkelte kan dette resultere i manglende sensitivitet i forhold til egne barns følelser og vansker med å ta andres perspektiv. Foreldre med denne type bakgrunn kan imidlertid også overidentifisere seg med barnets følelser og i stedet infantiliserer barnet (Jurkovic, 1997). Den andre kategorien, hvor familien eller foreldrene har store belastninger, består av foreldre som på grunn av kriser, sykdom, store omsorgsoppgaver, krevende arbeidsoppgaver eller egen karriere har behov for at barnet bidrar i forhold til familiens omsorgsoppgaver. Belastningene i disse familiene kan være akutte eller kroniske.

Parentifisering vil ofte være et resultat av flere forhold. Foreldre kan ha store avhengighets- og omsorgsbehov som ektefellen eller andre voksne ikke klarer å imøtekomme i tilstrekkelig grad. I stedet rekrutteres barnet inn i en omsorgsrolle. Det parentifiserte rollemønsteret kan ytterligere forsterkes ved at det oppstår sykdom, kriser eller andre belastninger i familien. Barn trenger sine foreldre og er derfor både sensitive i forhold til dem og villig til å strekke seg langt for å imøtekomme deres behov (Chase, 1999).

Det må imidlertid advares mot forenklete slutninger om at sykdom og belastninger i familier, eller sågar foreldres manglende evne til å fylle omsorgsrollen, er ensbetydende med at barn blir parentifiserte. Foreldre med vanskelige oppvekstforhold og store belastninger håndterer dette på ulike måter. Å vende seg mot egne barn for omsorg er bare en av flere løsningsstrategier.

Risiko for parentifisering avhenger selvsagt også av faktorer utenfor familien, for eksempel økonomiske ressurser og tilgjengelighet av hjelp og støtte, det være seg fra slektninger, venner, selvhjelpsorganisasjoner eller offentlige etater (Winton, 2003).

### **Adaptiv versus destruktiv parentifisering**

Boszormenyi-Nagy og Spark (1973), Minuchin (1974) og Jurkovic (1997) er sentrale teoretikere i forhold til parentifisering. Alle viser til at parentifisering er et vanlig element i foreldre–barn-relasjoner, som ikke bør defineres som en relasjonsforstyrrelse. Boszormenyi-Nagy og Spark (1973) og Jurkovic (1997) opererer med to typer parentifisering – destruktiv versus adekvat eller adaptiv parentifisering.

Adaptiv parentifisering innebærer ifølge Jurkovic (1997) at barnet har omfattende omsorgsoppgaver i familien. Barnet mottar imidlertid støtte fra andre, og oppgavene kan være av avgrenset varighet. Parentifisering betegnes som destruktiv når barn har omsorgsoppgaver som er inadekvate i forhold til deres alder og modenhet uten at de mottar støtte eller anerkjennelse for sin innsats. Ved destruktiv parentifisering brytes generasjonsgrenser og kulturelt definerte regler i forhold til roller, rettigheter og forpliktelser mellom barn og foreldre. Da det er av stor betydning å kunne skille mellom adaptiv og destruktiv parentifisering, vil aspekter som antas å markere forskjeller mellom disse, bli nærmere belyst.

*Ved destruktiv parentifisering brytes kulturelt definerte regler i forhold til roller, rettigheter og forpliktelser*

*Varighet.* Kroniske sykdommer, rusproblemer eller en orientering mot høye prestasjoner i familier kan resultere i parentifiserte rollemønstre som vedvarer i store deler av barns oppvekst. I motsetning til dette kan barn pålegges belastende omsorgsoppgaver i overgangsperioder eller krisesituasjoner. Skilsmisse og tap av partner ved dødsfall er eksempler på krisesituasjoner som kan være ledsaget av manglende organisering hos foreldre. Den voksnes kapasitet til å yte omsorg kan svekkes. Barna kan forsøke å ivareta foreldrene følelsesmessig samtidig som de har sine egne reaksjoner på de tap og omstillinger som finner sted (Byng-Hall, 2002; Wallerstein, 1985). Det kan oppstå et parentifisert rollemønster i en overgangsperiode før den voksne har etablert andre relasjoner for støtte. Parentifiseringen anses i større grad å være adaptiv dersom rollemønsteret utelukkende opptrer i avgrensede og spesielt stressende perioder (Jurkovic et al., 2001).



*Praktiske versus emosjonelle oppdrag.* Hvilken type ansvar og oppgaver barnet pålegges, innvirker på hvorvidt parentifiseringen betraktes som destruktiv eller adaptiv (Jurkovic, 1997; Minuchin, 1974). Praktiske eller instrumentelle omsorgsoppgaver, som husarbeid og stell av syke familiemedlemmer, er konkrete. Oppdragene er vanligvis eksplisitte og åpne, og det er gjerne tydelig for alle parter hvilke rolleforventninger barnet oppfylder. Elementet av tydelighet og åpenhet fremheves som en faktor som bidrar til at denne type parentifisering er mindre destruktivt. Barn kan imidlertid ha ulike emosjonelle eller ekspressive oppdrag. De kan beskytte, trøste, oppmuntre, roe, disiplinere, gi råd eller være «livbøye», megler eller alliansepartner. Det overordnede temaet består i at barnet gis ansvar for den følelsesmessige stabiliteten i familien og for familiemedlemmers velbefinnende. Emosjonelle rolleforventninger er ofte mer utydelige og innebærer i større grad internaliserte forpliktelser som verken barnet selv eller den voksne er fullt klar over (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973). Generelt sett uttrykkes det mer bekymring for konsekvensene av emosjonelle oppdrag. Disse ansees som vanskeligere å utføre fordi de er mer utydelige, fordi de ofte formidles indirekte, fordi barna ofte mottar mindre anerkjennelse for denne type innsats, fordi oppgavene ofte krever psykologisk modenhet ut over barnets utviklingsnivå, og fordi de krever at barnet i større grad identifiserer seg med foreldrenes forventninger og behov (Byng-Hall, 2002; Jones & Wells, 1996; Jurkovic, 1997; Wells & Jones, 2000). Praktiske og emosjonelle rolleoppdrag eksisterer imidlertid ofte i kombinasjon. Dette illustreres i studier av barn med foreldre med kroniske sykdommer som multippel sklerose (Sturge et al., 1994) og hiv/aids (Stein et al., 1999). I tillegg til praktiske omsorgsoppgaver rapporterer disse barna betydelige følelsesmessige belastninger – med bekymringer i forhold til endringer i foreldrenes humør og personlighet, redsel for fremtiden, redsel for at foreldrene skal dø og redsel for at de selv skal bli syke. I stedet for å søke støtte hos foreldrene angir barna at de prøver å ivareta foreldrenes følelser.

