



Foreldreveiledning ved depresjon

– *en guide for behandlere og rådgivere*

Torkil Berge og Ellen Østberg

Barn har behov for å bli informert, hørt og ivaretatt når psykisk lidelse eller somatisk sykdom rammer en i familien. Det å snakke med foreldre om barnas situasjon er viktig når mor eller far er deprimert.



Veilederen beskriver hvordan du som behandler eller rådgiver kan snakke med foreldre som er deprimert om barnas situasjon. Intervensjonene integreres i din vanlige behandling eller rådgivning. Samtalene er med den deprimerte alene eller med begge foreldre, og eventuelt med barna. Hva du gjør, vil selvsagt være avhengig av hvilken type helse- og sosialtjeneste du gir og hvilke tidsrammer du har. Rådene er også aktuelle for samtaler med foreldre med andre former for psykiske lidelser, for eksempel bipolar lidelse.

Veilederen er skrevet til deg som møter foreldre som er deprimert, enten du jobber i spesialisthelsetjenestene, familievern, helsestasjon, skolehelsetjeneste, barnevern, allmennlegepraksis, Rask psykisk helsehjelp eller i andre helse- og sosialtjenester i kommunen.

Du kan gjerne videreformidle veilederen til de du mener kan ha interesse for den!

Veilederen har fire deler:

Del 1 / **Begrunnelsen** side 4

Del 2 / **Foreldreintervensjonene** side 8

Del 3 / **Tilleggsmateriale** side 21

Del 4 / **Referanser** side 26

Veilederen er basert på en litteraturgjennomgang av forskning og klinisk praksis, samt erfaringer som vi, psykologspesialist Torkil Berge og klinisk sosionom og familieterapeut Ellen Østberg, gjennom årene har fått i samtaler med deprimerte foreldre. I 2019–2020 hadde vi et felles prosjekt med samtaler med 20 foreldrepar, der enten mor eller far var deprimert, om tiltak som kan være til hjelp. Gjennom oppfølgende samtaler med de ulike foreldreparene fikk vi mange verdifulle innspill, som vi vil takke dem for. Vi vil også takke for svært nyttige faglige innspill fra Anne Kristine Bergem, Eivind Brandt, Heidi Wittrup Djup, Kari Lund og Inger Hagen og hennes medarbeidere ved Pio-Pårørerendesenteret.

Del 1 / Begrunnelsen

Deprimerte foreldre føler ofte dårlig samvittighet overfor barna. De er redde for at barna blir skadelidende, forsøker å gjøre bot, men kan føle at de kommer til kort, noe som gir depresjonen ny næring. I utgangspunktet opplever foreldre flest at de ofte ikke strekker til. Ideelt sett skal vi som foreldre være en god lytter og problemløser, tålmodig, varm og ivaretagende. Slike kvaliteter makter de færreste av oss å utøve konsekvent. Og det er nettopp disse kvalitetene som depresjonen angriper.

Et spekter av foreldreferdigheter

En adekvat foreldrefunksjon innebærer et spekter av ferdigheter. Sentralt er evnen til å møte barna med innlevelse, forståelse og kjærlighet, og å kunne ha overskudd til og glede seg over barnet. Det er ønskelig at vi som foreldre engasjerer oss i samspillet med barna, evner å ta deres perspektiv, og har realistiske forventninger både til dem og oss selv. Vi må være i stand til å bære vår egen frustrasjon uten å avreagere på barna, og fremstå som gode forbilder. Samtidig skal vi sette grenser og være tydelig på hva som er de voksnes ansvar. I tillegg kommer alt det praktiske. Eksempler er å kunne organisere og følge opp barna i barnehage, skole eller fritidsaktiviteter, holde orden, sørge for rene klær og ha gode rutiner for et tilfredsstillende kosthold. Foreldrerollen er en av de mest krevende rollene man kan ha.

Ingen foreldre er perfekte. Det er vanlig å gjøre feil og ikke få til det man ønsker. Det er ok å streve. Noen deprimerte foreldre vil overkompensere og strebe etter å gjøre alt perfekt. Et viktig budskap er da at de ikke må legge for mye press på seg selv.



Deprimerte foreldre kan være meget gode omsorgspersoner. Som forelder vil man gjerne gi det siste man har av energi og engasjement til barna. Dessuten vil depresjonen variere i styrke, og man er gjerne ikke like nedstemt hele tiden. Det vil, særlig ved lettere depresjon, være lysglimt – og for foreldre kan samvær med barna skape slike lystbetonte øyeblikk.

Det å styrke foreldrefunksjonen er også god behandling for depresjon, fordi positiv foreldreteatferd kan:

- redusere depressive symptomer hos foreldre
- motvirke passivitet og isolasjon
- bidra til aktiviteter som gir opplevelse av glede og mestring
- redusere grubling og selvsentrering
- styrke selvfølelsen

Svekket foreldrefunksjon

Vanlige symptomer på depresjon er nedstemthet, redusert energi, tap av motivasjon og initiativ, økt grad av irritasjon, svekket konsentrasjon og hukommelse, og problemer med å ta beslutninger og fullføre oppgaver. Et typisk bilde er at et deprimert menneske i sin kontakt med andre smiler sjeldnere, har mindre øyekontakt, snakker mer langsomt og monotont, tar hyppige pauser, og bruker lengre tid på å

svare, enn personer som ikke er deprimerte. De kan ha en lite uttrykksfull ansiktsmimikk og et mindre aktivt kroppsspråk, og kan fremstå som uengasjerte. Alle disse symptomene kan bidra til å svekke foreldrefunksjonen.

Mange deprimerte har en samtidig angstlidelse som også kan hemme funksjon. Et eksempel er at man unngår situasjoner forbundet med angst, som å stille opp på foreldremøter. Dessuten har mange søvnproblemer, noe som rammer evnen til å fungere i hverdagen.

Følelsesmessig fraværende

Depresjon kan gjøre foreldre fraværende rent følelsesmessig. De kan fremstå som tilbaketrukne og uinteresserte. Som deprimert orker man ikke lenger å stimulere barnet like mye som før. Tidligere tok man kanskje initiativ til en tur i skogen med kakao, bollebaking eller et museumsbesøk. Nå har man nok med å komme seg gjennom hverdagen – men klarer kanskje ikke det lille ekstra, som småpratene i hverdagen, at man viser barnet verden og skaper interesse og kanskje til og med entusiasme for alt det som er rundt oss.

Grensesetting og struktur

Noen foreldre får under en depresjon problemer med å med å sette grenser og gi hverdagen en fast struktur. De kan bli for passive og ettergivende, og ha vansker med å organisere hverdagen for barna. Barnet kan for eksempel komme for sent på skolen, fordi man ikke klarer å administrere alt som skal gjøres om morgenen.



I noen familier blir oppdragelsen for streng og autoritær. Ved depresjon kan det oppstå onde sirkler, der foreldre ikke har overskudd til å anerkjenne når barnet gjør noe positivt. Enkelte foreldre veksler under en depresjon mellom passivitet og overinvolvering. Da kan de fremstå som vinglete i barneoppdragelsen, noe som er forvirrende for barn og skaper usikkerhet.

Irritasjon og konflikt

Det kan i noen familier bli et høyt konfliktnivå og mye kjefting. Derfor opplever mange barn ikke foreldrene som triste, men mer som sinte og sure, ofte uten at foreldrene selv er klar over det. Atferden kan preges av fiendtlighet, kritikk og overinvolvering med bruk av tvang og kontroll.

De psykiske vanskene kan for noen fremstå som «agitert depresjon», der irritabilitet er særlig fremtredende. Det gjør situasjonen ekstra vanskelig for både partner og barn.

Er samlivet mellom foreldrene konfliktfylt, forverres situasjonen for barna ytterligere. Negative og aggressive konflikter mellom foreldre er den faktoren som har størst skadevirkning for barnets utvikling (Cummings & Davies, 2010). Se Del 4 for referanser til studier av hvordan depresjon påvirker foreldreferdigheter.

Barselsdepresjon

Noen kvinner blir deprimerte under svangerskap eller etter fødsel. I tillegg til belastningene forbundet med å føde og å bli mor, går kroppen gjennom store endringer. Årsakene for å utvikle depresjon er forøvrig de samme som ved depresjon i andre livsfaser. Også nybakte fedre kan reagere med depresjon. Når den forventede lykken uteblir og erstattes av depresjon og uro, kan det bringe med seg skamfølelse og en følelse av å være annerledes. Det anslås at hvert år har 6000–9000 spedbarnsmødre i Norge symptomer på depresjon og angst (Eberhard-Gran & Slinning, 2007).

Aleneforeldre

Det å være aleneforsørger er forbundet med økt risiko for å bli deprimert (Liang et al., 2019). Risikofaktorer er økonomiske problemer, mangelfull sosial støtte, arbeidsmessig overbelastning og søvnproblemer. Noen bruker all sin energi på å løse hverdagens problemer. Samtidig kan de kjenne at de kommer til kort overfor alle oppgavene – dødstrøtt på jobben, ustelt hus, skittentøy som hopper seg opp, barn som maser eller bråker, aldri få sovet skikkelig ut og bare unntaksvis kunne gjøre det en selv har lyst til. Da er det en risiko for å komme inn i en ond sirkel som fører til depresjon.

Over tid forteller mange aleneforeldre at de oppfatter seg selv som vellykkete både som foreldre og yrkesutøvere, og at de mestrer hverdagen godt. Vanskelige perioder har vært forbigående, og problemer har funnet sin løsning underveis.

