

BACHELOROPPGAVE

Hvilke konsekvenser kan det ha for et barn å leve sammen med deprimert mor?

Av

109

Even Lilleskog

Vernepleie

BSV5-300

Mai 2014



Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven (Skriv inn tittel) i Brage hvis karakteren A eller B er oppnådd.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og navn og sett kryss:

109 Even Lilleskog

JA: X NEI__

Innhold

1.0 Innledning	4
1.1 Problemstilling.....	4
2.0 Metode	5
3.0 Teori	6
3.1 Depresjon:.....	6
3.2 Fødselsdepresjon	7
3.3 Tilknytning	9
3.4 Resiliens.....	10
3.5 Barns behov	11
3.6 Omsorgssvikt.....	12
3.7 Parentifisering.....	13
3.8 Fare for barnets utvikling	14
4.0 Resultater	16
5.0 Drøfting	19
5.1 Påvirker fødselsdepresjon alle barn i like alvorlig grad?	20
5.2 Hvordan blir barns tilknytning påvirket av mors depresjon?	21
5.3 Hvorfor kan depresjon gi slike konsekvenser for barnet?	21
5.4 Hva kan gjøres?	22
6.0 Avslutning	24
Litteraturliste	25

1.0 Innledning

Denne bacheloroppgaven omhandler barn av deprimerte mødre, samt hvilke konsekvenser dette kan ha for barnets videre utvikling. Ifølge Kringlen (2011) er risikoen for å bli rammet av en alvorlig depresjon i løpet av livet ca. 20 % for menn og ca. 40 % for kvinner. Depresjon går over, med eller uten behandling, men dessverre viser det seg at mange ikke oppsøker behandling, ofte fordi de ikke forstår selv at de er deprimerte. Kvinner har en dobbelt så stor risiko for å bli rammet av en alvorlig depresjon en eller annen gang i livet enn menn (Kringlen, 2011). Dette viser seg å være sant også på et internasjonalt stadie. Påvirkningen en mors depresjon kan ha på familien er et stort helseproblem, og forskning viser at store grupper av barn og ektefeller/partnere blir utsatt for mødres depresjon. De mest sårbare kvinnene viser seg å være kvinner i arbeiderklassen og arbeidsløse mødre med unge barn. Disse kvinnene har en prevalens for depresjon på 40 % (Burke, 2003). Mange foreldre bekymrer seg for livskvaliteten til barnet, og om barnet vil utvikle den samme lidelsen som foreldereren har (Kvello, 2013). Grunnen for valg av tema er personlig interesse for å undersøke hvordan dette kan påvirke barnet videre i livet. Ut ifra dette vil jeg finne ut hvilke konsekvenser mors depresjon kan ha for barnets videre utvikling.

1.1 Problemstilling

Som problemstilling for oppgaven ønsker jeg å fokusere på hvilke ulike konsekvenser det kan ha for et barn å leve sammen med en deprimert mor. Hvordan barnet opplever å måtte opptre som den voksne, og hvordan barnets evnenivå, depresjon, tilknytning og språkutvikling blir påvirket. Problemstillingen er formulert som følgende, sammen med ulike forskningsspørsmål;

Hvilke konsekvenser kan det ha for et barn å leve sammen med deprimert mor?

Forskningsspørsmål 1: *Påvirker fødselsdepresjon alle barn i like alvorlig grad?*

Forskningsspørsmål 2: *Hvordan blir barns tilknytning påvirket av mors depresjon?*

2.0 Metode

Dette er et litteraturstudie. Ulike databaser jeg har brukt er Academic Search Premier, Bibsys og Sykepleien.no. For å finne vitenskapelige artikler har jeg brukt søkemotoren Academic Search Premier og Sykepleien.no. På Academic Search Premier har jeg brukt ulike søkeord som depression*, child*, postpartum depression*, cognitive development* child development*. Jeg har i denne databasen krysset av slik at alle artikler er peer reviewed, som innebærer at det er vitenskapelige artikler. For å finne bakrunnslitteratur har jeg brukt Bibsys. Ved å lete gjennom Bibsys har jeg søkt på ulike søkeord som mental helse*, mor*, depresjon*, barn*, mødre*, parent-child relation*, psykisk helse* og utvikling*. Dette har gitt litteratur som har blitt brukt som teori i oppgaven. Jeg har også brukt bibsys for å finne frem til andre bacheloroppgaver, hvor jeg i hovedsak fikk ideer til ny litteratur ved å gå igjennom litteraturlister. På nettsiden Sykepleien.no søkte jeg i arkivet med søkeord som depresjon, mor, barn, utvikling og fant en artikkel som var relevant for oppgaven.

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2013, s. 111).

Spørsmål og problemer kan bli tatt fatt på med ulike metoder. Dette innebærer at man må velge hvilken metode som er mest hensiktsmessig for oppgaven. Her må en ofte gjøre overveielser mellom hva som er den ideelle fremgangsmåten, og det som er best gjennomførbart praktisk sett. Jeg har valgt å ta i bruk kvalitative metode. Kvalitative metoder går inn for å fange opp mening og forståelse som ikke lar seg måle eller tallfeste. Kvalitativ metode går i dybden og tar sikte på å formidle forståelse (Dalland, 2013). Et grunnleggende krav i metode, er at data skal være relevant for problemstillingen. To spørsmål er viktige når man stiller krav til data:

“Hvilken relevans har data for problemstillingen?”

“Hvor pålitelig er måten data er samlet inn på?” (Dalland, 2013).

Kildekritikk innebærer metoder som tas i bruk for å fastslå om en kilde er sann eller ikke. Dette innebærer vurdering og karakterisering av de kildene som benyttes. Kildekritikk er et samlebegrep for ulike metoder som brukes for å kunne skille mellom verifiserte opplysninger og spekulasjoner (Dalland, 2013). Å være kildekritisk angående litteratursøking innebærer at man er kritisk dersom det dukker opp mange treff. Kildekritikk har to sider; den første handler om fremgangsmåten for å finne frem til litteratur som best mulig belyser problemstillingen.

Den andre innebærer å gjøre rede for litteraturen man har brukt i oppgaven. Ved bruk av kildekritikk må man redegjøre de valg og vurderinger man gjør og begrunne relevansen til problemstilling. Grunnlaget for bruk av kildekritikk er at man skal kjenne til det man skriver om (Dalland, 2013).

Oppgaven vil videre gå inn på teori som fokuserer på ulike konsekvenser det kan ha for barnet å vokse opp med en deprimert mor.

3.0 Teori

3.1 Depresjon:

Ifølge Kvello (2013) er depresjon den mest studerte psykisk lidelsen innenfor barneomsorg. Depresjon kommer i form av mange ulike type diagnoser; bipolar er en sinnslidelse karakterisert ved to eller flere episoder hvor pasientens stemningsleie og aktivitetsnivå har blitt tydelig endret med oppstemthet, økt energi og aktivitet (hypomani eller mani), nedtrykthet, nedsatt energi og aktivitet. Unipolar er en betegnelse på en tilbakevendende depresjon med tre eller flere depressive episoder (Bertelsen & Jørgensen, 2000). En tilbakevendende depressiv lidelse forekommer gjerne på samme årstid, eller ved at personen har forventningsangst angående neste depresjon, som kan hjelpe til å utløse den. Mani forekommer oftest som følge av bipolar lidelse. Ved mani føler man en raskt økende oppstemthet som gir mye energi og en strøm av ideer som ofte fører til økonomisk skade. Dystymi er en kronisk nedsatt sinnsstemning, som i korte perioder blir avløst av velvære. Cyklotymi innbærer en svingende stemning, som til tider kan føles som positiv, og sjelden er så alvorlig at personen søker hjelp (Skårderud, Haugsgjerd & Stanicke, 2010). Fødselsdepresjon er en depresjon som forekommer etter fødsel (Eberhard-Gran & Slinning, 2007).