*Omfang av omsorgsoppgaver versus barnets alder og modenhet.* At barn gradvis gis økt ansvar etter hvert som de utvikler seg og modnes, stimulerer deres autonomi og opplevde kompetanse (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973). Parentifisering innebærer at ansvaret og oppgavene overskrider det som vanligvis forventes av barn. Ved destruktiv parentifisering overskrides gjerne også barnets mulighet for mestring. Barna opplever situasjonen som belastende og at de ikke strekker til i forhold til å dekke foreldrenes eller andre familiemedlemmers behov. For mange vil dette resultere i skyld og skamfølelse (Wells & Jones, 2000). For å skille mellom destruktiv og adaptiv parentifisering er det viktig å vurdere i hvilken grad barnet overbelastes emosjonelt og fysisk. Dette vil selvsagt også

avhenge av hvorvidt barnets omsorgsrolle er situasjonsspesifikk og tidsavgrenset eller mer omfattende over tid og på tvers av situasjoner. Hvor håndterbare oppgavene og ansvaret er, må dessuten vurderes ut fra barnets alder og modenhet. Yngre barn antas å være mer utsatt for destruktiv parentifisering enn eldre, fordi tenåringer kan mestre oppgaver som innebærer fysiske og følelsesmessige belastninger som yngre barn ikke har psykisk struktur eller fysisk styrke til å klare (Jurkovic, 1997).

Det overveldende i omsorgsoppgavene kan noen ganger ligge vel så mye i *barnets opplevelse eller fortolkning* som i selve oppdraget barnet utfører. Å passe på at alle sigarettene er slukket når fulle foreldre legger seg, er en avgrenset praktisk oppgave. Dette kan imidlertid gjenspeile barnets opplevde ansvar for familiemedlemmenes helse og sikkerhet, noe som kan være en stor følelsesmessig belastning. Hvor omfattende oppgavene er, vil dessuten innvirke på hvor mye tid og overskudd barnet har til aldersadekvate aktiviteter som samvær med venner, skolearbeid og fritidssysler.

*Anerkjennelse og legitimitet.* Hvorvidt et parentifisert rollemønster er destruktivt eller adaptivt må også vurderes i forhold til andre relasjonsaspekter i familien. Destruktiv parentifisering karakteriseres ved at barnets bidrag ikke anerkjennes eller gis legitimitet av andre familiemedlemmer (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973). Barnets innsats kan tvert om bli ignorert eller straffet. Dette gjør det mindre sannsynlig at barnet opplever kompetanse og selvfølelse som følge av omsorgsoppgavene han/hun utfører. I en del tilfeller vil heller ikke utenforstående se eller anerkjenne barnets innsats. Dette fordi det er vanskelig for voksne å forestille seg at barn utfører så omfattende og vanskelige oppgaver. Aldridge og Becker (1993b) mener manglende anerkjennelse av den innsats parentifiserte barn gjør, skyldes at profesjonelle ikke forstår eller tar barnas situasjon på alvor. Barna kan skjule omsorgsarbeidet de utfører, i redsel for familieoppløsning (Jenkins & Wingate, 1994). Rollemønstre hvor barn ivaretar foreldrenes emosjonelle behov, vil i mange tilfeller verken erkjennes av foreldrene eller av barna selv. Barnas ansvar og omsorgsrolle kan være vanskelig å få innblikk i, i alle fall før barnet eventuelt selv utvikler symptomatferd.

*Barna kan skjule omsorgs-arbeidet de utfører i redsel for familieoppløsning*

*Gjensidighet og støtte.* I hvilken grad barnet mottar støtte og omsorg, antas å være et annet sentralt skille mellom destruktiv og adaptiv parentifisering (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986; Jurkovic et al., 2001). Familiemedlemmer kan være pålitelige kilder til støtte og kjærlighet selv om de er avhengige av barnas hjelp. Foreldre kan pålegge barnet omfattende ansvar, samtidig som de evner å gi barnet støtte og forståelse i forhold til dets behov, så vel som de oppgavene barnet utfører.

Ved destruktiv parentifisering blir ikke barnets behov for omsorg, veiledning, trøst og beskyttelse imøtekommet i tilfredsstillende grad. I tillegg til å ha store omsorgsoppgaver opplever barnet et psykologisk fravær eller tap av foreldre (Barnett & Parker, 1998). En retrospektiv studie av et ikke-klinisk utvalg antyder at opplevelse av å bli neglisjert og avvist av foreldrene er hyppig forekommende i sterkt parentifiserte foreldre–barn-relasjoner (Maysseless et al., 2004). Selv de som rapporterte følelse av mestring og opplevelse av å få nærhet og aksept fra den omsorgstrengende foreldrepersonen anga at de unnlot å vende seg til den voksne når de selv trengte støtte.

