

# Trivsel og oppvekst – barndom og ungdomstid

Kristin S Mathiesen

Anne Kjeldsen

Anni Skipstein

Evalill Karevold

Leila Torgersen

Helene Helgeland

Rapport 2007:5  
Nasjonalt folkehelseinstitutt

**Tittel:**

Trivsel og oppvekst  
– barndom og ungdomstid

**Forfattere**

Kristin S Mathiesen  
Anne Kjeldsen  
Anni Skipstein  
Evalill Karevold,  
Leila Torgersen  
Helene Helgeland

**Publisert av :**

Nasjonalt folkehelseinstitutt  
Postboks 4404 Nydalen  
NO-0403  
Norway

Tel: 22 04 22 00

E-mail: folkehelseinstituttet@fhi.no

www.fhi.no

**Design:**

Per Kristian Svendsen

**Layout:**

Grete Søimer

**Forsideillustrasjon:**

Photodisc

**Trykk:**

Nordberg Trykk AS

**Opplag:**

1500

**Bestilling:**

publikasjon@fhi.no

Fax: +47-23 40 81 05

Tel: +47-23 40 82 00

ISSN:1503-1403

ISBN: 978-82-8082-204-8 trykt utgave

ISBN: 978-82-8082-205-5 elektronisk utgave

---

# Forord

Menneskers utvikling fra hjelpetrequende spedbarn til fullvoksne samfunnsmedlemmer slutter aldri å fascinere oss. Å forstå denne utviklingsprosessen er av stor betydning for vår mulighet til å gi hvert enkelt barn optimale oppvekstbetingelser. Studien "Trivsel og oppvekst, barndom og ungdomstid (TOPP)" som beskrives i denne rapporten, gir viktig kunnskap om norske barns utvikling fra de er halvannet år og fram til de er vel inne i ungdomsalderen. Gjennom seks runder med spørreskjemaer har vi undersøkt utviklingsveier til trivsel og god psykisk helse hos barn, unge og deres familier. Vi har også undersøkt utviklingsveier som gjør enkelte særlig utsatt for å utvikle psykiske plager. Det er få undersøkelser, også på verdensbasis, som har samlet omfattende informasjon fra et stort antall familier fra barna var 18 måneder og fram til de er 14-15 år. Dataene er derfor vel egnet til å studere utvikling og endring i psykisk helse hos vanlige barn, ungdom og deres mødre. Denne kunnskapen kan danne bakgrunn for helsefremmende, forebyggende og behandlende tiltak.

Vi har 5 ganger tidligere sendt tilbakemeldinger til familiene som deltar i studien. Hver av tilbakemeldingene har summert opp hovedtendenser basert på data fra den siste runden med spørreskjema. Hensikten med denne rapporten er å summere opp tendenser i dataene fra innsamlingsrunden som ble foretatt høsten 2006. Rapporten gir derfor først og fremst et bilde av hvordan det er å være 14-15 år i dagens Norge, og hvordan det er å leve med en ungdom i familien.

Vi ønsker å se noen av opplysningene fra familiene med 14-15-åring i lys av kunnskap fra lignende studier. Noen områder innledes ved at vi setter opplysningene fra denne siste datainnsamlingen i TOPP-studien inn i rammen av aktuell kunnskap på feltet, eller vi presenterer dataene sammen med informasjon fra tidligere runder. Rapporten gir også ny kunnskap til fagfolk som arbeider med barn og unges psykiske helse.

**Del 1:** Rapportens første del gir et bilde av hvordan det er å være 14-15-åring i dagens samfunn, og hvordan det er å være foreldre til ungdom i denne alderen. Beskrivelsen bygger på informasjon fra spørreskjemaer fylt ut av ungdommene selv, deres mødre og deres fedre. Noen av temaene innledes ved at linjene trekkes tilbake til da barna var i førskolealder. Når vi skriver "14-15-åringene" eller "ungdommene" og "deres foreldre", mener vi de 459 ungdommene, de 481 mødrene og de 370 fedrene som svarte på den sjettede runden med spørsmål i TOPP-studien høsten 2006.

**Del 2:** I rapportens annen del går vi nærmere inn på helheten i TOPP-studien: Hensikten med studien, utvalget av familier som deltar, frafall og hvordan dette har endret utvalget, hvordan opplysningene fra spørreskjemaene er brukt fram til nå, og hvordan forskergruppen som i dag arbeider med å analysere informasjonen/dataene er satt sammen. Dernest presenterer vi seks sentrale funn fra studien. Avslutningsvis peker vi på utfordringer som kommunens tjenesteapparat står overfor.

**Takk til familiene:** Det er mange familier – mellom 961 og 481, varierende i antall fra runde til runde – som har brukt mye tid og omtanke på å fylle ut lange og personlige spørreskjemaer. Det er sjelden en så omfattende undersøkelse som denne har fått slik oppslutning. Dette gjør resultatene svært verdifulle. Også denne gangen vil vi takke familiene som har deltatt for at de har vært med på å øke vår kunnskap om en rekke temaer med høy relevans for helsefremmende og forebyggende tiltak.

**Takk til Norges forskningsråd:** Vi vil også takke Norges forskningsråd for tilliten som er vist oss gjennom kontinuerlige bevilgninger til de fleste av forskerne som arbeider med TOPP-studien. Herfra er vel 18 årsverk foreløpig finansiert.

Vi vil også takke **Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Øst og Sør**, for faglige bidrag og økonomiske støtte til tidligere innsamlinger, **Rådet for psykisk helse** og stiftelsen **Helse og Rehabilitering** for økonomisk støtte og **Sosial og helsedirektoratet** for faglig og økonomisk bistand til denne rapporten.

Kristin S Mathiesen  
Forsker og prosjektleder

Anne Kjeldsen, Anni Skipstein, Evalill Karevold, Leila Torgersen og Helene Helgeland  
Forskere som arbeider med materialet

# Innhold

---

Forord .....	3
Introduksjon til studien: Trivsel og oppvekst – barndom og ungdomstid (TOPP).....	8
Målsetting	8
Utvalg	8
Oppsummering.....	11
Plager som starter tidlig – Funn fra tidligere runder i TOPP-studien	12
Beskrivelser av 14-15-åringene	12
Beskrivelser av foreldrene til 14-15 åringene	13
Konklusjon .....	14
<b>Del 1 .....</b>	<b>16</b>
<b>Ungdom på 14-15 år og deres familier .....</b>	<b>16</b>
<b>1 Barn og unges psykiske helse .....</b>	<b>17</b>
1.1 Utbredelse av psykiske plager og sykdommer	17
1.2 Forstadier til psykiske plager og psykisk sykdom	18
1.3 Emosjonelle plager i ungdomsalder	22
1.3.1 Symptomer på depresjon	23
1.3.2 Symptomer på angst	23
1.4 Tilfredshet med livet	25
<b>2 Brudd på normer i ungdomsalderen .....</b>	<b>27</b>
2.1 Brudd på normer slik ungdom beskriver det	27
2.2 Brudd på normer, samsvar mellom svar fra foreldre og ungdom	30
2.3 Mobbing	31
2.4 Ungdommenes erfaring med tobakk, alkohol og andre rusmidler	32
<b>3 Ungdoms forhold til egen kropp .....</b>	<b>35</b>
3.1 Slanking og utseende	35
3.1.2. Slanking og kroppsbilde	35
3.1.3. Årsaker til utvikling av spiseproblemer og spiseforstyrrelser	36
3.1.4. Sammenheng mellom spiseproblemer og andre psykiske problemer	37
3.2 Vanlige kroppslige helseplager hos ungdom	38
3.2.1 Ungdommenes opplevelse av egen helse	38
3.2.2 Årsaksforhold	39
<b>4 Temperament og psykisk helse hos ungdom.....</b>	<b>41</b>
4.1 Temperament	41
4.2 Ungdommenes temperament	43
4.3 Temperament og psykisk helse	45

# Innhold

---

<b>5 Belastninger og risikofaktorer for psykiske plager og normbrudd .....</b>	<b>48</b>
5.1 Belastninger og viktige hendelser hos ungdom	48
5.1.1 Belastninger i hverdagen	48
5.1.2 Viktige hendelser	49
5.2. Risikofaktorer for psykiske plager og normbrudd	50
5.2.1. Risikofaktorer for utvikling av psykiske plager	50
5.2.2. Risikofaktorer for normbrudd i barndom og ungdomsalder	51
5.2.3 Risikofaktorer for psykiske plager i førskolealder	52
<b>6 Sosiale ferdigheter, beskyttende faktorer og positiv utvikling .....</b>	<b>56</b>
6.1 Sosiale ferdigheter	56
6.1.1 Ungdommene beskriver seg selv	56
6.1.2 Foreldrene beskriver ungdommen	57
6.1.3 Støtte fra venner	60
6.2 Beskyttende faktorer og positiv utvikling	60
<b>7 Foreldrenes psykiske helse og levekår .....</b>	<b>63</b>
7. 1 Psykisk helse og psykiske plager	63
7.1.1 Mødre og fedre med 14-15-åringer	64
7.2 Sivilstatus, bofellesskap og partnerforhold	65
7.2.1 Parforhold. Foreldre som bor sammen og hver for seg	66
7.3 Belastninger foreldre lever med	68
7.3.1 Sammenhenger mellom belastninger og psykiske plager	69
7.4 Viktige hendelser	70
7.5 Sosialt nettverk og sosial støtte	71
7.5.1. Sosial støtte fra familie og venner	72
<b>8 Barneoppdragelse, samvær i familien, skole og fritid .....</b>	<b>77</b>
8.1. Ungdommenes opplevelse av barneoppdragelsen	78
8.2 Mødrenes og fedrenes beskrivelse av barneoppdragelsen	79
8.3 Arenaer utenfor hjemmet	82
8.3.1 Kunnskap om hva ungdom gjør i fritiden	82
8.3.2 Innetider	83
8.3.3 Foreldrenes involvering i ungdommens skolearbeid	84
8.3.4 Støtte fra lærere til ungdommene	85
8. 4 Bruk av datamaskin og mobiltelefon	86

# Innhold

---

<b>Del 2</b> .....	<b>91</b>
<b>15 år med Topp - studien: Trivsel og OPPvekst- barndom og ungdomstid</b> .....	<b>91</b>
<b>1. Utvalg, skalaer og forskergruppen bak TOPP-studien</b> .....	<b>91</b>
1.1 Målsetting	91
1.2 Utvalg, svarprosent og frafall	92
1.3 Styrker ved studien	93
1.3.1 Skalaer og spørsmål	93
1.3.2 Intervjuundersøkelsen	93
1.4 Forskergruppen	93
<b>2. Temaområder, sentrale funn og anbefalinger</b> .....	<b>94</b>
2.1 Sentrale funn fra TOPP-studien	94
2.1.1 Forstadier vises tidlig	94
2.1.2 Problematferd hos ettåringer henger sammen med mødrenes symptomnivå	95
2.1.3 Mødrenes symptomnivå påvirkes av sosial støtte og barnepassordninger	95
2.1.4 Det er særegne utviklingsveier til ulike typer av plager	96
2.1.5 Konstante risikofaktorer bevarer barns symptomnivå	96
2.1.6 Psykiske plager minker dersom sosiale ferdigheter øke	97
2.1.7 Problematferd hos åtteåringer er knyttet til den sosiale støtten mødrene hadde da barna var halvannet år	97
2.1.8 Sammenfatning	97
2.2 Utfordringer framover	98
2.2.1 Sentrale referansetall, lokal kartlegging og forebyggende tiltak	99
<b>Vedlegg 1</b> .....	<b>101</b>
<b>Vedlegg 2</b> .....	<b>105</b>
<b>Vedlegg 3</b> .....	<b>107</b>

# Introduksjon til studien: Trivsel og oppvekst – barndom og ungdomstid (TOPP)

Tall fra internasjonale studier tyder på at mellom 10 og 16 prosent av barn og unge har så store psykiske plager at det virker negativt inn på deres daglige fungering (Costello et al., 2003). Angst, depresjon, spiseproblemer og utagering er de vanligste problemtypene. Nær halvparten av disse (fem til åtte prosent av alle barn/unge) antas å ha diagnostiserbare psykiske sykdommer som trenger behandling. For å forebygge negativ utvikling og for å fremme trivsel og god psykisk helse, er det behov for kunnskaper om *forstadier, utviklingsveier og årsaker* til utvikling av sosiale ferdigheter og psykiske plager.

Effekten av helsefremmende og forebyggende tiltak er vanligvis størst dersom tiltak blir iverksatt tidlig, før problemene er blitt kroniske. Kunnskapen om utvikling av ferdigheter og problematferd hos de yngste førskolebarna er imidlertid sparsom. Det er få studier som har fulgt utviklingen hos barn fra de første leveårene og gjennom ungdomstiden. For bare 10-15 år siden visste vi lite om hvorvidt atferd som var til stede hos ettåringer forble stabil gjennom førskolealderen og fram gjennom skolealder, og hvilke oppvekstforhold som var knyttet til endringer i ferdigheter og plager. Dette skyldtes at det var få datamaterialer som var velegnet til å studere barns utvikling fra ett års alder og framover. Slik kunnskap kan best oppnås gjennom studier av befolkningsbaserte utvalg som starter innsamling av informasjon når barna er svært små og følger dem over tid (longitudinelle studier). Studiene bør hente opplysninger både om forhold i oppvekstmiljøet og om egenskaper ved barnet selv, enten forholdene øker barnets risiko for å utvikle plager eller beskytter det mot å bli belastet av uheldige forhold. Slike opplysninger er innhentet i TOPP-studien.

## Målsetting

**TOPP-studien** skal skaffe kunnskap om forstadier, utviklingsveier og årsaker til:

- at barn fra tidlig førskolealder og fram til voksenalder utvikler gode sosiale ferdigheter og god psykisk helse, og at symptomer på psykiske plager, normbrytende atferd og somatiske plager både utvikles og reduseres.
- at mødre og fedre utvikler god mestringsevne og god trivsel, og at symptomer på psykiske plager hos foreldre både utvikles og reduseres.

Vi ønsker derved å framskaffe kunnskap om norske barnefamilier som kan bidra til å sette hjelpeinstansene bedre i stand til å identifisere forstadier og utviklingsveier både til gode og sårbare forløp. Dette skal kunne danne grunnlag for helsefremmende, forebyggende og behandlende tiltak.

## Utvalg

Det er samlet inn spørreskjemaedata i seks omganger; første gang i 1993 da barna var 18 måneder, og deretter da de var henholdsvis 2 ½ år, 4 ½ år, mellom 8 og 9 år, mellom 12 og 13 år og mellom 14 og 15 år. I de fire første rundene var det stort sett mødrene som fylte ut skjemaene. Barna fikk separate skjemaer fra og med 12-13-års alder. Fra den sjetten runden da barna/ungdommene var 14-15 år, har vi også informasjon fra fedrene. Hver nye runde skal heretter inneholde skjemaer fra alle disse tre respondentgruppene. I tillegg er ytterligere informasjon samlet inn om et underutvalg av familiene gjennom kvalitative intervjuer.



**Alder og antall barn:** Gjennomsnittsalderen til mødrene og fedrene til 14-15-åringene var henholdsvis 43 og 45 år. Det er mange som har fått flere barn etter at undersøkelsen startet. I den første runden hadde knapt halvparten av familiene, 47 prosent, kun det ene barnet som var med i undersøkelsen, indeksbarnet. I dag, 13 år senere, oppgir fem av seks av mødrene at de har flere enn ett barn.

**Utdanning:** Utdanningsnivået i Norge er gjennomgående høyt, og vi ser at mødrene og fedrene nå har tilnærmet like lang utdanning: tre av fire foreldre har enten mer enn 11 års skolegang eller har fullført videregående skole, mens vel halvparten har lengre utdanninger fra høyskole eller universitetet.

**Yrkesdeltakelse:** Mødrenes yrkesdeltakelse har steget jevnt i løpet av de 13 årene datainnsamlingen har pågått. Mødrene delte seg arbeidsmessig i tre grupper som var omtrent like store da barna var halvannet år gamle: en tredjedel arbeidet henholdsvis fulltid utenfor hjemmet (dvs. 80 til 100 prosent stilling), i deltid utenfor hjemmet, eller de jobbet hjemme. Da indeksbarnet var 12-13 år, arbeidet vel halvparten av mødrene, 55 prosent, fulltid utenfor hjemmet, 30 prosent arbeidet deltid utenfor hjemmet, mens 14 prosent ikke hadde betalt arbeid. Nå når indeksbarnet er blitt 14-15 år, har andelen mødre som arbeider heltid utenfor hjemmet steget ytterligere, slik at seks av ti mødre arbeider fulltid. Andelen som arbeider deltid har sunket tilsvarende til 25 prosent, mens andelen som er hjemmeværende, trygdet eller under utdanning er uendret. Nær alle fedrene som har fylt ut skjemaet arbeider heltid, 96 prosent. Kun én prosent jobber deltid utenfor hjemmet, mens de resterende tre prosentene av fedrene er hjemmeværende, trygdet eller under utdanning. Dette tyder på at denne siste gruppen er sterkt underrepresentert i vårt utvalg.

**Svarprosent, generaliserbarhet og bruken av dataene.** Det var 934 foreldre, 87 prosent av et helt årskull brukere av 19 helsestasjoner fra åtte kommuner/kommunedeler på Østlandet, som fylte ut det første skjemaet da barna var 18 måneder i 1993. På denne tiden bodde en mindre andel familier med fremmedkulturell bakgrunn utenfor de store byene. Av økonomiske grunner ble familier med slik bakgrunn som sognet til de aktuelle helsestasjonene kun inkludert i TOPP-studien dersom de behersket norsk godt nok til at de kunne fylle ut skjemaet uten hjelp av tolk. Dette resulterte i at mindre enn tre prosent av barna i det opprinnelige utvalget hadde to foreldre som ikke var etnisk norske. Senere spørreskjemaer ble kun sendt til mødrene som svarte ved første innsamlingstidspunkt (t1). Nær 80 prosent av mødrene som fylte ut det første skjemaet besvarte også spørsmålene i de to neste rundene, mens mellom 65 og 52 prosent av de som besvarte spørsmålene i det første skjemaet sendte inn skjemaer i de siste rundene. Vi har demografiske opplysninger om de som ikke besvarte skjemaene på t1 fra helsestasjonene. Frafallsanalyser er nærmere omtalt i del 2 i rapporten.

Svarprosenten synker vanligvis i longitudinelle studier. Velfungerende familier blir ofte overrepresentert i studiene fordi det er tidkrevende å fylle ut lange, personlige spørreskjemaer. Ikke alle ønsker, eller makter, dette. Familiene som forblir i studier over lang tid vil derfor ikke lengre være et representativt utvalg av familier flest. Det vil være en tendens til at deres hverdag, og beskrivelsene de gir av denne, vil ligne mer på hverdagen til andre ganske velfungerende familier. Slik har det også vært i TOPP-studien. Dette må en ha i minne når en leser rapporten. Fordelen med slike longitudinelle studier (i motsetning til tverrsnittsstudier), er

at man kan følge utviklingen hos enkeltindivider over tid. Dette kan gi pålitelig kunnskap om risiko- og beskyttelsesfaktorer selv om man ikke har med alle som var med fra starten. Familiene i utvalget bor i store og mellomstore byer, på tettsteder, i grisevender, ved kysten, i innlandet, og noen bor også i utlandet. Felles for dem alle er imidlertid at de bodde på Østlandet da indeksbarnet var halvannet år. I de fleste henseender ligner de nok på norske familier flest.

Undersøkelser som skal beregne hvor hyppig et fenomen forekommer, må ha en god svarprosent. Mens dataene fra TOPP-studien kunne brukes til å beregne forekomsten av en rekke tilstander da barna i utvalget var i førskolealder, er opplysningene fra de senere rundene ikke lengre godt egnet til dette. Verdien av dataene øker likevel for hver ny runde med spørreskjemaer, både fordi datainnsamlingen startet da barna var så unge, studien har pågått over lang tid, skjemaene inkluderer spørsmål om et vidt spekter av temaer, det er etter hvert flere respondentgrupper som fyller ut skjemaer, samt at disse er svært samvittighetsfullt fylt ut. Det er få spørsmål hvor det mangler svar fra mer enn to prosent av respondentene. Det er foreløpig få studier som har disse kvalitetene, også på verdensbasis. Dette gjør dataene godt egnet til å studere forstadier, utviklingsveier og årsaker til en rekke tilstander. Rapportens del 2 vil gå nærmere inn på enkeltdeler av TOPP-studien, utvalgets representativitet samt kunnskap fra tidligere innsamlingsrunder.

### Referanser

Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G. & Angold, A. (2003). Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Archives of General Psychiatry*, Vol 60,8, Ag 2, 837-844.

# Oppsummering

TOPP-studien omhandler *psykiske plager* som angst, depresjon og spiseproblemer, *normbrytende atferd* som tyveri, skoleskulk og mobbing, samt *sosiale ferdigheter* som mål på god psykisk fungering. Familiene som er med i undersøkelsen har beskrevet seg selv og sin livs-situasjon på flere tidspunkt, fra barna var 1 ½ år og fram til nå, hvor de er 14-15 år. TOPP-studien kan derfor gi kunnskap om forstadier, utviklingsveier og årsaker til plager og god fungering. Familiene som har blitt med i hele undersøkelsen, er noe mer velfungerende enn det representative utvalget av familier vi startet med. Dette skyldes noe selektivt frafall underveis. Derfor sier resultatene først og fremst noe om situasjonen til barn, ungdom og foreldre i vanlige, velfungerende familier. Likevel er det viktig å være klar over at de fleste som utvikler psykiske plager, kommer fra vanlige familier. Studien måler ferdigheter og plager, og har ikke direkte mål på psykiske lidelser (sykdomsdiagnoser).

Oppsummeringen inneholder tall over forekomsten av symptomer fra nasjonale og internasjonale undersøkelser. Dernest presenteres seks sentrale funn fra tidligere runder av TOPP-studien, før vi samler trådene fra innsamlingen av spørreskjemadata da ungdommene var 14 - 15 år.