Kvello (2013) nevner ulike symptom på depresjon som i form av et ytre trist ansiktsuttrykk, sosial tilbaketrekning, negativ holdning, irritabilitet, søvnproblemer, spiseforstyrrelser og et lavere stemningsleie. De legger ofte vekt på det negative, istedenfor å fokusere på det positive og ulike suksesser de har hatt. For at det skal kalles en depressiv episode, må symptomene ha hatt en varighet på minst to uker. Jo flere symptomer man har på depresjon, desto mer alvorlig kan man si at graden på depresjon er, og større sjans for alvorlige konsekvenser (Kvello, 2013). Selvmordstanker kan forekomme, men behøver ikke være til stede dersom det er en

depresjon (Kruger, Lund, Skarstein & Stubhaug, 2000). Ifølge Kringlen (2011) er forekomsten av depresjon før 15-årsalderen omtrent like mye utbredt hos gutter som hos jenter, men etter dette dominerer jentene. Depresjoner forekommer hyppigst i 25-45 årsalderen. I befolkningen viser studier at rundt 15 til 20 prosent vil være deprimert i en kort eller lengre periode, en gang i livet (Kringlen, 2011).

Individer som er sensitive, og usikre av natur, vil være lettere mottakelig for depresjon. Disse vil ofte huske negative situasjoner bedre enn personer som er mer robuste. Dersom en forelder har en depresjon, vil barnet også være i risiko for å utvikle en depresjon. Derfor kan ofte foreldre og barn ha en negativ påvirkning på hverandre (Kvelling, 2013). Ettersom arvelige faktorer har en stor rolle innenfor de mest alvorlige depresjoner, tenker man at det forekommer biokjemiske forstyrrelser i hjernen (Kringlen, 2011).

Skårderud, Haugsgjerd & Stanicke (2010) nevner at depressive lidelser er et av de største helseproblemene vi har i dag. Dette er ofte i form av frafall fra arbeidslivet, sykefravær, legemiddelforbruk o.l. Depresjon blir derimot tidligere oppfattet nå til dags enn før, og en søker også oftere helsehjelp (Skårderud, Haugsgjerd & Stanicke, 2010).

Vanlig behandling: Psykoedukasjon innebærer å gi informasjon til både pasienten og familien. Ved tilstrekkelig informasjon kan pasienten og pårørende bedre kunne se faresignaler og unngå stressfaktorer. Dersom det er snakk om en alvorlig depresjon vil det være aktuelt med innleggelse for å unngå selvskaade eller selvmord. Ved bipolar lidelse er det vanlig med vedlikeholdsmedikasjon, som blir brukt som stemningsstabiliserende middel (Skårderud, Haugsgjerd & Stanicke, 2010).

3.2 Fødselsdepresjon

Eberhard-Gran & Slinning (2007) sier at en fødselsdepresjon er en type depresjon som inntreffer etter fødsel (postpartum). Fødselsdepresjon varierer i grad av alvorlighet, fra lett til mer alvorlig. Depresjon som oppstår i etterkant av fødsel har like symptomer som på en depresjon ellers, men det kliniske bildet i en fødselsdepresjon er ofte påvirket av omstendighetene. Eberhard-Gran & Slinning (2007) nevner at mødre ofte er preget av likegyldighet til stell og amming, og kan være insensitive til barnets signaler og behov. Vonde tanker er heller ikke uvanlig. Disse inneholder ofte tanker om å miste kontrollen og at de kommer til å skade seg selv eller barnet (Eberhard-Gran & Slinning, 2007).

Ifølge Eberhard-Gran & Slinning (2007) har kvinner en vesentlig større risiko for psykiske plager i svangerskap og fødselsperioden. De første leveårene har barn større risiko for å bli påvirket av foreldre. Forstyrrelser i miljøet før og etter fødsel kan resultere i langvarige negative følger for barnets utvikling. Depresjon hos mødre, er assosiert med en rekke ulike utviklingsproblemer hos barn og unge. Disse innebærer blant annet langvarige negative effekter på barnets sosio-emosjonelle og kognitive utvikling. Det er derfor viktig for helsepersonell å fokusere på mødre med psykiske problemer, for å unngå negativ utvikling for barnet (Moe, Slinning & Hansen, 2010). Ifølge Eberhard-Gran & Slinning (2007) forekommer barselsdepresjon hos rundt 10-15 prosent av alle kvinner. Ulike undersøkelser tyder på at psykiske vansker moren opplever i denne perioden, ofte er vansker som har vist seg tidligere i livet også. Barselperioden blir derfor sett på som en emosjonell periode som aktiverer tidligere bekymringer hos moren (Eberhard-Gran & Slinning, 2007). Kvaliteten på samspillet med barnet vil bli påvirket direkte av morens depresjon, og indirekte gjennom samlivsproblemer. Dette kan videre påvirke barnets intellektuelle og følelsesmessige utvikling, og barnets atferd. Depresjonen forstyrrer deres foreldrerolle ved at deres evne til å engasjere seg i hva barnet føler og opplever blir redusert. Barnet blir dermed ikke sett (Killen, 2010). Ifølge Kvello (2013) blir gutter gitt dårligere omsorg enn jenter dersom mor lider av fødselsdepresjon. Gutter påvirkes også mer enn jenter ved ulike typer depresjon hos mødre. Sårbarhet mellom jenter og gutter synes å være ulik, ettersom gutter oftere enn jenter utvikler psykososiale vansker. Det er også forskjeller i hvilke psykiske lidelser jenter og gutter utvikler; gutter utvikler ofte atferdsvansker, mens jenter ofte utvikler emosjonelle vansker dersom mor er deprimert (Kvello, 2013).

Det er blitt gitt stor oppmerksomhet på depresjon hos gravide og spedbarnsmødre, ettersom de i denne perioden er i særlig risiko for å utvikle slike plager. Denne perioden er også forbundet med ulike utviklingsvansker hos barn. Relasjonserfaringene i denne perioden er barnets første, og vil i stor grad preges av morens negative tankegang og depressive stemningsleie. Mødre er ofte lite følsomme ovenfor barnets signaler. Barnet er i stor grad overlatt til morens omsorg, noe som er uheldig ettersom depresjon hos moren ofte fører til en følelse av ensomhet og isolasjon hos moren (Moe, Slinning & Hansen, 2010). Det er viktig å huske at langt ifra alle barn med deprimerte mødre får utviklingsproblemer. Grad av alvorlighet, depresjonens varighet og spesielt hvordan depresjonen har innflytelse på morens sensitivitet ovenfor barnet. Desto flere risikofaktorer som er til stede, desto større sjans er det for at barnet skal utvikle

psykiske vansker. En frisk og tilstedeværende far vil derimot kunne bidra til god støtte rundt familien som kan påvirke både barnet og moren positivt (Eberhard-Gran & Slinning, 2007).

I studier av samspill mellom spedbarn og mor som ikke var deprimert, ble det registrert at barnet var oppmerksom og fulgte med på mor, ga positive responser og deltok i lek. Etter at mødrene ble bedt om å simulere depresjon ble det oppdaget at barna reagerte annerledes i samhandlingen. Når moren simulerte depresjon ga barnet uttrykk for protest, vaksomhet og av å se bort (Brandt & Grenvik, 2010). Ifølge Brandt & Grenvik (2010) viser spedbarn som lever sammen med deprimerte mødre, ulike tegn på depresjon når de samhandler med voksne som ikke er deprimerte. Dette er fordi barnets representasjoner av omsorgspersoner over en viss tid blir internalisert i barnet.