Enkelte parentifiserte barn opplever sterke bånd og gjensidig støtte i forhold til søsken (Jacobvitz et al., 1999). Det blir imidlertid også pekt på faren for avvising og konflikter mellom søsken i denne typen familier (Jurkovic et al., 1991). Søsken kan oppfatte det parentifiserte barnet som en hindring i forhold til egen tilgjengelighet til foreldrene. Konflikter mellom søsken kan også oppstå dersom ett av barna har omsorgsansvar i søskenflokket uten at foreldrene har gitt ham/henne den autoritet som kreves for å mestre oppgaven (Winton, 2003).

### **Negative konsekvenser av parentifisering**

I litteraturen vises det til en rekke negative følger av destruktiv parentifisering (se Chase, 1999; Jurkovic, 1997; Passlack, 2003; Winton, 2003). Noen av disse blir beskrevet i det følgende.

*Sosial utvikling og skoleprestasjoner.* Parentifisering kan ha negative konsekvenser for barns sosiale utvikling. Barna kan ha lite tid eller mulighet til å delta i aldersadekvate aktiviteter og oppgaver, noe som kan hemme dem i forhold til å etablere og opprettholde nære relasjoner til jevnaldrende (Aldridge & Becker, 1993a). Barnas sosiale liv og vennskap kan videre begrenses fordi det er vanskelig for jevnaldrende å forstå og forholde seg sensitivt til presset og vanskene det parentifiserte barnet opplever (Aldridge & Becker, 1993b). Enkelte foreldre kan oppfatte barnas nære forhold til andre som en trussel. De er avhengige av bekreftelse fra barnet for å opprettholde sin selvfølelse, og kan direkte eller indirekte intervensere for å hindre barnet i å etablere vennerelasjoner (Jurkovic, 1997). Samlet kan dette bidra til å hemme barnets sosiale utvikling, samtidig som det hindrer barnet i å få et støttende nettverk utenfor familien.

Parentifisering kan også ha negativ innvirkning på barnas skolegang og deres akademiske status (Aldridge & Becker, 1993b; Chase et al., 1998). Mulighet for videre utdanning kan begrenses på grunn av manglende fremmøte, forsentkomming, manglende støtte fra foreldre eller lav innsats og

dårlig konsentrasjon i forhold til skolearbeid. En engelsk survey-undersøkelse viser at en betydelig andel av barn med store omsorgsoppgaver i hjemmet har skoleproblemer (Dearden & Becker, 1998, ref. i Banks et al., 2001). At barnas sosiale kontaktflate og skoleprestasjoner berøres, kan forstyrre utviklingsoppgaver i forhold til utvikling av autonomi, løsrivelse, identitetsdanning og etablering av jevnbyrdige relasjoner (Barnett & Parker, 1998).

*Positive og adaptive følger har vært lite omtalt, fordi det i hovedsak har vært familierapeuter og kliniske psykologer som har beskrevet parentifisering. Dette er yrkesgrupper som møter barn og voksne som trenger hjelp*

*Selvfølelse, identitet og løsriving.* Parentifisering kan bidra til at barn får vansker med å etablere en sunn følelse av egenverdi (Jurkovic et al., 1997). De vil ikke kjenne seg elsket eller godtatt for hvem de *er*, men for hva de *gjør*. De kan utvikle en selvforståelse som er i overensstemmelse med foreldrenes eller andres ønsker, behov og sårbarhet, mer enn ut fra egne følelser, opplevelser og egenskaper. Rollen som omsorgsgiver blir sentral for deres selvforståelse, mens annen basis for identitet i liten grad utforskes (Byng-Hall, 2002; Jurkovic, 1997). Ved destruktiv parentifisering risikerer barn å få for lite bekreftelse gjennom andre relasjoner og aktiviteter til at disse kan ha tilstrekkelig betydning for deres identitetsutvikling. De opplever seg selv ut fra forventninger og forpliktelser om å ivareta andres behov og følelser. Barnet fremtrer gjerne som kompetent og overfunderende, mens andre sider av personligheten blir utydelige både for barnet selv og for andre (Barnett & Parker, 1998).

Med utgangspunkt i tilknytnings- og objektrelasjonsteori ansees parentifisering som en alvorlig trussel i forhold til barnets separasjons- og individuasjonsprosess (Macfie, McElwain, Houts & Cox, 2005; Wells & Jones, 1998). I parentifiserte relasjoner kan barn tilside sette egne behov for omsorg og trøst, men også barnets behov for autonomi og individuering kan bli frustrert. Den kliniske litteraturen viser til at parentifiserte barn kan ha vansker med å løsrive seg fra opphavsfamilien (Jurkovic et al., 2001). Både barnet selv og andre familiemedlemmer kan oppfatte separasjon som et utslag av egoisme og illojalitet. Selv etter at de har etablert egen familie, synes mange å ha omfattende ansvarsfølelse i forhold til opprinnelsesfamilien (Jurkovic et al., 2001). Dette bekreftes av empiriske undersøkelser hvor forstyrrelser i generasjonsgrensene knyttet til parentifisering i mange tilfeller synes å vedvare også etter at barna har nådd voksen alder (Goglia et al., 1992).

*Psykiske problemer.* Parentifiserte barn beskrives gjerne som hjelpsomme og overansvarlige. På den andre siden vises det til at destruktiv parentifisering innebærer risiko for utvikling av

symptomer som depresjon, angst, suicidalitet, lav selvtillit, overdreven skyldfølelse, vedvarende bekymring, sosial isolasjon, psykosomatiske symptomer, samt ulike eksternaliserende problemer (Byng-Hall, 2002; Jurkovic et al., 1991; Lamorey, 1999). En amerikansk studie av ungdom med aids-syke foreldre rapporterer sammenhenger mellom parentifisering og internaliserende problemer (angst og depresjon) hos ungdommer, men også eksternaliserende problemer som alkohol, stoffbruk og atferdsproblemer (Stein et al., 1999). En engelsk studie viser at barn og unge med omsorgsoppgaver for uføre familiemedlemmer rapporterte mer depresjon og lavere selvfølelse enn barn som ikke hadde denne type omsorgsansvar (Banks et al., 2001).