## Forekomst

Internasjonale studier viser at mellom 10 og 16 prosent av barn og unge mellom halvannet og 16 år har så mye symptomer på *angst og depresjon* at dette går ut over deres forhold til foreldre, venner og skole. En tilsvarende andel jenter mellom 10 og 14 år har *spiseproblemer*, mens studier av problematferd i norske og danske skoler konkluderer med at mellom syv og tolv prosent av elevene mellom 10 og 17 år har et så stort omfang av utagerende og normbrytende atferd at de regnes å ha *atferdsproblemer*. Utbredelsen av psykiske plager og normbrudd i Norge er omtrent på linje med det vi finner i undersøkelser i andre nordeuropeiske land, kanskje noe lavere. Oppfølgingsstudier viser at psykiske plager kan vare lenge. Flere rapporterer at nær halvparten av barna med betydelige plager som fireåringer, fremdeles har dette når de er ti. Dette peker på nødvendigheten av å iverksette forebyggende tiltak så tidlig som mulig i utviklingsforløpet.

## Årsaker – den høyeste andel og det høyeste antall

Den høyeste andelen barn og unge med psykiske plager og normbrytende atferd, finner man i familier hvor foreldrene selv har psykisk sykdom, er rusmisbrukere eller voldelige eller har visse typer minoritetsbakgrunn. Disse familiene er imidlertid tallmessig få og det høyeste antallet barn og unge med problemer kommer fra vanlige familier. Det er normalt å ha symptomer på angst, depresjon, spiseproblemer eller utagerende atferd i tidsavgrensede perioder. En omfattende intervjuundersøkelse av 1420 amerikanske barn og unge viste for eksempel at hver tredje 16-åring på ett eller annet tidspunkt i løpet av barneårene oppfylte kriteriene for en psykisk sykdomsdiagnose.

Psykiske plager og normbrytende atferd er særlig knyttet til *temperamentstrekk* som skyhet og negativ emosjonalitet, *familieforhold* som er preget av at foreldrene har psykiske plager, konfliktfylt parforhold og/eller mangelfulle foreldreferdigheter, samt *belastninger* og *negative livshendelser* forbundet med venneforhold og skolegang. Gode sosiale ferdigheter er knyttet til *temperamentstrekk* som sosialitet og utholdenhet, samt til god *sosial støtte* fra foreldre, lærere og venner. TOPP-studien har samlet inn informasjon om denne typen forhold som danner utgangspunkt for analyser av forstadier og utviklingsveier til ulike utfall.

### **Plager som starter tidlig – Funn fra tidligere runder i TOPP-studien**

*Forstadier vises tidlig.* Resultater fra TOPP-studien viser at det er mulig å identifisere forstadier til psykiske plager allerede fra barn er halvannet år. Om lag en fjerdedel av barna med betydelige plager i halvannetårsalderen, hadde fremdeles slike da de var åtte. *Dette understreker hvor viktig det er å ha et godt helsestasjonstilbud som både kan bidra til å bedre oppvekstmiljøet for alle barn og samtidig gi barn som bekymrer oss tettere oppfølging.*

*Problematferd hos ettåringer henger sammen med mødrenes symptomnivå.* Vi fant at problematferd hos barn på halvannet år primært var knyttet til mødrenes symptomnivå. *Dette tyder på at langt mer oppmerksomhet bør rettes mot å hjelpe mødre med psykiske plager for å forebygge at også barna utvikler slike.*

#### *Mødres symptomnivå påvirkes av sosial støtte og belastninger med barnepassordninger.*

TOPP-studien viser at mødres symptomnivå var tett knyttet til støtte og belastningsforhold i hverdagen. Symptomnivå synker dersom barnepassordningene bedres. *Dette viser at vi kan bedre mødres psykiske helse gjennom å styrke deres sosiale ressurser og etablere bedre barnepassordninger.*

#### *Problematferd hos åtteåringer er knyttet til den sosiale støtten mødrene hadde barna var halvannet år.*

Resultatene våre viste at barn som levde i familier med langvarige belastninger likevel kunne ha god utvikling dersom mødrene fikk mye sosial støtte i de første årene av barnas liv. Mødrene til barna med god utvikling hadde fått omsorg, respekt og hjelp både fra partner, familie og venner, og ofte også fra naboer. *Dette tyder på at vi kan oppnå langvarige helsegevinster hos barn gjennom å styrke det sosiale nettverket til mødre med små barn.*

*Konstante risikofaktorer bevarer barns symptomnivå.* Vi fant at risikoforhold som allerede var til stede da barna var halvannet år, fremdeles virket inn på deres symptomnivå tre år senere. Hovedfunnet er likevel at det *kun* var når risikoforholdene holdt seg konstante at barnas symptomnivå forble på samme høye nivå. *Dette indikerer at barns psykiske helse kan bedres dersom oppvekstmiljøet gjennomgår positive endringer.*

*Forekomsten av psykiske plager minsker dersom de sosiale ferdighetene øker.* Om lag en femtedel av barna med betydelige psykiske plager hadde samtidig god sosial kompetanse, mens forekomsten av plager syntes å minke dersom de sosiale ferdighetene økte. I tillegg så vi at utviklingen av sosiale ferdigheter var relativt uavhengig av belastningsnivået i familien. *Dette tyder på at vi kan oppnå betydelige helsegevinster gjennom å styrke barns mestringsevne og sosiale kompetanse, selv i familier med høyt belastningsnivå.*

### **Beskrivelser av 14-15-åringene**

*Emosjonelle plager.* Majoriteten av ungdommene i undersøkelsen hadde ikke symptomer på depresjon og angst, men i snitt hadde om lag hver fjerde ungdom de siste to ukene opplevd tristhet, ensomhet, lav selvfølelse, trøtthet og uro. Mellom 10 og 20 prosent hadde perioder hvor de følte seg lite verdt, var lite glade og følte seg generelt ensomme. Mellom 30 og 40 prosent rapporterte at de ofte, eller tidvis, var redde for å dumme seg ut, bli kritisert eller avvist.

*Brudd på normer.* Få ungdommer rapporterte å ha deltatt i mer alvorlige normbrudd som å true til seg penger eller andre ting (ran) eller å ha gått med våpen. Det er likevel vanlig å bryte noen regler, og forekomsten øker i begynnelsen av ungdomsårene. Foreldrene vet ofte ikke om regelbruddene som 14-15-åringene deres gjør. De vet mest om forhold som skoleskulk, slåsskamp på skolen og tyveri fra kjøpesenter. Dette er handlinger der det ofte finnes rutiner på å gi informasjon til hjemmet.

*Slanking og utseende.* Vektøkning, slanking og misnøye med kropp og utseende er blant de viktigste sårbarhetsfaktorene for utvikling av spiseforstyrrelser. 29 prosent av jentene og 7

prosent av guttene i TOPP-studien oppga at de var opptatt av å bli tynnere. Det var i tillegg langt flere jenter enn gutter som gikk på diett, og som trimmet for å gå ned i vekt. Nær halvparten av jentene og 19 prosent av guttene oppga at de var misfornøyd med kroppen sin.

*Vanlige kroppslige helseplager.* Vel 90 prosent av ungdommene hadde hatt hodepine, vondt i magen, vondt i ryggen eller smerter i armer og ben i løpet av det siste året. 75 prosent hadde hatt to eller flere plager. Tre av fire av ungdommene sa at helsen deres var god eller svært god. Ytterligere 19 prosent sa at helsen deres var ok. En tallmessig liten, men viktig gruppe på fem prosent, opplevde at helsen ikke var helt god, eller direkte dårlig.

*Sosiale ferdigheter.* De fleste av ungdommene mente at de var ganske empatiske og ansvarsbevisste, og mange hadde god selvtillit. En god del var imidlertid i tvil om andre likte dem. Hver tredje 14-15-åring syntes at det kunne være vanskelig å få venner. Mange mente også at selvkontrollen ikke var helt på topp. Foreldrene oppfattet ungdommene som mye mindre samarbeidsvillige enn det ungdommene oppfattet seg selv som.

*Belastninger i hverdagen.* Om lag halvparten av ungdommene syntes at foreldrene var for mye borte fra hjemmet. Én av tre sa at de har hatt for mye ansvar hjemme. 44 prosent av 14-15-åringene syntes at foreldrene var for kontrollerende. Totalt fortalte rundt 10 prosent av ungdommene at de i blant lever med svært alvorlige belastninger.

*Datamaskin og mobiltelefon.* De fleste av 14-15-åringene ser på TV eller film daglig. I tillegg spiller 81 prosent av guttene og 23 prosent av jentene dataspill ukentlig eller oftere. Det er imidlertid flere jenter enn gutter som bruker tid på chatting og e-post. Det viktigste verktøyet for å holde kontakt med venner er mobiltelefonen. Det vanligste er å ha kontakt med mellom én og fem personer hver dag. En gruppe på vel fem prosent hadde daglig kontakt med mer enn 11 personer.

### **Beskrivelser av foreldrene til 14-15 åringene**

*Foreldrenes psykiske helse.* Da barna var 14-15 år, hadde 13 prosent av mødrene en betydelig mengde symptomer på angst og depresjon. Det samme var tilfellet for 7 prosent av fedrene. TOPP-studien finner, i likhet med andre studier, at et forhøyet symptomnivå henger sammen med langvarige belastninger og negative livshendelser. I tillegg er psykiske plager knyttet til manglende sosial støtte, manglende sosial integrasjon i arbeidsliv og vennegruppe, og manglende sosial deltakelse i nærmiljø og organisasjonsliv.

*Belastninger.* Graden av belastninger varierte mye fra familie til familie. Mens om lag 20 prosent av familiene anga å ikke ha hatt noen av de belastningene det ble spurt om, hadde 25 prosent hatt problemer på mange områder. Det var barnerelaterte problemer som dominerte. Tre av fire familier hadde hatt belastninger knyttet til barnets helse, humør, struktur, fritidsaktiviteter eller skolegang. Både mødrenes og fedrenes symptomnivå var knyttet til engstelse for hva barnet kan utsette seg for på fritiden og belastninger knyttet til helse og samliv.

*Sosial støtte fra familie og venner.* Tre av fire foreldre føler seg nært knyttet til familie og venner. Mellom 10 og 12 prosent har problemer med kontakten. Om lag 76 prosent føler seg tilstrekkelig respektert, mens noe mindre enn 10 prosent opplever at andre ikke legger tilstrekkelig vekt på meningene deres. Hver tredje mor og far oppgir at de har perioder hvor de føler at de ikke hører ordentlig hjemme i det sosiale fellesskapet.

*Oppdragelse og samvær i familien.* De fleste foreldre og barn i TOPP-studien har gode og nære relasjoner. Ungdommene synes at de får mye varme og positiv involvering fra foreldrene, og majoriteten av foreldrene har et nært og fortrolig forhold til sin ungdom. I noen familier er imidlertid forholdet mellom foreldre og barn utfordrende og problematisk, og 14-15-åringene sier at de ikke stoler på at de vil få hjelp av foreldrene dersom de får problemer. Tilsvarende, er det ikke uvanlig at foreldrene opplever at barnet lett blir sint, og at det å oppdra barnet tapper dem for energi.

TOPP-studien viser at vi allerede fra barn er halvannet år kan begynne å identifisere forhold som bidrar til at:

- *noen barn utvikler langvarige psykiske plager*: Dette er barna med de mest problematiske familieforholdene og det vanskeligste temperamentet, hvor miljøet gjennomgår få positive forandringer.
- *noen barn kommer over plagene*: Dette er barna med middelveidier på risikofaktorene, og som vokser opp i miljøer som gjennomgår positive forandringer,
- *noen barn utvikler god sosial kompetanse*: Dette er barna fra familier hvor mødrene får god sosial støtte fra venner og naboer helt fra barna er små, og hvor barnas temperament er preget av sosialitet, utholdenhet og aktivitet, mens
- *noen mødre utvikler symptomer på angst og depresjon*: Dette er mødrene med mange barnerelaterte belastninger og lite sosial støtte fra partner, familie og venner.

For å kunne snu negative utviklingsforløp, må vi intensivere arbeidet med å bistå multiproblemfamiliene og deres barn, og forsøke å oppspore familier som har problemer på en rekke felter samtidig. Det er nødvendig å sette inn adekvate forebyggende tiltak så tidlig som mulig i barnas liv. *Det er likevel viktig å merke seg at hovedparten av barna som utvikler betydelige psykisk plager og normbrytende atferd ikke kommer fra spesielle risikogrupper.* Derfor er den største utfordringen å iverksette tiltak som forebygger problemutvikling hos barn flest og bedrer oppvekstmiljøet til alle barn. Vi må øke kompetansen i kommunens tjenesteapparat om psykiske plager og lidelser hos barn og unge. Nye tiltak bør integreres i den *ordinære virksomheten* i helsestasjoner, barnehager og skoler, slik at personell knyttet til disse tjenestene kan øke den forebyggende og behandlende innsatsen. Her er det utviklet noen gode arbeidsmodeller, jf. utviklingsfremmende samtaler, og vi må utvikle flere modellforsøk, evaluere disse og integrere gode arbeidsmetoder i de ordinære virksomhetene.



# Del 1

## Ungdom på 14-15 år og deres familier

**Del 1:** Høsten 2006 ga et stort antall ungdom og deres foreldre omfattende informasjon både om hvordan det er å være 14-15 år i dagens samfunn, og hvordan det er å være foreldre til ungdom i denne alderen. Informasjonen vi fikk skal vi presentere i denne rapporten. Vi starter imidlertid med å klargjøre hva vi mener med begrepene psykisk helse og psykiske plager, før vi skisserer hva tidligere resultater fra TOPP-studien har vist om forstadier til problemutvikling. Deretter gir vi et bilde av hvordan 14-15-åringene selv, og deres foreldre, beskriver ungdommenes psykiske helse og væremåte. Symptomer på emosjonelle plager, brudd på normer, forhold til egen kropp, spiseproblemer, fysisk helse og temperamentstrekk er eksempler på temaer vi tar opp. Vi omtaler også belastninger og viktige hendelser som ungdom lever med, før vi gir en kortfattet oversikt over mulige årsaker til at barn utvikler psykiske plager eller normbrytende atferd. Informasjonen om 14-15-åringene avslutter vi med et kapittel som beskriver ungdommenes sosiale ferdigheter og forhold til venner, samt skisserer utviklingsveier til god sosial kompetanse. Noen av temaene innleder vi ved å trekke linjer tilbake til da ungdom-

mene var i førskolealder. Innledningene inkluderer da gjerne resultater fra tidligere runder i TOPP-studien. Andre temaer behandler vi slik at beskrivelsene av de norske ungdommene sees i lys av hva andre forskere har skrevet om tilsvarende temaer.

Vi går deretter over til å beskrive foreldrenes psykiske helse, parforhold og levekår. Også her skriver vi om belastninger, viktige hendelser og sosiale ressurser. Vi avslutter denne delen med en gjennomgang av tidligere funn fra TOPP-studien som omhandler risikofaktorer for utvikling av psykiske plager hos mødre.

Oppdragelse, samvær i familien og ungdommenes bruk av fritid er de siste temaene i rapportens første del. Her ser vi på hva slags forhold 14-15-åringene og deres foreldre har til hverandre, hvilke oppdragsmetoder foreldrene bruker og hvor mye kunnskap de har om hva ungdommene gjør i fritiden. Vi berører også skolen og foreldrenes involvering i ungdommenes skolearbeid, før vi avslutter del 1 med en oversikt over ungdommenes bruk av datamaskin og mobiltelefon.



FOTO: PhotoAlto 79



Kapittel 1 starter med en klargjøring av hva vi mener med psykisk helse, hvordan dette begrepet kan deles opp, og utbredelsen av psykiske plager og sykdommer. Deretter presenterer vi tidligere funn fra TOPP-studien som omhandler forstadier til psykiske plager. Informasjonen om 14-15-åringene brukes så til å belyse hvordan symptomer på angst og depresjon arter seg i ungdomsalderen. Kapittelet avsluttes med en oversikt over hvor tilfredse ungdommene er med livet sitt.

**Psykisk helse** kan forstås som til evnen til å mestre tanker, følelser og atferd. Evne til å tilpasse seg endringer og håndtere motgang hører også inn under begrepet. Fravær av psykiske plager er ikke tilstrekkelig indikasjon på god psykisk helse. Følelse av tilfredshet, empati, selvkontroll og samarbeidsevne inkluderes ofte (Holte, 2006). Begrepet "psykisk helse" benyttes gjerne som et samlebegrep som kan deles inn i psykisk velvære, psykiske plager og psykiske sykdommer eller lidelser.

**Psykisk velvære** refererer til en følelse av tilfredshet, mening og lykke. Psykisk velvære tilstrebes av mennesker generelt, fra de med god psykisk helse til de med alvorlige psykisk sykdom. Psykisk velvære er knyttet opp mot sosiale ferdigheter, måles dimensjonalt (man kan ha mer eller mindre velvære på en skala med mange trinn) og kan brukes som måltall ved helsefremmende arbeid. **Psykiske plager** refererer til forekomst av symptomer som angst, fortvilelse, følelse av meningsløshet, søvnvansker, spiseproblemer, konsentrasjonsvansker, uro m.m. Symptombelastningen er ikke så stor at det kan kalles sykdom, at det kan stilles en sykdomsdiagnose. Vanligvis brukes betegnelsen "betydelige plager" når en er blant de omlag 16 prosentene med mest plager (ett standardavvik over utvalgsgjennomsnittet). Plager måles dimensjonalt (mer eller mindre plager på en skala med mange trinn), og tall på forekomst kan brukes som måltall for forebyggende innsats. Psykiske plager kan måles med spørreskjema. Metodene er godt utprøvde og pålitelige, og inngår ofte i befolkningsundersøkelser som TOPP-studien. **Psykiske sykdommer eller lidelser** er tilstander som er så alvorlige at det kan

stilles en sykdomsdiagnose. Disse karakteriseres ved endringer i tenkning, følelser eller atferd, kombinert med opplevelse av psykologisk smerte eller redusert fungering. Når symptombelastningen overstiger en grense slik at det i alvorlig grad går ut over den daglige fungeringen, kaller man det en psykisk lidelse eller en psykisk sykdom, og det kan stilles en diagnose som f.eks. generalisert angstforstyrrelse, markant depresjon, anoreksi, ADHD eller schizofreni. En trenger som oftest behandling for psykiske lidelser eller sykdommer, og forekomsten kan brukes som måltall for behandlingsbehov i befolkningen. Psykisk diagnose kan identifiseres ved strukturert klinisk intervju, noe som sjelden benyttes i store befolkningsundersøkelser.

TOPP-studien kan undersøke forhold knyttet til *psykisk velvære* og *psykiske plager*. Studien har ikke direkte mål på psykiske lidelser eller sykdommer (sykdomsdiagnoser).

## 1.1 Utbredelse av psykiske plager og sykdommer

Gjennomgående finner internasjonale studier at mellom 10 og 16 prosent av barn og unge mellom halvannet og 16 år har så mye symptomer på angst, depresjon eller spiseproblemer at dette går ut over deres forhold til foreldre, venner og skole (Costello, et al., 2003). De har betydelige plager. Oppfølgingsstudier viser at psykiske plager kan vare lenge. Eksempelvis viste en australsk studie at nær halvparten av barna med betydelige<sup>1</sup> psykiske plager som fireåringer, fremdeles hadde dette da de var ti (Sanson, Smart, & Hemphill, 2004). Mellom fem og åtte prosent av alle barn og unge antas å ha psykiske sykdommer. De har så pass alvorlige, og mange, plager at de trenger behandling.

Utbredelsen av psykiske plager og sykdommer i Norge er omtrent på linje med det vi finner i undersøkelser i andre nordeuropeiske land, kanskje noe lavere. Kjønnforskjeller er gjennomgående i hele oppveksten, og ungdomstiden er en særlig sårbar periode hvor flere jenter enn gutter rammes. Før puberteten er to av tre barn med betydelige psykiske plager og

<sup>1</sup> Halvannet standardavvik over utvalgsgjennomsnittet.

normbrytende atferd gutter, og atferdsproblemer og ADHD dominerer. Etter puberteten er to av tre ungdommer med betydelige plager jenter, og angstlidelser, depresjon og spiseforstyrrelser dominerer. I enkelte deler av Oslo er det funnet en spesielt høy forekomst av psykiske plager og normbrytende atferd blant ungdom; i utvalgte grupper har vel 20 prosent betydelige plager (Ung i Oslo 1996). Noen studier har funnet at barn og unge med ikke-vestlig minoritetsbakgrunn har noe flere symptomer på depresjon enn andre (Sund, Larsson, & Wichstrøm, 2003). Forskjellene er imidlertid små, og det er stor variasjon mellom grupper av innvandrere (Oppedal & Røysamb, 2004). Gutter rammes noe hyppigere enn jenter, og atferdsproblemer, rusproblemer og emosjonelle plager er mer utbredt blant andregenerasjons innvandrerbarn enn blant førstegenerasjons innvandrerbarn (Oppedal, Røysamb, & Heyerdahl, 2005). Det er ingen forskjell mellom samisk ungdom og annen norsk ungdom.

Befolkningsundersøkelser angir vanligvis utbredelsen av *psykiske plager*. Mer sjelden undersøkes hyppigheten av *psykiske sykdommer*. Dette er imidlertid nylig gjort i en norsk undersøkelse: Studien "Barn i Bergen" finner en forekomst av psykiske sykdommer på vel seks prosent blant barn mellom syv og ni år. Siden forekomsten synes å variere med alder og bosted, tilsier en mer presis beregning av utbredelsen av psykisk sykdom blant barn og unge i Norge at rundt åtte prosent har behov for behandling (Holte, 2006).