Konsekvenser for barna

Barn reagerer forskjellig når foreldre er deprimerte. De kan bli stille og innadvendte, utagerende og tverre, bekymrete og rastløse. Det er ikke uvanlig med fysiske symptomer hos barn, som smerter og andre kroppslige plager. Små barn kan bli masete og klamre seg til foreldrene. Tenåringen er kanskje sjeldnere hjemme eller stenger seg inne på rommet sitt. Andre blir selvpoppfrende og overinvolvert. Noen barn kan tilsynelatende tilpasse seg godt, og først senere blir det klart hvilken alvorlig belastning situasjonen har vært for dem.

Små barn fornemmer stemninger og skiftninger, og de har en medfødt evne til å føle empati med andre. Kroppsspråket avslører oss voksne. Bare ved å se på ryggen til foreldrene kan barnet fange opp hvilket humør de er i. Barn måler hvor interessant de selv er ut ifra hvor interessert mor eller far er i dem, både hvor ekte kontakten føles, hvordan man lytter til dem eller ser på det de viser fram. Når barna ikke vekker ordentlig interesse hos forelderen, er det nærliggende for dem å tenke at det er en selv det er noe galt med. Hvis det

stadig føles som foreldre helst vil komme seg unna og ikke har lyst til å være med dem, opplever barna seg raskt som brysomme og lite viktige. De kan begynne å tvile på om de er elsket.

Barna kan få oppgaver og ansvar som de ikke er modne for, både praktiske oppgaver i hjemmet og omsorgsoppgaver. Til en viss grad kan oppgavene være positive for den unge, og gi opplevelse av mestring og ansvar. Men når oppgavene står i veien for barnets utvikling og egne omsorgsbehov, kommer ansvaret med en for stor pris. Enkelte går inn i foreldrerollen, tar ansvar for yngre søsken eller strekker seg langt for å holde familien samlet. Omsorgsoppgavene blir for store, og skuldrene som skal bære dem for små.

Depresjon hos foreldre er forbundet med økt risiko for en rekke problemer hos barn. De negative konsekvensene er både psykiske plager og atferdsproblemer, som angstsymptomer, depressive symptomer, svekket selvfølelse, redusert sosial kompetanse og økt aggressivitet. Når depresjonen bedres, bedres gjerne også barnas problemer. Motsatt kan problemer hos barna bidra til å forverre foreldres depressive symptomer. Se Del 4 for referanser til studier av sammenhenger mellom depresjon hos foreldre og problemer hos barn og ungdom.

Viktig tema i samtaler med foreldre

Som behandlere og rådgivere må vi ikke ta for gitt at en depresjon innebærer dårligere foreldrefunktering. Mange foreldre vil selv under en depresjon makte å ivareta barna på en god måte. Samtidig bør vi ha en praksis der vi snakker med deprimerte foreldre om barna og deres situasjon. I denne veilederen får du råd om hvordan slike samtaler kan legges til rette. Se Del 4 for referanser til studier av effekt av tiltak på dette området.

I samtalen kan det bli klart at en henvisning til andre instanser er på sin plass. Du finner en oversikt over tilbud i del 3 Tilleggsmateriale. Som regel er det faglig riktig at du samtaler med pasienten om barnas situasjon, selv om en henvisning til andre settes i verk.

Helsepersonells plikt til å ivareta barna

Plikten til å ivareta barna når mor eller far er syk, er lovfestet i helsepersonelloven og i spesialisthelsetjenesteloven. Juridisk sett er man barn frem til fylte 18 år. Helsepersonell skal bidra til at barna får oppfølging, kartlegge familiens situasjon og gi råd til foreldrene om hvordan de best skal ivareta barna. Det er lovpålagt med barneansvarlig personell i spesialisthelsetjenesten. Flere sykehus har sammen utarbeidet prosedyrer om barnas behov som pårørende (www.helsebiblioteket.no), og flere kommuner gjør det samme.

Plikten til å ivareta barna synes ikke i tilstrekkelig grad å være implementert i helsetjenesten. Barn opplever stressbelastninger, må bruke mer tid på omsorgsoppgaver og husarbeid, og blir mye overlatt til seg selv (Ruud et al., 2015).



Del 2 / Foreldreintervensjonene

Veilederen er en verktøykasse av intervensjoner, der du fleksibelt benytter tiltak som er hensiktsmessige for den enkelte pasient. Tiltakene integreres i den ordinære hjelpen. Omfanget vil avhenge av type samarbeid du har med pasienten og hvilke tidsrammer dere har.

Samtalene kan være med mor eller far alene, eller med begge to. Foreldrene kan være heterofile eller homofile. Det kan legges opp til at barna er med på en samtale eller flere, hvis det er ønskelig. Dersom pasienten er skilt, kan det likevel være nyttig at ekspartner er med i en samtale, da temaet er situasjonen for felles barn. Det kan imidlertid være at pasienten er i en konflikt med partner om omsorgen for barna, og redd for at partneren skal bruke de psykiske helseproblemene mot ham eller henne. Anerkjenn dilemmaet, og drøft hvordan pasienten best kan forholde seg i denne vanskelige situasjonen.

Som behandlere har vi god erfaring med å spørre deprimerte pasienter om den andre forelder kan være med på en samtale eller flere. Vi sier at det gir mulighet for å tenke høyt sammen om barnas situasjon og behov. Dessuten får partneren mulighet til å stille spørsmål om depresjon og behandling, og om hva man på hjemmefronten kan gjøre for å bidra.

Oversikt over foreldreintervensjonene

Innledning og kartlegging

- 1 Invester i innledningen
- 2 Kartlegg situasjonen hjemme
- 3 Kartlegg barnas situasjon og behov

Intervensjoner

- 4 Gi tilpasset informasjon til barna om depresjon
- 5 Gi tilpasset informasjon til andre
- 6 Vurdere støttetiltak for barna
- 7 Ha dialog med partner
- 8 Snakk om kommunikasjonen i parforholdet

Avslutning

- 9 Forebygg tilbakefall



1

Invester i innledningen

Noen behandlere eller rådgivere kan ha motforestillinger mot å spørre om barnets situasjon. De kan være redde for å stå i tvil om pasientens evne til å stå på barnet. De kan oppleve spørsmål om barns situasjon som for private eller ha stramme tidsrammer. Kanskje man håper at andre hjelpeinstanser tar tak i temaet. Den viktigste barrieren er trolig ikke at man undervurderer betydningen, men at man mangler trening og kan føle seg usikker. Ved å ta opp temaet oftere, kan det bli en naturlig del av ens arbeid.

Innta en åpen, godartet og nysgjerrig holdning. Minn deg selv på at de fleste foreldre liker at andre viser interesse for barna deres. Fortell om hensikten, som er støtte til foreldrene og barna. Det er et naturlig tema i hjelpetiltak ved depresjon. Innledningsvis er det viktig at du får konkret informasjon om pasientens barn, hva de heter, hvor mange barn det er og deres alder. Sjekk om det er barn som ikke bor sammen med pasienten, men som likevel er pårørende, for eksempel stebarn eller fosterbarn.

Gi pasienten – eller foreldrene dersom du snakker med begge – en oppfordring til å fortelle litt om barnet. Det styrker alliansen, og det kan komme frem opplysninger om barnets temperament og mestringsstil som sier noe om hvordan barnet reagerer på forelderens depresjon: «Kan du fortelle litt om barna, er de forskjellige?».

2

Kartlegg situasjonen hjemme

Spør om hvordan pasienten mener at de ulike depressive symptomene, for eksempel energimangel, konsentrasjonsproblemer, nedstemthet, rastløshet og søvnproblemer, påvirker foreldrefunksjonen. Få en oversikt over både barrierer, for eksempel mangel på vitalitet, og

muligheter, for eksempel oppgaver man kan utføre og grad av støtte fra partner. Spørsmålene vil ofte sette i gang refleksjoner og gi utgangspunkt for en god dialog.

Be pasienten om å gi eksempler på foreldreoppgaver som er spesielt vanskelige å gjennomføre nå. Spør også om oppgaver som pasienten vurderer som lettere å utføre, og hvorfor. En innfallsvinkel er å spørre om grad av gjennomførbarhet av ulike oppgaver per i dag, fra 1 (lett) til 5 (umulig). For eksempel kan det å ordne måltider som frokost og middag, være forholdsvis enkelt å utføre (2), mens det å mobilisere energi til å delta på et foreldremøte eller en dugnad i barnehage kan oppleves som svært vanskelig (4). Diskuter hva pasienten trenger for å øke muligheten for å gjennomføre de vanskelige oppgavene.

Få frem pasientens egne tanker rundt sin foreldrefungering nå. Eksempler på spørsmål er:

- Hvordan er det for deg å være mor eller far nå når du er deprimert?
- Opplever du foreldrerollen som noe positivt eller en belastning for tiden?
- I hvilken grad makter du å vise interesse og engasjement for barnet?
- Er det i hverdagen tid og rom til å snakke sammen, for eksempel om skole og fritidsaktiviteter?
- Hvordan fungerer familien din med hensyn til døgnrytme, måltider, fordeling av oppgaver og oppfølging av aktiviteter?



3

Kartlegg barnas situasjon og behov

Kartlegging av barnets situasjon skjer i samarbeid med foreldrene. Aktuelle spørsmål er: «Er det noe med deg eller hjemmesituasjonen som du tror barna kan oppleve som endret på grunn av problemene? I tilfelle, hva tror du barna kan være berørt av eller er opptatt av?».

Påkjenninger for familien kan for de minste barna komme til uttrykk ved at de ikke har det samme overskuddet til å leke og utforske. Spør om foreldrene eller andre har lagt merke til slike endringer, eller om de spiser, sover og leker som før. Hvordan har barnet det i barnehagen eller på skolen? Har noen vært bekymret? Er barnet blitt mer trist, sint eller tilbaketrukket eller fått flere «vondter»?