*Parentifisering av egne barn.* Repetisjonsproblemer fremheves som den alvorligste konsekvensen av destruktiv parentifisering (Bosomenyi-Nagy & Spark, 1973; Sroufe, 1989). Fordi barnas behov ofte nedprioriteres, vil mange ha tilbøyelighet til å vende seg mot egne barn for omsorg når de selv blir foreldre. Det skapes således et gjentakende mønster av parentifisering over flere generasjoner. Fra å utvise «pseudomodenhet» i tidlig alder kan en del ha vansker med å ta ansvar og fungere adekvat som foreldre i forhold til egne barn (Bekir et al., 1993).

Macfie et al. (2005) har testet ut sammenhengen mellom rapportert rollebytte i forhold til egne mødre (vurdert ut fra «Adult Attachment Interview») hos 138 voksne par som venter sitt første barn, og observert rollebytte i mor–barn-relasjonen når barnet var blitt to år gammelt. Undersøkelsen bekrefter overføring av rollebytte eller parentifisering mellom generasjoner. Resultatene forklares ut fra tilknytningsteori hvor barnets indre arbeidsmodell antas å romme representasjoner både av barnets rolle i relasjon til foreldrene og foreldrenes rolle overfor barnet. Den indre representasjonen av foreldrerollen som mottaker av omsorg, muliggjør at barna, når de selv blir foreldre, tar samme rollen i forhold til egne barn. Overføring av rollebytte fra en generasjon til neste viste seg å være knyttet til kjønn. Mødre som rapporterte rollebytte i forhold til egne mødre, hadde høyere tendens til rollebytte i forhold til sine to år gamle døtre, mens fedre som rapporterte rollebytte i forhold til egne mødre, hadde ektefeller som viste større grad av rollebytte i interaksjon med sine to år gamle sønner. Dette forklares ut fra antagelser om at vi velger partnere som har en indre arbeidsmodell av familien som tilsvarer vår egen (Macfie et al., 2005).

*Overdreven omsorgsorientering.* Den teoretiske så vel som den empiriske litteraturen viser til risiko for utvikling av overdreven omsorgsorientering i voksen alder som følge av destruktiv parentifisering i oppveksten. Ulike begreper anvendes på dette, deriblant «co-dependency» i litteraturen om pårørende av rusmisbrukere (Wells, Glickauf-Hughes & Jones, 1999), «compulsive

caregiving attachment pattern» innenfor tilknytningsteori (Byng-Hall, 2002; West & Keller, 1991) og «the caretaker syndrome» i generell klinisk litteratur (Valleau et al., 1995). Overdreven omsorgsorientering beskrives som et gjennomgripende og vedvarende atferdsmønster hvor personen aktivt tar på seg tunge omsorgsoppgaver. Han eller hun prøver å ordne opp, gi råd og redde andre, uansett om disse ønsker eller har behov for dette. Personer med overdreven omsorgsorientering kan neglisjere egne behov og problemer og være motvillige til å akseptere hjelp for egen del. De finner gjerne partnere som er avhengige, og som de ender opp med å ta vare på fysisk og følelsesmessig (Valleau et al., 1995).

Skyldfølelse antas å være en sentral drivkraft bak dette mønsteret (Byng-Hall, 2002). I en undersøkelse av amerikanske studenter ble det funnet en sammenheng mellom parentifisering i egen oppvekst og overdreven omsorgsorientering (Valleau et al., 1995). Sammenhengen forklares ut fra at barna tidlig har opplevd tilfredsstillelse og kompetanse gjennom å ha en viktig og ansvarlig rolle i familien. Barna har samtidig vært forhindret i å delta i mer aldersadekvate aktiviteter og har i mindre grad utviklet evne til å inngå i likeverdige relasjoner hvor de lærer både å gi og å ta imot omsorg.

*Maladaptive personlighetstrekk.* Høy grad av opplevd parentifisering i barndommen var forbundet med masochistiske og narsissistiske personlighetstrekk i en undersøkelse av amerikanske studenter (Jones & Wells, 1996). Denne sammenhengen forklares ut fra at parentifiserte barn ikke har fått dekket egne grunnleggende behov for omsorg og bekreftelse, og som konsekvens av at de opplever seg selv med utgangspunkt i foreldrenes behov og ønsker. Masochistiske karaktertrekk sees som følge av at foreldrene har hatt behov for følelsesmessig eller praktisk omsorg. Narsissistiske trekk antas å være knyttet til foreldrenes behov for at barnet realiserer deres drømmer og idealiserte selv (Jones & Wells, 1996).

### **Adaptive konsekvenser av parentifisering**

Teoretikere og forskere viser til at barns utøvelse av omsorg også kan ha positive og adaptive følger (Banks et al., 2001; Barnett & Parker, 1998; Blackford, 1999; Chase, 2001; Jurkovic et al., 2001; Mayseless et al., 2004). Winton (2003) mener imidlertid at disse konsekvensene har vært lite omtalt, fordi det i hovedsak har vært familierapeuter og kliniske psykologer som har beskrevet parentifisering. Dette er yrkesgrupper som med stor sannsynlighet møter barn og voksne som har vært

utsatt for destruktiv parentifisering og som trenger hjelp i forhold til de vansker og forstyrrelser dette har påført dem. Konsekvenser knyttet til adaptiv parentifisering har således vært lite påaktet.