## 1.2 Forstadier til psykiske plager og psykisk sykdom

For å kunne forebygge at psykiske plager utvikles i barne- og ungdomsalder, er det ønskelig å finne fram til førskolebarn med forhøyet risiko for å utvikle problemer senere. Dersom vi visste hva som var tidlige forstadier til langvarige psykiske plager senere i barne- og ungdomsalderen, kunne vi funnet fram til barn med slike kjennetegn og satt inn tiltak allerede da barna var i de første leveårene. Betydningen av tidlig intervensjon er nylig understreket av en australsk forskergruppe (Wise, da Silva, Webster, & Sanson, 2004). En omfattende evaluering av tidlig intervensjon basert på resultater fra 32 programmer som var valgt ut enten fordi det var knyttet mye forskning til programmene, eller fordi de var veletablerte og iverksatt i stor skala, konkluderte med at intervensjoner i tidlig barndom kan skape forbedringer på mange områder.

I TOPP-studien begynte vi å samle informasjon fra norske barnefamilier da barna var halvannet år. I det følgende skisserer vi resultater fra studier av hvordan psykiske plager uttrykkes så tidlig i førskolealderen, og hvor stabile slike plager er.

### **Uttrykksmåte**

Psykiske plager uttrykkes gjennom forskjellige former for problematferd på ulike alderstrinn. Jo yngre barna er, desto vanskeligere er det å skille problematferd som



FOTO: PhotoAlto 209

**Tabell 1.** Områder hvor barn i førskolealder "noen ganger" eller "nesten alltid" har vansker med å tilpasse seg familiens rutinemessige aktiviteter – prosent.

		Halvannet år (n=939)	To og et halvt år (n=805)	Fire og et halvt år (n=760)
Spising	Matlyst	31	48	46
	Kresenhet	39	54	69
Søvn	Søvmengde - for lite/mye	14	16	13
	Legging	23	23	28
	Oppvåking	59	58	55
	Uro om natten	29	39	44
Aktivitet	For mye/lite aktivitet	7	7	5
Konsentrasjon	Lite intensitet	7	9	11
	Kort varighet	72	54	31
Selvstendighet	Avhengighet	25	20	15
	Oppmerksomhetsøking	77	63	56
Føyelighet	Føyelighet	56	59	57
Sinne	Raserianfall	57	68	65
Humør	Irritabilitet	6	7	10
Tristhet	Ulykkelig	12	18	25
Engstelse	Bekymring	20	27	35
Angst	Lettskremt	44	42	34
Forhold til barn	Søsken - konflikter	3	7	8
	Andre barn	7	7	4

er tegn på psykiske plager fra atferdsformer som heller er knyttet til forbigående biologisk umodenhet og barnets nåtidige samspill med miljøet (Buss & Plomin, 1984). I de tidligste aldersgruppene er problematferden knyttet til vansker med å tilpasse seg familiens krav til rutinemessige aktiviteter - problemer med søvn, spising, renslighet og lek - og/eller vansker med å tilpasse sine følelsesmessige reaksjoner til det som situasjonen til enhver tid krever - problemer med overdrevent eller feilplassert sinne, uro, angst, tristhet, ensomhet eller avhengighet. Små barn utvikler sin personlighet gjennom å forhandle med foreldre og andre om hvordan behov og ønsker best kan tilfredsstilles. Det er derfor mer vanlig at barn i perioder *har* problemer på noen av områdene listet opp i tabell 1, enn at de *ikke har* noen vansker med å tilpasse seg familiens rutinemessige aktiviteter. Senere i barnealderen domineres problembildet mer av tegn på

overdrevne, feilplasserte eller uvanlige følelsesmessige reaksjoner og normbrudd. Vansker i forbindelse med rutinemessige aktiviteter tones ned som indikatorer på psykiske plager.

I TOPP-studien brukte vi en skala som ofte er brukt i utvalg av barn fra tre års alder, BCL<sup>1</sup>, til å kartlegge problematferd hos barna da disse var henholdsvis halvannet år, to og et halvt år og fire og et halvt år (senere brukte vi skalaer som er tilpasset eldre barn). Skalaen, som fokuserer på 12 temaer, gir foreldrene tre svaralternativer på hvert spørsmål (19 spørsmål i alt) og ber dem krysse av for det svaralternativet de synes best beskriver barnet. Spørsmålene om spising og konsentrasjon i tabellen over illustrerer dette: Barnet har vanligvis god matlyst/ Barnet har noen ganger dårlig matlyst/ Barnet har nesten alltid dårlig matlyst; Barnet leker konsentrert inne i mer enn ett kvarter om gangen/ Barnet konsentrerer seg vanligvis

<sup>1</sup> Behaviour Check List (BCL) (Richman, Steevenson, & Graham, 1982)

i 5-15 minutter, alt etter som/ Barnet leker nesten aldri konsentrert inne i mer enn 5 minutter. Tabell 1 illustrerer hvor vanlig det er at førskolebarn viser problematferd "noen ganger" eller "nesten alltid".

Det byr på ekstra utfordringer å ha barn som ofte har vanskeligheter på flere av disse områdene. Har barnet vaskeligheter på mange områder, vil dette prege familiens hverdag. For mange av barna er problematferden kun midlertidig, de vil vokse av seg problemene, mens andre barn vil ha problemer som varer over lengre tid. Hos noen barn vil imidlertid problematferden øke og kan være forstadier, eller tidlige tegn, på mer langvarige psykiske plager. Tabellen viser at noen typer problematferd ser ut til å være vanligere hos barn på halvannet år enn hos eldre barn, mens forholdet er motsatt for andre atferdsformer.

**Spiseproblemer:** Problemer med spising ser ut til å øke noe etter som barna blir eldre, særlig synes dette å gjelde kresenhet. Mens omlag 40 prosent av barna på halvannet år ikke ville spise all slags mat, sier mødrene til ca. 70 prosent av fireåringene at dette er vanlig i denne aldersgruppen. Det er omlag 10 prosent av barna som nesten alltid har dårlig matlyst eller som er veldig kresne.

**Søvnvansker:** Det at barnet sover svært lite eller mye, at det er vanskelig å legge eller at det ofte våkner om

natten og sover urolig, er en annen vanlig problemtype som kan gjøre foreldre utslitte og fortvilte. Mer enn halvparten av barna - i alle tre aldersgruppene - våkner noen ganger om natten, mens omlag 25 prosent av barna har litt/mye vansker med å roe seg ved sengetid. Litt flere fireåringer sover urolig enn det som var tilfellet da barna var mindre. Når vi ser alle søvntemaene under ett, er det 11 prosent av foreldrene til fireåringene som sier at barnet har søvnproblemer, mens det tilsvarende tallet for barn på to og et halvt år var 12 prosent.

**Konsentrasjonsvansker:** Naturlig nok er det mange flere barn på fire-fem år som kan leke konsentrert inne i mer enn ett kvarter (69 prosent) enn det som var tilfellet da barna var halvannet år (28 prosent) eller to til tre år (46 prosent).

**Selvstendighet:** Mer enn halvparten av mødrene til fire-femåringene synes at de er temmelig oppmerksomhetskrevede, selv om andelen som angir dette (56 prosent) er noe mindre enn da barna var yngre (77 prosent av mødrene krysset av for dette da barna var halvannet år, 63 prosent da de var to-tre år). Det er imidlertid færre barn som har vansker med å være borte fra mødrene i fire-fem års alder enn tidligere. Som forventet, er barna blitt mer selvstendige.

**Grensesetting:** Andelen barn som det "noen ganger/ svært ofte" kan være vanskelig å oppdra og å sette grenser for, ser ut til å være omlag like stor i de tre aldersgruppene. Mellom 50 og 60 prosent av mødrene opplyste at oppdragelsen av barna bød på slike utfordringer. Forekomst av raserianfall og av irritabilitet synes heller ikke å variere med barnas alder.

**Tristhet og engstelse:** Ellers ser vi at noen flere fire-femåringene gir tydeligere uttrykk for at de i perioder er triste eller bekymret enn det som var tilfellet da de var mindre. Mange barn har fremdeles også hyppig perioder hvor de er lettskremte (34 prosent). Førskolebarna har imidlertid stort sett godt humør og de går omlag like godt sammen med søsken og med andre barn ved fire-femårsalderen som det de gjorde tidligere. Væremåten til småbarna synes ikke å forandre seg så mye fra de er halvannet til fire-fem år når vi vurderer dette ved hjelp av de atferdstypene spørreskjemaet inneholder. Den største forskjellen synes å være at barna blir mer selvstendige og bedrer konsentrasjonsevnen og evnen til å uttrykke følelser på en klar måte.

#### **Måling av problematferd**

Det finnes ingen fullstendig objektive kriterier som kan skille barn og unge med betydelige psykiske plager og psykisk sykdom fra andre. Hvor høy forekomst av plager



FOTO: Kids Rubber ball

en finner i en barnepopulasjon, synes blant annet å variere etter hvilke informanter beregningene baseres på. Andelen barn og unge som inkluderes i problemgruppen blir vanligvis forskjellig om problematferden rapporteres av foreldre, lærere, trenede observatører eller av barna, eller den unge selv. Selv klinisk validerte skillepunkter (basert på vurderinger fra fagfolk med lang klinisk erfaring) på veletablerte skalaer er basert på subjektive vurderinger av alvorlighetsgrad og behandlingsbehov.

### **Typer av plager**

På tvers av måleinstrumenter og utvalg, er forskere flest likevel enige om at de fleste former for problematferd knyttet til psykiske plager kan deles inn i to hovedtyper: *emosjonelle plager*, dvs. depresjon, angst og spiseproblemer, og *utagerende plager*, dvs. problemer med selvregulering, konsentrasjonsvansker, aggresjon og ulydighet. I ungdomsalderen er det vanlig å bruke betegnelsen *normbrudd* på aggressiv og annen regelbrytende atferd. Disse to hovedgruppene av problematferd overlapper vanligvis gjennom hele barndommen (Giliom & Shaw, 2004). Data fra et stor studie av australske barn viste for eksempel at omlag en tredjedel av barna med betydelige plager av den ene typen gjennomgående også hadde betydelige plager av den andre typen (Prior, Sanson, Smart, & Oberklaid, 2000).

### **Forstadier**

Barneforskere var overraskende lite opptatt av problematferd og psykiske plager hos de aller yngste barna da TOPP-studien ble planlagt i 1992. Fram til de helt siste årene har de store, internasjonale prosjektene målt psykiske plager hos barn først fra treårsalderen og framover. Tidligere antok man at stabiliteten i problematferd var for lav før denne alderen. Richman, Stevenson and Graham (1982), forskerne som laget den første befolkningsstudien av barn i London, rapporterte at de nølte med å påbegynne målinger av psykiske plager i tidligere aldersgrupper på grunn av faren for å blande sammen ustabil problematferd som hovedsakelig skyldes forbigående biologisk umodenhet, og mer kronisk problematferd som antas å være forårsaket av konfliktfylt tilpasning. En beslektet type reservasjon mot tidlig måling av psykiske plager kom fra temperamentsforskere som Buss og Plomin (1984). Disse anførte at barns problematferd synes å være så pass udifferensiert i de tidligste aldersgruppene at det er vanskelig å skille godt nok mellom ulike typer av emosjonelle reaksjoner. De hevdet at

barns vansker med å tilpasse seg daglige rutiner og følelsesmessige krav i så lave aldre uttrykkes gjennom skiftende og enkeltstående atferdsformer som det ikke er rimelig å knytte sammen til mer stabile mønstre som kan utgjøre forstadier til psykiske plager og psykisk sykdom.

Mens begge disse typer reservasjoner nå etter hvert er tilbakevist<sup>1</sup>, var vi for 15 år siden ikke i stand til å finne en eneste befolkningsundersøkelse som hadde brukt etablerte skalaer til å måle problematferd hos barn mellom ett og to år. Måleinstrumentene som ble anvendt i utvalg av eldre barn var ikke klinisk validerte til bruk i så lave aldersgrupper. Skulle de etablerte skalaene anvendes i utvalg av yngre barn med den tids kunnskapsnivå, måtte det derfor sannsynliggjøres at spørsmålene kunne skille barn med psykiske plager fra ikke-påfallende barn, også i denne lave aldersgruppen.

TOPP-studien brukte BCL-skalaen til å måle problematferd hos barna da de var halvannet år. Resultatene indikerer at det er mulig å identifisere problemer på en pålitelig måte allerede på dette alderstrinnet. Dette underbygges av at den relative hyppigheten av ulike former for problematferd var omlag den samme i det norske utvalget av halvannet år gamle barn som det som tidligere var funnet i studier av to utvalg av engelske treåringer: utvalget som ble brukt til den opprinnelige konstruksjonen (valideringen) av den måleskalaen vi brukte (Richman, Stevenson, & Graham, 1982), og et stort engelsk utvalg som ble undersøkt 10 år senere (Stallard, 1993)<sup>2</sup>. En struktur med fire problemtyper trådte fram på begge måletidspunktene: to typer kjennetegnet av utagerende problematferd, "Overaktiv, uoppmerksom", og "Sosiale tilpasningsproblemer", én type knyttet til emosjonell problematferd, "Emosjonelle problemer", og en fjerde problemtype knyttet til generell umodenhet, "Selvreguleringsproblemer" Dette er nærmere utdypet i to artikler fra 2000 (Mathiesen & Sanson, 2000; Mathiesen, 2000).

### **Stabilitet**

Vi fant at en betydelig andel av barna som hadde hatt psykiske plager da de var halvannet, fortsatt hadde dette da de var to og et halvt år. Som forventet, syntes overensstemmelsen i mengden av plager å være høyest på de to endepunktene av skalaen. Mer enn halvparten (56 prosent) av de omlag 15 prosentene av barna med mest omfattende plager ved to og et halvt år, hadde også hadde hatt like høyt symptomnivå ett år tidligere. Hvert femte barn med noen plager var klassifisert på lignende måte på begge tidspunkter,

<sup>1</sup> bla. gjennom omfattende valideringsstudier i forbindelse med utarbeidelse av et relativt nytt instrument for å måle problematferd hos barn mellom halvannet og fem år: Child Behaviour Checklist 2/3, senere: Child Behaviour Checklist 1 ½ - 5 (CBCL 1 ½ - 5) (Achenbach & Rescorla, 2000; Koot, Van Den Oord, Verhulst, & Boomsma, 1997)..

<sup>2</sup> Spearman's rangorden-korrelasjoner på henholdsvis 0.85 og 0.86.

mens de aller fleste barna verken hadde hatt psykiske plager da de var ett og et halvt eller to og et halvt år (Mathiesen & Sanson, 2000). Det er rimelig å trekke følgende slutning:

*Problematferd hos halvannet år gamle barn kan, i noen grad, sees på som forstadier til mer langvarige psykiske plager.*

I tillegg er det teoretiske grunner til å anta at problematferd i denne lave alderen også er uttrykk for forbigående biologisk umodenhet, og situasjonsbestemte samspillsvansker.

Videre fant vi at problematferden dannet klare mønstre som var temmelige like på begge de to første måletidspunktene. Mønstrene stemte godt overens med mønstre som ellers er funnet i studier av barn på to år og eldre. Vårt kartleggingsinstrument var enklere enn det mer enn 100 spørsmål-lange spørreskjemaet som er vist å kunne skille ut barn som også klinisk blir vurdert til å ha betydelige psykiske plager (CBCL/2-3, senere: CBCL 1 ½ - 5). Likevel identifiserte vi fire av de seks problemtypene som Koot, Vandenoord, Verhulst, & Boomsma (1997) og Achenbach (1992) hadde funnet i studier av nederlandske og amerikanske barn.

*De fleste former for problematferd syntes å danne meningsfulle mønstre med distinkte kjennetegn allerede ved halvannet års alder. Disse mønstrene ligner på dem som tidligere er identifisert hos eldre førskolebarn. Resultatene indikerer at noen barn har utviklet sine spesielle måter å uttrykke psykiske plager på allerede i annet leveår.*

**I en senere analyse av disse tidlige plagene** utvidet vi tidsspennet noe (fra halvannet til fire og et halvt år), delte problematferden inn i symptomer på utagerende og emosjonelle plager (faktoranalyser) og studerte stabilitet i problematferd med mer nøyaktige statistiske metoder (vekstkurver). Vi fant da at omlag hvert fjerde barn som hadde hatt omfattende plager i halvannetårsalderen fortsatte å ha slike tre år senere. Dette styrker det tidligere funnet som viste at noen symptomer på psykiske plager vedvar og sannsynligvis representerer tidlige uttrykk for, eller forstadier til, mer langvarige plager (Mathiesen, Sanson, Stoolmiller, & Karevold, innsendt). Vi kan derfor fastslå at:

*Stabiliteten i utagerende og emosjonelle plager med veldig tidlig debut er bemerkelsesverdig i lys av de utviklingsmessige endringene som skjer i førskolealder og den temmelig normative natur som "utfordrende" atferd har i denne alderen.*

I Norge ligger forholdene godt til rette for forebyggende arbeid med sårbare barnefamilier i de første par årene i barnas liv. Barnefamilier flest har hyppig kontakt med personell ved helsestasjonene i løpet av denne perioden. For å forebygge at psykiske plager utvikler seg, er det derfor ønskelig å bruke denne muligheten til å spore opp ettåringene som har forhøyet risiko for å utvikle problemer senere og sette inn tiltak allerede når barna er i annet leveår.

Barns uttrykksmåter endres med alderen. I TOPP-studien skiftet vi måleskalaer etter som barna vokste. Gjennom hele førskolealderen brukte vi BCL til å måle problematferd. Vi brukte en skala som var egnet for skolebarn da barna var åtte og et halvt år, og brukte igjen andre skalaer da barna var blitt ungdommer. Flere av disse blir fortløpende presentert i teksten. Vedlegg 1 gir en samlet oversikt over skalaene og tidspunktene disse er brukt.

### 1.3 Emosjonelle plager i ungdomsalder

Med uttrykket "emosjonelle plager" menes her kjennetegn eller symptomer på angst, depresjon og spiseproblemer (sistnevnte beskrives i kapittel 3). Typiske symptomer på emosjonelle plager kan være opplevelse av tristhet, bekymring, engstelse eller uro. Dette er plager uten skarp avgrensning til normale svingninger i stemningsleiet. Det er vanlig at ungdom i perioder strever med å finne seg til rette med de krav og forventninger som stilles fra foreldre, lærere og andre. De kan også streve med å finne sin plass i forhold til jevnaldrende og i forhold til sin egenutvikling/identitetsutvikling. Ved det sjettede undersøkelsestidspunktet i TOPP-studien er barna mellom 14 og 15 år, dvs. midt i ungdomsalderen. Tidligere studier basert på både diagnostiske intervjuer og selvrappport indikerer at symptomer på angst og depresjon øker sterkt i ungdomstiden, at denne økningen begynner i 13- til 15-årsalderen, og at den ofte er nært knyttet opp til hormonelle forandringer ved puberteten (Angold, Costello, & Worthman, 1998; Wichstrøm, 1999).

Symptomer på angst og depresjon er de mest hyppige plagene i barne- og ungdomsårene. Internasjonale studier viser at mellom 20 og 40 prosent av ungdommer under 16 år sliter med slike (Kessler, Avenevoli, & Merikangas, 2001). Mellom to og syv prosent blir rammet av alvorlig depresjon, og rundt ti prosent av ungdommene får en angstlidelse (Merikangas, 2005). I tillegg til de betydelige samfunnmessige kostnadene knyttet til behandling av depresjon og angst, er de personlige kostnadene store. Ungdom som sliter med slike plager og sykdommer

**Tabell 2.** Symptomer på depresjon, rapportert av ungdommene selv, mødre og fedrene - prosent.

Depresjonssymptomer	Stemmer sjelden			Stemmer noen ganger			Stemmer ofte		
	Unge	Mødre	Fedre	Unge	Mødre	Fedre	Unge	Mødre	Fedre
Er lei seg eller ulykkelig	55	66	70	36	32	29	9	2	1
Føler seg så trøtt...	37	65	64	47	32	34	16	3	2
Er veldig rastløs	49	85	82	42	14	16	9	1	2
Er ikke glad for noe	77	87	74	21	11	23	2	2	3
Føler seg lite verdt	76	83	80	19	16	20	5	1	0
Gråter mye	81	94	97	14	5	3	5	1	0
Føler seg ensom	74	81	78	20	17	21	6	2	1

fungerer som regel dårligere sammen med familie og venner, og de presterer ofte dårligere på skolen enn ungdom uten depresjon og angst. Det er derfor viktig å vite hva som er de første tegnene på problemutvikling og hvilke oppvekstforhold som bidrar til utviklingen av slike plager og sykdommer. Denne kunnskapen kan vi bruke til å igangsette forebyggende eller behandlende tiltak på et så tidlig tidspunkt som mulig.

### 1.3.1 Symptomer på depresjon

Noen av de mest typiske symptomene på depresjon er listet opp i første kolonne i neste tabell (tabell 2). Tidligere studier av depressive symptomer hos ungdom i Norge viser at mellom 15 og 20 prosent har betydelige symptomer, og at omlag fem prosent av ungdommene er såpass alvorlig plaget at de trenger behandling; de får en sykdomsdiagnose (Wichstrøm, 1999). Jenter har sterkere symptombelastning enn gutter fra 13-års alderen, samtidig som begge kjønn rapporterer stigende nivåer gjennom ungdomsalderen.

TOPP-studien målte symptomer på depresjon gjennom en skala som er spesielt utviklet for spørreskjemabaserte studier av depresjon hos barn og unge<sup>1</sup>. Skalaen inneholder 11 utsagn om affektive (følelsesmessige) og kognitive (tankemessige) symptomer som er funnet å kunne forutsi depressiv status, slik dette vurderes klinisk. Skalaen har egne skjemaer til foreldrerapportering og selv-rapportering av symptomer hos den unge, men begge skjemaene inneholder spørsmål om de samme temaene. Foreldrene og ungdommen blir bedt om å tenke på de to siste ukene og angi, ved å krysse av på ett av tre svaralternativer, hvor godt hvert av utsagnene stemmer for ungdommen. Tabell 2 viser hvordan ungdommene selv, og deres foreldre, krysset av på et utvalg av dem.