Andre spørsmål kan være:

- **Hvilke rutiner i hverdagen har endret seg?**
- **Må barna klare mer på egenhånd?**
- **Opprettholder barna kontakt med venner?**
- **Tar de med seg venner hjem?**
- **Er barna informert om hjelpen mor eller far mottar?**
- **Har de stilt spørsmål, og hva har de da spurt om?**

Kartlegg hvem som er ressurspersoner for barna, som andre i familien, venner, naboer, ansatte i barnehage eller skole og idrettstrener. Spør om barna har kontakt med andre hjelpeinstanser.

Spør ikke bare om problemer og plager hos barnet, men også om trivsel og livskvalitet. Få gjerne frem et bilde av barnets sterke egenskaper og ressurser.

Hvor omfattende kartlegging du gjør, avhenger av hvilken type samarbeid du har med pasienten og tidsrammene. Det er kanskje ikke grunnlag for en bred kartlegging, men spørsmål kan stimulere til dialog og bevisstgjøring.

4

Gi tilpasset informasjon til barna om depresjon

Taushet om depresjon har omkostninger. Hvis foreldre unnlater å fortelle noe om problemene, er barnet overlatt til sin egen fantasi. Spør derfor foreldrene – eller pasienten dersom du snakker med ham eller henne alene – om og på hvilken måte de snakker med barna om depresjonen. Du kan spørre om hva de tror barna har fått med seg av hva som skjer, hva barna kan ha sett og opplevd. Tilsvarende kan du undersøke hva de tror barna lurer på eller er bekymret over.

Si at barn, også små barn, vanligvis oppfatter mer enn det vi voksne tenker og tror at de gjør. Å beskytte barna ved ikke å gi informasjon, kan gjøre dem mer utrygge. Barn kan for eksempel tenke: «Dette er så forferdelig at jeg ikke kan høre det», eller bli såret: «De sier det ikke til meg fordi jeg ikke er viktig nok». De kan bære på angst og skyldfølelse. Enkelte barn kan gå med en redsel for at mor eller far skal dø. Når det er taushet rundt depresjonen, lærer barna kanskje at det hefter skam ved tilstanden. De kan føle seg annerledes enn andre uten helt å vite hva denne annerledesheten består i.

Ord er forstandens verktøy

Depresjon hos foreldre kan ta både for stor og for liten plass i barnets liv. Depresjonen tar for mye plass dersom barnet får for mye ansvar eller foreldre ikke er følelsesmessig til stede. Depresjonen tar for liten plass dersom barnet ikke får informasjonen det trenger for å håndtere sine egne reaksjoner på en god måte. Ofte kan det være nyttig å snakke åpent om denne balansegangen i familien.

Det finnes ingen fasit for hva man som foreldre skal si ved depresjon, bare at det er viktig å fange opp barnets opplevelse og sette ord på det som skjer, og gi sannferdige og støttende forklaringer. «Ord og begreper er forstandens verktøy, vis respekt for barnets forstand og snakk med barna», sier barnepsykolog Magne Raundalen. Hva barn er i stand til å motta av informasjon, er selvsagt avhengig av barnets alder og utviklingsnivå.

Formidling av informasjon på ulike alderstrinn

Formidling av kunnskap om depresjon tilpasses barnets alderstrinn. Her er noen stikkord om hva som kjennetegner barn på ulike trinn (Etter Berge, Fjerstad, Hyldmo & Lang, 2019).

Små barn (0–6 år) er prisgitt den utviklingsstøtten foreldrene evner å gi dem. Selv de aller minste barna merker når noe ikke er som det pleier. De fornemmer følelsesuttrykk og stemninger. De er også følsomme for endringer i rutiner. Om de ikke forstår ord og begreper, trenger de likevel at voksne ordsetter det som skjer. Ordene gir en mening på sikt, og vennlige ansikter, rolige stemmer og bevegelser skaper trygghet.

Fra toårsalderen utvikles barnets evne til å tenke og til å snakke. Tenkningen er konkret og her og nå. Barn i denne alderen har lett for å knytte det som skjer rundt dem, til seg selv og hva det konkret innebærer for dem. Et eksempel er at mors sykdom betyr at hun ikke kan leke. De kan også tenke: «Mamma ble syk fordi jeg gjorde noe dumt», og få skyldfølelse. Dessuten føler barn ofte et ansvar for å gjøre foreldrene glade og for å muntre dem opp. Uten fakta er barn overlatt til egne forestillinger. En tommelfingerregel er, ifølge psykiater Anne Kristine Bergem (2018), at det

man sier skal være sant, samtidig som man ikke trenger å si alt som er sant. Forklaringer som innebærer tidsangivelser er vanskelig for barna å forstå og må knyttes til konkrete hendelser, som bursdag og jul.

Hos skolebarn (6–12 år)

utvikles evnen til mentalisering (Fonagy et al., 2018). De kan i større grad forstå egne og andres følelser, tanker og motiver, og betrakte seg selv utenfra og andre innenfra. De kan se for seg fremtiden og bruke tidligere erfaringer til å forstå. Samtidig er de fortsatt opptatt av konkrete årsakssammenhenger. Barn kan tenke at sykdom er smittsomt. De kan ha skyldfølelse for noe de gjorde eller ikke gjorde like før mor eller far ble syk. De trenger konkrete forklaringer på symptomer og behandling, og på hvordan alt dette påvirker foreldrene i det daglige. Fortell gjerne om andre barns reaksjoner på sykdom hos foreldre. Et eksempel er å si at barn kan være sinte på pappa som er deprimert og ikke kan være med på

håndballtreningen, men at de ofte får skyldfølelse for å føle som de gjør.

Tenåringer (13–18 år) kan ha «voksen-bekymringer», for eksempel om familiens økonomi og søskens situasjon, og være opptatt av eksistensielle temaer, som rettferdighet, mening og lidelse (Øvreeide, 2009). Samtidig kan de tenke mye på hvilken påvirkning foreldrenes sykdom kan ha på dem. Noen er engstelige for at de har arvet anlegg for depresjon. Andre opplever at det er flaut å ha en mor eller far som er syk. Tenåringen kan derfor lett bli oppfattet som egosentrisk. Men ungdomstiden er en brytningstid med løsrivelse og utforming av egen identitet, der man skal finne seg selv og sin plass blant venner og i samfunnet. Da er opplevelsen av å være i sentrum for det som skjer, naturlig. Noen ungdommer mestrer ved at de ikke vil snakke om problemer eller dele følelser med foreldrene. Samtidig får de informasjon fra mange ulike kilder, ikke minst fra nettet. Hør med dem om hva de vet om depresjon fra før, og oppklar misforståelser.



Kultursensitivitet

Barn har de samme grunnleggende behovene for omsorg og ivaretagelse. Samtidig kan foreldre fra forskjellige kulturer ha ulik oppfatning av hva depresjon handler om og hva barn skal ta del i og ikke. I noen kulturer er graden av åpenhet og inkludering av barn mer tilsvarende slik situasjonen var i Norge for en tid tilbake, med vekt på å skåne og skjerme, i den beste hensikt. I andre kulturer igjen, er det langt mer åpenhet. Her er barn er til stede og involvert når foreldre har svært sterke følelsesmessige reaksjoner, for eksempel i begravelser. I noen kulturer vil det være kunstig og fjernt å trekke inn behandlere og rådgivere i samtale med barna, og man kan legge tilsvarende større vekt på bidrag fra storfamilien.

Spør om hvordan kultur virker inn:

- **Hvordan er det vanlig å snakke om psykiske vansker i din kultur?**
- **Hva ville dere sagt om det i familien og til andre?**

Du kan også si noe om hvordan det er i Norge, hva som er vanlig og viktig, og hva vi gjerne tenker om barns behov når foreldre er deprimer. I noen kulturer ønsker man å få råd fra deg som «ekspert», og det kan være klokt å være tydelig: «Jeg vil anbefale at du sier til barnet ditt at ...».

Å ramme inn samtaler med barn

Barna må ofte nødes til samtaler om fars eller mors helseproblemer, og hvordan de påvirker barnets hverdag. Det kan være nærliggende for foreldre å velge å skåne barna for slike samtaler. Ikke minst rett etter en opprivende episode kan de prøve å skjerme dem, for eksempel ved å snakke om noe annet. Noen er redde for at depresjonen er «giftig» og at den skal smitte. De opplever seg som smittebærere og trekker seg vekk. Da oppstår en situasjon der barn og forelder viker unna for å skåne den andre. Nettopp slike øyeblikk, der barnet er opprørt og har det vondt, gir mulighet til å få satt ord på det vanskelige. Det er ikke øyeblikkets smerte som skaper problemer på sikt, men å bli avskåret fra å dele smerten med andre når en trenger det som mest.

Snakk med foreldrene om hva de kan forvente av samtalen med barna. Hva ønsker de å formidle til barna, og er det bestemte bekymringer de ønsker å ta opp? Hvordan antar de at barna vil reagere? Hva frykter de kan skje? Hva håper de kan bli resultatet av samtalen?

Foreldrene kan innlede en samtale med å minne barnet på noe som nylig har hendt, og som har med vanskene å gjøre, og si: «Du har sikkert lagt merke til at jeg er annerledes enn tidligere ... Jeg vil gjerne prate om det ... I går skjedde

det jo at ...». Så kan de spørre om hvordan barnet opplevde hendelsen, hva barnet tenkte og følte. De bør gi barnet god tid til å prate. Da får de også vite mer om hvilke forklaringer barnet har dannet seg. Kjenner de til barnets egen forståelse, er det lettere å avgjøre hva som er klokt å si. Er barnet stille, kan de spørre om det er redd for å gjøre forelderen lei seg. Her kan du nevne at det er vanlig at barn ikke sier så mye i en slik samtale, men at de gjerne lytter desto mer.