*Selvfølelse og kompetanse.* Barn er motivert til å hjelpe og vise omsorg i forhold til personer som er signifikante for dem. Tilknytningsteoretikeren Byng-Hall (2002) viser til verdien av at barn tar ansvar for andre familiemedlemmer, for eksempel i perioder med sykdom. Ifølge Minuchin (1974) er det naturlig at barn gis en del voksenansvar i store familier, i familier med enslige forsørgere og i familier hvor begge foreldre er i arbeid. Han argumenterer for at dette bidrar til at barnet utvikler ansvar, kompetanse og autonomi. Boszormenyi-Nagy og Spark (1973) hevder at barn lærer å identifisere seg med voksenrollen og det å ta ansvar gjennom perioder med en viss grad av parentifisering. Empiriske undersøkelser bekrefter videre at foreldre rapporterer økt modenhet og evne til omsorg hos søsken av funksjonshemmede barn (Banks et al., 2001). At andre forventer ens hjelp, at en blir sett på som viktig, og at en aktivt bidrar i forhold til betydningsfulle personer i ens liv kan være en kilde til selvfølelse og opplevd kompetanse (Blackford, 2003). Enkelte samfunnsvitere stiller spørsmål ved det moderne samfunns holdning til barn. De hevder at barn i den moderne samfunn settes i en passiv mottakerrolle både i skolen og i familien. Barns innsats tillegges derved liten eller ingen verdi (Banks et al., 2001; Nilsen, 2003; Winton, 2003). Barn betraktes som objekter for voksnes veiledning, arbeid og omsorg. I følge kritikerne fører dette til at barns kompetanse og ressurser ignoreres, med de konsekvenser dette har for deres opplevelse av seg selv som selvstendige, verdifulle og kompetente individer.

Jurkovic og medarbeidere (1997, 2001) viser til at viktige lederegenskaper, som tro på egen kompetanse, ønske om å hjelpe andre og involvering og forpliktelse i forhold til arbeidsoppgaver, i særlig grad kan utvikles hos barn som blir parentifiserte. I en engelsk undersøkelse av foreldres syn på hvilke følger det har for deres barn at de har omsorgsoppgaver overfor funksjonshemmede familiemedlemmer, angir foreldre at barna har fått økt forståelse av funksjonshemming, blitt mer modne og selvstendige, fått bedre praktiske evner og fått nærmere relasjoner til andre familiemedlemmer (Banks et al., 2001).

*Selv etter at de har etablert egen familie, synes mange å ha omfattende ansvarsfølelse i forhold til opprinnelsesfamilien*

Jurkovic et al. (2001) hevder at barn som har vært parentifiserte, kan utvikle særlige evner til å kjøpslå, forhandle og megle i konflikter og kriser. De belegger dette med biografisk materiale fra

amerikanske ledere innen ulike områder av samfunnslivet som har hatt parentifiserte rollemønstre i sine opphavsfamilier.

*Interpersonlig sensitivitet.* Parentifiserte barn har ofte evne til å forstå og respondere i forhold til andres følelser, behov og forventninger. Disse kvalitetene kan være en medvirkende faktor til at barnet er blitt parentifisert, men antas samtidig også å være et resultat av parentifiseringen (Jurkovic, 1997; Jurkovic et al., 2001). Det er funnet overrepresentasjon av parentifisering i familiebakgrunnen hos personer i ulike typer hjelpeprofesjoner, det være seg sosialarbeidere, terapeuter, prester eller sykepleiere (Chase 2001; DiCaccavo, 2002; Jurkovic et al., 2001). Hjelpere med denne erfaringsbakgrunnen antas å ha stor evne til empati, menneskelighet og toleranse (Jurkovic, 1997). Det pekes imidlertid også på økt fare for utbrenthet, da erfaringsbakgrunnen kan bidra til at en har vansker med å sette grenser, lettere setter seg urealistiske mål, sliter med følelse av utilstrekkelighet og har manglende egenomsorg (Chase, 2001).

*Nærhet og kontroll.* Barn kan oppleve både økt grad av nærhet og opplevelse av kontroll gjennom å yte omsorg for andre. En amerikansk undersøkelse viser at studenter som rapporterer at de har gitt omsorg til andre familiemedlemmene i løpet av oppveksten, opplever at dette har styrket båndet mellom dem selv og de familiemedlemmene de støttet og beskyttet (Winton, 2003).

Ifølge tilknytningsteori søker barn å opprettholde nærhet til sine primære omsorgspersoner. Ved å ivareta foreldrenes behov kan barn oppnå økt nærhet til foreldre som ellers kan være ustabile i sin tilgjengelighet (Byng-Hall, 2002). Å gi omsorg kan således være den mest effektive måten for barnet til å få noe av den følelsesmessige nærhet de har behov for selv (West & Keller, 1991). Barns omsorgsyting kan imidlertid også ha en kontrollerende funksjon i forhold til foreldre. Gjennom å ta ansvar kan barnet bidra til å dempe atferd som skremmer dem (Byng-Hall, 2002). Barn som beroliger mor når hun har vrangforstillinger, megler i konflikter mellom foreldrene eller avleder fars selvmordstanker, kan oppnå økt opplevelse av kontroll gjennom at skremmende voksenatferd dempes.