Dersom en forelder er deprimert kan det øke stresset hos den andre, noe som kan føre til depresjon hos den andre parten og dårligere omsorgsevne hos begge. Dersom dette skjer er spedbarnet spesielt utsatt. I dette tilfelle er det viktig at helsepersonell tar situasjonen på alvor for å hindre at mors depresjon ikke utgjør for store påkjenninger for partneren. Det er mange oppgaver som foreligger i den nye situasjonen som har oppstått, som vil ta tid å tilpasse seg. Det er da viktig at helsepersonell har en åpen dialog med barnefaren for å gjøre klart hva han trenger for å kontrollere situasjonen (Eberhard-Gran & Slinning, 2007).

Videre vil ulike former for tilknytning bli presentert, og det vil bli sett nærmere på hvorfor noen barn klarer seg bedre enn andre i vanskelige omsorgssituasjoner.

3.3 Tilknytning

Smith (2002) viser til utrygg og trygg tilknytning som de to hovedformene for tilknytning.

Den utrygge tilknytningsformen består av to hovedformer, den unnvikende og den ambivalente typen. Barn med en unnvikende form for tilknytning har foreldre som ofte er avvisende i sin omsorg, mens barn med en ambivalent form for tilknytning gjerne søker nærhet, men viser også motstand ved protest og ved å motsette seg kontakt. Barn med trygg tilknytning viser evne til å stole på at mor er tilgjengelig og klar for å trøste (Smith, 2002). Brandtzæg, Smith & Torsteinson (2012) påpeker at barn med trygg tilknytning vet at dersom de opplever negative følelser, kan de alltid søke trøst hos omsorgspersoner for å mestre tilstanden.

Ifølge Smith (2002) viser flere studier at mødre som er diagnostert depressiv er ekstra utsatt for å gi barnet en type omsorg som fører til utrygg tilknytning. Dette gjaldt særlig barn av bipolare mødre, ettersom en studie viste at rundt 70 prosent av barn av bipolare, hadde desorganisert tilknytningskvalitet, mens barn av mødre som bare var deprimerte hadde mindre språk i tilknytningsform (Bunkholdt & Sandbæk, 2008). Ifølge Killen (2010) knytter barn seg forskjellig til foreldre. Tilknytningsmønstre kan ofte si oss noe om hvordan de forventer å bli behandlet, og hvordan de har blitt behandlet. Dersom barn opplever at de blir mottatt av tilgjengelige og sensitive foreldre, vil de utvikle en *trygg tilknytning* til dem. Dersom barnet opplever en trygg tilknytning, vil det kunne seg føle seg trygg på å kunne vise følelser ovenfor foreldrene. Denne type tilknytning er hensiktsmessig for en god sosial, emosjonell og kognitiv utvikling. Barn som opplever en *utrygg tilknytning* derimot, er de som ikke opplever at foreldrene er følelsesmessig tilgjengelige. Disse barna utvikler ulike strategier for å kunne forholde seg til sine omsorgspersoner med best mulig avstand. Den utrygge tilknytningen er sett på som en risikofaktor og vil i flere tilfeller bli knyttet til problemer senere i livet. Den formen for tilknytning som blir regnet som mest alvorlig er *desorganisert tilknytning*. Barn som har utviklet denne formen for tilknytning har gjerne opplevd foreldre som har utsatt dem for skremmende opplevelser. Disse barna oppfatter den voksne som uforutsigbar og lite beskyttende, og føler de stadig er i ferd med å miste kontroll over atferd og følelser (Killen, 2010).

3.4 Resiliens

«Resiliens er prosesser som gjør at utviklingen når et tilfredsstillende resultat, til tross for at barn har hatt erfaringer med situasjoner som innebærer en relativt stor risiko for å utvikle problemer eller avvik» (Ruud, 2011, s. 81).

Resiliens dreier seg om en god psykososial fungering hos barn som har hatt en opplevelse av risiko. Halvparten av alle barn som i dag blir utsatt for stress og risiko, utvikler ikke psykiske problemer. Det er ikke uvanlig at nesten annen hvert barn som lever under risikofylte forhold, allikevel klarer seg bra (Helmen Borge, 2003). At barnet har vært eksponert for en betydelig risiko er en forutsetning for resiliens. Slike risikoer innebærer blant annet omsorgssvikt, konflikt innad familien, psykiske helseproblemer hos foreldre o.l. (Olsen & Traavik, 2010). Barn kan ofte bli dypt påvirket av psykisk lidelse i en forelder (Ostler, 2008). Ifølge Rutter (1985) er ikke alle barn like åpne i å vise hvordan foreldres mentale helse påvirker dem. Noen

barn som fungerer bra er resiliente etter hva ytre atferd viser. Men selv om de klarer seg godt og viser høyt utrettelsesnivå, kan resiliente barn ofte ha underliggende følelser av tap, ansvarsfølelse, skyld og angst (Ostler, 2008).

Begrepet “løvetannbarn” omfatter barn som slipper unna følgene av en vanskelig oppvekst. Vitenskapelig sett er det vanlig å si at disse risikobarna tar i bruk spesielle egenskaper i sitt miljø. En kan se at barn som vokser opp under vanskelige forhold, blant annet tar seg av huslige plikter og passer søsken. Dette gir ofte ros og anerkjennelse i lokalmiljøet, samt bekymring for oppveksten deres. Begrepet har blitt populært i Norge og er spesielt knyttet til barnevernsbarn som viser en god utvikling. Fenomenet resiliens derimot, finnes i langt flere risikogrupper for barn som vokser opp under varierte omgivelser enn for barnevernsbarn (Borge, 2003).

Negative utfall øker desto tidligere risikofaktorer inntreffer og ved lengre varighet. Ifølge Radke-Yarrow og Shermans (1990) hypotese, klarer de resiliente barna seg bedre ettersom de tilpasser seg ulike sosiale og emosjonelle ressurser som er tilgjengelige innenfor nettverket og familien. Dette er hovedforskjellen fra resiliente barn i forhold til ikke-resiliente. De utviklet også et positivt selvbilde ved hjelp av disse ressursene (Brandt & Grenvik, 2010)

Ruud (2011) viser til ulike individuelle resiliensfaktorer som kan bidra til at barnet klarer seg spesielt bra. Medfødt robusthet, sosiale ferdigheter og en følelse av egenverd vil komme godt med for å utvikle et godt selvbilde. Gode intellektuelle evner kan beskytte mot risiko for feilutvikling, og dersom barnet har ulike hobbyer og interesser, kan det finne evne til å skape orden i kaos. Ulike familiemessige resiliensfaktorer spiller også en rolle for barnets positive utvikling. Faste strukturer og regler vil gi en god struktur i hverdagen som kan bidra til at barnet utvikler seg som mer resilient, og dersom det er minst en resilient forelder, vil barnet finne stor trygghet i å kunne støtte seg opp mot den velfungerende forelderen (Ruud, 2011).

3.5 Barns behov

For at mennesker utvikling skal få et best mulig springbrett, er det viktig å dekke vesentlige behov. Funn i utviklingspsykologien viser en stor enighet om at barn må få dekket følgende behov i sin oppvekst:

- *Fysisk omsorg og beskyttelse*

- *Kjærlighet og aksept*
- *Respekt for egenart og forutsetninger*
- *Oppdragelse og sosialisering*
- *Finne mening i og organisere erfaringer*
- *Tilknytning*
- *Stabilitet*
- *Kontinuitet*

(Bunkholdt & Sandbæk, 2008, s. 49)

Når et barn får dekket ulike behov, lærer barnet både noe om seg selv og verden rundt. Dersom foreldre gir tilstrekkelig god nok omsorg vil barnet lære seg at det er verdt å ta vare på, og vil vokse opp med forventninger om at andre vil også stille opp dersom det er det trengs noe. Et barn som vokser opp med foreldre som ikke gir tilstrekkelig god nok omsorg vil derimot vokse opp med tanker om at det ikke er godt nok, og at andre ikke vil stille opp dersom det er noe galt. Slik ser man at måten de ulike behovene blir dekket på gjør at barn tilegner seg erfaringer og spesielle typer kunnskap (Bunkholdt & Sandbæk, 2008).