Noen barn vegrer seg for å si at de har negative følelser. Da kan litt humor hjelpe dem på vei:

- Far: «Jeg vedder på at du ble irritert da jeg sa jeg ikke orket å kjøre deg på trening».
- Sønn: «Nei, det var helt greit».
- Far: «Vel, da er du kanskje den eneste i hele verden som ikke ble irritert i en slik situasjon! Jeg vet i hvert fall at jeg ville blitt irritert hvis det var meg».

Det er lurt å være tålmodig, og å komme tilbake til temaet når anledningen byr seg. Samtaler med barn er gjerne korte, men deres utbytte kan være stort.

Kjennetegn på gode forklaringer

Barn trenger ikke å bli involvert i innholdet i foreldrenes depressive tanker, som ofte er knyttet til «voksentemaer». Til det bruker man andre voksne som samtalepartnere. Barn har ikke de voksnes beskyttelsesstrategier, og blir lett fanget inn i depressive tankemønstre. De må skånes fra å høre om dybden av depresjonen og om tanker om selvmord. Det er viktig å trygge dem på at mor eller far får god hjelp.

Foreldrene kan oppfordre barnet til å vise reaksjoner sine når noe er vanskelig. De kan også be barnet om å spørre når det lurer på noe. Slik signaliserer de at alt som har med mors eller fars depresjon å gjøre, og barnets reaksjoner, er lov å snakke om.

Gode forklaringer skiller mellom depresjon og angst som psykisk lidelse, og vanlige følelser av tristhet og frykt som vi alle har, og som er helt normalt og ufarlig. Dessuten inneholder de ord og metaforer som barn på ulike alderstrinn kan forstå.

Å beskrive depresjon for barn

For å forklare hva depresjon er, kan far eller mor for eksempel si: «Å være deprimert er noe annet enn å være lei seg. Det ligner litt, men når en er deprimert, er det som om alt blir så veldig tungt. En blir sliten, og du har sikkert merket at jeg ikke orker å leke og være sammen med deg som før. Det er leit for deg, men det betyr ikke at jeg ikke er like glad i deg som før. Jeg kommer til å bli glad igjen sånn som jeg var før, men det tar bare litt tid. Depresjon blir man heldigvis frisk av når man får behandling, slik jeg får nå».

Når det gjelder angstlidelse, kan foreldre forklare barna at det er noe annet enn å være redd. For når vi er redde, kan noen forklare eller trøste, så går det over. Men når man har en angstlidelse, er det som om man ikke helt vet hva man er redd for. Da trenger man hjelp for å komme ut av det, og det finnes god hjelp å få.

Følelser som er blitt syke

Her er en annen innfallsvinkel: «Depresjon er som om følelsene er blitt syke. Mamma har det vanskelig når hun er deprimert. Hun vil ikke være deprimert og gjør det ikke med vilje, akkurat som om du ikke vil være syk når du er forkjølet. Men du kan ikke bli smittet av depresjon slik som med forkjølelse. Og depresjon er ikke så lett å se som forkjølelse, for du nyser ikke eller hoster. Mamma kan se helt vanlig

ut, selv om hun føler seg dårlig. Du kan kanskje se at hun er deprimert ved at hun sover mye eller ikke får sove, at hun glemmer ting og ikke orker å gjøre ting, for eksempel å leke med deg slik hun gjorde før. Hun kan kanskje bli lettere irritert også, eller begynner å gråte for ingenting. Hvordan merker du at mamma er deprimert? ... De gode nyhetene er at det er mye mamma kan gjøre for å komme ut av depresjonen. Hun får god hjelp til det» (Andrews, 2002).

Barn kan få mange følelser

Her er noen andre formuleringer om barns reaksjoner: «Barn kan få mange ulike følelser når mamma eller pappa er deprimert. De kan bli sint, redd eller lei seg. Andre kan føle seg ensom, flau eller få dårlig samvittighet. Noen ganger har barn mange ulike følelser på en gang. Det kan være forvirrende. Dessuten har søsken ofte høyst ulike reaksjoner. Uansett hva du føler, så er det ok. Noen barn er bekymret for at depresjonen til mamma eller pappa er deres skyld. Men depresjonen er ikke deres feil. Det er ikke noe de har gjort eller sagt som er årsak til den. Noen barn kan også tenke at de kan gjøre mamma eller pappa frisk. Men depresjon går ikke vekk uansett hvor flink og hjelpsom, stille eller bråkete du er. På samme måte som du ikke er grunnen til at noen er deprimert, er du ikke den som skal hjelpe dem ut av

depresjonen. Det er ikke din jobb. Det gjør de selv med god hjelp fra andre voksne. Det viktigste er at du har det bra, og at du gjør ting sammen med vennene dine som du liker og som er gøy. Det er bra at du snakker om det til mamma eller pappa når noe er vanskelig. Du kan også snakke med andre voksne som du kjenner om hva du føler og hva du trenger».

Greiner på et tre

Et bilde på depresjon er at tankene er som greiner på et tre, syke og friske (Raundalen & Schultz, 2008). Når mange av greinene er syke, trenger man hjelp, med samtaler eller medisiner. Du kan tegne tanker som friske grønne blader som vokser inne i hodet, kanskje med fargerike blomster. Si at hjernen trenger lys og varme for at tankene skal holde seg friske. Så forteller du om en tanksykdom som heter depresjon slik at det blir mørkt og kaldt der inne hvor tankene skal vokse og gro. Da visner tankene. Det kan du tegne med brun farge. Så kan du si at heldigvis er det noen tanker som ikke visner helt. Det er tanker som: «Jeg må snakke med noen som kan hjelpe meg» eller «Jeg må ha medisin». Så kan du si at mamma eller pappa får hjelp til å bli frisk igjen.

Å ha med barna i samtale med deg

Spør om foreldrene selv vil snakke med barna. Når og hvor tenker de i så fall at samtalen bør finne sted? Ønsker de at du som behandler eller rådgiver skal være med, slik at barna får se ditt kontor og hvem du er, og for at du kan si litt om din rolle? Du kan si at for barn kan det å møte deg og se ditt kontor gi trygghet. Dersom du ikke er vant til å ha barn med i samtalen, kan en slik invitasjon naturlig nok vekke usikkerhet. En støttetanke her er at barna daglig lever med mors eller fars depresjon, og at det å sette ord på hva som skjer vil klargjøre og gi mening, og ikke skape usikkerhet og frykt.



Samtale hos deg med barna til stede

Sett deg inn i hva som er aktuelt og relevant for familien før samtalen med barna. Det gjelder informasjon om hvem familiemedlemmene og andre nære personer er, hvor lenge mor eller far har vært deprimert og hvordan barna kan være påvirket. Spør om hva barna vet om mors eller fars problemer, og eventuelt hvilke ord man har brukt om depresjon. Diskuter så hvordan samtalen med barna bør legges opp. Trygg foreldrene så langt som mulig på at de har gjort det de kan for å skåne barna. Her kan du si at det ikke er lett for foreldre å vite hvordan depresjon påvirker barna og hva som er rett å si eller gjøre for å ta vare på dem i en så spesiell situasjon.

Dersom du ikke er vant til å ha samtaler med barn, kan du velge å ha med deg en mer erfaren kollega, for å bli tryggere selv. Skal du møte flere familiemedlemmer kan det uansett være fint å være to behandlere eller rådgivere. Det bør være lav terskel for å be om hjelp fra kolleger til slike samtaler der du jobber.

Det er lurt å ha noen ting for barn liggende synlig på kontoret. Det kan være tegninger, barnebøker, bilder og plakater, bamser eller andre leker. Da ser de at her har det vært andre barn før.

De yngre barna kan foretrekke å ha noe i hendene å fikle med når de hører på. Ha gjerne tegneblyanter og papir lett tilgjengelig. Tilsvarende kan du sette frem noe å drikke og litt å spise, for eksempel saft og frukt, nøtter eller kjeks. Det kan gi både barn og foreldre en gjenkjennbar og betryggende følelse av å bli tatt imot som gjester på besøk.

Si litt om deg selv innledningsvis, og om rommet og stedet dere sitter i, og smil til barna. Barna fanger fort opp om andre er vennlige og interesserte eller ikke. Si om mulig at her har det vært andre barn før, og at det er vanlig at barna er med i slike samtaler. Hensikten er at alle i familien får informasjon og kan spørre om ting de lurer på. Du kan starte med å si: «Så fint at dere kommer hit. Jeg har snakket med mamma og pappa før, og de vil gjerne at dere skulle være med hit. Vi skal si litt om hva som skjer og så kan du spørre om det du lurer på. Mamma og pappa vil gjerne at du spør». Si så noe om tidsrammene. Her kan det vært lurt at du bringer pasienten, eller foreldrene hvis begge er med, inn i samtalen. Pasienten kan for eksempel si noe om hvor lenge han eller hun har vært i kontakt med deg. Noen barn vil allerede her stille spørsmål som: «Hvor lenge vil det

vare? Tar du medisiner?». Foreldre blir ofte overrasket hvor mye barna har fått med seg.

Bring inn foreldrene så ofte du kan i løpet av samtalen, der du kan supplere og reformulere når det passer. Er du i tvil om noe, spør foreldrene, for eksempel slik: «Hva tenker mamma og pappa om det?». Vær ikke redd for ikke å ha svar på alle spørsmål. Vær også forberedt på at noen barn ikke spør om så mye og sier lite. Det er helt greit. Ikke mas på dem.