*Resiliens.* Resiliens forstås som at et individ oppnår tilfredsstillende tilpasning til tross for at han/hun har erfaring med situasjoner som innebærer risiko for problemutvikling (Borge, 2003). I mange risikosituasjoner vil det å oppleve kontroll, ta ansvar, være aktiv og kjenne seg til nytte være faktorer som bidrar til økt selvfølelse og kompetanse. Å yte hjelp og omsorg til familiemedlemmer eller andre kan være ett bidrag til økt resiliens hos barn som lever under vanskelige oppvekstvilkår (Werner, 1992). Analyse av skriftlige besvarelser fra studenter som har opplevd parentifisering i oppveksten, viser at de fleste definerer seg selv som overlevende, ikke som ofre (Winton, 2003). De



beskriver erfaringer med å gi omsorg til familiemedlemmer som noe som har styrket dem og gjort dem mer uavhengige, autonome, kompetente og empatiske.

*Stabilisering av familien.* Parentifisering kan ha negative konsekvenser for et barns utvikling og likevel være adaptivt på et familienivå. Ved at ett barn påtar seg voksenoppgaver, kan søsken eller andre familiemedlemmer stilles friere til å engasjere seg i aldersadekvate oppgaver og interesser (Jurkovic et al., 2001). Familien stabiliseres ved at nødvendige omsorgsbehov dekkes. Dette kan hindre at familien oppløses, noe som oppleves som så viktig at andre behov og ønsker blir underordnet (Stein et al., 1999). Studier av barn av kronisk syke foreldre viser at barna skjuler omfanget av omsorgsoppgavene de utfører, i frykt for at de skal bli skilt fra familien ved at foreldrene institusjonaliseres, eller ved at de selv flyttes i fosterhjem grunnet manglende omsorg i hjemmet (Barnett & Parker, 1998).

*Mange beskriver erfaringer med å gi omsorg til familiemedlemmer som noe som har styrket dem, gjort dem mer uavhengige, autonome, kompetente og empatiske*

### **Kliniske implikasjoner**

Destruktiv parentifisering er blitt foreslått klassifisert som en type barnemishandling (Jurkovic, 1997). Dette illustrerer hvor alvorlig relasjonsmønsteret vurderes å være. Det indikerer også viktigheten av å forholde seg til denne type rollemønstre i arbeid med familier, enten det er barna selv, familien eller foreldrene som er i behandling. Jeg vil i det følgende vise til noen sentrale kliniske temaer i behandling av parentifiserte barn og deres familie.

*Anerkjennelse og hjelp til barna.* Det kan være nyttig at terapeuten innledningsvis i kontakten allierer seg med barnet i forhold til dets bekymring for familiemedlemmers helse og velvære (Jurkovic et al., 1991). Dersom en for raskt forsøker å endre familiens rollemønstre, ignorerer en barnets aktive rolle i dette og risikerer å true barnets identitet og trygghet, så vel som familiens stabilitet. Ved å anerkjenne barnets motiver og innsats, for så gradvis å vise til de belastningene rollemønsteret medfører, vil barnet i større grad føle seg respektert og forstått. Personer i barnets nettverk som allerede formidler støtte og anerkjennelse, kan oppmuntres til å trappe opp kontakten med barnet. Barnet kan også stimuleres til å ha kontakt med andre potensielt støttende voksne, det være seg lærere, venners foreldre eller naboer. Behandleren kan uttrykke anerkjennelse i forhold til barnets innsats og rolle og derigjennom hjelpe barnet til selv å se sitt bidrag i familien. Dette trenger

ikke være mer komplisert enn at en lytter til barnet og viser respekt og anerkjennelse når barnet beskriver sin situasjon (Jenkins & Wingate, 1994).

Det er i mange tilfeller vanskelig for barn å gi opp den ansvarlige posisjonen som omsorgsgiver. Det kan være lettere både for barnet og for familien å redusere omfanget og graden av belastning i forhold til omsorgsoppgavene. Minuchin (1974) foreslår at barn som yter omsorg i forhold til søsken, beholder sin lederposisjon i søskenflokket, men at familiemønsteret endres gjennom at det etableres klarere grenser mellom barn og foreldre, ved at de andre barna får mer kontakt med foreldrene, og ved at foreldrene aktivt legitimerer barnets rolle i forhold til søsknene. Slik kan omsorgsoppgavene bli mindre belastende og mer håndterbare for barnet.

Barna vil ofte ha nytte av «friminutt» fra ansvar og plikter. De kan oppmuntres til å bruke mer tid på aldersadekvate aktiviteter og samvær med jevnaldrende. Barna kan trenge hjelp til å finne arenaer for dette og til å forstå at lek og fritidsaktiviteter er viktig og ikke egoistisk bruk av tid og krefter.

Eldre barn og ungdom kan trenge hjelp til å se seg selv som atskilt fra sin opphavsfamilie. De kan ha utbytte av å utforske hva som er deres egne behov og valg, og å finne ut hvordan de kan skape balanse mellom disse og de forpliktelser de opplever hjemme. Gjennom informasjon, for eksempel om foreldrenes sykdom, prognose og hvordan foreldreproblemene kan påvirke familier, kan barn gis mulighet til å forstå hva som skjer, og se sin egen situasjon i lys av foreldrenes problemer (Aldridge & Becker, 1993a).

Unge og voksne som har opplevd destruktiv parentifisering i oppveksten, kan ha utbytte av en terapeutisk prosess hvor de får jobbe med følelser i forhold til psykologisk sett å ikke ha hatt foreldre. Dette er også et tiltak som kan forhindre at et mønster av parentifisering gjentas i kommende generasjoner.

*Støtte og veiledning til foreldrene.* Det vil i mange tilfeller være nødvendig og viktig å hjelpe foreldrene til å motta støtte og hjelp fra andre. Foreldre kan i større grad støtte hverandre dersom problemer i parforholdet dempes. Det kan for noen være nødvendig med økt innsats fra støttepersoner i hjelpeapparatet eller fra familiens nettverk. Støtten må tilpasses behovene i hver enkelt familie og kan omfatte behandling, økonomisk hjelp eller avlastning. Foreldre som bruker barna for emosjonell støtte og sosial tilfredsstillelse, kan oppmuntres til behandling eller sosial kontakt og aktiviteter utenfor familien (Jurkovic et al., 1991).