3.6 Omsorgssvikt

Dersom barn opplever omsorgssvikt og ikke får behovene sine dekket, kan dette ha konsekvenser når de selv blir foreldre. Dersom barn har opplevd omsorgssvikt er det større sjans for at de selv svikter når de selv blir foreldre (Bunkholdt & Sandbæk, 2008). Dette kan knyttes opp med behovsteori. Eriksons utviklingsteori sier at barn som ikke har fått dekket viktige behov i tilstrekkelig grad vil være utsatt for å stille svakt når de skal gi egne barn stimulering, trygghet, selvrespekt og selvstendighet (Bunkholdt, 2000).

Primært kan man si at omsorgssvikt dreier seg om tre forhold:

1. For lite omsorg.
2. For lite beskyttelse mot farer.
3. Skadelig stimulering (Kvello, 2013).

For å belyse omsorgssvikt vil jeg se på spedbarn, småbarn og skolebarn individuelt og belyse generelle tegn på omsorgssvikt hos disse.

Spedbarn (opp til ca. to år): Dersom det forekommer omsorgssvikt hos spedbarn er det ofte lav vekt, dårlig vekst, slapp muskulatur spesielt i beina og sen motorisk utvikling som er kjennetegn. Disse barna sover gjerne mer enn normalt og har problemer med å feste blikket. Ettersom alt dette kan være tegn på andre avvik, er det viktig å se avvikene på bakgrunn av samspillet mellom barnet og familien (Bunkholdt & Sandbæk, 2008).

Småbarn (ca. to til seks år): Hos småbarn finner man generelt to hovedmønstre; et passivt og et aktivt. De passive er rolige, viser lite nysgjerrighet og mangler ofte energi og initiativ. De viser liten glede av å være med andre og er ofte sjenert og fryktsomme. De aktive barna viser stor uro og rastløshet, krever mye oppmerksomhet, som igjen ofte blir gitt grunnet den negative atferden. Forhold til andre barn blir raskt fylt med konflikter, noe som raskt kan sette i gang onde sirkler. Den sosiale kompetansen mangler integrasjon av regler og normer, som gjør det problemfylt i forhold til samspill med andre barn (Bunkholdt & Sandbæk, 2008).

Skolebarn: I denne fasen er det stadig flere tegn på dårlig omsorg. Barnets selvbilde begynner for alvor å hemme utviklingen av kognitiv, følelsesmessig og sosial kompetanse. Barn som har blitt dårlig behandlet vil gjerne ha lav selvtillit og samtidig utvikle et negativt selvbilde av seg selv. Disse barna fungerer ofte under sitt evnenivå, derfor blir skoleprestasjonene gjerne dårlige (Bunkholdt & Sandbæk, 2008).

3.7 Parentifisering

Mange barn fungerer som støttepersoner for den psykisk syke forelder, ofte i tilfeller der foreldrene er skilt. Å gjenta mønster som barnet lærte i omgang med den psykisk syke forelder er vanlig. Barnet vil ofte oppleve å ta seg av forelder praktisk sett, dette innebærer f. eks. å være en samtalepartner i krisesituasjoner (Blinkenberg, 2003). Mange barn som vokser opp med en psykisk syk forelder opplever ofte motsetningsfylte situasjoner i større grad enn de fleste andre. Hverdagen stiller store krav til selvstendighet, og forventningene om å være omsorgsperson for moren er store. Dette kan man se på som en omvendt symmetri. Deres hverdagsliv blir i stor grad påvirket av morens humør (Blinkenberg, 2003). I en studie av Almvik og Ytterhus (2004) der 8 barn i aldersgruppen 11-17 år deltok, opplevde flere av informantene morens vansker som en byrde. Byrden ble forsterket ved at

det ofte var vanskelig å forstå ettersom det manglet kunnskap om morens psykiske plager. Dette bidro til følelsen av å ikke bli sett eller hørt av mor.

Haugland (2006) nevner at ulike grunner til at det oppstår et parentifisert familiemønster kan være ubalanse i omsorgssystemet, psykisk sykdom hos foreldre, når en forelder dør o.l. Parentifiserte barn blir beskrevet som overansvarlige og hjelpsomme og kan ha vanskelig for å utvikle en sunn følelse av egenverdi. De vil ofte ikke føle seg godtatt for hvem de er, men for sine handlinger innad familien. Omsorgsrollen er sentral, og andre aspekter av deres identitet blir lite utforsket. Parentifiseringen blir regnet som destruktiv dersom barnet omgis av oppgaver som regnes som uhensiktsmessige med tanke på barnets alder og utvikling. Dermed blir definerte roller og forventninger mellom barn og foreldre brutt. Barnets kompetanse og autonomi blir vanligvis gradvis større gjennom gradvis økende ansvar gjennom barndommen. Parentifisering overskrider den naturlige progresjonen og gir barnet oppgaver som er utenfor det som vanligvis forventes av barn. Dersom situasjonen blir for belastende for barnet kan barnet føle at det ikke strekker til i forhold til foreldres forventninger, noe som gjerne fører til skyld og skyldfølelse (Haugland, 2006). I familier hvor foreldre levde sammen, viste det seg at mange hadde fordelt rollene, slik at den ene kunne ta seg av husarbeidet, mens den andre fulgte opp ungene utenfor familien. Eneforsørgerfamiliene skilte seg ut ved at når mor ikke orket, ble barnet overlatt til seg selv (Halsa, 2008).

3.8 Fare for barnets utvikling

«Utvikling er prosessen når et barn (eller en organisme) vokser og forandrer seg gjennom sitt livsløp» (Bunkholdt, 2000, s. 19)

Når barnet viser symptomer på det manglende samspillet med mor, bidrar dette igjen til at de deprimerte mødre blir mindre hensiktsmessige og utslitt i sin omsorg, som igjen bidrar til negative symptomer på morens depresjonspregede samspill med barnet (Kvelling, 2013). Ifølge Kvelling (2013) kan det ses ut som om mødre som kun er diagnostert med depresjon påvirker barna i mindre grad enn mødre som i tillegg har andre lidelser.

Dokumentert i ulike studier ser man at barn som har blitt utsatt for mødres depresjon, viser lavere evner kognitivt, emosjonelle vansker og atferdsproblemer, også i ettertid av friskmelding av mødre (Moe, Slinning & Hansen, 2010). Konsekvenser av mors depresjon

er mest alvorlig i løpet av de første fem leveår, ettersom emosjonsregisteret og emosjonsreguleringens utvikling er spesielt sterkt i denne fasen. Risiko for svakere emosjonell og sosial utvikling, problematferd, utvikling av emosjonelle vansker, dårligere motorisk utvikling og skolevansker er større dersom mor har depresjon når barna er små. Rundt 40-50 % av barn av deprimerte mødre vil før de når voksen alder, ha slitt med psykisk lidelse eller depresjon. Sammenlignet med barn av mødre som ikke lider av depresjon er dette antallet tre – fire ganger mer (Kvvello, 2013).