Majoriteten av ungdommene, jamfør dem selv, deres mødre og fedre, har sjelden hatt de aktuelle depresjonssymptomene. Samtidig har i snitt om lag hver fjerde ungdom de siste to ukene opplevd tristhet, lav selvfølelse, ensomhet og uro. For noen var symptomene mer gjennomgående (svarkategorien "stemmer ofte"), mens andre kun hadde symptomer innimellom (svarkategorien "stemmer noen ganger"). Trøtthet og rastløshet var uttrykkene som hyppigst ble rapportert av ungdommene selv. Slike symptomer kan være indikasjoner på emosjonelle plager, men de kan også være kroppslige uttrykk som ikke er relatert til dette. Mellom 10 og 20 prosent av ungdommene hadde perioder hvor de følte seg lite verdt, var lite glade og følte seg generelt ensomme. Rundt fem prosent fortalte at de ofte hadde slike følelser. Resultatene ovenfor indikerer likevel at det er noe færre unge med mange plager i vårt utvalg enn det som er målt i lignende undersøkelser.

Generelt rapporterte ungdommene mer symptomer enn foreldrene. Noe av forklaringen på dette kan være at foreldrene ikke alltid fanger opp hvordan ungdommene føler det. Det er også mer typisk at ungdommer opplever, og uttrykker seg, sterkere om følelser i denne alderen, enn det voksne gjør. Mødre og fedre rapporterte ganske likt. En liten forskjell er at fedrene oftere enn mødre opplevde ungdommen som lite glad og med lav selvfølelse, mer i tråd med hva ungdommene selv rapporterte.

### 1.3.2 Symptomer på angst

Angst er den vanligste psykiske problemtypen blant barn og unge (Merikangas, 2005). Rundt 20 prosent sliter med symptomer på en eller annen angstform, og halvparten av disse har funksjonstap på grunn av angst eller fobier. Det er mest typisk (medianen) for

<sup>1</sup> Short Mood and Feeling Questionnaire (SMFQ) (Angold et al., 1995).

<sup>2</sup> Generalized Anxiety Disorder scale (GAD) (Coolidge, Thede, Stewart, & Segal, 2002).

**Tabell 3.** Symptomer på angst, rapportert av ungdommen selv, mødre og fedrene - prosent.

Angstsymptomer	Nesten aldri			Av og til			Ofte/nesten alltid		
	Unge	Mor	Far	Unge	Mor	Far	Unge	Mor	Far
1. Unngikk sosiale aktiviteter fordi han/hun var redd for å bli kritisert /avvist	76	73	64	20	18	23	4	9	13
2. Bekymret seg mye for at det skulle hende noe fælt med foreldrene	58	69	64	32	22	24	10	9	12
3. Bekymret seg mye for å komme bort fra foreldrene eller å bli kidnappet	78	89	85	17	10	11	5	2	4
4. Var for mye bekymret	67	74	70	23	17	21	10	9	9
5. Bekymret seg for mye for å bli avvist eller kritisert	70	65	49	21	22	34	9	13	17
6. Engstelig i sosiale situasjoner fordi han/hun var redd for andre mennesker	82	81	69	16	14	22	2	5	9
7. Var redd for å gjøre nye ting i frykt for å dumme seg ut	56	48	38	35	30	34	9	22	27
8. Hadde problemer med å få dumme eller rare tanker ut av hodet	82	80	71	13	12	21	5	8	9
9. Måtte tenke på spesielle måter for å forhindre at farlige ting skulle skje	88	92	91	9	5	8	3	3	1

alle typer av angst at symptomene begynner i 10- til 12-årsalderen, men starttidspunktet varierer med ulike undertyper. Mens spesifikke fobier vanligvis starter tidlig, med en median på om lag seks år, kommer for eksempel symptomer på panikktilstander sjelden til uttrykk før i tenårene (Costello et al., 2003; Merikangas, 2005). De fleste har ikke lengre plager når de når voksenalder.

I TOPP-studien ble symptomer på angst hos ungdommene målt med en skala basert på symptomer på generalisert angstlidelse<sup>2</sup>. Skalaen inneholder 12 utsagn om generell bekymring, engstelse for å skilles fra omsorgspersoner og engstelse for sosiale situasjoner. I tillegg er det inkludert fem spørsmål om tvangstanker og tvangshandlinger som noen opplever i ungdomstiden. Foreldrene, og også ungdommene selv, ble bedt om å tenke på hva som har vært typisk for ungdommen de siste månedene og angi hvor godt hvert av de 17 utsagnene stemmer. Noen av utsagnene vises i tabell 3.

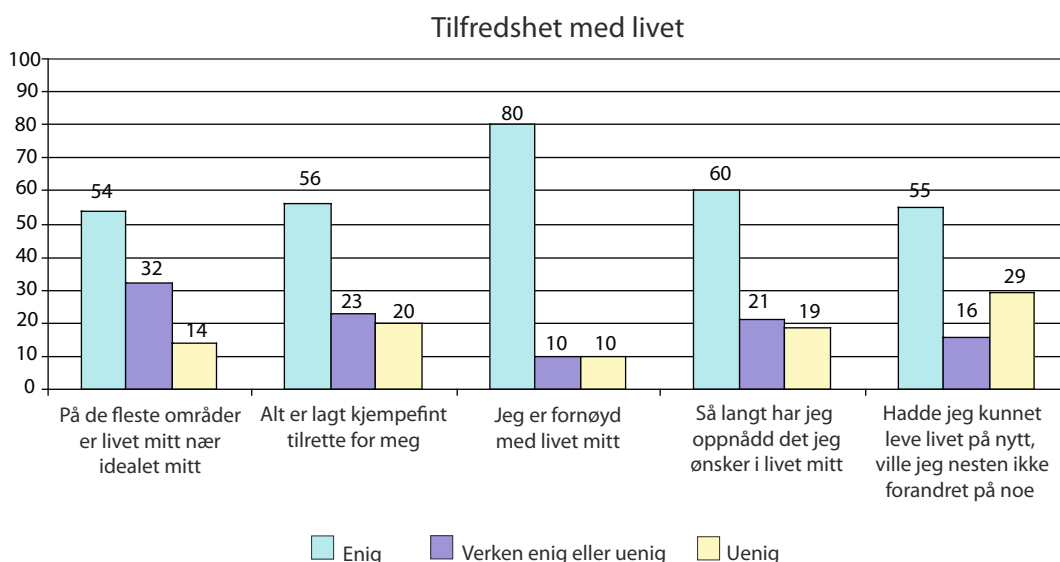
Redsel for å dumme seg ut, bli kritisert eller avvist, var ganske vanlig hos 14-15 åringene. Mellom 30 og 40 prosent av ungdommene selv rapporterte at de ofte, eller tidvis, var redde for dette. Også foreldrene fortalte

at over halvparten av ungdommene var redde for å dumme seg ut, og at i snitt hver tredje ungdom var bekymret for å bli avvist eller kritisert.

Det var også om lag hver tredje ungdom som rapporterte at de tidvis bekymret seg "for mye", mens foreldrene mente at dette kun gjaldt for hver fjerde ungdom. Ungdommene rapporterte høyere bekymring/engstelse enn det mødre gjorde på to av tre spørsmål. Både foreldrene og ungdommene selv rapporterte at cirka én av ti hadde tvangstanker ofte eller innimellom. På de to spørsmålene som indikerer kjennetegn på sosial angst (spørsmål nummer en og seks), mente en større andel av fedrene at dette gjaldt for deres ungdom enn det ungdommene selv mente. En større andel ungdom enn mødre rapporterte at de var redd for å komme bort fra foreldrene eller for at noe skulle hende med foreldrene. Det er samtidig verdt å merke seg at vel to tredjedeler av ungdommene rapporterte at de nesten aldri var bekymret eller engstelige, bortsett fra engstelsen for å dumme seg ut eller å bli kritisert.

Angsttilstander, og hvordan de kommer til uttrykk i barn og unges utvikling, er mindre studert enn andre psykiske plager og sykdommer (McClure & Pine, 2006).





**Figur 1.** Ungdommenes rapportering av hvor tilfredse de er med livet - i prosent.

Historisk sett har det vært antatt at angstplager er mildere former for psykiske plager. Samtidig har nyere forskning vist at angst i barne- og ungdomsårene er forløper for flere former for negativ utvikling, blant annet alvorlig depresjon. Det kan være vanskelig å skille mellom normale svingninger i symptomer på psykiske plager og spesifikke symptomer på angst. Dette gjelder spesielt hos barn og ungdom, ettersom alderstypiske endringer i væremåten deres må tas i betraktning. For eksempel kan symptomer på angst knyttet til det å være borte fra en av foreldrene være helt normalt hos et førskolebarn, mens dette kan være tegn på psykiske plager hos et eldre barn. En presis forståelse av psykiske plager hos ungdom forutsetter derved presis kunnskap om hva som er vanlig, tilpassningsdyktig utvikling på de forskjellige alderstrinn, ettersom symptomene betydning og viktighet varierer med hvilken utviklingsperiode den unge er i.

Det er klare sammenhenger mellom symptomer på angst og depresjon. I snitt får 40 prosent av ungdom med en depresjonsdiagnose også en angstdiagnose (Avenevoli & Steinberg, 2001). Blant unge med angstdiagnoser har rundt 20 prosent en depresjonsdiagnose i tillegg. Det er altså vanligere at deprimerede ungdom også har angst, enn omvendt. Spesielt er det funnet en sterk sammenheng mellom generalisert angstlidelse og alvorlig depresjon. Noen forskere antar at angst kan sees på som et aldersavhengig uttrykk for den samme underliggende lidelsen som depresjon. I tillegg har forskning vist at alvorlig depresjon i ungdomsalder kan være forløper for angstlidelser hos voksne (Rutter, Kim-Cohen, & Maughan, 2006).

#### 1.4 Tilfredshet med livet

Psykisk helse inkluderer ikke bare fravær av problemer, men også tilstedeværelse av positive tilstander som glede, godt humør og opplevelse av å ha god livskvalitet (WHO, 1996). Ed Diener (2000) definerer subjektivt velvære som en kombinasjon av positive følelser og generell tilfredshet med livet. Forskning viser at positive følelser øker sannsynligheten for at folk hjelper hverandre, er mer fleksible i sin tenkning og lettere finner løsninger på problemer (Ashby, Isen, & Turken, 1999). Det er også påvist at erfaringer som gjør en glad og fornøyd, minsker forekomsten av negative følelser. Tvillingstudier viser at opplevelsen av god livskvalitet er arvelig (genetiske determinanter for livskvalitet viser en arvelighet på rundt 30-50%; Røysamb, et al., 2003). Samtidig vet vi at det foregår et samspill mellom genetiske og miljømessige faktorer. Avhengig av aldersspesifikke erfaringer og utfordringer, vil forskjellige biologiske egenskaper bidra til hvordan livskvalitet oppleves (Røysamb, 2006).

TOPP-studien har målt hvor tilfredse 14-15-åringene var med livet gjennom å spørre dem om hvor enige de var i fem positive utsagn, se figur 1. I figuren er svaralternativene slått sammen slik at kategorien "enig" også inkluderer dem som svarte "litt enig", og kategorien "uenig" også inkluderer dem som svarte "litt uenig".

Over halvparten sier at de er enige eller litt enige i alle utsagnene, og åtte av ti er enige i utsagnet "Jeg er fornøyd med livet mitt". Det er likevel 30 prosent av 14-15-åringene som sier at de ville forandret på noe, dersom de kunne leve livet på nytt, og 20 prosent av de unge er uenige i at "Alt er lagt kjempefint tilrette for meg".

## Referanser

- Achenbach, T. M. (1992). Developmental psychopathology. I M. H. Bornstein & M. E. Lamb (Eds.), *Developmental psychology: An advanced text*. (3rd ed.) (pp. 629-675). Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1992.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000). *Manual for ASEBA Preschool Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Angold, A., Costello, E. J., & Worthman, C. M. (1998). Puberty and depression: the roles of age, pubertal status and pubertal timing. *Psychological Medicine*, 28, 51-61.
- Ashby, F. G., Isen, A. M., & Turken, U. (1999). A neuropsychological theory of positive affect and its influence on cognition. *Psychological Review*, 106, 529-550.
- Avenevoli, S. & Steinberg, L. (2001). The continuity of depression across the adolescent transition. *Advances in Child Development and Behavior*, Vol 28, 28, 139-173.
- Buss, A. H. & Plomin R. (1984). *Temperament: Early developing personality traits*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Coolidge, F. L., Thede, L. L., Stewart, S. E. & Segal, D. L. (2002). The Coolidge Personality and Neuropsychological Inventory for Children (CPNI): Preliminary psychometric characteristics. *Behavior Modification*, Vol 26(4), 550-566.
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G. & Angold, A. (2003). Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Archives of General Psychiatry*, Vol 60(8) Aug, 837-844.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being - The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34-43.
- Goodman, R. (1994). A modified version of the Rutter Parent Questionnaire including extra items on children's strengths: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 1483-1494.
- Gilliom, M. & Shaw, S. S. (2004). Codevelopment of externalising and internalizing problems in early childhood. *Development and Psychopathology*, 16, 313-333.
- Holte, 2006, internt notat. Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Kessler, R. C., Avenevoli, S. & Merikangas, K. R. (2001). Mood disorders in children and adolescents: An epidemiologic perspective. *Biological Psychiatry*, Vol. 49, 12, 1002-1014.
- Koot, H. M., Vandenoord, E. J. C. G., Verhulst, F. C., & Boomsma, D. I. (1997). Behavioral and emotional problems in young preschoolers: Cross-cultural testing of the validity of the child behavior checklist/2-3. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 183-196.
- Mathiesen, K. S. (1999). *Prediktorer for tilpasningsvansker hos førskolebarn: Barnas temperament, mødrenes psykiske helse og forhold i omgivelsene*. Doktorgradsavhandling, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
- Mathiesen, K. S. & Sanson, A. (2000). Dimensions of early childhood behaviour problems - Stability and predictors of change from 18 to 30 months. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 431-439.
- Mathiesen, K. S., Sanson, A., Stoolmiller, M., & Karevold, E. *The nature and predictors of externalizing and internalizing trajectories across early childhood*. Betinget akseptert i 2007.
- McClure, E.B. & Pine, D.S. (2006). Social anxiety and emotion regulation: A model for developmental psychopathology perspectives on anxiety disorder. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology*, 470-502, Vol.3. John Wiley & Sons.
- Merikangas, K. R. (2005). Vulnerability factors for anxiety disorders in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14(4):649-79.
- Oppedal B., Røysamb E. & Heyerdahl, S. (2005). Ethnic group, acculturation, and psychiatric problems in young immigrants. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(6): 646-60.
- Oppedal, B. & Røysamb, E. (2004). Mental health, life stress and social support among young Norwegian adolescents with immigrant and host national background. *Scandinavian Journal of Psychology*, 45(2): 131-44.
- Prior, M., Sanson, A., Smart, D., & Oberklaid, F. (2000). *Pathways from infancy to adolescence. Australian Temperament Project 1983-2000*. Melbourne, Australia: Australian Institute of Family Studies.
- Richman, N., Stevenson, J., & Graham, P. J. (Eds.) (1982). *Pre-school to school: A behavioural study*. London, Academic Press.
- Rutter, M., Kim-Cohen, J. & Maughan, B. (2006). Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3-4): 276-95.
- Røysamb, E., Tambs, K., Reichborn-Kjennerud, T., Neale, M. C. & Harris, J. R. (2003) Happiness and health: environmental and genetic contributions to the relationship between subjective well-being, perceived health, and somatic illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(6): 1136-46.
- Røysamb, E. (2006). Personality and well-being. I Vollrath, M.E. (Ed), *Handbook of Personality and Health*, 115-134. John Wiley & Sons.
- Sanson, A., Smart, D., & Hemphill, S. (2004). Connections between temperament and social development: A review. *Social Development*, 13, 142-170.
- Stallard, P. (1993). The behaviour of 3-year-old children: Prevalence and parental perception of problem behaviour: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 413-421.
- Sund, A. M., Larsson, B. & Wichstrøm L. (2003). Psychosocial correlates of depressive symptoms among 12-14-year-old Norwegian adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(4):588-97.
- Wichstrøm, L. (1999). The emergence of gender difference in depressed mood during adolescence: the role of intensified gender socialization. *Developmental Psychology*, 35(1): 232-45.
- Wise, S., da Silva, L. Webster, E. & Sanson, A. (2004). *Efficacy of Early Childhood Interventions*. Report prepared for the Australian Government, Department of Family and Community Services, Australian Institute of Family Studies, Melbourne, Research Report 14.
- World Health Organization (1996). *The Global Burden of Disease*. World Health Organization Press, Geneva, Switzerland.

# 2 Brudd på normer i ungdomsalderen

Å bryte de normer og regler som gjelder hjemme, på skolen, og i samfunnet er mer vanlig i ungdomstiden enn senere i livet. Når vi i TOPP-studien har valgt å undersøke normbrytende atferd hos alminnelige norske ungdommer, er en av grunnene at foreldre ofte opplever dette som en utfordring i barneoppdragelsen. En annen grunn er at normbrudd, i tillegg til å være alminnelig ungdomsatferd, også kan være et uttrykk for, eller en forløper for, mer alvorlige atferdsproblemer. Normbrytende atferd kan dermed være en kilde til bekymring for foreldre, jevnaldrende, lærere og nærmiljøet forøvrig. Når vi også inkluderer alvorlige normbrudd og til dels kriminelle handlinger, beveger vi oss inn i problemområder som innebærer betydelige samfunnsøkonomiske kostnader.

Mange sosialt og faglig velfungerende unge begår normbrytende handlinger. Liknende atferd kan være et uttrykk for alvorlig skjevutvikling hos andre unge. Overgangen mellom hva som er normalatferd og mer avvikende atferd er dermed glidende, og kan være vanskelig å definere. I den mest alvorlige enden av spekteret kvalifiserer omfattende negativ, fiendtlig og ulydig atferd til diagnosen *opposisjonell atferdsforstyrrelse*. Vold, skadeverk og alvorlige regelbrudd kvalifiserer til diagnosen *alvorlig atferdsforstyrrelse* (American Psychiatric Association, 1994). Nyere studier av problematferd i norske og danske skoler konkluderer med at mellom syv og tolv prosent av elevene mellom 10 og 17 år har et så høyt omfang av utagerende og uønsket atferd på skolen at det er rimelig å bruke betegnelsen *atferdsproblemer*. Av disse viser om lag to prosent *alvorlige atferdsforstyrrelser*. I litteraturen anslås det at mellom fem og ti prosent av barn og unge har omfattende atferdsproblemer. Av disse har vel halvparten alvorlige atferdsforstyrrelser (Nordahl, Sørlie, Manger, & Tveit, 2005; Sørlie, 2000).

Det brukes mange ulike betegnelser på temaområdet vi beskriver i dette kapitlet; utagerende atferdsvansker, atferdsproblemer, atferdsforstyrrelser, antisosial atferd og normbrudd. Vi har valgt å bruke begrepet normbrudd, og refererer til handlinger som bryter med normer (Rutter, 1997). Dette er en vid definisjon, og vi bruker denne som en fellesbetegnelse for spekteret fra enkle og enkeltstående normbrudd

som de fleste mennesker gjør i større eller mindre grad, til atferdsmønstre preget av gjentatte eller alvorlige handlinger som kjennetegner personer med atferdsforstyrrelser.

Hva er "normen"? Hva det er som representerer normbrudd defineres ut fra voksensamfunnets perspektiv (Backe-Hansen, 2007). Ungdom er i utvikling mot økt selvstendighet, og det å bryte normer kan være en måte å markere dette på. De voksnes autoritet utfordres. Å balansere ønsket om større frihet og innflytelse, og samtidig forholde seg til de krav som fellesskapet setter, betraktes som den største utviklingsmessige oppgaven i ungdomsårene (Baumrind, 1991). Handlinger som voksne opplever som uheldige, har ofte et annet, og positivt, meningsinnhold sett fra ungdommens eget perspektiv. Normbrytende handlinger kan oppleves som en funksjonell måte å tilpasse seg på, som noe som gir en opplevelse av mestring og respekt (Backe-Hansen, 2007). I ungdomsårene blir samtidig tilknytningen til vennegruppen i økende grad betydningsfull. Normbrudd kan læres i samvær med jevnaldrende (Dishion, McCord, & Poulin, 1999).

## 2.1 Brudd på normer slik ungdom beskriver det

I TOPP-studien ønsket vi å studere handlinger som mange vil enes om representerer normbrudd. Til dette trengte vi et spørreskjema som var godt egnet til å undersøke normbrudd i et normalutvalg med gjentatte målinger gjennom ungdomsårene. Vi ønsket å inkludere både relativt alminnelige normbrudd for å fange opp bredden i fenomenene ved terskelen til ungdomsalder (12-13 år), og mer alvorlige normbrudd for å kunne fange opp bredden i utviklingstrender med økende alder (fram til 16-17 år og helst lenger). Spørsmålene måtte være kulturelt relevante. Vi endte opp med å velge spørsmål fra to norske og et svensk måleinstrument<sup>1</sup>, og sette sammen en liste med 21 spørsmål. Ungdommene ga informasjon om sin deltagelse i hærverk, tyveri, skoleskulk, å oppholde seg andre steder enn lov, å være ute senere på kvelden enn tillatt, fysisk utagerende atferd, ran og våpen da de

<sup>1</sup> The Bergen Questionnaire on Antisocial Behaviour (Bendixen & Olweus, 1999), Ung i Norge 2002 (Ung i Norge 2002), "10 till 18" (Stattin and Kerr, 2004),

var henholdsvis 12-13 år og 14-15 år gamle. Vi spurte også mødrene om kjennskapet til slike handlinger hos barnet deres på de samme tidspunktene. Da barna var 14-15 år spurte vi endelig fedrene om det samme. Vi har også undersøkt mobbing og bruk av rusmidler.

Hvor vanlig er normbrytende handlinger i disse aldersgruppene? I en annen norsk ungdomsundersøkelse der over 11 000 ungdom deltok, rapporterte 17 prosent av guttene og 21 prosent av jentene ved 13 års alder at de hadde stjålet penger eller ting fra familien, én eller flere ganger, de siste tolv månedene (Ung i Norge, 2002). Blant 15-åringene herfra var det 26 prosent av både gutter og jenter som oppga å ha

stjålet fra familien. Vel halvparten av guttene ved 13 og ved 15 års alder rapporterte å ha slått eller sparket noen. Det samme rapporterte i underkant av 40 prosent av jentene i begge aldersgrupper.