Å bevisstgjøre foreldre på den byrden det parentifiserte barn bærer, vil for de fleste berøre svært vanskelig og sårbare temaer. Bruk av et tregenerasjonsperspektiv kan lette denne prosessen. Et tregenerasjonsperspektiv innebærer at foreldrene bevisstgjøres om barnas situasjon, samtidig som det vises til et mønster av repetisjon i forhold til foreldrenes egne oppvekstvilkår. Denne innfallsvinkelen kan bidra til at foreldrene kjenner seg mer forstått og mindre anklaget i forhold til barnas situasjon (Byng-Hall, 2002; Jurkovic et al., 1991).

I arbeid med foreldre vil det være viktig å prøve å etablere eller gjenopprette generasjonsgrenser. Dette kan skje ved at en tydeliggjør for familien hva som er voksenroller og ansvar i motsetning til hva barns roller og ansvar bør være. Veiledning av foreldre i forhold til hva som er rimelig å forvente av barn på ulike alderstrinn, kan i enkelt familier ha positiv effekt (Jurkovic et al., 1991). Dersom en av foreldrene er mindre involvert i det parentifiserte rollemønsteret, kan en starte med at han eller hun ansvarliggjøres i forhold til å ta over mer av barnets ansvar og oppgaver.

I diskusjonen om destruktiv og adaptiv parentifisering ble det vist til betydningen av at barna mottar støtte og anerkjennelse i forhold til sin innsats i familien. En bør ut fra dette hjelpe foreldre til å se og i størst mulig grad å legitimere og anerkjenne barnets innsats. Det kan imidlertid være nødvendig også å gjøre foreldre oppmerksom på hvordan de neglisjerer barnet. Målet må være å redusere destruktive aspekter ved parentifiseringen gjennom at skyldindusering og avvising av barnet avtar.

### **Behov for videre kunnskapsutvikling**

Vår kunnskap om parentifisering er i stor grad basert på kliniske erfaringer og antagelser (Passlack, 2003). Det finnes få empiriske studier, og de som finnes, er i all hovedsak amerikanske eller engelske. Studiene er i stor grad retrospektive spørreskjemaundersøkelser, gjerne med psykologistudenter som informanter. Unntak er enkelte engelske studier hvor både barna selv og andre familiemedlemmer intervjues (Banks et al., 2003; Blackford, 2002). Parentifisering er et relasjonsfenomen. Videre kunnskapsutvikling bør i minst mulig grad baseres på retrospektive informasjon og informasjon hentet utelukkende fra ett individs perspektiv.

Det er nødvendig med forskning i forhold til forekomst av og type problemer hos barna, både i oppveksten og i voksen alder. Spesielt interessant vil det være å se dette i forhold til familienes kulturbakgrunn. Forskningen må i større grad enn tidligere kontrollere for andre variabler. Fattigdom,

foreldrestil, samt genetiske faktorer kan forklare noe av overhyppigheten av problemer som er funnet hos parentifiserte barn (Newman, 2002).

I videre studier bør det skilles mellom de ulike typer omsorgsoppgaver barn utøver. Vi trenger økt forståelse for hvilke aspekt ved familieinteraksjonen som øker risikoen for negative følger for barna, og hvilken betydning sosiale og økonomiske rammevilkår har for utvikling av destruktiv parentifisering.

Parentifisering er et begrep som benyttes jevnlig i kliniske sammenhenger. Den kliniske litteraturen har i stor grad framhevet de negative følgene. Disse må ikke undervurderes. Hvilke følger parentifisering har for enkeltindivider, avhenger imidlertid av en rekke faktorer, både innad i familien og i samfunnet for øvrig (Maysless et al., 2004; Newman, 2002).

For å kunne gi adekvat hjelp tilpasset den enkelte familie og det enkelte barn er det viktig å forstå kompleksiteten i dette fenomenet.

Bente Storm Mowatt Haugland  
Institutt for klinisk psykologi  
Christiesgate 12, 5015 Bergen  
Tlf 55 58 88 64  
E-post Bente.Haugland@psykp.uib.no

## Referanser

- Aldridge, J., & Becker, S. (1993a). Children as carers. *Archives of Disease in Childhood*, 69, 459–462.
- Aldridge, J., & Becker, S. (1993b). Punishing children for caring: The hidden cost of young carers. *Children & Society*, 7, 376–387.
- Banks, P., Cogan, N., Deeley, S., Hill, M., Riddell, S., & Tisdall, K. (2001). Seeing the invisible children and young people affected by disability. *Disability & Society*, 16, 797–814.
- Barnett, B., & Parker, G. (1998). The parentified child: Early competence or childhood deprivation? *Child Psychology & Psychiatry Review*, 3, 146–155.