Vær heller ikke redd for å være tydelig på hva du mener dersom du opplever at foreldrene bagatelliserer eller sier noe som bør korrigeres. Her kan du for eksempel si: «Jeg kjenner jo ikke dere så godt, men det andre barn har fortalt, er at de ...». Dermed slipper du å motsi direkte, men kan løfte frem andre perspektiver.

Barna kan gå rundt å tenke på dramatiske hendelser, som konflikter mellom foreldrene. Uten å ha sagt det høyt, kan de lure på spørsmål som: Smitter det? Er det min skyld? Kan man dø av det? Formuleringer der du viser til hva andre barn har lurt på, kan her gi en åpning.





5

Gi tilpasset informasjon til andre

Et spørsmål som mange lurer på, er hva de skal si til andre som møter barna, som annen familie, naboer, barnehage, skole og helsetjenester. Usikkerhet her kan bidra til at man begrenser kontakten med dem. Spør om hva andre vet om depresjonen. Hva med besteforeldre, onkler og tanter, personell i barnehage, lærere eller fritidsledere?

Spør om pasienten har erfaringer med å være åpen om sine psykiske helseproblemer, også ved tidligere episoder med depresjon. Noen vil formidle at åpenhet har hatt negative følger for dem, mens andre har mer positive erfaringer. Mange vil svare at de har betrodd seg til få eller ingen, bortsett fra partner. Her åpnes det opp for samtale om pasientens holdninger til det å være deprimert, som kan preges av skamfølelse eller av frykt for avvisning. Dere kan også snakke om mulige konsekvenser av åpenhet, både fordeler og ulemper. Start gjerne med å utforske tenkelige ulemper, for å vise at du anerkjenner at de finnes.

Pasientene kan ha nytte av å lage en «informasjonsstrategi» om hva man vil velge å si til hvem i hvilken situasjon. Her er det to ytterpunkter. Det ene er å ikke si noen ting, men da får man kanskje spekulasjoner. Det kan bli uhåndterlig. Det andre er å være helt åpen til alle. Det kan være vanskelig, fordi det jo er snakk om svært personlige forhold. Strategien består i å ha tenkt gjennom hvem de kan snakke med hva om, hvordan de skal snakke om det, og når de skal gjøre det. Som behandler kan du bistå med å lage en slik strategi, for eksempel om det skal gis informasjon til personalet i barnehagen. Dere kan her drøfte konkrete formuleringer som passer for pasienten i en aktuell situasjon.

Nyttige spørsmål kan være:

- **Hva vil hensikten være for deg og barnet med å si noe om din situasjon?**
- **Hvilke negative følger kan det få for barnet dersom du velger å ikke være åpen?**
- **Hvilke formuleringer kan du føle deg komfortabel med å benytte?**
- **Dersom du ikke ønsker å benytte betegnelsen «depresjon», hva kan være andre ord å bruke?**

Sammen kan dere lage ulike versjoner som oppleves som sanne og som formidler verdighet, og som er tilpasset hvem som trenger å vite hva. Fordi det er uvant, og kanskje også skambelagt, kan pasienten ha utbytte av å trene på en slik formidling, for eksempel gjennom et lite «rollespill» der du og eventuelt partner gir tilbakemeldinger. Planlegg hva man skal si dersom man får spørsmål fra andre, for eksempel om bakgrunnen for at man er sykmeldt og borte fra jobb, noen «fraser» i farten, uten å måtte tenke seg om. De kan formuleres i et «Hvis ... så»-format: «Hvis noen spør meg om ..., så skal jeg svare at ...». Da har man på en måte forhåndsprogrammert hjernen med et svaralternativ. Så blir man ikke overrumplet ved et uventet spørsmål. (Du kan lese mer om hvis-så-formuleringer i Berge & Fjerstad, 2020).

I det ovenstående legger vi vekt på en dialog om andre bør informeres. Husk at for barna kan det ha stor betydning at for eksempel barnehageansatte vet *noe*. Dessuten må barnet kunne ha mulighet til å gi uttrykk for sine egne opplevelser til andre trygge voksne utenfor hjemmet.

6

Vurdere støttetiltak for barna

Barn må oppleve mest mulig stabilitet, forutsigbarhet og trygghet i hverdagen. De må kunne delta i sine vanlige aktiviteter – uten dårlig samvittighet. Foreldrene må ikke minst hjelpe barnet til å være med på aktiviteter sammen med jevnaldrende. De kan også oppmuntre til at barnet har andre voksne rundt seg, for eksempel ved å si: «Jeg er så glad for at mammaen til bestevennen din...». Ifølge William Beardslee (2000) er evnen til å se seg selv som adskilt fra foreldrenes psykiske helseproblemer, en viktig beskyttelsesfaktor.

Samtidig trenger barn å få være en del av familiens fellesskap i møte med det gode, så vel som det onde. De har behov for å føle at dette er noe man går igjennom og håndterer sammen. Da opplever de å spille en rolle i familien, at deres bidrag er verdifullt og gjør en forskjell. De kan for eksempel hjelpe til hjemme når mamma er sliten.

Barna kan trenge hjelp til å forstå at det er vanlig å ha ulike følelser på en gang: Trist når man tenker på depresjonen, og glad når man er sammen med venner. De trenger aksept for ulike følelser. Det er for eksempel naturlig å være sint og kjenne at det er urettferdig at pappa er syk. De kan trenge hjelp til å forstå egne følelser, for eksempel: «Når du blir sint, lurer jeg på om du også er trist?», eller «Jeg vet at barn kan få dårlig samvittighet når de er sinte på mamma eller pappa som er syk. Er det litt slik for deg også?».

Barnet må skånes for åpen krangel mellom foreldrene. Voldsomme oppgjørsscener gjør et sterkt inntrykk på barn. Jo flere slike de blir vitne til, desto mer oppskaket blir de. Barn venner seg aldri til slikt. Har familien det vanskelig, har barn også det vanskelig. Alt en kan gjøre for å vise barnet kjærlighet, stolthet og tillit er av uvurderlig betydning.

7

Ha dialog med partner

Partnere til deprimerte personer kan føle seg maktesløse. De kan over lengre tid ha prøvd å trøste, å få den deprimerte til å se lysere på livet eller til å bli med på aktiviteter, men uten å lykkes. Gode råd og sunn fornuft har liten virkning. Energiløsheten, mangelen på interesse og irritabiliteten skaper avstand, de kan føle seg avvist og såret. Da er det viktig å erkjenne at pasientens passivitet og negative tankestrøm er en del av depresjonen. Utfordringen er å ikke bli dratt inn i den deprimertes syn på seg selv og omgivelsene – unngå å bli smittet av maktesløshet og håpløshet. Da kan en bedre fungere som en hukommelse for de små fremskritt og som en lyskaster på det som tross alt har gått bra.

Partnere er bekymret for at den andre ikke skal bli bra igjen. Hvis den deprimerte har selvmordstanker eller tidligere har gjort et selvmordsforsøk, er angsten nesten ikke til å bære. Samtidig kan noen over tid opparbeide seg mye frustrasjon og irritasjon. De er lei av passivitet, overdrivelse av hverdagslige problemer og stadig selvkritikk og pessimisme. I tillegg blir omsorgsbyrden større enn tidligere, der hensynet til både barn, partner og jobb skal balanseres. Egne behov kan komme i skyggen av den vanskelige situasjonen, noe som gir slitasje og frustrasjon. Det er også smertefullt å se at den man er glad i, har det vondt.

Nyttig informasjon

Det er verdifullt for pasientens partner å få informasjon om hva en depresjon innebærer, med de ulike symptomene og hjelpetiltak. Kunnskapen kan gi en mer realistisk forståelse av hva man kan bidra med og hva man kanskje må godta i en periode. Informasjonsformidling bør fortrinnsvis skje i en fellessamtale med deg som behandler eller rådgiver og begge foreldrene. Du kan supplere med å gi eller henvise til skriftlig informasjon (se del 3 Tilleggsmateriale).

Gode råd

Du kan oppmuntre partneren til å opprettholde rutiner så langt som mulig, og å bevare kontakten med andre utenfor familien. Mange partnere setter til side egne behov. De gjør for eksempel mer enn sin del av de praktiske oppgavene i samlivet og i ivaretagelsen av barna. Dette gjør de fordi det er nødvendig. Men hvis de tilsidesetter egne behov, blir de tappet for krefter, og parforholdet blir skadelidende. Når familiens indre liv blir farget av depresjonen, trenger man påfyll. Spør partneren om eksempler på slike aktiviteter, og om hvordan han eller hun konkret kan få plass til dem i hverdagen. Ettersom tidskabelen kan bli vanskelig å få til å gå opp, kan støtte fra slektninger, venner og hjelpeinstanser gi mulighet for noen pusterom.