TOPP-studien er utformet for å studere forstadier og utviklingsveier til vansker og god mestring, og ikke primært for å beregne utbredelse av normbrudd i ungdomsårene. Pålitelige tall på forekomst av normbrudd forutsetter blant annet at få deltagere faller fra studien over tid. Det er grunn til å tro at er det vanligvis er høyere hyppighet nettopp av regelbrytende atferd blant ungdom som faller fra. Vi antar derfor at

**Tabell 4.** Forekomst av normbrytende handlinger rapportert av ungdommene selv - prosent.

Type normbrudd	har ikke skjedd		skjedd en gang		to el flere ganger	
	12-13 år	14-15 år	12-13 år	14-15 år	12-13 år	14-15 år
<b>Hærverk</b>						
på skolen	98	95	2	4	0.2	1
graffiti uten lov	95	---	4	---	0.9	---
på buss, kino m.m.	99	97	0.7	2	0.4	0.4
vindusruter m.m.	96	92	3	6	0.7	2
<b>Tyveri</b>						
fra familien	86	69	10	17	4	14
lommer, veske	99	98	0.7	1	0.2	0.6
kjøpesenter m.m.	96	91	2	6	1	3
tyvlånt sykkel	98	---	1	---	0.9	---
lurt fra å betale	90	77	6	10	4	13
innbrudd f å stjele	100	100	0	0	0	0
<b>Skoleskulk</b>						
en til to timer	92	76	7	11	1	13
en hel dag	95	86	4	7	1	7
<b>Fysisk utagerende, trusler, ran, våpen</b>						
kloret, lugget	62	89*	20	6*	19	5*
slått, sparket	61	76*	21	12*	17	13*
vært i slåsskamp	79	83	10	11	12	6
truert slå, skade	88	82*	8	7*	5	10*
ran	99	99	0.2	0.2	0.2	0.2
hatt med våpen	99	98	0.5	1	0.2	0.4
slåsskamp våpen	99	100	0.2	0	0.2	0

<sup>1</sup>-- Spørsmålet er ikke med i undersøkelsen

<sup>2</sup>\* tilføyd "ikke søsken" ved 14-15 års alderen

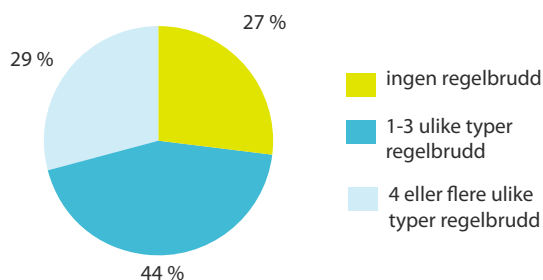
ungdommene i TOPP-studien er noe mer velfungerende enn den generelle ungdomspopulasjonen. Det er likevel interessant å se nærmere på hvor hyppig ungdom fra et slikt utvalg har begått normbrudd ved 12-13 og 14-15 års alder. Resultater som omhandler normbrytende handlinger de siste 12 månedene presenteres i tabell 4, på forrige side.

Få ungdommer i TOPP-studien rapporterer å ha gjort de mest alvorlige normbruddene som er inkludert i spørreskjemaet. Innbrudd for å stjele er det ingen som har gjort, og kun et lite fåtall forteller at de har truet eller tvunget noen til å gi fra seg penger eller andre ting (ran), hatt med seg våpen eller vært i slåsskamp med våpen. Videre ser vi at forekomsten av de fleste typer normbrudd er lave ved 12-13 års alder, men at de har steget ved 14-15 års alder. En slik økning er forventet ut fra "alder-kriminalitet-kurven". Både i Norge og internasjonalt har man funnet en stigning i antall normbrudd og kriminelle handlinger fra begynnelsen av ungdomstiden, som når en topp mellom 16 og 17 år, og som synker igjen mot voksen alder (Moffitt, 1993; Wichstrøm & Backe-Hansen, 2007).

Et unntak fra denne stigende kurven fant vi i TOPP-studien når det gjaldt voldelig atferd, herunder å ha kloret eller lugget noen, å ha slått eller sparket noen og å ha vært i slåsskamp. Forekomsten av slik atferd har sunket. Det er vanskelig å vite om denne nedgangen skyldes en faktisk nedgang i fysisk utagerende atferd i utvalget vårt, eller om det er et resultat av at vi i siste runde innsnevret spørsmålet til å ikke gjelde mellom søsken. Som forventet er forekomsten av normbrudd lavere her enn i studien Ung i Norge 2002 (se ovenfor).

Hvor mange ulike normer har hver enkelt 14-15-åring brutt de siste tolv månedene? Vi så på hvorvidt de unge rapporterte at de ikke hadde brutt noen av normene som er inkludert i listen ovenfor (se tabell 4), hvorvidt de hadde brutt mellom én og tre forskjellige, eller fire eller flere. Resultatene er presentert i figur 2.

Vel en fjerdepart svarte at de ikke har begått noen av disse normbruddene. Knappt halvparten svarte at



**Figur 2.** Antall regler som 14-15-åringene rapporterer at de har brutt siste år – prosent.

de hadde brutt mellom én og tre av reglene, mens de resterende, omlag tre av ti, rapporterte at de hadde brutt fire eller flere regler. Det er med andre ord mest vanlig å ikke følge alle regler hele tiden.

Normbrytende atferd er et temaområde der det er vanlig å finne til dels store forskjeller mellom gutter og jenter. Gutter diagnostiseres om lag fire ganger hyppigere enn jenter med henholdsvis opposisjonell og alvorlig atferdsforstyrrelse (Sørli, 2000). Som forventet finner vi også kjønnsforskjeller i vår undersøkelse av normbrudd. Ved 14-15 års alder forteller flere jenter enn gutter at de har tatt penger fra noen i familien uten å ha lov, samt å ha skulket én eller to skoletimer. Flere gutter enn jenter oppgir å ha hatt fysisk utagerende atferd, som å ha slått eller sparket noen (ikke søsken), truet med å slå eller skade noen (ikke søsken) og vært i slåsskamp på skolen eller andre steder. Dette er hovedsakelig i tråd med det øvrig forskning viser.

Hvilken betydning har det å gjøre normbrudd for unges utvikling? Majoriteten som begår antisosiale handlinger i ungdomsårene avstår fra dette ved overgang til voksen alder (Moffitt, 1993). Disse er i litteraturen også kalt de "eksperimenterende" fordi de sjelden har hatt psykiske plager i barneårene og få fortsetter med antisosialitet i voksen alder. En mindre gruppe unge, anslagsvis fem prosent, har en annen utvikling. Dette er personer som ofte har begått regelbrudd og hatt utagerende atferd som barn. De antisosiale handlingene i ungdomsårene fremstår i forlengelse av problemer i barneårene. Disse kalles gjerne "tidlig startere". Det er i denne gruppen en har funnet barna med størst risiko for at normbruddene fortsetter i voksen alder. Men etter hvert har dette bildet vist seg å være mer kompleks. Flere enn man tidligere har trodd, som først debutterer med normbrudd i ungdomsårene, fortsetter å ha vedvarende problemer med tilpasning som voksne (Moffitt, Caspi, Harrington, & Milne, 2002).

En sentral målsetting for fagfolk er å bli dyktigere til å identifisere ungdom med forhøyet risiko for å utvikle et kronisk høyt nivå av antisosial atferd, skille dem fra mengden av "eksperimenterende" ungdom, og å bli flinkere til å hjelpe disse inn i et bedre utviklingsforløp. Til dette trenger vi studier som undersøker ungdoms normbrudd over tid, såkalte forløpsstudier. TOPP-studien har både et stort tidsspenn og en stor bredde av tema som kartlegges på hvert tidspunkt. Forskning fra andre land har vist at det å gjøre normbrudd tidlig i ungdomsårene, før majoriteten av unge begynner med dette, kan være et spesielt faresignal (Lipzey & Derzon, 1998). Data fra 12-13-åringundersøkelsen vår kan gi oss mulighet til å finne ut om dette også er tilfelle hos oss, og derved bidra til å øke kunnskapen på området. Vi trenger imidlertid opplys-

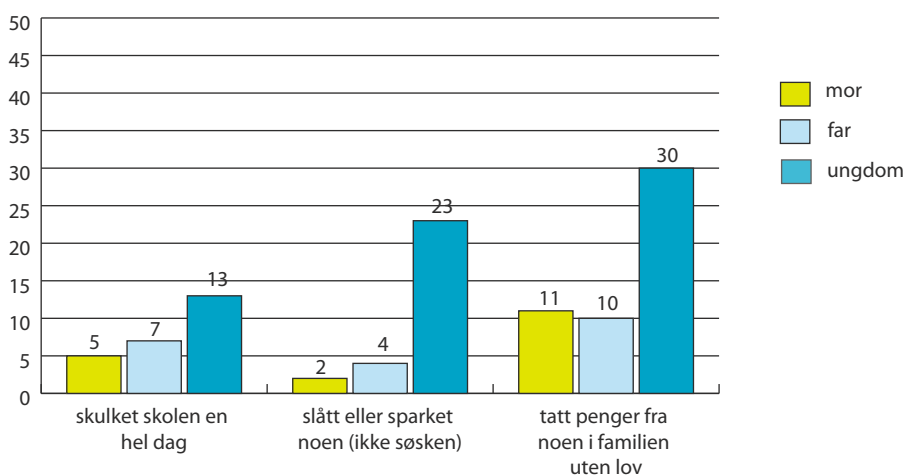
ninger fra flere runder med datainnsamling før vi kan presentere resultater om dette.

## 2.2 Brudd på normer, samsvar mellom svar fra foreldre og ungdom

De fleste studier av normbrudd er basert på ungdoms selvrapport. I TOPP-studien har vi data fra mor og far også. Hva formidlet foreldrene? Mødre og fedre rapporterte gjennomgående mindre normbrytende atferd enn ungdommen selv. Dette gjelder alle typer handlinger. Figur 3 presenterer resultatene for tre typer handlinger.

Det var gjennomgående mer samsvar mellom svarene fra mor og far enn mellom foreldre og barn<sup>1</sup>. Hvor stort samsvar det var mellom de tre informantene varierte også etter type handling. Det var ikke samsvar mellom noen av de tre informantene når det gjaldt å ha "stjålet ting fra noens lomme eller veske når eieren ikke var tilstede"<sup>2</sup>. Til sammenlikning var det en god del samsvar mellom henholdsvis mors, fars og ungdommens svar på spørsmål om å ha "tatt varer fra kjøpesenter, butikk, kiosk eller liknende"<sup>3</sup>, "skulket skolen 1-2 timer"<sup>4</sup> og "vært i slåsskamp på skolen eller andre steder"<sup>5</sup>.

Hva betyr det at mødre, fedre og ungdom rapporterer ulikt om forekomsten av normbrudd? Det å ha flere informanter om samme fenomen betraktes som "gullstandard" i både forskning og behandling, men det finnes få retningslinjer for hvordan en best skal anvende informasjonen når den er ulik eller motsetningsfull (Renk, 2005). Er det slik at data fra én kilde er mindre pålitelig eller gyldig enn informasjon fra en annen kilde? Her kunne det for eksempel bety at ungdommens svar er mindre pålitelig enn foreldrenes fordi enkelte unge kan overrapportere eller "skryter på seg" handlinger de ikke har gjort. Eller det kan bety at ungdommens svar er mer pålitelig fordi de har best kjennskap til hva de selv bedriver når voksne ikke er tilstede. I dag er det mest vanlig å forstå informantulikheter som et uttrykk for at fenomener varierer naturlig fra situasjon til situasjon. Det betyr at ulike personer ser ulike ting avhengig av hvilken situasjon de har kjennskap til fenomenet eller personen fra, og at de dermed rapporterer forskjellig. Perspektivet ulike informanter har, supplerer hverandre, og til sammen gir beskrivelsene et rikere og mer utfyllende bilde (Achenbach, McConaughy, & Howell, 1987). Dataene ovenfor tyder på at mange typer normbrudd er handlinger unge gjør sammen med andre unge, eller alene, og som foreldre har begrenset innsyn i. De atferdsfor-



**Figur 3.** Sammenlikning av mødrenes, fedrenes og 14-15-åringenes rapportering av tre typer normbrudd siste 12 måneder - prosent.

<sup>1</sup> Samsvar målt med Spearman rho korrelasjon mellom data fra barn, mor, far på spørsmålene "Slått eller sparket noen (ikke søsken)": barn-mor .20, barn-far .17, mor-far .46; "Tatt penger fra noen i familien uten lov": barn-mor .28, barn-far .29, mor-far .46; "Skulket skolen en hel dag": barn-mor .22, barn-far .40, mor-far .48.

<sup>2</sup> Spearman rho: barn-mor -.008, barn-far -.009, mor-far -.005

<sup>3</sup> Spearman rho: barn-mor .26, barn-far .15, mor-far .62.

<sup>4</sup> Spearman rho: barn-mor .44, barn-far .43, mor-far .56.

<sup>5</sup> Spearman rho: barn-mor .28, barn-far .33, mor-far .34.



FOTO: PhotoAlto 79

mene der det er høyest sammenfall mellom de unge og foreldrenes rapport, er handlinger der det ofte finnes rutiner for å gi informasjon til hjemmet, som ved skoleskulk, slåsskamp på skolen og tyveri fra kjøpesenter. Dette understøttes også av at mødre og fedre er mer lik hverandre i hvilken kunnskap de har om de unges normbrudd, sammenliknet med de unge selv. Det kommer neppe som en overraskelse at ungdom unnlater å fortelle foreldre om normbrudd. Det å hente informasjon om unges normbrudd fra tre informanter har gitt oss tall på nettopp dette fenomenet, og viser at foreldre vet en del, men langt fra alt, om de normbruddene deres unge begår.

## 2.3 Mobbing

Barn og unge som blir utsatt for mobbing opplever seg ofte lite akseptert av jevnaldrende, de har lav selvtillit og ofte depressive plager (Solberg & Olweus, 2003). Samtidig inngår gjerne det å utsette andre for alvorlig mobbing som en del av et normbrytende atferdsmønster, særlig hos barn og unge i grunnskolealder, og synes å være en relativt sterk forløper for utvikling av mer alvorlig antisosial atferd (Sørli, 2000). Det er dokumentert at programmer laget for å forebygge og

reducere mobbing og andre normbrudd i grunnskolen har positive resultater.

Hva er mobbing? TOPP-studien anvendte Dan Olweus sin definisjon av (skole)mobbing i 14-15-årsundersøkelsen: "Vi sier at en elev blir mobbet når en annen elev eller flere andre elever sier eller gjør vonde eller ubehagelige ting mot ham eller henne. Ved mobbing skjer disse tingene gjentatte ganger, og den som blir utsatt har vanskelig for å forsvare seg. Det er også mobbing når en elev blir ertet gjentatte ganger på en måte som han eller hun ikke liker eller når han eller hun med vilje blir holdt utenfor. Men det er ikke mobbing når to omtrent like sterke (jevnbyrdige) elever slåss eller krangler. Det er heller ikke mobbing når noen blir ertet på en snill og vennskapelig måte" (Olweus, 2005).

I 1997 var over 5000 barn mellom 11 og 15 år med i en undersøkelse som fant sted på flere skoler i Bergen. Etter å ha blitt gjort kjent med definisjonen som står ovenfor, rapporterte de bl.a. om egen mobbeatferd på skolen de siste månedene. To av tre krysset av for at de ikke hadde mobbet noen, og vel en fjerdedel oppga at de hadde gjort dette "bare en sjelden gang". Det var syv prosent som ble definert til å tilhøre en høygruppe av "mobbere"<sup>1</sup>. Undersøkelsen viste også store

<sup>1</sup> Høygruppe av mobbere definert ut fra å ha mobbet andre "flere ganger i uken", "omtrent en gang i uken", eller "to eller tre ganger i måneden.

forskjeller mellom gutter og jenter, i guttenes disfavør (Solberg & Olweus, 2003). TOPP-studien anvendte de samme spørsmålene som er beskrevet ovenfor, og kan derfor sammenlikne tall direkte. Nær tre prosent av 14-15-åringene i vårt utvalg befant seg i en høygruppe av "mobbere" ut fra samme definisjon som beskrevet ovenfor, og 13 prosent svarte at de hadde mobbet andre "bare en sjelden gang".

Mobbing skjer på ulike måter, og kan blant annet være fysisk (som å slå, lugge, skubbe eller stenge noen inne), verbal (som å kalle noen stygge ting eller erte på en ubehagelig og sårende måte), eller såkalt relasjonell mobbing. Denne siste typen handler om å påvirke eller skade relasjonen som den som blir utsatt for mobbing har til andre mennesker. I studien var et spørsmål formulert slik: *"med vilje å holde noen utenfor, stenge noen ute av venneflokken, eller overse noen fullstendig"* (Olweus, 2005). Blant våre 14-15-åringene var det vel to prosent som på dette spørsmålet krysset av slik at de dannet en høygruppe. I tillegg beskrev 13 prosent at de hadde mobbet andre relasjonelt "bare en sjelden gang" de siste månedene.

Fenomenet relasjonell mobbing overlapper i stor grad med det som i litteraturen kalles for indirekte aggressiv atferd (Archer & Coyne 2005; Björkqvist, Lagerspetz, & Kaukiainen, 1992). Ordet "indirekte" viser til at handlingene finner sted bak ryggen til den som rammes, ved at den sosiale strukturen i gruppen manipuleres. I tillegg til de handlingene som er beskrevet ovenfor, kan dette skje ved å spre negative eller usanne historier, viderefortelle hemmeligheter til tredjeperson, kritisere klær eller hårfrisyrer og på andre måter forsøke å få andre til å mislike en person uten at dette gjøres til kjenne direkte overfor den det gjelder. Indirekte aggressiv atferd ble introdusert i forskningen som en jentetypisk form for aggressiv atferd, til forskjell fra fysisk aggressiv atferd der gutter har vist seg å være overrepresentert.

I TOPP-studien stilte vi flere spørsmål rundt temaet, hentet fra en svensk forsker (Andershed, 2004). Hver femte av 14-15-åringene krysset av for at de sjelden, eller nesten aldri, unngikk å "sladre eller snakke om andre bak deres rygg" og nesten hver fjerde ungdom krysset av for at de ofte, eller neste alltid, "av og til forteller sladder om personer de ikke liker, videre til

andre". Vesentlig flere jenter enn gutter rapporterte å ha en slik indirekte aggressiv atferd. Vi ser altså at når man stiller spørsmål på en løser måte, uten henvisning til en streng definisjon av hva mobbing er, er det flere unge som rapporterer at de har gjort slike handlinger mot andre.

Tallene for mobbing er gjennomgående noe lavere i TOPP-studien enn det som vanligvis rapporteres i litteraturen. Er dette et resultat av at forekomsten av skolemobbing faktisk er gått ned i Norge som følge av intervensjonsprogrammer i skolen? Eller er det et uttrykk for at ungdommene som deltar i TOPP-studien, som har anvendt noe av fritiden sin til å fylle ut et spørreskjema, er en mindre problembelastet gruppe ungdommer enn de som deltar i studier der spørreskjema fylles ut i en skoletime?

## 2.4 Ungdommenes erfaring med tobakk, alkohol og andre rusmidler

Norsk ungdom drikker mer alkohol nå enn de gjorde for 10-15 år siden (Pape & Rossow, 2007). Internasjonal forskning har vist at tidlig alkoholdebut er et spesielt risikosignal for alvorlige normbrudd senere (Lipzey & Derzon, 1998). I Norge har man sett at "fuktig livsstil" blant de yngste ungdommene i særlig grad er relatert til negativt utfall (Pape & Rossow, 2007). Det er argumentert at bruk av alkohol og andre rusmidler burde inkluderes i definisjonen av normbrudd (antisosial atferd). Særlig gjelder dette bruk av illegale rusmidler, men også legale rusmidler (alkohol) når bruken er omfattende eller gjelder yngre ungdommer (Storvoll, 2004).

I TOPP-studien stilte vi spørsmål rundt ungdommenes bruk av tobakk, alkohol og andre rusmidler. For å måle dette anvendte vi en skala hentet fra Sund (2004). Spørsmålene, svarkategoriene og ungdommenes svar er presentert i tabell 5.

I overkant av hver tiende 12-13-åring svarte at de hadde erfaring med tobakk ("har prøvd" eller "røyker av og til"). Antallet steg til å gjelde vel hver fjerde unge ved 14-15 års alder ("har prøvd", "røyker av og til" og "røyker daglig"). I neste tabell presenteres spørsmålene,

**Tabell 5.** Ungdoms erfaring med tobakk, selvrappport – prosent

Røyker du?	Aldri forsøkt	Har prøvd	Røyker av og til	Røyker daglig
12-13 åringene	89.0	10.8	0.2 (1 pers.)	0
14-15 åringene	74.8	20.5	3.1 (14 pers)	1.6 (7 pers.)



**Tabell 6.** Bruk av alkohol og andre rusmidler – prosent som svarer ja.

Har du noen gang:	12-13 år	14-15 år
Drukket mer enn noen slurker alkohol?	16	39
Drukket så mye alkohol at du har vært tydelig beruset (full) i løpet av de siste 12 månedene?	0.7	13
Brukt legemidler (piller) for å få rus?	0	0.9
Brukt hasj eller marihuana?	0	--
Sniffet?	0.7	--
Sniffet, brukt hasj eller marihuana eller andre ulovlige rusmidler?	--	2

--<sup>1</sup>

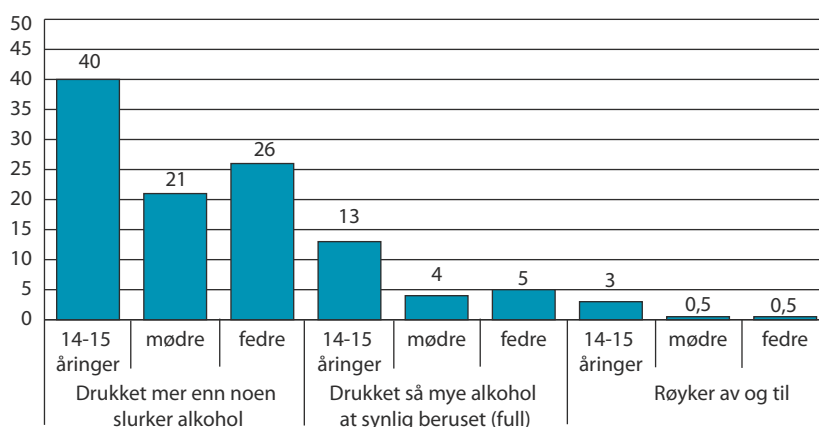
svarkategoriene og ungdommenes svar når det gjelder bruk av alkohol og andre rusmidler.