Når barnet er mellom ett og to års alderen, trenger barnet forutsigbare rutiner for mat, stell, og påkledning. Ved å oppleve forutsigbare svar fra foreldre, blir det klart for barnet at det kan få hjelp og trøst når det trenger det. I tilfeller der omsorgspersonen er psykisk syk, vil kvaliteten på samspill og daglige rutiner i omsorgen bli påvirket. Usikkerhet som barnet opplever dersom det opplever uforutsigbare reaksjoner på sult, tretthet og lignende, kan føre til engstelse for barnet. Sped- og småbarn trenger særlig tilrettelagt omsorg dersom de skal få en så god utvikling som mulig (Sundfær, 2012). Forskning på stress for barn under to år viser at det skal lite til for at stresshormonene aktiveres. Dokumentasjon viser at et høyt stressnivå som vedvarer, vil føre til vedvarende forandringer i nervesystemet hos de minste barna. Disse endringene kan gjøre at barna vil ha uhensiktsmessige reaksjoner og bli lettere stresset når de møter motgang senere i livet (Sundfær, 2012). Felles for barn som har blitt utsatt for omsorgssvikt, er at de ofte har et desorganisert samhandlingsmønster med sine omsorgspersoner. De sender villedende signaler angående sin emosjonelle situasjon og lite direkte signaler om sine behov i forhold til trygge jevnaldrende (Moe, Slinning & Hansen, 2010).

I studier ved bruk av videoanalyser av samspill mellom mor og barn, blir det observert at deprimerte mødre ser på, prater og berører spedbarnet i mindre grad enn ikke-deprimerte mødre. Studiene viser at de deprimerte mødre er mindre konsekvente og har lengre responstid. De har større tendens til å vise negative ansiktsuttrykk enn positive, og har og tendens til å oppfatte barnet på en negativ måte. Spedbarn til deprimerte mødre viser mindre fokusert oppmerksomhet, protesterer mer, ser oftere bort og har et lavere aktivitetsnivå. Det er derimot usikkert om man kan knytte denne tendensen av tilbaketrekning til moren eller om det gjelder alle andre samspillspartnere (Eberhard-Gran & Slinning, 2007). Ifølge Murray og Cooper (1998), har barn i spedbarnsalderen av deprimert mødre høyere forekomst av utviklingsforstyrrelser, uro og irritabilitet, mer problemfylt temperament, og en mer desorientert og utrygg tilknytning i forhold til barn av ikke-deprimerte mødre.

Ifølge Killen (2010) er det viktig at barnets følelser blir anerkjent slik at barnet kan være i stand til å eie egne følelser. Hvis barnet ikke får anerkjent sine følelser, kan det resultere i utviklings-psykologiske konsekvenser slik at barnet vil få vansker med å kontrollere egne følelser (Sundfær, 2012). Det er viktig å tilrettelegge språket i samtaler med barn, ettersom det ikke er like utviklet som hos voksne. Man bør tilpasse språket ved at man gir gode forklaringer på ulike begrep som kan være nye for barn. Barn bruker et konkret språk, og metaforer, som er ord i overført betydning vil være vanskelig å forstå for barn (Ruud, 2011)

Studier som har fokusert på psykiatriske diagnoser hos barn, viser at betydelig flere barn av unipolar-deprimerte foreldre har psykiatriske diagnoser i forhold til barn av «normale» foreldre. Depressive lidelser og tegn på depresjon skiller barn av deprimerte mødre fra barn av mødre uten depresjon. I disse studiene har alder blitt gitt lite oppmerksomhet, ettersom problemer av ulike typer er funnet hos barn i alle aldre (Yarrow, 2009). I en studie av søsken (5-7 år) av normalt fungerende mødre, bipolare mødre, og unipolare mødre, ble følgende funn gjort. *Barn av normalt fungerende mødre* samsvarer godt med aldersforventninger. Få har angst problemer (16.7% av yngre og 13.3% av eldre søsken), og forstyrrende problemer (6.7% av yngre og 10.0% av eldre søsken). *Barn av bipolare mødre* viser lav ankomst av angst problemer (11.5% av yngre og 9.1% av eldre søsken). De viser store tall innen forstyrrende oppførsel (23.1% av yngre og 22.7% av eldre søsken). Depressive symptom vises (23.1% og 18.2%) der det ikke var depressive symptomer i en tidligere alder. Mer enn halvparten av 5-7 åringene av *unipolare mødre* viser tegn på et eller annet problem (54.8% av yngre og 64.3 % av eldre søsken). Deres problemer er forstyrrende handlinger (19% og 28.6%) og/eller depressive problemer (31% og 33%) og/eller angst (primært separasjons-angst) (28.6% og 26.2%) (Yarrow, 2009).

4.0 Resultater

I denne delen av oppgaven vil jeg vise frem til artikler som er knyttet opp mot teorien jeg har brukt hittil.

Artikkel 1: *Postpartum Depression is a Family Affair: Addressing the Impact on Mothers, Fathers, and Children* er en artikkel av Letourneau, Dennis, Benzies, Duffett-Leger, Stewart, Tryphonopoulos & Watson (2012) som tar for seg hvordan fødselsdepresjon påvirker både mødre, fedre og spedbarn. Fødselsdepresjon påvirker kvaliteten av interaksjonen moren har til

spedbarnet, og påvirker også spedbarnets sosiale og kognitive utviklingsprosess.

Fødselsdepresjon har blitt beskrevet som “tyven som stjeler morsrollen”. Deprimerte mødre viser ofte mindre sensitivitet og respons i interaksjon med spedbarnet, mislykkes i å gi positive signaler som møter barnets sosiale og følelsesmessige behov, og er mer negative i lek og samspill med spedbarnet. Fødselsdepresjon påvirker spedbarns utvikling negativt på områder som kognitiv utvikling og læringsoppgaver. Langtidspåvirkning av fødselsdepresjon angående barns utvikling har blitt vist ved lavere vokabular hos 5-åringene, og lavere poengsum på kognitive testen hos 7-åringene. Studier har vist at antall psykiatriske diagnoser blant barn av deprimerte mødre er to til fem ganger over normalen. Fødselsdepresjon har også hatt en betydelig påvirkning på barns utvikling av atferd. Barn rundt 4-6 år som ble utsatt for deprimert mor når de var 18 måneder gamle, viste mer negative uttrykk, protest, og forstyrrende oppførsel i samspill og lek med deres mødre sammenlignet med barn av mødre uten depresjon. Studiene viste også at førskole og barnehagebarn som ble utsatt for fødselsdepresjon i spedbarnsperioden var mer utsatt for antisosial, aggressiv, hyperaktiv og forstyrrende oppførsel. Oppsummert er fødselsdepresjon relatert til økt sosial isolasjon og redusert kvalitet på mor-spedbarn interaksjon som kan knyttes sammen med redusert helse hos spedbarnet, utrygg tilknytning, kognitiv, sosial og følelsesmessig utvikling (Letourneau et al, 2012).

Artikkel 2: *Postnatal depression* av Cooper & Murray (1998) er en artikkel som tar for seg hvordan barns kognitive og følelsesmessige utvikling blir påvirket av mors depresjon, og henviser til studier som viser at barn av mødre med fødselsdepresjon presterer betydelig dårligere på kognitive oppgaver når de er 18 måneder, enn barn av friske mødre. To andre studier viste at denne effekten fortsatt var varende når barna var 4-5 år. Dårlig følelsesmessig utvikling har også vist seg å være assosiert med fødselsdepresjon. 5 år gamle barn av mødre som hadde hatt fødselsdepresjon var også mer sannsynlig å bli vurdert av lærere som forstyrrende i oppførsel (Cooper & Murray, 1998).