Gode råd til pårørende

Det finnes ingen oppskrift på hvordan man skal forholde seg, når en man er glad i er deprimert. Her er noen råd, etter erfaringer fra andre som har vært gjennom dette (Berge & Repål, 2015):

Anbefalt:

- Oppretthold et så normalt forhold som mulig
- Anerkjenn at den andre lider og har det vondt
- Sett spørsmålstegn ved overdreven negativ tenkning
- Vis at du bryr deg, vis anerkjennelse og respekt

Ikke anbefalt:

- Å bebreide den deprimerte for depresjonen
- Å be personen om å ta seg sammen
- Å si noe som underminerer personens allerede svekkede selvfølelse

Støttende kommentarer:

- Jeg bryr meg om deg, du står ikke alene i dette
- Når depresjonen er over, vil jeg fortsatt være her, og du også
- Jeg forstår at du har det vondt
- Jeg tar vare på meg selv, ikke vær redd for det

Nedbrytende kommentarer:

- Jeg som trodde du var sterk, du må riste dette av deg
- Slutt å synes synd på deg selv, alle er deprimert av og til
- Du har så mye å være takknemlig for

Vis egenomsorg:

- Lær alt du trenger å vite om depresjon og ha realistiske forventninger
- Oppretthold egne rutiner og tillat deg å kunne oppleve positive aktiviteter
- Ta ikke depresjonen personlig
- Be om hjelp fra andre



8

Snakk om kommunikasjonen i parforholdet

Noen ganger kan depresjonen være forbundet med spenninger og konflikter innad i familien eller i parforholdet. Et eksempel er når samlivet er preget av fiendtlighet eller kulde. Det kan igjen ha sin bakgrunn i utroskap eller at en av partene ikke ser noen fremtid i parforholdet. Noen opplever en intens følelse av ensomhet i samlivet – med mangel på kjærlighet, felles interesser eller bekreftelse. Ved omfattende samlivsproblemer kan det være behov for profesjonell bistand, for eksempel på et familievernkontor. Utgangspunktet for følgende råd om forebygging av samlivsproblemer, er en situasjon der paret ikke står oppe i en sterk konflikt med behov for parterapi. Alle familier opplever vanskelige perioder – de hører livet til. Det viktigste er hvordan man lever med vanskelighetene og hvordan man møter dem.

Depresjon kan bli en slitasje på parforholdet, og det kan være nyttig for både pasienten og hans eller hennes partner å få innspill til hvordan de kan styrke kommunikasjonen. Hvis tidsrammer og andre forhold gjør det uaktuelt med parsamtale, kan du vurdere å formidle enkelte av de følgende rådene i samtale med den deprimerte pasienten alene. Du kan da spørre om det aktuelle innspillet er noe han eller hun kan drøfte med sin partner.

Motvirke isolasjon og passivitet

Depresjon preges av unngåelse og passivitet. Depresjon er i sitt vesen det motsatte av aktiv deltakelse. Også den deprimeres partner kan bli trukket inn i initiativløshet og isolasjon. Felles aktiviteter kan gi parforholdet energi og retning. Samtidig er aktivitet, særlig gjøremål som kan gi opplevelse av tilhørighet, mestring og glede, et godt virkemiddel mot depresjon. Dette er et budskap du kan formidle til paret, og be dem prøve å legge inn noen slike aktiviteter hver dag, samtidig som de holder fast på hverdagens rutiner. Du kan spørre etter positive aktiviteter som de kan gjøre sammen, og be dem teste ut effekten av dem som hjemmeoppgave. Si at det er vanskelig å vite hva

som er virkningen av en atferd før man har prøvd den ut minimum to ganger. Du kan også be dem kommunisere, helst på en konkret og detaljert måte, om det som har fungert bra, for å ta med seg positive erfaringer videre.

Husk at implementering er et stort problem ved depresjon. Spør derfor om barrierer for gjennomføring og hvordan de kan overvinnes. Vær konkret: Hvor og når skal det gjøres?

Kjøreregler for kommunikasjon

Depresjon griper inn i andres liv, og det kan være noe av det tyngste ved å være deprimeret. Ingen ønsker å være til byrde for andre. Det er så lett å stivne i disse rollene – den som gir og den som får. I samtale med paret kan du gi råd om å reversere rollemønsteret fra tid til annen. De kan bytte på rollene og da snakke sammen om hva det innebærer i praksis. Hva trenger den pårørende å få, og hva trenger den deprimerede partneren å gi? Et eksempel er at noen partnere ønsker en fast tid til å drive med hobbyer eller å få en hvilepause.

Fange opp følelsesmessige signaler

I parforhold er det viktig å fange opp og svare på følelsesmessig «hint» fra den andre (Gottman & Gottman, 2019). Svaret kan ta form av et smil, en gjentakelse av det den andre har sagt, en treffende kommentar eller et betimelig spørsmål. Eksempler er at du kommer hjem, og partneren din fanger opp at du er lei deg og sier: «Sett deg ned og fortell!» Du sukker under frokosten, og partneren sier: «Litt mer kaffe?» Partneren din smiler bredt etter å ha kommet hjem fra fotballkampen, og du spør: «Hvor mye vant dere?» Opplevelsen av å «bli tatt for gitt» høres ofte når par har det vanskelig i forholdet, som et uttrykk for at man ikke lytter til hverandre. Det er imidlertid ikke alltid så lett for andre å vite hva en trenger. Under en depresjon blir det ekstra vanskelig både å fange opp andres behov og uttrykke sine egne. I samtalen med paret kan du spørre om hva som etter deres erfaring er gode «hint» og gode svar, og hvordan de kan trene på en tydeligere kommunikasjon her.



Bruk av «time out»

Du kan råde paret til å bruke «time-out», en avtalt pause i noen minutter, hvis de blir så opprørte at det er vanskelig å tenke klart og kommunikasjon er vanskelig. Spør om i hvilke situasjoner paret kan ha behov for å ta en slik pause, for å unngå en opprivende konflikt, og på hvilken måte de kan kommunisere det der og da, for eksempel i form av et avtalt pausesignal. Vær gjerne konkret her. Si også at dersom temperaturen fortsatt er for høy etter pausen, kan det være lurt å ta et skritt tilbake, la ting ligge litt og ta tiden til hjelp.

Unngå å bli trukket inn i depressiv kverning

Et vanlig hjelpetiltak ved depresjon er å veilede pasienten i håndtering av kvernetanker. Det innebærer å trene på å flytte oppmerksomheten bort fra påtrengende grubling og bekymring og over på detaljer i situasjonen her og nå, og å kunne tenke mer konkret og løsningsorientert. Samtidig anbefales pasienten om ikke å prøve å presse vekk grubletankene, da forsøk på tankeundertrykking gjerne gjør dem sterkere. Dette prinsippet demonstreres via øvelsen «ikke tenk på en isbjørn», der man typisk nettopp tenker på en isbjørn.

Medgrubling

I parsamtalen kan du beskrive hva kverning innebærer, og spørre om dette er noe pasienten kjenner igjen. Hvis svaret er ja, kan du spørre om partneren kjenner igjen slike tankemønstre i sine dialoger med pasienten. I så fall kan du beskrive fenomenet «medgrubling» («co-rumination»; Spendelow et al., 2017). Det er når den ene snakker om og om igjen om plager og problemer, og sine negative følelsesmessige reaksjoner på disse, og den andre blir trukket inn i samtalen – man blir en «grublepartner». Man forsøker gjerne å innta en oppmuntrende posisjon i dialogen, men starter på samme sted neste gang. Mønsteret er forbundet med vedlikehold av depresjon og svekket evne til problemløsning.

Selvhandikapping

En utløser for grubling er «selvhandikapping», der man snakker seg selv ned eller unnskylder en forventet dårlig prestasjon allerede før utførelsen (Pettit & Joiner, 2005).

Man kan sabotere for seg selv ved å la være å gjøre full innsats, fordi man ikke forventer å lykkes. Hensikten er å beskytte et skjørt selvilde, men langtidseffekten er svekket selvfølelse. Dessuten er selvhandikapping noe andre misliker, også partnere, som i tillegg kanskje blir eksponert for dette daglig. Et råd du kan gi til pasienten, er å trene på å la være å si de negative formuleringene høyt. Si at pasienten heller ikke har godt av å høre seg selv stadig komme med negative utsagn. For noen er selvhandikapping blitt en vane som de må trene på å snu, og her kan partner være en positiv treningspartner.

Søken etter beroligelse

Et annet uheldig kommunikasjonsmønster er stadige forsøk fra den deprimertes side på å få beroligelse eller betryggelse: «Hva synes du egentlig om meg? Setter du pris på meg likevel?». Man søker bekreftelse om å være verdsatt, uten å stole på svarene, til partnerens fortvilelse og frustrasjon. Partner fortsetter å gi uttrykk for støtte, men gjennom mimikk og kroppsspråk kan han eller hun formidle sin oppgitthet. Den deprimerte, som både trenger og tviler på andres anerkjennelse, opplever forsikringene som uekte, fornemmer irritasjonen bak og får forsterket behov for å bli beroliget. Det kan være nyttig for paret å få kunnskap om mønsteret, som forverrer depresjon og sliter på parforholdet (Starr & Davila, 2008). De kan trene på forhåndsavtalte strategier for å skifte spor i dialogen. Et slikt sporskifte bør gjøres på en måte som ikke er ufølsom. Det å gi hverandre en varm klem kan noen ganger være et godt alternativ. En vane med å gi hverandre klemmer hver dag – definert som å strekke armene rundt hverandre i omfavnelse som tegn på hengivenhet – er for øvrig bra både for depresjon, stressbelastninger, blodtrykk og parforholdet.

Bekymringstreet som beslutningsstøtte

For å skille mellom bekymringer man kan eller ikke kan gjøre noe med, kan du tegne opp bekymringstreet på et ark, tavle eller flippover. Ta en bekymring om gangen, og drøft om den skal plasseres på grenen for det man kan gjøre noe med (JA), gjerne med stikkord om hva problemløsning i så fall kan være. Alternativt kan bekymringen plasseres på grenen for det man ikke kan gjøre noe med, i hvert fall i nærmeste fremtid (NEI). Også her kan dere sette opp noen stikkord, men nå om hva pasienten konkret kan gjøre for å flytte oppmerksomheten over på andre ting. Slik fremheves at ulike bekymringer krever ulike strategier, og at bekymringstankene i seg selv kan utgjøre den største belastningen. Treet kan fungere som et kommunikasjonsverktøy der paret i fellesskap kan beslutte å la bekymringen ligge.