Alkohol er det desidert vanligste rusmidlet blant ungdommene i utvalget vårt. Bruk av alkohol viser en stigende kurve fra 12-13 år til 14-15 år. Vi finner også at det er vesentlig flere jenter enn gutter som har drukket mer enn noen slurker alkohol ved 14-15 års alder. Kun et lite fåtall av deltagerne har erfaring med illegale rusmidler, det samme gjelder det å ta legemidler i hensikt å ruse seg. Figur 4 viser at ungdommene

rapporterte at de hadde mer erfaring med tobakk og alkohol enn det mødre og fedre rapporterte.

Dette svarmønsteret, der ungdommen rapporterte mer erfaring med tobakk og alkohol enn det mødre og fedre rapporterte, er i tråd med det svarmønsteret vi fant da vi studerte andre typer normbrudd, se del 2.2. Vi ser igjen at foreldre vet en del, men langt fra alt, om de normbruddene unge begår.

### Ungdommens erfaring med alkohol og tobakk



**Figur 4.** Ungdommens erfaring med alkohol og tobakk - prosent.

<sup>1</sup>To separate spørsmål (om hasj og marihuana, samt sniffing) ved 12-13-årsundersøkelsen, er slått sammen til ett spørsmål ved 14-15-årsundersøkelsen..

## Referanser

- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., & Howell, C. T. (1987). Child adolescent behavioral and emotional problems - Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101, 2, 213-32.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th Ed. Rev.). Washington, DC.
- Andershed, A. K. (2004). *Spørsmål for å måle indirekte aggressiv atferd*. Centrum for Utvecklingsforskning, Örebro Universitet. Personlig kommunikasjon.
- Archer, J. & Coyne, S. M. (2005). An integrated review of indirect, relational, and social aggression. *Personality and Social Psychology Review*, 9, 3, 212-30.
- Backe-Hansen, E. (2007). Alvorlige og mindre alvorlige atferdsproblemer blant ungdom. I I. L. Kvalem & L. Wichstrøm (Eds.), *Ung i Norge. Psykososiale utfordringer*, 127-44. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.
- Baumrind, D. (1991). Effective parenting during the early adolescent transition. I P. A. Cowan & M. Hetherington (Eds.), *Family Transitions*, 111-63. N.J.: Earlbaum.
- Bendixen, M. & Olweus, D. (1999). Measurement of antisocial behaviour in early adolescence and adolescence: Psychometric properties and substantive findings. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 9, 323-54.
- Björkqvist, K., Lagerspetz, K. M. J. & Kaukiainen, A. (1992). Do girls manipulate and boys fight? Developmental trends in regard to direct and indirect aggression. *Aggressive Behavior*, 18, 117-27.
- Dishion, T. J., McCord, J., & Poulin, F. (1999). When interventions harm - Peer groups and problem behavior. *American Psychologist*, 54, 9, 755-64.
- Lipzey, M. W. & Derzon, J. H. (1998). Predictors of violent or serious delinquency in adolescence and early adulthood: A synthesis of longitudinal research. I R. Loeber & D. P. Farrington (Eds.), *Serious and Violent Juvenile Offenders. Risk Factors and Successful Interventions*. Thousand Oaks: Sage.
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 4, 674-701.
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Harrington, H., & Milne, B. J. (2002). Males on the life-course-persistent and adolescence-limited antisocial pathways: Follow-up at age 26 years. *Development and Psychopathology*, 14, 1, 179-207.
- Nordahl, T., Sørli, M. A., Manger, T., & Tveit, A. (2005). *Atferdsproblemer blant barn og unge*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Olweus, D. (2005). *Spørreskjema om mobbing til elever*. Copyright forfatteren.
- Pape, H. & Rossow, I. (2007). Farlig fyll. Overstadig fyll og problemer knyttet til alkoholbruk blant ungdom. *Tidsskrift for ungdomsforskning*, 1, 7.
- Renk, K. (2005). Cross-informant ratings of the behavior of children and adolescents: The "Gold Standard". *Journal of Child and Family Studies*, 14, 4, 457-68.
- Rutter, M. (1997). Antisocial behavior: Developmental psychopathology perspectives. I D. M. Stoff, J. Breiling, & J. D. Maser (Eds.), *Handbook of Antisocial Behavior*, 115-24. N.Y.: Wiley.
- Solberg, M. E. & Olweus, D. (2003). Prevalence estimation of school bullying with the Olweus Bully Victim Questionnaire. *Aggressive Behavior*, 29, 3, 239-68.
- Stattin, H. & Kerr, M. (2004). "10 till 18"; En studie från Centrum för Utvecklingsforskning, Örebro Universitet. Personlig kommunikasjon.
- Storvoll, E. E. (2004). Antisocial atferd i ungdomstiden. En studie av kjønnsforskjeller i faktorstruktur, risikofaktorer, tilleggsproblemer og utvikling med alder. Oslo: NOVA Rapport.
- Sund, A. M. (2004). Development of depressive symptoms in early adolescence. The youth and mental health study. Trondheim: NTNU.
- Sørli, M. A. (2000). Alvorlige atferdsproblemer og lovende tiltak i skolen: En forskningsbasert kunnskapstatus. Oslo: Praxis forlag.
- Ung i Norge (2002). NOVA, Norsk Institutt for forskning på oppvekst, velferd og aldring. Kommunikasjon med Leila Torgersen, 2007.
- Wichstrøm, L. & Backe-Hansen, E. (2007). Eksternaliserende vansker. I I. L. Kvalem & L. Wichstrøm (Eds.), *Ung i Norge. Psykososiale utfordringer*, 119-26. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.

# 3 Ungdoms forhold til egen kropp

## 3.1 Slanking og utseende

Man ser en tydelig økning av overvekt i hele den vestlige verden. Samtidig har kroppsidealet for både kvinner og menn forandret seg fra 50- og 60-tallets runde former, mot dagens tynne og veltrente kroppsideal. Dette har ført til et økt fokus på slanking og trening, men også på de negative følgene av denne atferden. Vektøkning, slanking, og misfornøydhetsfaktor med kropp og utseende er blant de viktigste sårbarhetsfaktorene for utvikling av spiseforstyrrelser (Stice, 2001). Nyere studier viser at spiseforstyrrelser sees i stadig yngre aldersgrupper (Halvarsson, et al., 2002), og det er tegn som tyder på at problemet er økende. En ny svensk studie fant at spiseforstyrrelsesskåren var signifikant høyere blant 11 årige jenter i 1999 sammenlignet med i 1995 (Halvarsson et al, 2002). Dette er en bekymringsfull utvikling som har intensivert forskningsaktiviteten på dette feltet. Vi vil i dette kapittelet presentere hva man i dag vet om utbredelse og årsaker til spiseforstyrrelser og relaterte spiseproblemer, samt presentere hva ungdommene som er med i TOPP-studien sier om eget forhold til kropp og slanking.

### 3.1.1. *Spiseproblemer og spiseforstyrrelser*

Det er vanlig å skille mellom alvorlige spiseforstyrrelser diagnostisert etter fastsatte kriterier definert av DSM-IV, og mindre alvorlige spiseproblemer målt ved hjelp av selvutfylte spørreskjemaer. De vanligste alvorlige spiseforstyrrelsene er Anorexi og Bulimi. Anoreksi kjennetegnes ved at personen er svært undervektig, samtidig som han/hun har en sterk frykt for å legge på seg. Personene har et forstyrret bilde av egen kropp; de kan se seg selv som fete, og ha manglende forståelse for sykdommens alvorlighetsgrad, samtidig som de er radmagre og svært alvorlig syke. Personer med Bulimi har gjentatte episoder med overspising og frotsing i mat, etterfulgt av metoder for å kvitte seg med maten eller kaloriene igjen, som oppkast (det mest vanlige), bruk av avføringsmidler, eller overdreven trening. Det antas at omtrent to prosent av jenter i Norge har bulimi, mens omtrent 0.3 prosent har anorexi (Rosenvinge & Gøttestam, 2002). Forekomsten av spiseforstyrrelser er mye høyere hos kvinner enn menn, den øker i tenårene for å avta noe i tyveårene, og sees sjeldent hos

personer som er eldre enn 40 år (Fairburn & Harrison, 2003). Lidelsen er vanskelig å behandle, den er langvarig, har en høy dødelighetsrate, og sammenfaller med en rekke andre alvorlige psykiske lidelser (Stice, 2002).

Selv om utbredelsen av spiseforstyrrelser er lav, er det mange flere som lider av mildere former for disse lidelsene, eller har et problematisk forhold til mat og spising, uten at de nødvendigvis tilfredstiller alle kriteriene. Man skiller slik spiseproblemer fra spiseforstyrrelser. Ifølge kontinuitetshypotesen skiller mindre alvorlige spiseproblemer seg fra diagnostiserte spiseforstyrrelser kun i graden av plager (Stice, Killen, Hayward, & Taylor, 1998). Spiseproblemer er mest utbredt hos jenter i 16 – 17 års alder (Kansi, Wichstrøm, & Bergman, 2005). Tidlige tegn på spiseproblemer, som slanking, negativt kroppsbilde, og overopptatthet av mat og diett, har vist seg å være viktige forløpere for utviklingen av diagnostiske spiseforstyrrelser (Stice, 2002). I tillegg viser en rekke studier at slankeatferd og misnøye med kroppen i seg selv er en risikofaktor for utvikling av andre psykiske lidelser, selv om ungdommene aldri utvikler en alvorlig spiseforstyrrelsesdiagnose (Stice, 2001). Dette gjør at det er viktig å forebygge overdreven opptatthet av slanking hos unge. Slanking og et negativt kroppsbilde ved 10 års alderen har vist seg å være en av de sterkeste forløperne til senere utvikling av spiseproblemer (Stice, 2002). Samtidig er det viktig å vite at selv om slanking er utbredt blant dagens unge, er det bare en svært liten andel som utvikler alvorlige spiseforstyrrelser.

### 3.1.2. *Slanking og kroppsbilde*

Studier fra USA oppgir at barn så unge som seks og syv år er opptatt av å slanke seg og bekymrer seg for hvor mye de veier (Halvarsson et al, 2002). Jenter ned til åtteårsalderen oppgir at de vet om ulike slankemetoder og at de også selv slanker seg (Schur, Sanders, & Steiner, 2000). I en studie av 10 til 14 år gamle jenter fant man at 30 % hadde prøvd å gå ned i vekt, og 11 % skåret over terskelen for spiseproblemer (Mcvey, Tweed, & Blackmore, 2004). Den høye forekomsten av slankeatferd er spesielt bekymringsfull siden slanking i barndommen og tidlig ungdomstid er en viktig forløper for utviklingen av spiseproblemer og spiseforstyrrelser i senere ungdomstid (Killen et al, 1994; Stice,



FOTO: BananaStock

Mazotti, Krebs, & Martin, 1998). Patton et al. (1990) fant at de som slanket seg alvorlig ved 14 års alder var 18 ganger mer utsatt for å utvikle en spiseforstyrrelse ved 16 års alder sammenlignet med de som ikke slanket seg. Analyser fra Topp-studien viser at 13 prosent av guttene og 19 prosent av jentene oppga at de slanket seg allerede ved 12 – 13-års alder.

Et negativt kroppsbilde er sammen med slanking en av risikofaktorene som oftest blir inkludert når man skal forstå hvorfor enkelte ungdommer utvikler spiseforstyrrelser eller spiseproblemer. Kroppsbilde er her definert som hva de unge generelt synes om kroppen sin. Både kryss-seksjonelle (Fairburn, et al., 1997; Leon, Fulkerson, Perry, & Cudeck, 1993) og longitudinelle studier (Gardner, Stark, Friedman, & Jackson, 2000; Ghaderi & Scott, 2001) har funnet at misnøye med kroppen er viktig for utviklingen av spiseproblemer. Misnøye med kroppen ved 9 årsalderen har vist seg å være en viktig forløper for spiseproblemer ved 14 års alder. Man har og funnet sammenheng mellom negativt kroppsbilde og senere økning i slankeatferd (Stice, Mazotti, Krebs, & Martin, 1998) og depressive symptomer (Allgoodmerten, Lewinsohn, & Hops, 1990).

Analyser fra TOPP-studien viser at nær halvparten av de 14 -15-årige jentene og 19 prosent av guttene oppga at de var misfornøyd med kroppen sin. Ungdommene ble også spurt om deres forhold til mat og slanking.

Det var 29 prosent av jentene, mot kun 7 % av guttene, som oppga at de ofte eller alltid var opptatt av å bli tynnere. Det var også langt flere jenter som gikk på diett, og som trimmet for å gå ned i vekt. Kun en liten andel oppga at maten kontrollerte livet deres. Det var og en liten andel som sa at de nesten alltid gikk på diett og trimmet for å gå ned i vekt. Dette er en gruppe som kan stå i faresonen for å utvikle alvorlige spiseproblemer.

### **3.1.3. Årsaker til utvikling av spiseproblemer og spiseforstyrrelser**

Pubertetsutvikling er blitt sitert som en av de viktigste oppstartfaktorene for spiseproblemer, og da særlig det å komme tidlig i puberteten for jenter (Stice, 2002). Men, en rekke studier har vist at kroppsbilde og spiseatferd ofte blir formet før barna kommer i puberteten. Studiene overfor viser at et negativt kroppsbilde

**Tabell 7.** Gutter og jenters forhold til mat og slanking. Prosent. 14 – 15-år

Jeg.....	Nesten aldri		Sjelden		Av og til		Ofte		Nesten alltid	
	Gutt	Jente	Gutt	Jente	Gutt	Jente	Gutt	Jente	Gutt	Jente
- er opptatt av å bli tynnere	56	25	21	22	15	24	5	19	2	10
- prøver å holde diett	66	49	20	21	7	16	4	10	3	4
- trimmer for å gå ned i vekt	60	39	20	21	13	21	6	11	2	8
- føler at maten kontrollerer livet mitt	88	77	9	14	2	5	1	2	0	2

og ønske om å slanke seg kommer før puberteten. Dette rykker ved ideen om at spiseproblemer kun er ett ungdomsproblem. TOPP-studien gjør det mulig å undersøke dette nøyere, siden vi har informasjon helt fra barna var i annet leveår.

Det å komme i puberteten gjør at man får mer fokus på kropp, utseende og fysisk tiltrekning. Økende individualisering gjør selvkontroll til et viktig tema, og formingen av sterke sosiale bånd til jevnaldrende gjør de mer sårbare for venners reaksjoner. Det kan tenkes at sammenhengen mellom tidlig pubertet og spiseproblemer ikke skyldes en vektøkning slik mange har trodd. Årsaken kan ligge i andre forhold som henger sammen med pubertet. De fleste studier av utviklingen av spiseproblemer har inkludert forhold som direkte eller indirekte er knyttet til selve spiseproblemet, som dårlig kroppsbilde, slankeatferd, depressivitet og vektøkning. Samtidig viser litteraturgjennomganger at man ved hjelp av disse variablene kun kan forklare en liten del av variasjonen av spiseproblemer. Dette tyder på at slike studier burde inkludere en rekke andre forhold som er spesielt viktige for ungdom, og som eskalerer i pubertetstiden. Man vet bl.a. at ungdom som kommer tidlig i puberteten bidrar til at det blir mer konflikter i familien gjennom hele ungdomstiden, sammenlignet med ungdom med senere pubertet. Tidlig pubertet henger også sammen med økt forekomst av symptomer på depresjon og tidlig risiko for rusmisbruk. Det er derfor viktig å se på andre forhold som samvarierer med pubertet.

### 3.1.4. Sammenheng mellom spiseproblemer og andre psykiske problemer

En av de få longitudinelle studiene om spiseproblemer som har inkludert yngre barn, fant at depressive plager ved 10 års alder var en viktig forløper for spiseproblemer ved 14-års alder (Stice, 2002). De fant at depressive plager var den viktigste forløperen målt ved 10 år, sammenlignet med både kroppsbilde og opplevelsen av å bli ertet av jevnaldrende. Johnson og kolleger

(2002) fant at depressive lidelser ved 14 år kunne gå forut for utvikling av spiseforstyrrelser, overspising, slanking og vektsvingninger ved 16 år, etter at det var kontrollert for andre psykiske lidelser og tilstedeværelsen av spiseforstyrrelser ved første tidspunkt. Både depresjon og spiseproblemer øker i ungdomsalderen, og disse er utviklingsmessig knyttet til hverandre. Hvordan dette henger sammen er ennå ikke klart, selv om funn fra Stice støtter antakelsen om at det kan være to utviklingsveier til spiseproblemer hos ungdom: én via tidlige tegn på depresjon, én via begynnende slanking

De fleste av forholdene beskrevet ovenfor kan både være forløpere til spiseproblemer og en konsekvens av slike. Problemet er at de fleste longitudinelle studier starter før man ser de første tegn på spiseproblemer. For å forstå forholdet mellom spiseproblemer og andre psykiske lidelser er det viktig å se hvordan de samvarierer. Er det slik at spiseproblemer i like stor grad predikerer depressive plager som det motsatte? Johnson og kolleger (2002) konkluderer sin studie med at sammenhengen man tidligere har sett mellom spiseforstyrrelser, og rusmisbruk og angst egentlig skyldes en underliggende depresjon, og at det er denne som forklarer sammenhengen.

Man vet i dag fremdeles lite om årsaken til at enkelte ungdommer utvikler spiseforstyrrelser og spiseproblemer, på tross av en intensiv forskning de seneste 20 årene. Det er grunn til å tro at den økte forekomsten av slike lidelser henger sammen med vår tids sterke fokus på ett tynt kroppsideal, samtidig med at vi blir stadig tykkere. Vi trenger imidlertid mer forskning på feltet. Dette er viktig for å vite hvordan man skal kunne forebygge spiseproblemer blant dagens unge. Mye kan trolig gjøres ved å styrke ungdommenes selvbygge slik at de står bedre rustet til å takle vår tids fokus på kropp og utseende, som starter på et tidligere tidspunkt enn for bare noen få år siden.

### 3. 2 Vanlige kroppslige helseplager hos ungdom

Kroniske eller tilbakevendende kroppslige symptomer uten påvisbar organisk årsak er et velkjent fenomen hos barn, ungdom og voksne. Slike subjektive helseplager kan være hodepine, magesmerter, vondt i ryggen og vondt i armene og/eller bena (Petersen, Brulin, & Bergstrøm, 2006). Mange lever med slike plager uten at det går vesentlig ut over daglig fungering, men hos noen medfører plagene smerter, familieproblemer, psykiske problemer, fravær fra skole og jobb, redusert sosial fungering og økt forbruk av helsetjenester både i barneårene og i voksen alder (Walker, et al., 2001; Perquin, et al., 2000). Det er derfor viktig at vi kan identifisere ungdom med et behandlingsbehov. Enkelte studier har vist at jo tidligere symptomene opptrer, jo hyppigere de forekommer og jo flere symptomer, desto større er risikoen for et langtrukket forløp (Petersen, Brulin, & Bergstrøm, 2006; Chitkara, Rawat, & Talley, 2005). Vi vet også at psykiske tilleggsymptomer som angst og depresjon og negative livshendelser (både større belastende hendelser og kronisk stress i hverdagen) er faktorer som påvirker forløpet av kroppslige helseplager i negativ retning (Chitkara, Rawat & Talley, 2005).

I TOPP-studien har vi kartlagt fire vanlige kroppslige plager/symptomer som ungdom kan ha. Det dreier seg om hodepine, vondt i magen, vondt i ryggen og uspesifikke smerter i armer og ben. Resultatene fra sjettede runde viser at ni av ti ungdommer (314 av 456 ungdommer) har hatt ett eller flere uspesifikke kroppslige symptomer i løpet av det siste året. Det var kun åtte prosent (39 ungdommer) som ikke hadde noen av smertesymptomene. Tabell 8 gir en oversikt over andelen unge som rapporterte å ha hatt slike symptomer minst én gang i måneden eller oftere i løpet av det siste året.

**Tabell 8.** Ungdommenes egne angivelser av kroppslige symptomer – prosent.

Kroppslig symptomer	
Hodepine	69
Vondt i magen	59
Vondt i armer / ben	59
Vondt i ryggen	46

Den neste tabellen viser at mer enn to tredeler av ungdommene (73 prosent) rapporterte at de har hatt to eller flere kroppslige symptomer i løpet av det siste året. Halvparten av dem har både hatt hodepine og magesmerter. Dette var den hyppigste symptomkombinasjonen.

**Tabell 9.** Antall kroppslige symptomer rapportert av ungdommene – prosent.

Antall kroppslige symptomer	
Ingen symptomer	9
Ett symptom	19
To symptomer	27
Tre symptomer	24
Fire symptomer	22

#### 3. 2.1 Ungdommenes opplevelse av egen helse

Hvordan vi opplever vår egen helse påvirkes selvfølgelig av de sykdommer, kroppslige plager eller funksjonshemminger vi har. Likevel kan mennesker med tilsynelatende like belastende helseplager vurdere sin egen helse ulikt. Dette kan skyldes at flere faktorer, og ikke bare helseplagene alene, preger opplevelsen av vår egen helse. Antagelig påvirker både biologiske, psykologiske og sosiale forhold opplevelsen av hvor friske vi er. Enkelte studier av *voksne* peker på en sammenheng mellom selvopplevd helse og forløp av sykkelighet. De som vurderer helsen sin som dårlig er vist å ha dårligere prognose med hensyn til sykkelighet enn de som vurderer helsen sin som god (Schou, Krokstad, & Westin, 2006). TOPP-studien gir oss en mulighet til å utforske hvilken betydning ungdommenes opplevelse av sin egen kroppslige helse har for forløpet av helseplager. Betydningen av hvordan foreldrene opplever sin egen og barnets helse er et annet interessant aspekt vi kan se nærmere på etter hvert.