Artikkel 3: *Implications of Timing of Maternal Depressive Symptoms for Early Cognitive and Language Development* er en artikkel av Sohr-Preston & Scaramella (2006) som ser på om barn som er blitt utsatt for mors depresjon før fødsel og etter fødsel, har større risiko for å utvikle språk- og kognitive problemer senere. Til tross for at morsrollen er representert som en positiv opplevelse, blir svangerskap og fødsel stadig sett på som risikofaktorer for depresjon og depressive symptom. Barn av deprimerte mødre er i økt risiko for å utvikle utageringsproblemer. Mors psykiske og følelsesmessige helse i løpet av svangerskapet kan

indirekte påvirke barnets risiko for kognitive og språkmessige vansker ved å påvirke fosterets fysiologiske utvikling. Mødre som lider av fødselsdepresjon er karakterisert som mindre positive, viser negativitet gjennom samspill med barnet og bruker enten for lite eller for mye stimulasjon ovenfor barnet. Denne type atferd fra moren kan hindre barnets framvoksende kognitive ferdigheter ved at moren ikke greier å lære barnet logiske konsekvenser til ulike typer atferd. I kontrast, er varm og responsiv atferd fra moren blitt positivt assosiert med barns framvoksende kognitive og språklige kompetanse. For å oppsummere kan mors depresjon påvirke barn kognitive og språklige utvikling på en rekke ulike måter. Mødre som opplever fødselsdepresjon er mer sannsynlige å ikke møte spedbarnets emosjonelle og fysiske behov. Mindre responsiv foreldreatferd i løpet av spedbarnsalderen kan påvirke nevrologisk utvikling og mislykkes i å forme miljøet slik at mulighetene for læring blir optimale. Responsiv foreldreatferd viser seg å ha stor positiv innflytelse på barns kognitive og språklige utvikling. Selv om ikke alle barn blir påvirket i like stor grad, er barn av mødre som viser depressive symptom gjennom tidlige barndomsår mer i risiko for kognitiv og språklige vansker (Sohr-Preston & Scaramella, 2006)

Artikkel 4: *Maternal Depressive Symptoms and Child Externalizing Problems: Moderating Effects of Emotionally Maltreating Parenting Behaviors* er en artikkel av McCullough og Shaffer (2013) som undersøker forholdet mellom mors depressive symptom og barnets utagering. Det viste seg at barn av deprimerte mødre har en høyere risiko for å utvikle problematferd. Forskning har funnet ut at moderlig depresjon øker risikoen for psykopatologi, dårlig følelsesmessig velvære og problematferd hos barn. Mye av den problematiske foreldreatferden til mødrene i studien inkluderte følelsesmessig mishandling (verbal fiendtlighet, avvisning og psykologisk kontroll), og å ignorere barnet følelsesmessig. Resultatene i studiet viste at mødre som hadde depressive symptom, men ikke viste en følelsesmessig dårlig foreldrerolle, var i mindre risiko for at barna skulle utvikle problematferd (McCullough & Shaffer, 2013).

Artikkel 5: *Et bedre liv for barn med psykisk syke foreldre* av Kari Vik (2002) er en artikkel som omhandler uheldige konsekvenser for barn som vokser opp med en psykisk syk forelder, og hvordan dette har økt betydelig. Lojaliteten som mange barn har til foreldrene, samtidig som de er redde for nye sykdomsutbrudd fører ofte til isolasjon hos barnet. Ved å isolere seg i hjemmet slipper barnet den sosiale skammen, og er hjemme i tilfelle noe skulle skje. Redsel er konstant hos mange, og en del barn frykter at forelderen aldri skal bli frisk igjen. Ulike konsekvenser kan ramme barn som vokser opp med en psykisk syk forelder. Barnet tilegner

seg ofte skyldfølelse for det som skjer for å opprettholde en form for orden som omsorgspersonen ikke kan gi. Barnet legger altså ikke skylden på den voksne, i frykt av å ikke ha noen å se opp til. Mange av disse barna får en tidlig voksenrolle, som i mange tilfeller minsker deres lek med andre jevnaldrende. Ulike oppgaver barnet får er å måtte lytte til den voksnes problemer, psykotiske vrangforestillinger, og må ofte komme med gode råd og oppmuntring for å hjelpe. Disse barna utvikler gjerne en evne til å tolke andres signaler og behov. Ny forskning viser at tidlig samspill er viktig for barnets utvikling. Dersom omsorgspersonen fungerer svært dårlig og viser total mangel på samspill, vil et barn som skriker og ikke får svar, slutte å skrike. Dersom dette ikke fungerer vil barnet til slutt gi opp, noe som kan skape en deprimert stemning hos barnet som i verste fall kan vare livet ut. Artikkelen viser til forskning som er fokusert rundt mestring og motstandskraft. Det viste seg at egenverd blir utviklet gjennom opplevelse av tilhørighet og kompetanse. Det er viktig å ha en fortrolig person i nettverket, og at familiesituasjonen bærer preg av forutsigbarhet. Videre er det viktig å gi barna kunnskap, avlaste skyld og skam og å lære barna å identifisere og forstå egne behov, følelser og muligheter (Vik, 2002).

Artikkel 6: *Development of a Family-based Program to Reduce Risk and Promote Resilience Among Families Affected by Maternal Depression: Theoretical Basis and Program*

Description er en artikkel av Riley, Valdez, Barrueco, Mills, Beardslee, Sandler & Rawal (2008) som tar for seg resiliens i familien når en forelder sliter med depresjon. Når en forelder sliter med depresjon, deler familien den frykten og tristheten som påvirker forelderens. Disse følelsene kan påvirke miljøet som barna vokse opp og utvikler seg i, og kan redusere den tryggheten og følelsen av å høre til som barn trenger for en sunn oppvekst. Studier viser at når eldre barn forstår er de er verken årsaken til depresjonen eller familiens problemer, takler de forelderens sykdom bedre. Dersom familien får undervisning om depresjon, kan det hjelpe familiemedlemmene å forstå hva som foregår, og dermed finne strategier for å takle omsorgspersonens depresjon (Riley et al, 2008).

5.0 Drøfting

I denne delen av oppgaven vil jeg drøfte de ulike forskningsspørsmålene, samt å prøve å finne ut hvorfor depresjon hos mor kan få konsekvenser for barnet. I slutten av drøftingen vil jeg se på hva som kan gjøres for å forbedre situasjonen.

5.1 Påvirker fødselsdepresjon alle barn i like alvorlig grad?

Som spedbarn kan man gjøre minimalt for å kontrollere miljøet rundt. Dersom fødselsdepresjon forekommer ser man ifølge Eberhard-Gran & Slinning (2007) at depresjonen kan påvirke barnefaren i så stor grad, at barnet blir ekstra utsatt. Barn som lever sammen med to foreldre vil være heldige dersom det lever sammen med en forelder som er frisk. Ifølge Ruud (2011) vil barnet finne stor trygghet dersom den ene forelderen utgjør et godt miljø. Det er derimot viktig å huske at ikke alle barn som vokser opp i slike situasjoner får utviklingsproblemer, men at desto flere risikofaktorer som er til stede vil øke sjansen (Eberhard-Gran & Slinning, 2007).

Cooper & Murray (1998) fant at 5 år gamle barn ble vurdert av lærere som mer forstyrrende i oppførsel dersom de hadde vokst opp med mødre med fødselsdepresjon. Letourneau et al (2012) støtter opp om dette ettersom barn som i 18 måneders alderen ble utsatt for en deprimert mor viste forstyrrende oppførsel i lek og samspill i 4-6 års alderen, i motsetning til barn der mor ikke var deprimert. I teori fra Killen (2010) ser man at kvaliteten som mor har gjennom samspillet med barnet vil kunne påvirke barnet indirekte, deriblant barnets atferd. Det kan også tenkes at barnets utagerende oppførsel ikke er grunnet morens tidligere depresjon, men noe som skyldes andre årsaker.

Kvello (2013) viser at gutter og jenter blir påvirket i ulik grad av morens fødselsdepresjon. Gutter lider mer enn jenter dersom mor er deprimert, og at begge kjønn påvirkes på ulike måter. Gutter utvikler i stor grad atferdvansker, mens jenter ofte har følelsesmessige problemer dersom mor er deprimert. I artikkelen av Sohr-Preston & Scaramella (2006) understrekes det også at barn av deprimerte mødre sliter med utageringsproblemer og er i økt risiko for å utvikle det. Dette kan være grunnet ulike faktorer som for eksempel dersom barnet føler det ikke blir hørt i hjemmet, misnøye med situasjonen o.l. Dersom barnet er resilient nevner Radke-Yarrow og Sherman (1990) at barnet har en utmerket evne til å tilpasse seg de ressursene som er tilgjengelige innen nettverket og familien. Det kan da tenkes at disse barna blir påvirket i mindre grad enn barn som er mindre resiliente.