9

Forebygg tilbakefall

Det anbefales i faglige retningslinjer å snakke om tidlige varselsignaler og forebygging:

- Hva er signaler på at en depressiv episode er under utvikling?.
- Hva kan du konkret gjøre i en tidlig fase for å forebygge?.
- Hvem kan du snakke med hvis det blir vanskelig?.

Knytt temaet tilbakefallsforebygging opp mot foreldrefunksjon og barns situasjon. Hva er faresignaler på dette området, for at man er på vei inn i en ny depresjon? Be pasienten og eventuelt partner om tidligere erfaringer, som en tendens til å utsette gjøremål, og still spørsmål som:

- Hvilke forebyggende tiltak vil være nyttige her?
- Hva kan gi tiltrengt stimulans og påfyll i en slik krevende situasjon?
- Hvilke rutiner blir det viktig å opprettholde?
- Når og hvordan bør andre eventuelt informeres, som familie forøvrig, venner og eventuelt fastlege?
- Hva kan en si til barna?

Skriv gjerne ned det dere kommer frem til. Det kan fungere som en huskeliste på veien videre.

Del 3 / Tilleggsmateriale

I denne delen av veilederen finner du informasjon om:

- *Nyttig litteratur om deprimerte foreldre og støtte til pårørende*
 - *Nyttige nettsider for barn, foreldre og fagpersoner*
 - *Tilbud for foreldre og barn i de offentlige hjelpetjenestene*
 - *Tilbud for foreldre og barn i frivillige organisasjoner*
-



Nyttig litteratur om deprimerte foreldre og støtte til pårørende

Andrews, B. (2002).

Why are you so sad? A child's book about parental depression. Washington, DC: Magination Press.

Berge, T. & Repål, A. (2015).

Lykketyvene. Hvordan overkomme depresjon. Oslo: Aschehoug.

Bergem, A. K. (2018).

Når barn er pårørende. Oslo: Gyldendal.

Bøckmann, K. & Kjellevold, A. (2010).

Pårørende i helsetjenesten. En klinisk og juridisk innføring. Bergen: Fagbokforlaget.

Dyregrov, A. (2010). Barn og traumer.

En håndbok for foreldre og hjelpere. Bergen: Fagbokforlaget.

Eide, G. & Rohde, R. (2009).

Sammen så det hjelper. Metoder i samtaler med barn, ungdom og familier. Bergen: Fagbokforlaget.

Glistrup, K. (2012).

Snakk om angst og depresjon. Oslo: Kommuneforlaget.

Haugland, B. S. M., Bugge, K. E., Trondsen, M. V. & Gjesdahl, S. (red.). (2015).

Familier i motbakke. På vei mot bedre støtte til barn som pårørende. Oslo: Fagbokforlaget.

Haugland, B. S. M., Ytterhus, B. & Dyregrov, K. (2012).

Barn som pårørende. Oslo: Abstrakt forlag.

Haukø, B. H. & Stamnes, J. H. (2009).

Barnas time. En temafokusert barne- og familiesamtale når mor eller far har psykisk sykdom og/eller rusproblemer. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.

Helsedirektoratet (2018).

Pårørendeveileder. Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet og St. Olavs Hospital.

Barnespor for helsepersonell. (Guide til foreldresamtaler og barnesamtaler).

https://stolav.no/Documents/KoRus/Barnespor%20for%20helsepersonell_NY.pdf

Olsen, N. L., Relling, M., Overvik, M. & Glørstad, T. (2019).

Barne- og familiesamtaler når barn er pårørende. En praktisk håndbok for helsepersonell. Oslo: Kommuneforlaget.

Raundalen, M. & Schultz, J.-H. (2008).

Kan vi snakke med barn om alt? Oslo: Pedagogisk forum.

Ruud, T., Birkeland, B., Faugli, A., Hagen, K. A., Hellman, A., Hilsen, M. et al. (2015).

Barn som pårørende. Resultater fra multisenterstudie. Rapport. Lørenskog: Akershus Universitetssykehus.

Øvreeide, H. (2009).

Samtaler med barn. Metodiske samtaler med barn i vanskelige livssituasjoner (3. utg.). Oslo: Høyskoleforlaget.



Nyttige nettsider for barn, foreldre og fagpersoner

Det finnes en rekke nettsider med informasjon til pårørende, blant annet om depresjon og hjelpetiltak for barn og familier. Her er et utvalg.

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet: www.bufdir.no

BarnsBeste: www.BarnsBeste.no

Helsedirektoratets informasjon om depresjon: www.helsedirektoratet.no/tema/angst-og-depresjon

Helsedirektoratets informasjon til pårørende: www.helsedirektoratet.no/tema/parorende

Helsenorge.no (Den offentlige helseportalen): www.helsenorge.no

Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse: www.lpp.no

Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse: www.mestring.no

Norsk forening for kognitiv terapi: www.kognitiv.no

Offentlig informasjonskanal for ungdom: www.ung.no

Pårørendesenteret: www.parorendesenteret.no

Pårørendesenteret i Oslo (PIO): www.piosenteret.no

Klinikk for krisepsykologi: www.krisepsykologi.no

Snakketøyet (informasjon laget av BarnsBeste): www.snakketoyet.no

Voksne for barn: www.vfb.no

Et gratis e-læringskurs om barn som pårørende, for ansatte i helse- og omsorgstjenestene, er utviklet av BarnsBeste – Nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende og Helsedirektoratet: <https://barnsompårørende.helsekompetanse.no/>

Tilbud for foreldre og barn i de offentlige hjelpetjenestene

Foreldre som er deprimerte og deres barn kan trenge hjelp fra en rekke instanser. Her er en oversikt over tilbud for foreldre og barn i de offentlige tjenestene og i frivillige organisasjoner.

Helsestasjonen skal fremme helse og trivsel, og forebygge sykdom og skade blant barn. Den tilbyr rådgivning for foreldre og foretar helseundersøkelser av barn mellom 0–6 år. Jordmor gir helsefaglig veiledning og oppfølging, og forbereder til fødselen og barnet som kommer.

Skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom er en lovpålagt tjeneste. Målet er å fremme god helse og trivsel, og forebygge sykdom og skade blant barn og ungdom. Familiens hus, som finnes i cirka halvparten av kommunene, tilbyr hjelp til familier og barn. Familiehjelpa finnes tilsvarende i noen kommuner.

Sosialtjenesten (NAV) har, i tillegg til veiledning og ytelser rundt økonomi, ansvar for det ufødte liv og tiltak for gravide som misbruker rusmidler.

Barneverntjenesten jobber etter Lov om barneverntjenester, som omfatter barn og unge i alderen 0–23 år. Formålet er å sikre at barn og unge, som lever under forhold som kan skade deres helse eller utvikling, får hjelp, omsorg og trygge oppvekstvilkår. Tiltakene kan være råd og veiledning, støttekontakt, besøkshjem, ansvarsgrupper, økonomisk bistand, oppfølging av uteteam, fosterhjem eller institusjonsplass. Barnevernvakten kan kontaktes hele døgnet.

Psykisk helsevern for barn og unge er et tilbud til barn og unge i alderen 0–18 år og deres familie. Det kan være flere grunner til at man tar kontakt, for eksempel familier der konflikter synes fastlåste, barn og unge som har problemer i barnehage og skole, og sosiale, følelsesmessige eller psykiske problemer. Tilbudet gjelder ikke minst sårbare gravide og småbarnsfamilier.

Pedagogisk-psykologisk tjeneste er kommunens rådgivende og sakkyndige instans i spørsmål om barn og unge i en vanskelig opplærings- eller oppvekstssituasjon. Arbeidsoppgaver er utredning av behov for spesialundervisning, og veiledning til barnehage, skole og foreldre. Både foreldre, barnehage og skole kan ta kontakt, de to sistnevnte med samtykke fra foreldre.

Familievernkontor er et tilbud til mennesker med samlivsproblemer. Både enkeltpersoner, par og familier kan ta kontakt. Barn og unge kan også bruke familievernet. Tilbudet er gratis, og det er ikke nødvendig med henvisning. De fleste kommer for rådgivning og samtaler om hverdagsproblemer, og når det er konflikter eller kriser i familien. Familievernet utfører lovpålagt mekling ved samlivsbrudd, og hjelp til å bedre foreldresamarbeidet for eks partnere eller foreldre med felles barn som aldri har bodd sammen. Det gis dessuten gode kurstilbud.

Utekontakten arbeider forebyggende blant barn og unge, med oppsøkende arbeid som metode, særlig ungdom som ikke, eller i utilstrekkelig grad, nås av andre deler av hjelpeapparatet.

Blå Kors driver Barnas stasjon (www.barnasstasjon.no), et gratis tilbud for familier med barn under åtte år, der far eller mor har rusmiddelproblemer eller psykiske helseproblemer. Tiltaket er også for gravide. På stasjonen kan man få middager, støttesamtaler og ferie- og fritidstilbud. Blå Kors Kompasset er et gratis tilbud, som inkluderer terapi både for enkeltpersoner og familier (<https://www.blakors.no/kompasset/>).

Kirkens Bymisjon driver blant annet Ventilene – for unge pårørende, rettet mot barn og unge mellom 6–23 år (<https://kirkensbymisjon.no/ventilene/>), og Robust – samtaletilbud til barn, unge og familier (<https://kirkensbymisjon.no/robust/>).

Familier kan også få hjelp av fastlege, sosiallærer eller rådgiver på skolen, og psykisk helsearbeider eller psykolog i kommune/bydel, og lavterskeltilbud som Rask psykisk helsehjelp.