Tre av fire av ungdommene som deltar i TOPP-studien sier at helsen deres er god, eller svært god. Ytterligere 19 prosent sier at helsen deres er ok. Tabellen på neste side viser imidlertid at en liten, men viktig gruppe (fem prosent) opplever at helsen ikke er helt god, eller direkte dårlig.

**Tabell 10.** Ungdommenes opplevelse av egen helse – prosent.

Opplevelse av egen helse	
Dårlig helse	1
Ikke helt god helse	4
OK helse	19
God helse	45
Svært god helse	31

### 3.2.2 Årsaksforhold

Uspesifikke kroppslige smerter er et resultat av innfløkte årsaksforhold. Fremdeles har vi for liten kunnskap om årsakssammenhenger. Høyst sannsynlig er slike uspesifikke kroppslige smerter et resultat av sirkulære samspill mellom kropp, sjel og miljø. Forhold i barnet/ungdommen (temperament, personlighet, mestringsstil), i familien og i nærmiljøet har betydning for hvordan den enkelte håndterer sykdom og symptomer. Dette bidrar til å bestemme om smertene gir mulighet for positiv vekst og erfaring, eller om barnet/ungdommen heller utvikler en dysfunksjonell sykerolle som på sikt kan bidra til at smerter blir kroniske, og også kan innebære hemmet aktivitet og avhengighet av omsorg (Walker, 1999). Økt kunnskap om slike forhold er viktig for å kunne identifisere ungdom med et behandlingsbehov, og kan også danne grunnlag for senere behandlingsstudier.

## Referanser

- Allgoodmerten, B., Lewinsohn, P. M., & Hops, H. (1990). Sex-Differences and adolescent depression. *Journal of Abnormal Psychology, 99*, 1, 55-63.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Fear, J. L., & Joyce, P. R. (1997). Eating disorders and antecedent anxiety disorders: A controlled study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 96*, 2, 101-7.
- Chitkara, D. K., Rawat, D. J., & Talley, N. J. (2005). The epidemiology of childhood recurrent abdominal pain in western countries: A systematic review. *American Journal of Gastroenterology, 100*, 1868-1875.
- Fairburn, C. G., Welch, S. L., Doll, H. A., Davies, B. A., & OConnor, M. E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa - A community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry, 54*, 509-17.
- Fairburn, C. G. & Harrison, P.J. (2003). Eating disorders. *Lancet, 361*, 407 – 416.
- Gardner, R. M., Stark, K., Friedman, B. N., & Jackson, N. A. (2000). Predictors of eating disorder scores in children ages 6 through 14 - A longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research, 49*, 3, 199-205.
- Ghaderi, A. & Scott, B. (2001). Prevalence, incidence and prospective risk factors for eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 104*, 2, 122-30.
- Halvarsson, M., Lunner, K., Westerberg, J., Anteson, F., & Sjoden, P. O. (2002). A longitudinal study of the development of dieting among 7-17-year-old Swedish girls. *International Journal of Eating Disorders, 31*, 1, 32-42.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kotler, L., Kasen, S., & Brook, J. S. (2002). Psychiatric disorders associated with risk for the development of eating disorders during adolescence and early adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 5, 1119-28.
- Kansi, J., Wichstrøm, L., & Bergman, L. R. (2005). Eating problems and their risk factors: A 7-year longitudinal study of a population sample of Norwegian adolescent girls. *Journal of Youth and Adolescence, 34*, 6, 521-31.
- Killen, J. D., Hayward, C., Wilson, D. M., Taylor, C. B., Hammer, L. D., & Litt, I. (1994). Factors Associated with eating disorder symptoms in a community sample of 6th and 7th grade girls. *International Journal of Eating Disorders, 15*, 4, 357-67.
- Leon, G. R., Fulkerson, J. A., Perry, C. L., & Cudeck, R. (1993). Personality and behavioral vulnerabilities associated with risk status for eating disorders in adolescent girls. *Journal of Abnormal Psychology, 102*, 3, 438-44.
- Mcvey, G., Tweed, S., & Blackmore, E. (2004). Dieting among preadolescent and young adolescent females. *Canadian Medical Association Journal, 170*, 10, 1559-61.
- Patton, G. C., Johnsonsabine, E., Wood, K., Mann, A. H., & Wakeling, A. (1990). Abnormal eating attitudes in London schoolgirls - A prospective epidemiologic study - Outcome at 12 month follow-up. *Psychological Medicine, 20*, 2, 383-94.
- Petersen, S., Brulin, C., & Bergstrøm, E. (2006). Recurrent pain symptoms in young schoolchildren are often multiple. *Pain, 121*, 145-150.

Perquin, C. W., Hazebroek-Kampschreur, A. A., Hunfeld, J. A., Bohnen, A. M., van Suijlekom-Smit, L. W., & Passchier, J. (2000). Pain in children and adolescents: A common experience. *Pain, 87*, 51-58.

Rosenvinge, J. H. & Gøtestam, K. G. (2002). Spiseforstyrrelser - hvordan bør behandlingen organiseres? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening, 122*, 285 - 8.

Schou, M. B., Krokstad, S., & Westin, S. (2006). Hva betyr selvopplevd helse for dødeligheten? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening, 20, 26*, 2644-7.

Schur, E. A., Sanders, M., & Steiner, H. (2000). Body dissatisfaction and dieting in young children. *International Journal of Eating Disorders, 27, 1*, 74-82.

Stice, E., Nemeroff, C., & Shaw, H. E. (1996). Test of the dual pathway model of bulimia nervosa: Evidence for dietary restraint and affect regulation mechanisms. *Journal of Social and Clinical Psychology, 15, 3*, 340-63.

Stice, E., Killen, J. D., Hayward, C., & Taylor, C. B. (1998). Support for the continuity hypothesis of bulimic pathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66, 5*, 784-90.

Stice, E., Mazotti, L., Krebs, M., & Martin, S. (1998). Predictors of adolescent dieting behaviors: A longitudinal study. *Psychology of Addictive Behaviors, 12, 3*, 195-205.

Stice, E. A. (2001). Prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathology: Mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology, 110, 1*, 124-35.

Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 128, 5*, 825-48.

Walker, L. S., Smith, C. A., Garber, J., Smith, C. A., Van Slyke, D. A., & Claar, R. (2001). Relation of daily stressors to somatic and emotional symptoms in children with and without recurrent abdominal pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69, 1*, 85-91.

Walker, L. S. (1999). The evolution of research on recurrent abdominal pain: History, assumptions and a conceptual model. In P.J. McGrath & G.A. Finley (Eds.), *Chronic and recurrent pain in children and adolescents. Progress in pain research and management, 13*, 141-172. Seattle: International Association for the Study of Pain Press.



# 4 Temperament og psykisk helse hos ungdom

Noen temperamentstrekk gjør barn spesielt utsatte for å utvikle problematferd, mens andre trekk synes å virke beskyttende. Vi må derfor ta med temperamentsbegrepet når vi skal forstå hva som gjør at barn utvikler god sosial kompetanse eller psykiske plager. Dette kapitlet starter med en redegjørelse av hva vi mener med temperament og en gjennomgang av temperamentstrekk. Deretter viser vi hvordan mødrene i TOPP-studien beskriver sine ungdommer og hvordan ungdommene beskriver seg selv, før beskrivelsene fra disse to kildene sammenlignes. Til slutt peker vi på sammenhenger mellom temperament og psykisk helse.

## 4.1 Temperament

Mennesker skiller seg fra hverandre fra tidlig spedbarnsalder. Individuelle særtrekk, som temperamentstrekk og somatiske skader og sykdommer, fører til at barn reagerer ulikt på de samme påvirkningene. Disse forskjellene påvirker samspillet mellom barnet og dets omsorgsgiver. For eksempel vil noen barn smile når de blir kjærtegnet, mens andre ser mer skeptiske ut. Dette påvirker den som kjærtegner og fører til at barnets "natur" er med på å skape omsorgsmiljøet. Samhandlingen blir preget av begge parter. I et kapittel om sammenhenger mellom temperament og oppdragelse startet to sentrale temperamentsforskere, Sanson og Rothbart (1995), med å påpeke at folk flest først tror på betydningen av temperamentsforskjeller etter at de har fått sitt annet barn. Mens atferden til det første barnet ofte tas til inntekt for deres egen "vellykkethet" eller "mislykkethet" som foreldre, ser de at oppdragelsesteknikker som virket godt overfor førstemann, ikke nødvendigvis er virksomme overfor det neste barnet, og at noen av problemene de hadde med det første barnet, ikke er til stede nå. Slike erfaringer gir direkte bud om at "naturen", så vel som "kulturen", er med på å forme barns utvikling.

La oss kort se på hvordan temperament kan beskrives for å få et inntrykk av hvilken begrepsverden vi er inne i. Temperament er ikke en spesiell form for atferd, men heller "noe" som ligger under måten vi handler og uttrykker oss på. Noen forskere ser på

temperament som den delen av personligheten som er genetisk bestemt (Buss & Plomin, 1984), mens andre ikke er opptatt av dette. Det er uansett bred enighet om at temperament er den observerbare delen av barnets begynnende personlighet, selve kjernen som resten av personligheten skal dannes rundt (Muris & Ollendic, 2005). Selv om grensene mellom personlighet og temperament er diffuse, beskrives temperament ofte som den delen av personligheten som særlig styrer grad av aktivering, bruken av følelser, og hva det er som lett fanger vår oppmerksomhet. Personlighet inkluderer i tillegg også forhold som tenkning, evner, vaner, moral, forsvarsmekanismer og verdier (Rothbart & Bates, 2006). Man regner at temperamentstrekk beskriver atferdsdisposisjoner eller tendenser, framfor spesifikke handlinger.

**Temperament** betegner individuelle kjennetegn ved måten folk handler på, som:

- viser seg helt tidlig i spedbarnsalderen
- er relativt konsistente i situasjoner og over tid
- kan sees på som startpunktet i en komplisert samhandlingsprosess med omgivelsene som gradvis fører til at temperamentstrekkene modereres. Med økende alder utvikles også nye trekk.

Forskningen om temperament startet så sent som i begynnelsen av 60-årene. Inspirert av forskjeller i temperament mellom sine egne barn, begynte Chess og Thomas (1984) å studere individuelle forskjeller i det som de kalte "primære reaksjonsmønstre" gjennom å få foreldre til barn mellom tre og seks måneder til å beskrive barnas atferd i så mange ulike situasjoner som mulig. Atferdsformene de registrerte ble så sortert og inndelt i ni temperamentstrekk. Disse temperamentstrekkene har dannet grunnlaget for en rekke forskningsprosjekter og utviklingsteorier, og det har blitt utarbeidet flere spørreskjemaer basert på systemet til Thomas og Chess. Noen har blitt laget for å fange opp de ni trekkene, mens andre er løserer knyttet til dette systemet ved å ha inkludert noen trekk samtidig som nye trekk er blitt føyd til. Etter hvert viste studier at



FOTO: Luth&co

temperament ikke så lett lar seg dele inn i ni, rimelig uavhengige trekk. Mens de fleste vil være enige i en bred definisjon av temperament – som atferdsstil som omhandler individuelle forskjeller i emosjonalitet, aktivitetsnivå og oppmerksomhet – har forskere hatt vansker med å enes om en mer spesifikk definisjon. Helt opp til de siste årene har mange utviklet sine egne lister med trekk. Forskerne har vært uenige om hvor fingradert eller generelt de vil ha begrepet, og de har variert i synet på betydningen av arvelige og miljømessige komponenter.

I løpet av de siste ti årene har flere forskergrupper argumentert for å slå sammen trekk som innholdsmessig har vist seg å ligne hverandre på tvers av forskningstradisjoner og begrepsbruk. Rothbart og Bates (2006), to av verdens ledende temperamentsforskere, anfører at de følgende tre overordnede trekkene grovt sett synes å være felles for de fleste temperaments-systemer:

- **Positiv emosjonalitet/ Sosialitet** som beskriver tendensen til å nærme seg nye mennesker og det å ønske å være sammen med andre. I dette trekket inkluderes gjerne **aktivitetsnivå**, som beskriver nivået av aktivitet og hastigheten i bevegelsene.
- **Negativ emosjonalitet/ Skyhet** som beskriver tendensen til å komme med negative og irritable

reaksjoner, blir gjerne delt inn i to undergrupper knyttet til henholdsvis: 1) Motstand mot begrensninger: Protest, irritabilitet og sinne, og 2) Motstand mot nye mennesker og steder: Skyhet og engstelse.

- **Selvregulering**, som igjen kan deles inn i de følgende to komponentene: 1) Regulering av oppmerksomhet: Utholdenhet og distraherbarhet, og 2) Regulering av følelser: Fleksibilitet og impulsivitet.

Men hvor stabile er egentlig temperamentstrekk? Spørsmålet er særlig aktuelt fordi mange mener at temperamentstrekk gjenspeiler den arvede delen av personligheten, og at slike trekk derfor skal være relativt stabile (Rutter, 2000). Det er hevdet at stabilitetstallene som vanligvis rapporteres fra studier av temperamentstrekk er kunstig lave på grunn av målefeil som gjør resultatene ustabile. I en gjennomgang av temperamentsforskningen fra de senere årene, brukte to sentrale temperamentsforskere, Sanson og Prior (1998), resultater fra en stor australsk studie til å støtte opp under denne antakelsen. Da de selv hadde korrigert for lave sammenhenger forårsaket av målefeil i sitt store utvalg av tre til syv-åtte år gamle barn, fant de at stabiliteten i temperamentstrekk var substansielt høyere enn det som vanligvis rapporteres fra andre studier (Pedlow, Sanson, Prior, & Oberklaid, 1993). Det

er derfor interessant å merke seg at vi i TOPP-studien også fant høy stabilitet i temperamentstrekk når vi justerte for målefeil<sup>1</sup> (Mathiesen & Tambs, 1999).

I TOPP-studien har vi målt temperamentstrekk hos barn ved hjelp av EAS-skalaen<sup>2</sup>. I barneversjonen er fire trekk inkludert: 1) **Emosjonalitet**, karakterisert ved tendensen til å reagere med uro, protest og irritabilitet, ligner også undergruppen av det overordnede trekket "Negativ emosjonalitet". 2) **Skyhet**, karakterisert ved tendensen til å føle seg usikker overfor nye mennesker og i nye situasjoner, ligner også undergruppen av "negativ emosjonalitet". 3) **Sosialitet**, som ligner på det overordnede trekket "Positiv emosjonalitet", og til sist; 4) **Aktivitet**, som inngår som en integrert del av "Positiv emosjonalitet". Barneversjonen av EAS-skalaen har 20 utsagn, fem for hvert temperamentstrekk. Eksempel på utsagn er: "Barnet liker å være sammen med andre mennesker"; "Barnet liker å være travelt opptatt hele tiden"; og "Barnet blir lett skremt".

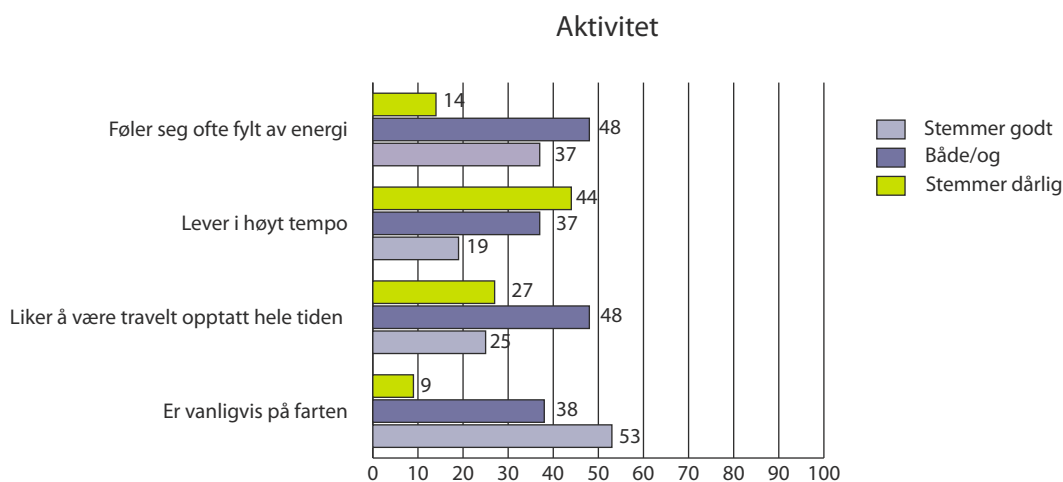
I de første innsamlingsrundene ble mødrene bedt om å karakterisere barnets, og sitt eget, temperament ved å krysse av for hvor godt hun syntes hvert av de 20 utsagnene stemte. Resultater fra dette finnes i to artikler (Mathiesen & Tambs, 1999; Nærde, Tambs, & Røysamb, 2003). Senere har vi lagt til to andre temperamentstrekk; **Fleksibilitet** og **Utholdenhet** - de to trekkene vi manglet for å kunne måle det siste overordnede trekket; "Selvregulering", på en fullgod måte. Etter hvert har vi også bedt ungdommene selv og deres fedre om å beskrive sitt eget temperament.

## 4.2 Ungdommenes temperament

Vi ba mødrene om å karakterisere 14-15-åringenes temperament gjennom å krysse av for hvor godt de syntes de forhåndsdefinerte utsagnene passet på ham/henne. På denne måten vurderte de i hvilken grad de synes at ungdommen er henholdsvis: Sosial (foretrekker å være sammen med andre), Aktiv (hastig og intens), Emosjonell (urolig og irritabel), Sky (i nye situasjoner og overfor fremmede), Fleksibel (regulerer følelsene sine) og Utholdende (regulerer oppmerksomheten sin). Først presenterer vi mødrenes beskrivelser av ungdommenes temperament. Deretter sammenligner vi utsagnene deres med ungdommenes beskrivelser av seg selv.

**Sosialitet og Aktivitet.** Samlet får vi et bilde av at de fleste ungdommer på 14-15 år er sosiale og velbalanserte. Mange liker å være sammen med andre mennesker, samtidig som de kan arbeide med oppgaver alene. Mødre flest beskriver også ungdommen sin som aktiv, selv om det er en litt større spredning i svarene her enn i beskrivelsene av hvor sosiale ungdommene er (se figur 5).

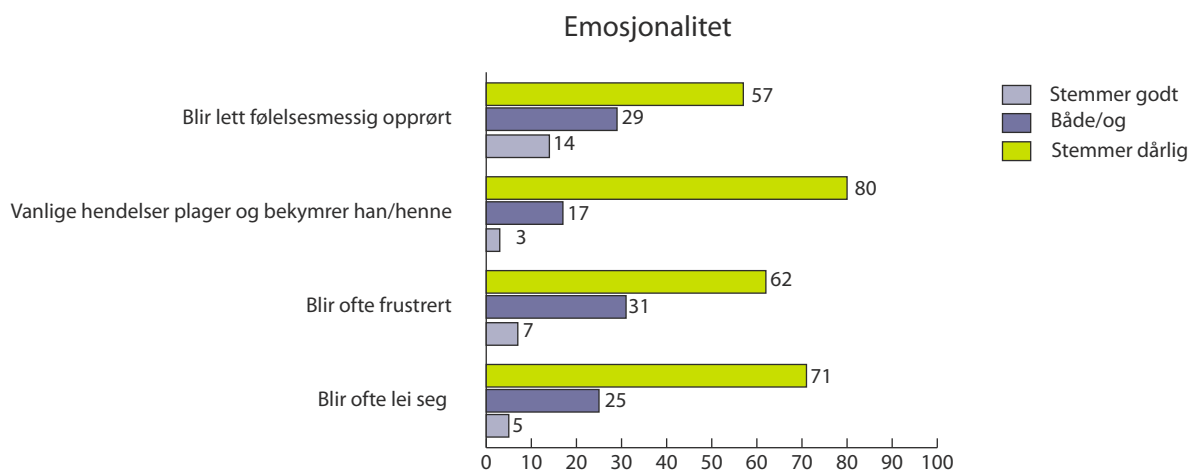
Gjennomsnittlig beskrives om lag hver tredje ungdom som verken spesielt aktiv eller spesielt rolig, mens hver fjerde beskrives som overveiende rolig. Dette stemmer godt med vanlige oppfatninger av trekk som er typiske i denne alderen: Mange er utforskende og nysgjerrige, samtidig som enkelte bruker mye tid på å hvile.



**Figur 5.** Aktivitet – Mødrenes beskrivelse - prosent.

<sup>1</sup> Stabilitetskoeffisienter mellom 0.7 og 0.8 i TOPP-materialet (Mathiesen & Tambs, 1999)

<sup>2</sup> Temperament Survey for Children: Parental Ratings (Buss & Plomin, 1984).