Cooper & Murray (1998) viser til ulike studier som viser at barn av mødre med fødselsdepresjon viser dårligere prestasjonsevne på kognitive oppgaver i en alder av 18 måneder enn barn av friske mødre. Dette ble også støttet opp av studier som påviste at denne effekten fortsatt var varende når barna var 4-5 år. Videre påvirkning av fødselsdepresjon på

kognitive områder ser man i Letournaus et al (2012) artikkel, som påpeker ulike langtidspåvirkninger av fødselsdepresjon; 5-åringer har mindre vokabular, og 7-åringer har lavere poengsum på kognitive tester. Det kan se ut som om i disse tilfellene at barna har fått for lite stimulering fra mor. Kanskje mor ikke har pratet nok til barnet slik at barnet får bra nok grunnlag til å lære nye ord.

5.2 Hvordan blir barns tilknytning påvirket av mors depresjon?

Kvello (2013) påpeker at det er velkjent at dersom en forelder er syk i tiden etter fødselen, vil dette kunne skape en utrygg tilknytning til barnet. Ser man på Eriksons utviklingsteori er trygg tilknytning tett knyttet opp mot tillit mellom seg selv og omverdenen, og utrygg tilknytning er knyttet opp mot mistillit (Bunkholdt, 2000). Setter man dette opp mot teori av Killen (2010) som sier at dersom barn blir mottatt av tilgjengelige foreldre, vil de utvikle en trygg tilknytning, og en utrygg tilknytning dersom relasjonen er fylt av mistillit. Her ser man klare sammenhenger, og det kan tenkes at dersom foreldre hadde fått informasjon om slike funn, ville det ha vært lettere for de voksne å hindre slik uhensiktsmessig utvikling.

Gjertsen (2013) påpeker at barn som er utsatt for omsorgssvikt i løpet av de første leveårene, vil utvikle en desorientert eller utrygg tilknytning til sine omsorgspersoner. De ulike tilknytningsmønstrene et barn har vil komme godt til syne når barnet føler seg utrygt. På en side ser man barn med trygg tilknytning som viser mye kompetanse i sitt samvær med jevnaldrene, mens på den andre siden ser man barn med utrygg tilknytning, som gjerne har mindre harmoniske og responderende vennskap med sine jevnaldrende. Det kan tenkes at barn som vokser opp med deprimert mor og utvikler utrygg tilknytning, i motsetning til barn i tilsvarende situasjon, er mindre resiliente og mindre motstandsdyktige. Killen (2010) nevner hvordan barn med utrygg tilknytning ofte utvikler ulike strategier for å holde omsorgspersonene på avstand. Murray & Cooper (1998) viser til at barn som av deprimerte mødre i spedbarnsalderen har en høyere forekomst av utrygg tilknytning, i motsetning til barn av ikke-deprimerte mødre.

5.3 Hvorfor kan depresjon gi slike konsekvenser for barnet?

Sundfær (2012) nevner hvor viktige rutiner for mat, stell o.l. er når barnet er mellom 1-2 årsalderen. Dersom mor er deprimert er det ikke uvanlig med uforutsigbare svar fra mor.

Sundfær (2012) påpeker hvordan uforutsigbare reaksjoner på barnets behov kan føre til engstelse for barnet. Man ser i teori fra Bunkholdt & Sandbæk (2008) at barnet blant annet trenger fysisk omsorg, tilknytning og stabilitet. Utviklingspsykologien er i stor enighet om at dette er punkter barn må få dekket i sin oppvekst (Bunkholdt & Sandbæk, 2008). Det kan tenkes at den utryggheten barnet vil kunne føle dersom det ikke blir hørt dersom det trenger mat eller omsorg fra omsorgspersonen, vil gi barnet et dårligere forhold til omgivelsene.

Vist i artikkelen av Vik (2002) legger barn ofte skyld på seg selv for å unngå å skylde på den de ser opp til. Her ser man at barn i disse situasjoner ofte tidlig får en voksenrolle, noe som tilegner dem oppgavene som omsorgspersonen skulle gjort, men ikke er i stand til grunnet sykdom. På den ene siden vil barnet tidlig tilegne seg kunnskap om å klare seg selv, som kan virke positivt, men barnet vil også miste en del av sin barndom, som ofte innebærer å være unnværende fra lek og samspill med sine jevnaldrende. I artikkelen av Vik (2010) belyser forskning den viktige faktoren tidlig samspill har på barnets utvikling. Dersom et barn skriker og ikke får noe respons, vil forelderens mangel på samspill og reaksjon til slutt føre til at barnet vil gi opp, noe som i verste fall kan skape en deprimert stemning som kan vare livet ut.

5.4 Hva kan gjøres?

For å hindre unødvendige negative konsekvenser, vil jeg nå til slutt se på hva som kan gjøres for familien og barn.

Dersom mor ikke klarer å takle depresjonen på egenhånd, bør ulike behandlingsalternativ vurderes. Skårderud, Haugsgjerd & Stanicke (2010) nevner blant annet innleggelse, vedlikeholdsmedikasjon og psykoedukasjon som mulige behandlingsalternativ. Jeg tenker at det vil være hensiktsmessig for hele familien at mor får behandling så raskt så mulig, slik at sykdommen ikke får tid til å forverre seg. Psykoedukasjon kan ses på som et helhetlig behandlingstilbud for hele familien ettersom alle får informasjon og blir inkludert, men det kan tenkes at denne behandlingsformen vil være mer hensiktsmessig for resten av familien enn den som er rammet av depresjon. Dette fordi det ikke alltid er tilstrekkelig med informasjon om sykdommen for den som er rammet, medikamelle hjelpemidler vil ofte være nødvendige. Eberhard-Gran & Slinning (2007) påpeker hvor viktig det er med kunnskap om hvilke medikamenter som fører til minst mulig skade for fosteret og spedbarnet.

Som vist i teori av Killen (2010) blir mødre med depresjon forstyrret i deres rolle som forelder, ved at deres evne til å engasjere seg i barnet svekkes. Jeg tenker det er viktig at helsepersonell vet om situasjonen, slik at de kan gi veiledning og informasjon for å bedre situasjonen. Det kan da tenkes at barnets intellektuelle og følelsesmessige utvikling kan unngå skader, som det ellers ville fått dersom ingenting hadde blitt gjort.

Vik (2002) nevner i sin artikkel hvor hensiktsmessig det er for barn å leve innenfor forutsigbare rammer, og å ha en fortrolig person i nettverket. Den fortrolige personen kan blant annet være den friske forelderen dersom barnet har en. Den friske forelderen vil kunne påta seg ulike roller for å avlaste moren i situasjonen som har oppstått. Far kan da kompensere for den manglende omsorgsrollen som mor ikke greier å utføre for øyeblikket, og være sosial støtte i hverdagen. Almvik & Ytterhus (2004) påpeker at det er vanlig at barn bor sammen med mødre som er innenfor psykiatri, men at det derimot er uvanlig at barn bor sammen med fedre som har psykiske vansker. Det er mulig at menn oppfattes mer enn kvinner som voldelige, og i mindre grad til å ta seg av et barn enn kvinner. Vik (2002) nevner også hvor viktig det er med kunnskap om situasjonen som kan avlaste skyld og skam hos barna. Det kan tenkes at dersom den friske forelderen er kompetent innenfor disse områdene vil han kunne hjelpe med dette. Helsepersonell vil også kunne være en aktuell hjelpeinstans her.