Tilbud for foreldre og barn i frivillige organisasjoner

Røde Kors tilbyr leksehjelp, samtaler, støtte og hjelp for barn og ungdom. Kors på halsen er et gratis og anonymt samtaletilbud der barn og unge kan snakke om det de har på hjertet. BARK (Barnas Røde Kors) er et gratis aktivitetstilbud for barn med vekt på god lek, samarbeid og mestring (www.rodekors.no).

Kreftforeningen tilbyr informasjon, råd og veiledning, og arrangerer turer og gruppetilbud for familier, barn og unge (<https://kreftforeningen.no/>). Det er også en rekke tilbud i foreningene for ulike typer av kreft, for eksempel Brystkreftforeningen (<https://brystkreftforeningen.no/>).

Norske Kvinners Sanitetsforening er en ideell organisasjon som flere steder i landet har et veiledningssenter for pårørende (<http://veiledningssenter.no>).

Fransiskushjelpen er en stiftelse tilknyttet den katolske kirke, som bistår familier ved kreft eller annen alvorlig sykdom. Stikkord er opprettholdelse av barns rutiner, leksehjelp og barnepass, matlaging og aktiviteter med barna (www.fransiskushjelpen.no).

Home-start Familiekontakten er et støtteprogram for familier med minst ett barn under skolealder, med hjelp 2–4 timer i uken (www.home-start-norge.no).

Landsforeningen 1001-dager, for mental helse under graviditet og etter fødsel, har informasjon om depresjon i barseltiden (<https://landsforeningen1001dager.no/>). De har også direkte kontakt med foreldre, og arrangerer kurs blant annet for helsepersonell.

Barn av rusmisbrukere – BAR (www.barnavirus.no) er en bruker- og interesseorganisasjon for barn i alle aldre som opplever foreldres rusbruk som en belastning. Man tilbyr alt fra anonym chat til kurs og foredrag.

Pårørendesenteret.no er en nettside med mye godt faglig materiale for foreldre. Pårørendeprogrammet.no har tilbud til fagfolk, og ungepårørende.no har informasjon rettet mot barn og unge tilpasset alder 7–12 og 13–18 år. Pårørendesenteret tilbyr chat, telefon, e-post og samtaler (<https://www.paroendesenteret.no>).



Del 4 / Referanser

- Beardslee, W. R. (2000). *Out of the darkened room: When a parent is depressed. Protecting the children and strengthening the family*. New York: Little, Brown and Co.
- Beardslee, W. R., Gladstone, T. R. G., Wright, E. J. & Cooper, A. B. (2003). A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: Evidence of parental and child change. *Pediatrics*, 112, 119–131.
- Berge, T. & Fjerstad, E. (2016). *Lev godt med sykdom*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Berge, T. & Fjerstad, E. (2020). Bruk av handlingsregler i vaneendring. *Tidsskrift for kognitiv terapi*. <https://tidsskrift.kognitiv.no/bruk-av-handlingsregler-i-vaneendring>
- Berge, T., Fjerstad, E., Hyldmo, I. & Lang, N. (2019). *Håndbok i klinisk helsepsykologi. For deg som behandler pasienter med somatisk sykdom og skade*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Buckingham-Howes, S., Oberlander, S. E., Wang, Y. & Black, M. M. (2017). Early maternal depressive symptoms trajectories: Associations with 7-year maternal depressive symptoms and child behavior. *Journal of Family Psychology*, 31, 387–397.
- Bureau, J.-F., Easterbrooks, M. A. & Lyons-Ruth, K. (2009). Maternal depressive symptoms in infancy: Unique contribution to children's depressive symptoms in childhood and adolescent? *Development and Psychopathology*, 21, 519–537.
- Choe, D. E., Olson, S. L. & Sameroff, A. J. (2013). Effects of early maternal distress and parenting on the development of children's self-regulation and externalizing behavior. *Development and Psychopathology*, 25, 437–453.
- Connell, A. M. & Goodman, S. H. (2002). The association between psychopathology in fathers versus mothers and children's internalizing and externalizing behavior problems: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 128, 746–773.
- Cummings, M. E. & Davies, P. T. (2010). *Marital conflict and children. An emotional security perspective*. New York: The Guilford Press.
- Dix, T. & Meunier, L. N. (2009). Depressive symptoms and parenting competence: An analysis of 13 regulatory processes. *Developmental Review*, 29, 45–68.
- Eberhard-Gran, M. & Slinning, K. (2007). *Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødselen*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2018). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Routledge.
- Foster, C. E., Webster, M. C., Weissman M. M. et al. (2008). Remission of maternal depression: Relations to family functioning and youth internalizing and externalizing symptoms. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 714–724.
- Gottman, J. S. & Gottman, J. (2019). *Ti prinsipper for effektiv parterapi*. Oslo: Panta forlag.
- Hjelde, K. H., Guribye, E., Magnussen, M.-L. & Ali, W. (2015). *Oppfølging av barn som pårørende i familier med innvandrerbakgrunn*. (NAKMI rapport 3/2015). Oslo: Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse.
- Hummel, A. C. & Kiel, E. J. (2015). Maternal depressive symptoms, maternal behavior, and toddler internalizing outcomes: A moderated mediation model. *Child Psychiatry & Human Development*, 46, 21–33.
- Jaser, S. S., Fear, J. M., Reeslund, K. L., Champion, J. E., Reising, M. M. & Compas, B. E. (2008). Maternal sadness and adolescents' responses to stress in offspring of mothers with and without a history of depression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 736–746.
- Kaminski, J. W., Valle, L. A., Filene, J. H. & Boyle, C. L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 567–580.

- Kendler, K. S., Ohlsson, H., Sundquist, J. & Sundquist, K. (2020). The rearing environment and risk for depression: A Swedish national high-risk home-reared and adopted-away co-sibling control study. *American Journal of Psychiatry*, 177(5), 447–453.
- Kouros, C. D. & Garber, J. (2010). Dynamic associations between maternal depressive symptoms and adolescents' depressive and externalizing symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 1069–1081.
- Liang, L. A., Berger, U. & Brand, C. (2019). Psychosocial factors associated with symptoms of depression, anxiety and stress among single mothers with young children: A population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 242, 255– 65.
- Luciano, M., Del Vecchio, V., Giacco, D., De Rosa, C., Malangone, C. & Fiorillo, A. (2012). A 'family affair'? The impact of family psychoeducational interventions on depression. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12, 83–92.
- Mennen, F. E., Negriff, S., Schneiderman, J. U. & Trickett, P. K. (2018). Longitudinal associations of maternal depression and adolescents' depression and behaviors: moderation by maltreatment and sex. *Journal of Family Psychology*, 32, 240–250.
- Nicholson, J. S., Deboeck, P. R., Farris, J. R., Boker, S. M., & Borkowski, J. G. (2011). Maternal depressive symptomatology and child behavior: Transactional relationship with simultaneous bidirectional coupling. *Developmental Psychology*, 47, 1312–1323.
- Pettit, J. W. & Joiner, T. E. (2005). *The interpersonal solution to depression*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Premo, J. E. & Kiel, E. J. (2016). Maternal depressive symptoms, toddler emotion regulation, and subsequent emotion socialization. *Journal of Family Psychology*, 30, 276–285.
- Shaw, D. S., Connell, A., Dishion, T. J., Wilson, M. N. & Gardner, F. (2009). Improvements in maternal depression as a mediator of intervention effects on early childhood problem behavior. *Development and Psychopathology*, 21, 417–439.
- Shen, H., Magnusson, C., Rai, D., Lundberg, M., Lê-Scherban, F., Dalman, C. & Lee, B. K. (2016). Associations of parental depression with child school performance at age 16 years in Sweden. *JAMA Psychiatry*, 73, 239–246.
- Silverstein, M., Diaz-Linhart, Y., Cabral, H. et al. (2018). Engaging mothers with depressive symptoms in care: Results of a randomized controlled trial in Head Start. *Psychiatric Services*, 69, 1175–1180.
- Skjothaug, T., Smith, L., Wentzel-Larsen, T. & Moe, V. (2018). Do father's prenatal mental health bear a relationship to parenting stress at six months? *Infant Mental Health Journal*, 39, 537–551.
- Solantaus, T., Toikka, S., Alasuutari, M., Beardslee, W. R. & Paavonen, E. J. (2009). Safety, feasibility and family experiences of preventive interventions for children and families with parental depression. *International Journal of Mental Health Promotion*, 11(4), 15–24.
- Spendelov, J. S., Simonds, L. M. & Avery, R. E. (2017). The relationship between co-rumination and internalizing problems: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24, 512–527.
- Starr, L. R. & Davila, J. (2008). Excessive reassurance seeking, depression, and interpersonal rejection: A meta-analytic review. *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 762–775.
- Wang, Y. & Dix, T. (2015). Mothers' early depressive symptoms predicts children's low social competence in first grade: Mediation by children's social cognition. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56, 183–192.
- Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Warner, V., Pilowsky, D. & Verdelli, H. (2006). Offspring of depressed parents: 20 years later. *The American Journal of Psychiatry*, 163, 1001–1008.
- Wong, J. J., Gonzales, N. A., Montano, Z., Dumka, L. & Millsap, R. E. (2014). Parenting intervention effects on parental depressive symptoms: Examining the role of parenting and child behavior. *Journal of Family Psychology*, 28, 267–277.



ENHET FOR KUNNSKAPSUTVIKLING

Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen
Diakonhjemmet Sykehus

<https://diakonhjemmetsykehus.no/avdelinger/voksenpsykiatrisk-avdeling-vinderen>