- Bekir, P., McLellan, T., Childress, A. R., & Gariti, P. (1993). Role reversals in families of substance misusers: A transgenerational phenomenon. *The International Journal of the Addictions*, 28, 613–630.
- Blackford, K. A. (1999). A child's growing up with a parent who has multiple sclerosis: Theories and experiences. *Disability & Society*, 14, 673–685.
- Borge, A. I. H. (2003). *Resiliens. Risiko og sunn utvikling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Boszormenyi-Nagy, I., & Framo, J. L. (1965). *Intensive family therapy. Theoretical and practical aspects*. New York: Harper & Row.
- Boszormenyi-Nagy, I., & Spark, G. M. (1973). *Invisible loyalties*. New York: Harper & Row.
- Boszormenyi-Nagy, I., & Krasner, B. R. (1986). *Between give and take. A clinical guide to contextual therapy*. New York: Brunner/Mazel Publishers.
- Byng-Hall, J. (2002). Relieving parentified children's burdens in families with insecure attachment patterns. *Family Process*, 41, 375–389.
- Chase, N. D. (1999). *Burdened children. Theory, research, and treatment of parentification*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Chase, N. D. (2001). Parentified children grow up: Dual patterns of high and low functioning. I B. E. Robinson & N. D. Chase (Eds.), *High-performing families: Causes, consequences, and clinical solutions* (ss. 157–189). Alexandria, Va: American Counseling Association.
- Chase, N. D., Deming, M. P., & Wells, M. C. (1998). Parentification, parental alcoholism, and academic status among young adults. *The American Journal of Family Therapy*, 26, 105–114.
- DiCaccavo, A. (2002). Investigating individuals' motivations to become counselling psychologists: The influence of early caretaking roles within the family. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 75, 463–472.
- Goglia, L. R., Jurkovic, G. J., Burt, A. M., & Burge-Callaway, K. G. (1992). Generational boundary distortions by adult children of alcoholics: Child-as-parent and child-as-mate. *The American Journal of Family Therapy*, 20, 291–299.
- Jacobvitz, D., Riggs, S., & Johnson, E. (1999). Cross-sex and same-sex family alliances. Immediate and long-term effects on sons and daughters. I N. D. Chase (Ed.), *Burdened children. Theory, research, and treatment of parentification* (ss. 34–55). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Jenkins, S., & Wingate, C. (1994). Who cares for young carers? *British Medical Journal*, 308, 733–734.

- Jones, R. A., & Wells, M. (1996). An empirical study of parentification and personality. *The American Journal of Family Therapy*, 24, 145–152.
- Jurkovic, G. J. (1997). *Lost childhoods. The plight of the parentified child*. New York: Brunner/Mazel Publishers.
- Jurkovic, G. J., Jessee, E. H., & Goglia, L. R. (1991). Treatment of parental children and their families: Conceptual and technical issues. *The American Journal of Family Therapy*, 19, 302–314.
- Jurkovic, G. J., Morrell, R., & Casey, S. (2001). Parentification in the lives of high-profile individuals and their families: A hidden source of strength and distress. I B. E. Robinson & N. D. Chase (Eds.), *High-performing families: Causes, consequences, and clinical solutions* (ss. 129–156). Alexandria, Va: American Counseling Association.
- Jurkovic, G. J., Thirkield, A., & Morrell, R. (2001). Parentification of adult children of divorce: A multidimensional analysis. *Journal of Youth and Adolescents*, 30, 245–257.
- Lamorey, S. (1999). Parentification of siblings of children with disability or chronic disease. I N. D. Chase (Ed.), *Burdened children. Theory, research, and treatment of parentification* (ss. 75–91). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Macfie, J., Mcelwain, N. L., Houts, R., & Cox, M. J. (2005). Intergenerational transmission of role reversal between parent and child: Dyadic and family systems internal working models. *Attachment and Human Development*, 7, 51–65.
- Maysless, O., Bartholomew, K., Henderson, A., & Trinke, S. (2004). «I was more her Mom than she was mine»: Role reversal in a community sample. *Family Relations*, 53, 78–86.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge: Harvard University Press.
- Newman, T. (2002). «Young carers» and disabled parents: Time for a change of direction? *Disability & Society*, 17, 613–625.
- Nilsen, A. C. (2003, 24. oktober). Hvor er barnets stemme? *Bergens Tidende*. (Kronikk).
- Passlack, J. (2003). Hvilken viden har man om parentifikation i dag? *Nordisk Psykologi*, 55, 137–154.
- Scroufe, L. A. (1989). Relationships and relationship disturbances. I A. J. Sameroff & R. N. Emde (Eds.), *Relationship disturbances in early childhood* (ss. 97–124). New York: Basic Books.
- Simon, F. B., Stierlin, H., & Wynne, L. C. (1985). *The language of family therapy: A systemic vocabulary and sourcebook*. New York: Family Process.

- Stein, J. A., Riedel, M., & Rotheram-Borus, M. J. (1999). Parentification and its impact on adolescent children of parents with AIDS. *Family Process*, 38, 193–208.
- Sturge, C., Frank, A., & Coster, T. (1994). Who cares for young carers? *British Medical Journal*, 308, 1510–1511.
- Valleau, M. P., Bergner, R. M., & Horton, C. B. (1995). Parentification and caretaker syndrome: An empirical investigation. *Family Therapy*, 22, 157–163.
- Wallerstein, J. S. (1985). The overburdened child: Some long-term consequences of divorce. *Social work*, (March-April), 116–123
- Wells, M., Glickauf-Hughes, C., & Jones, R. (1999). Codependency: A grass roots construct's relationship to shame-proneness, low self-esteem, and childhood parentification. *The American Journal of Family Therapy*, 27, 63–71.
- Wells, M., & Jones, R. (1998). Object relations therapy for individuals with narcissistic and masochistic parentification styles. I N. D. Chase (Ed.), *Burdened children. Theory, research, and treatment of parentification* (ss. 117–131). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Wells, M., & Jones, R. (2000). Childhood parentification and shame-proneness: A preliminary study. *The American Journal of Family Therapy*, 28, 19–27.
- Werner, E. E. (1992). The children of Kauai: Resiliency and recovery in adolescence and adulthood. *Journal of Adolescent Health*, 13, 262–268.
- West, M. L., & Keller, A. E. R. (1991). Parentification of the child. A case study of Bolwby's compulsive-care-giving attachment pattern. *American Journal of Psychotherapy*, 45, 425–431
- Winton, C. A. (2003). *Children as caregivers. Parental & parentified children*. Boston: Pearson Education.