Som man ser i Rileys et al (2008) artikkel viser studier hvor viktig det er å informere barn om sykdommen og årsaker rundt. Når barn i disse studiene forstod at de ikke var skyld i morens depresjon, taklet de situasjonen bedre. Ruud (2011) støtter opp hvor viktig informasjon er, og at man bør tilpasse språket slik at barn forstår. Dette innebærer å holde seg unna metaforer og andre ord som har overført betydning. Utifra dette kan man trekke konklusjon om at tilstrekkelig informasjon ville ha spart mange barn problemer senere i livet. Jeg vil også påpeke at det vil være viktig for omsorgspersoner, og også lærere og barnehageansatte å se nøye etter tegn hos barn som ikke har det bra. Dette fordi Rutter (1985) nevner at ikke alle viser like godt hvordan foreldres mentale helse påvirker dem. Killen (2010) henviser til at mange foreldre tror at barna ikke er klar over og oppmerksom på forelderens sykdom. Den største feilen mange foreldre gjør er å spare barna for informasjon i frykt for den skaden de tror de kan tilføre dersom de gir informasjon. Killen (2010) nevner også hvor viktig det er at barnets følelser blir anerkjent.

Jeg vil tro at informasjon om situasjonen og sykdommen vil kunne forbedre barnets situasjon, ettersom de da vil forstå bedre hva som skjer innenfor familien.

6.0 Avslutning

Hensikten med denne oppgaven har vært å se hvilke konsekvenser det kan ha for et barn å leve sammen med en deprimert mor.

Ved bruk av ulike forskningsspørsmål har jeg forsøkt å rette oppgaven inn mot fødselsdepresjon og tilknytning, men oppgaven ble også rettet inn mot ulike tiltak for hva som kan gjøres for familien. Barn av mødre med fødselsdepresjon viser ulik grad av påvirkning, men resiliente barn vil ofte kunne ta i bruk de ressursene de har i nettverket, slik at de i stor grad vil kunne unngå negativ påvirkning.

Som oppgaven viser gjennom teori og resultater er det ulik grad på hvordan barn blir påvirket av mors depresjon. Mens noen barn blir påvirket ved at blant annet tilknytningsmønstre og kognitive funksjoner svekkes, er det forskjell på hvor stor grad barnet blir påvirket. Resiliens spiller en stor grad angående hvor stor grad barnet blir påvirket.

Barn bør få tilstrekkelig informasjon om situasjonen som har oppstått, slik at de bedre vil kunne vite hva som bør gjøres dersom det forekommer episoder. Ved informasjon vil fremtidige episoder bli mer forutsigbare, og barn samt foreldre vil kunne håndtere situasjonen bedre. Her ser man hvor viktig rolle helsepersonell kan ha.

Denne bacheloroppgaven har vært en lærerik opplevelse om hvordan det er å skrive en avsluttende oppgave. Ved innhenting av teori og artikler har jeg fått økt innsikt i et viktig tema i dagens samfunn, som jeg håper vil øke min kompetanse som utdannet vernepleier.

Litteraturliste

- Almvik, A., & Ytterhus, B. (2004). *Ualminnelig alminnelighet – Barn og unges hverdagsliv når mor har psykiske vansker*. Trondheim: Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap.
- Bertelsen, A., & Jørgensen, O. S. (2000). *Psykiatrisk ordbok*. København: Hans Reitzels Forlag A/S.
- Blinkenberg, S. (2003). *Når barn lever sammen med psykisk syke foreldre*. København: Psykiatrifonden.
- Brandt, A. E., & Grenvik, T. H. (2010). *Med barnet i sentrum: nye muligheter for spedbarn og småbarn av rusmiddelavhengige og psykisk syke foreldre*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Brandtzæg, I., Smith, L., & Torsteinson, S. (2012). *Mikroseparasjoner. Tilknytning og behandling*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Bunkholdt, V. (2000). *Utviklingspsykologi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bunkholdt, V., & Sandbæk, M. (2008). *Praktisk barnevernsarbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Burke, L. L. (2003). The impact of maternal depression on familial relationships. *International Review Of Psychiatry*, 15(3), 243.
- Cooper, P., & Murray, L. (1998). Postnatal depression. *BMJ: British Medical Journal (International Edition)*, 316(7148), 1884-1886.
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Eberhard-Gran, M. & Slinning, K. (2007). *Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel*. Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- Gjertsen, P. Å. (2013). *De usynlige barna*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Halsa, A. (2008). «Mamma med nerver». *En studie av moderskap og barneomsorg i velferdsstaten, når mor har psykiske helseplager*. (Doktorgradsavhandling), Fakultet For Samfunnsvitenskap Og Teknologiledelse, Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet, Trondheim.

- Haugland, B. S. M. (2006). Barn som omsorgsgivere: Adaptiv versus destruktiv parentifisering. *Tidsskrift For Norsk Psykologforening*, 43, 211-220.
- Helmen Borge, A. I. (2003). *Resiliens. Risiko og sunn utvikling*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag.
- Killen, K. (2010). *Sveket II – Ansvar og (be)handling*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Kringlen, E. (2011). *Depresjon*. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.
- Kruger, M. B., Lund, A., Skarstein, J., & Stubhaug, B. (2000). *Depresjonshåndboka*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kvello, Ø. (2013). *Barn i risiko. Skadelige omsorgssituasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Letourneau, N., Dennis, C., Benzies, K., Duffett-Leger, L., Stewart, M., Tryphonopoulos, P. D., & ... Watson, W. (2012). Postpartum Depression is a Family Affair: Addressing the Impact on Mothers, Fathers, and Children. *Issues In Mental Health Nursing*, 33(7), 445-457. doi:10.3109/01612840.2012.673054
- McCullough, C., & Shaffer, A. (2014). Maternal Depressive Symptoms and Child Externalizing Problems: Moderating Effects of Emotionally Maltreating Parenting Behaviors. *Journal Of Child & Family Studies*, 23(2), 389-398. doi:10.1007/s10826-013-9804-4
- Moe, V., Slinning, K., & Hansen, M. B. (2010). *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Olsen, M. I., & Traavik, K. M. (2010). *Resiliens i skolen. Om hvordan skolen kan bidra til livsmestring for sårbare barn og unge. Teori og tiltak*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ostler, T. (2008). *Assessment of Parenting Competency In Mothers With Mental Illness*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Riley, A., Valdez, C., Barrueco, S., Mills, C., Beardslee, W., Sandler, I., & Rawal, P. (2008). Development of a Family-based Program to Reduce Risk and Promote Resilience Among Families Affected by Maternal Depression: Theoretical Basis and Program Description. *Clinical Child & Family Psychology Review*, 11(1/2), 12-29. doi:10.1007/s10567-008-0030-3

Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.

Ruud, A. K. (2011). *Hvorfor spurte ingen meg? Kommunikasjon med barn og ungdom i utfordrende livssituasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Skårderun, F., Haugsgjerd, S., & Stanicke, E. (2010). *Psykiatriboken. Sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Smith, L. (2002). *Tilknytning og barns utvikling*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.

Sohr-Preston, S. L., & Scaramella, L. V. (2006). Implications of Timing of Maternal Depressive Symptoms for Early Cognitive and Language Development. *Clinical Child & Family Psychology Review*, 9(1), 65-83. doi:10.1007/s10567-006-0004-2

Sundfær, A. (2012). *God dag, jeg er et barn*. Bergen: Fagbokforlaget

Vik, K. (2002). Et bedre liv for barn med psykisk syke foreldre. *Sykepleien*, 90 (7), 43-46.

Yarrow, M. R. (2009). *Children of Depressed Mothers. From Early Childhood to Maturity*. New York: Cambridge University Press.