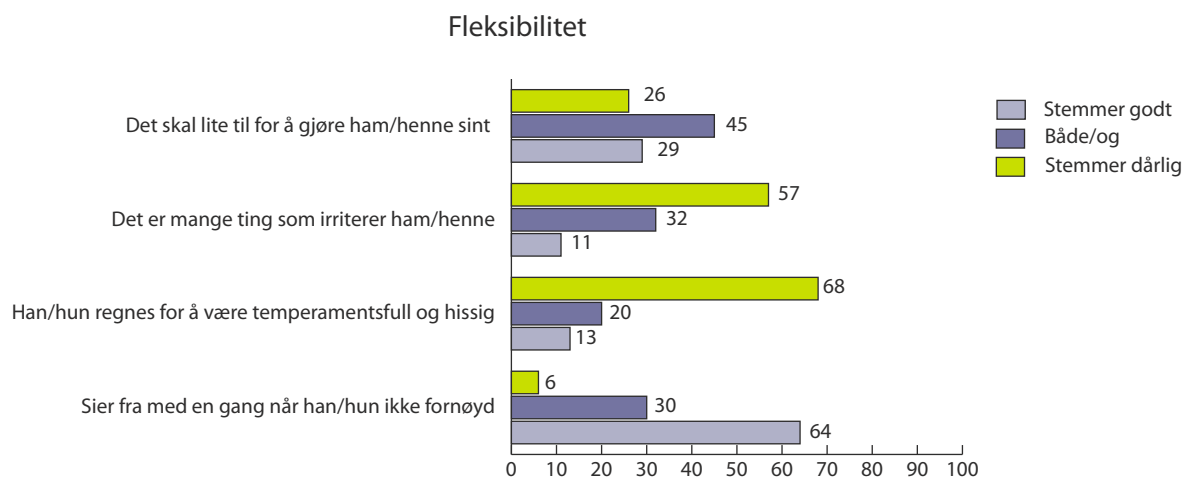
**Figur 6.** Emosjonalitet – Mødrenes beskrivelse – prosent.

**Skyhet og Emosjonalitet.** Dagens 14-15-åringer synes ikke å være særlig sky, selv om mødrene til hver tredje ungdom sier at han/hun noen ganger er ganske engstelig, mer enn sine jevnaldrende. Mødrene tegner et lignende bilde av ungdommens emosjonalitet. Figur 6 viser at knapt én av tre blir karakterisert ved høye eller middels emosjonalitetsskårer på noen av spørsmålene.

Mødrenes beskrivelser av hvor emosjonelle og sky ungdommene er, er særlig interessant når vi sammenligner disse med beskrivelsene de ga av ungdommenes symptomer på angst og depresjon. Ikke overraskende finner vi klare sammenhenger mellom symptomer på angst og temperamentsmessig skyhet og emosjonalitet, mens symptomer på depresjon er nær knyttet til temperamentstrekket emosjonalitet.

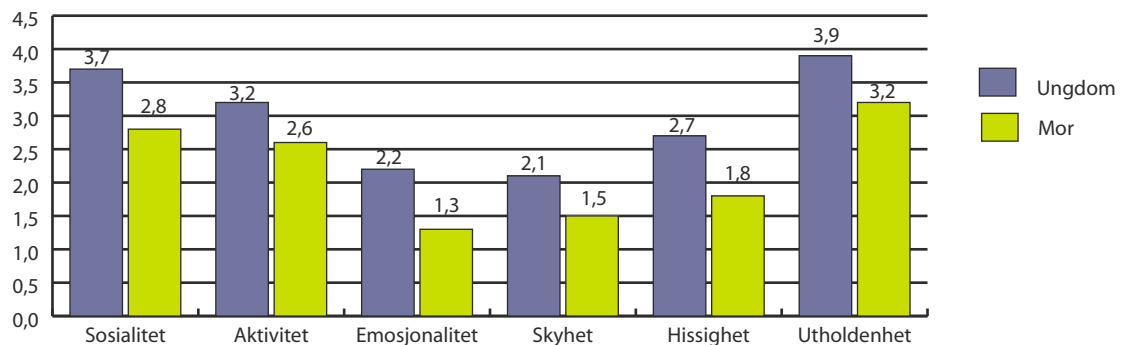
**Utholdenhet og fleksibilitet.** Mødre flest synes at deres 14-15-åring har god utholdenhet. Tre av fire ungdommer fullfører oppgaver de har begynt med før de begynner på noe nytt, og halvparten gir sjelden opp selv om han/hun arbeider med en vanskelig oppgave. Likevel beskrives vel 10 prosent som lite utholdende. Bildet blir mer blandet når vi ser på mødrenes beskrivelser av ungdommenes fleksibilitet. Figur 7 viser at to av tre ungdommer sier fra med én gang når de ikke er fornøyd, mens vel halvparten av mødrene forteller at det ikke alltid skal mye til for å gjøre deres ungdom sint.

Mens 13 prosent av ungdommene regnes for å være temmelig temperamentsfulle og hissige, er det ytterligere 20 prosent som er slik noen ganger. Også her synes beskrivelsene å stemme godt med vanlige oppfatninger av typiske trekk ved ungdom.



**Figur 7.** Fleksibilitet – Mødrenes beskrivelse – prosent.

## Temperamentstrekk hos 14-15-åringer – beskrivelser fra ungdom og mødre



**Figur 8.** Gjennomsnittsverdier på seks temperamentstrekk på skalaer som går fra 0 (stemmer svært dårlig), via 2 (både og) til 4 (stemmer svært godt).

**Oppsummering og sammenligning.** Vi summerte funnene og sammenlignet mødrenes beskrivelser av ungdommenes temperamentstrekk med ungdommenes beskrivelser av seg selv. Som det går fram av figur 8, synes 14-15-åringene selv at de har mer av alle temperamentstrekkene enn det deres mødre synes.

Beskrivelsene til mange av mødrene ligger i nærheten av "både og"/verdien 2, mens beskrivelsene ungdommene gir av seg selv ligger nærmere "stemmer godt"/verdien 3 og "stemmer svært godt"/verdien 4. Det kan være flere forklaringer på dette, blant annet forskjeller i perspektiv, forskjeller i situasjoner de svarer ut fra, og forskjeller i følelsesbevissthet. *Forskjeller i perspektiv:* Ungdommene har et "sett innenfra"-perspektiv som kan gjøre at de opplever hendelser mer intenst enn det ser ut som at de gjør fra mødrenes "sett utenfra"-ståsted. *Forskjeller i situasjoner de svarer ut fra:* Det kan være at 14-15-åringene tenker på andre situasjoner enn det foreldrene gjør når de besvarer spørsmålene. De tenker kanskje mer på hvordan de vanligvis er når de er sammen med venner og andre, i tillegg til å tenke på hvordan de oppfører seg hjemme sammen med foreldrene. Kanskje oppfører de seg annerledes når de er sammen med andre enn foreldrene? *Forskjeller i følelsesbevissthet:* Forskjellene i beskrivelser kan bunne i at ungdom flest har en tendens til å tenke mer "svart-hvitt" enn det voksne vanligvis gjør. I så tilfelle er det heller 14-15-åringenes kontrastfylte måte å tenke på følelser på som skaper forskjeller mellom foreldrenes beskrivelser av deres temperament og ungdommenes egne beskrivelser, enn det at de "egentlig" oppfatter seg selv som mer temperamentsfulle enn det foreldrene oppfatter dem som.

### 4.3 Temperament og psykisk helse

Gjennomgående finner man sammenhenger mellom temperamentstrekk og både positiv og negativ utvikling gjennom hele barndommen (Sanson, Prior, Oberklaid, & Smart, 1999; Najman, et al., 2000). Mange temperamentsforskere mener at genetiske faktorer forklarer en substansiell andel av variansen i utbredelsen av alle typer av psykiske plager, og at mye av denne genetiske påvirkningen antakeligvis virker via temperamentstrekk som emosjonalitet og skyhet, heller enn via gener med direkte innflytelse på spesifikke lidelser (Rutter, 2000). De fleste er enige om at det neppe er temperamentstrekk i seg selv som fører til spesifikke utfall, men at slike trekk påvirker samhandlingen med andre, og derved selv utviklingsprosessen. Siden visse temperamentstrekk gjør barn spesielt utsatte for å utvikle psykiske plager, mens andre synes å beskytte mot dette, bør temperamentstrekk inkluderes i studier av barns utvikling.

Temperamentstrekk kan fungere som henholdsvis risikofaktorer eller støttende og beskyttende faktorer, alt etter hvilket trekk vi fokuserer på og omstendighetene de opptrer i. For eksempel kan trekket Negativ emosjonalitet fungere direkte som en risikofaktor ved å framprovosere konflikt og avvisning, og derved øke sannsynligheten for at barnet utvikler psykiske plager eller normbrytende atferd (Rutter, 1985, 1987). I tillegg til at barn med slike temperamentstrekk selv fokuserer mer på de negative sidene ved tilværelsen enn andre barn, blir de også oftere utsatt for negative hendelser (Rutter, 2000). Det er for eksempel gjentakende ganger vist at barn som har mye negativ emosjonalitet i temperamentet blir møtt med mer aggresjon og utålmodighet og mindre ros fra foreldrene sine enn søsken

med andre temperamentstrekk. Noen temperamentstrekk kan *indirekte* øke risikoen for at et barn utvikler problematferd. Et høyt nivå av temperamentsmessig skyhet kan for eksempel hindre et barn i å ta kontakt med andre når de står overfor utfordringer det ikke mestrer alene. Derved får barnet ikke tilgang på den støtten eller beskyttelsen som de kunne fått fra kjente eller ukjente voksne.

På den andre siden kan et positivt temperamentstrekk som sosialitet (tendensen til å foretrekke å være sammen med andre framfor å være alene) fungere som beskyttende faktor ved å hjelpe barnet til å etablere støttende og nærende forhold til voksne. Dette kan både minske negative effekter av belastninger og fremme utviklingen av gode mestringsmåter hos barnet (Smith & Prior, 1995). Temperamentstrekk som er funnet å fremme positiv utvikling inkluderer god fleksibilitet/tilpasningsevne, positiv emosjonalitet/sosialitet og lav impulsivitet (Rothbart & Bates, 2006; Sandberg, et al., 1993). I den kanskje mest kjente studien av positiv utvikling hos barn som lever i belastede miljøer (resiliens), la Werner og Smith (1982; 1989) spesiell vekt på den positive effekten av trekket "engasjerthet", beskrevet som en tendens til å være slik at man får positive reaksjoner fra familie og fremmede; et aktivt og sosialt temperamentstrekk. Barn som hadde mye av dette trekket utviklet seg ofte positivt selv om oppvekstmiljøet var vanskelig.

Også i TOPP-studien finner vi gjennomgående at det er sammenheng mellom psykiske plager og høye skårer på temperamentsmessig emosjonalitet og skyhet (Mathiesen & Sanson, 2000). Tilsvarende finner vi klare sammenhenger mellom sosiale ferdigheter og lave skårer på temperamentsmessig emosjonalitet og skyhet (Mathiesen & Prior, 2006).

## Referanser

- Buss, A. H. & Plomin, R. (1984). *Temperament: Early developing personality traits*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Chess, S. & Thomas, A. (1984). *Origins and evolution of behaviour disorders*. New York, Brunner/ Mazel.
- Mathiesen, K. S. & Tambs, K. (1999). The EAS temperament questionnaire - factor structure, age trends, reliability and stability in a Norwegian sample. *Child Psychology and Psychiatry*, 40,3, 431-439.
- Mathiesen, K. S. & Sanson, A. (2000). Dimensions of early childhood behaviour problems - Stability and predictors of change from 18 to 30 months. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 431-439.
- Mathiesen, K. S. & Prior, M. (2006). The impact of temperament factors and family functioning on resilience processes from infancy to school age. *European Journal of Developmental Psychology*, 3, 357-387.
- Muris, P. & Ollendick, T. H. (2005). The role of Temperament in the etiology of child psychopathology. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8, 271-289.
- Najman, J. M., Bor, W., Andersen, M. J., O'Callaghan, M., & Williams, G. M. (2000). Preschool children and behaviour problems: A prospective study. *Childhood: A Global Journal of Child Research*, 7, 439-466.
- Nærde, A., Tambs, K., & Røysamb, E. (2003). Temperament in adults – reliability, stability, and factor structure of the EAS temperament survey, *Journal of Personality Assessment*, 82,71-79.
- Pedlow, R., Sanson, A., Prior, M., & Oberklaid, F. (1993). The stability of maternally reported temperament from infancy to eight years. *Developmental Psychology*, 29, 998-1007.
- Rothbart, M. K. & Bates, J. E. (2006). Temperament. I Eisenberg, N. (Vol. ED) & Damon, W. & Lerner, R. M. (Eds.-in Chief), *Handbook of Child Psychology*, 6th Ed., Vol.3: *Social, emotional, and personality development*. (99-166), Hoboken, NJ: Wiley.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Rutter, M. (1987). Parental mental disorder as a psychiatric risk factor. I R. Hales & A. Frances (Eds.), *American Psychiatric Association annual review* (6, 647-663). Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Rutter, M. (2000). Resilience reconsidered; Conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. I J. P. Shonkoff, & S. J. Meisels, (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (651-682). University Press, Cambridge.
- Sandberg, S., Rutter, M., Giles, S., Owen, A., Champion, L., Nicholls, J., Prior, V., McGuinness, D., & Drinnan, D. (1993). Assessment of psychosocial experiences in childhood: Methodological issues and some illustrative findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 879-97.
- Sanson, A. & Rothbart, M.K. (1995). Child temperament and parenting. I M.H. Bornstein, (Ed), *Applied an practical parenting*. Vol. 4. *Handbook of parenting* (299-312). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc.

Sanson, A. & Prior, M. (1998). Temperamental and behavioural precursors to oppositional defiant disorder and conduct disorder. I H. C. Quay, & A. E. Hogan (Eds), *Handbook of disruptive behaviour disorders* (397-417). NY: Plenum Press.

Sanson, A., Prior, M., Oberklaid, F., & Smart, D. (1999). Temperamental influences on psycho-social adjustment: From infancy to adolescence. *Australian Educational and Developmental Psychologist*, 15, 7-38.

Smith, J. & Prior, M. (1995). Temperament and stress resilience in school-age children: A within family study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 168-79.

Werner, E. E. & Smith, R. S. (1982). *Vulnerable but invincible: A study of resilient children*. New York: McGraw-Hill.

Werner, E.E., & Smith, R.S. (1989). *Vulnerable, but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York, NY: Adams, Bannister, Cox.

# 5 Belastninger og risikofaktorer for psykiske plager og normbrudd

Kapittelet starter med å presentere belastninger og hendelser som ungdommene har opplevd i løpet av det siste året. Dette bildet av situasjoner og hendelser som kan stresse ungdom, følges av en gjennomgang av faktorer som henger sammen med utviklingen av psykiske plager. Deretter går vi inn på risikofaktorer for normbrudd i barndom og ungdomsalder. Avslutningsvis presenterer vi funn fra TOPP-studien som viser hvilke faktorer som øker risikoen for at barn utvikler psykiske plager i førskolealder. Kunnskap fra dette kapitlet bør sees i sammenheng med kunnskap som presenteres i det neste; "Sosiale ferdigheter, beskyttende forhold og positiv utvikling". Her utvides undersøkelsene av årsaksfaktorer, og vi skisserer funn fra TOPP-studien som viser utviklingsveier til positiv utvikling hos barn på mellom åtte og ni år.

## 5.1 Belastninger og viktige hendelser hos ungdom

De fleste mennesker har perioder i livet med mange eller store belastninger. Noen ganger er dette forårsaket av spesielle, negative hendelser. Andre typer belastninger oppstår mer gradvis. Hvor belastende negative livshendelser og vanskelige oppvekstkår oppleves å være, varierer fra person til person. Noen får betydelige psykiske plager etter negative livshendelser, mens andre mestrer stresset som hendelsen medfører uten at dette får negative følger. Noen forskere mener at det særlig er hendelser som stiller store krav til omstilling og reorientering som gir symptomer på stress og psykiske plager, spesielt overveldende livshendelser som kommer plutselig og uten at man har fått forberedt seg på dem. I følge slike teorier antas både positive og negative hendelser å kunne forårsake stress. Etter hvert har flere studier vist at positive hendelser med store krav til omstilling likevel ikke har den forventede, negative innvirkningen på helsen (Dalgard, Bjørk, & Tambs, 1995). Senere teorier, spesielt utviklet innenfor en systemteoretisk forståelsesramme, betrakter forandring og tilpasning som en dynamisk prosess og som en vesentlig del av livet selv (Bjørk, 1988). Positive hendelser inkluderes derfor sjelden som risikofaktorer i nyere forskning, selv om det er enighet

om at det kan være viktig å ta disse med i betraktningen, men da kanskje mer som beskyttelsesfaktorer (Sandler, Wolchik, Braver, & Fogas, 1991).

Andre forskere har funnet at kronisk stress i form av daglige irritasjonsmomenter eller uro, forårsaket av for eksempel problemer med økonomi, småkrangling med ektefelle eller foreldre og bekymring for venner og søsken, har større konsekvenser for den psykiske helsen enn spesielle hendelser (Rutter, 2000; Mathiesen, Tambs, & Dalgard, 1999). Hva skal egentlig til for at noe kan kalles en helseskadelig belastning? Wyman og kolleger (2000) anfører at: "Belastninger referer til aspekter ved forholdet mellom det enkelte barn/ungdom og omgivelsene som enten a) stresser ham eller henne, eller b) påvirker mulighetene han/hun har til å utvikle seg normalt og gå igjennom de vanlige utviklingsmessige fasene" (vår oversettelse). I tillegg til stressende enkelthendelser, poengterer de derved at den psykiske helsen til barn og unge også kan bli skadelidende dersom de vokser opp i miljøer som ikke gir dem den praktiske hjelpen, omsorgen og opplæringen som er nødvendig for at de skal kunne utvikle sosial kompetanse og ferdigheter som setter dem i stand til å mestre vanlige utfordringer.

Virkningen av belastninger og negative livshendelser henger sammen med når i utviklingsprosessen de kommer, hvilke livsområder som berøres, og hvilke andre belastninger som også er til stede på samme tidspunkt (Luthar, 2005). I tillegg vil virkningen avhenge av hvilke positive omstendigheter som er til stede samtidig, og hvordan belastninger og hendelser tolkes og håndteres av individet som utsettes for dette.

TOPP-studien inkluderte både spørsmål om belastninger i hverdagen og spørsmål om positive og negative hendelser. Dette kapitlet omhandler belastninger og viktige hendelser 14-15-åringene fortalte om. Belastninger og hendelser som foreldrene har opplevd omtales i kapittel 7.

### 5.1.1 Belastninger i hverdagen

Vi ønsket å få vite mer om hvilke typer belastninger, eller stressende forhold, 14-15-åringene lever med. Ungdommene ble derfor bedt om å krysse av for hvilke typer belastninger de har opplevd i løpet av det siste året. Tabell 11 viser hvilke typer av stressende forhold



**Tabell 11:** Typer av belastninger som ungdom har opplevd siste år - prosent.

Det hender at:	Sjelden eller aldri	Noen ganger	Ofte eller svært ofte
Foreldrene mine er for mye borte hjemmefra	49	38	13
Jeg har for mye ansvar hjemme	68	24	8
En eller begge foreldrene mine prøver å kontrollere alt jeg gjør	56	32	12
Jeg hører at foreldrene mine krangler	65	26	8
Foreldrene mine slåss med hverandre	98	1	1
Familiens økonomiske problemer har gått ut over meg	89	9	2
Jeg er blitt utstøtt av vennene mine og miljøet	92	7	1
En av mine nærmeste bruker for mye alkohol, piller ol.	93	6	2
En av mine nærmeste er lei seg og oppgitt	63	30	2
En av mine nærmeste er engstelig eller redd	78	19	3
En av mine venner/søsken er i alvorlige vanskeligheter	89	8	3
Mor, far eller søsken er alvorlig syk/ alvorlig skadet	94	4	2

som ungdommer på 14-15 år nevnte at de har hatt, og andelen som har hatt slike.

Åtte av ti sier at de har hatt én eller flere av disse belastningstypene siste år. Hver tredje ungdom har hatt belastninger på minst tre områder, mens hver femte ungdom har hatt belastninger på minst fem.

Omlag halvparten av ungdommene synes at foreldrene noen ganger, eller ofte, har vært for mye borte fra hjemmet, mens én av tre sier at de har hatt for mye ansvar hjemme i perioder. Det er 44 prosent av 14-15-åringene som føler at foreldrene av og til, eller ofte, har prøvd å kontrollere alt de gjør. I tillegg kommer at mange av ungdommene i perioder har opplevd at noen av deres nærmeste ikke trives: 35 prosent forteller at foreldrene krangler i perioder, og omlag like mange forteller at en av deres nærmeste har vært lei seg eller oppgitt. Totalt oppgir rundt 10 prosent av ungdommene at de ofte, eller noen ganger, lever med svært alvorlige belastninger.

### 5.1.2 Viktige hendelser

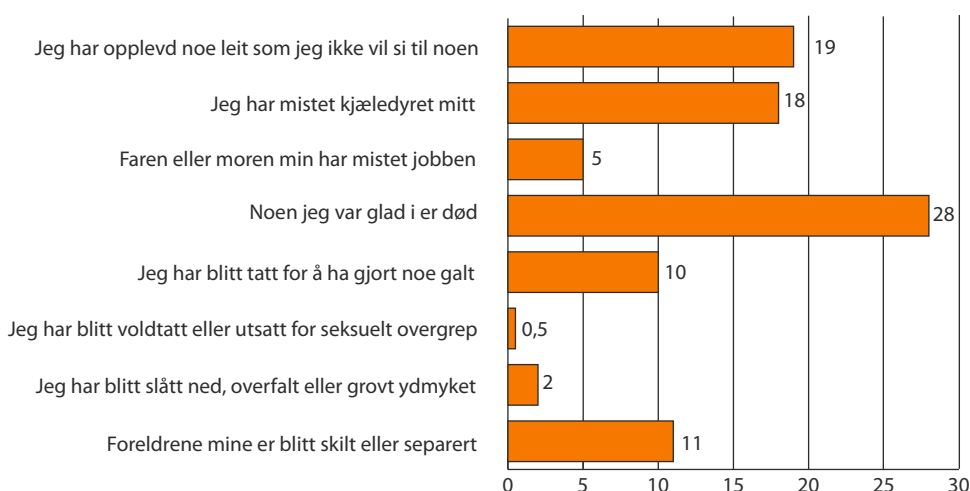
Vi var også opptatt av hva slags livshendelser 14-15-åringene har erfart det siste året, og ba dem krysse av for om de hadde opplevd noen av de åtte negative hendelsene som er listet opp i figur 9 (se neste side).

Nær halvparten (47 prosent) av ungdommene krysset av for at de hadde opplevd minst én slik hendelse, mens bare syv prosent har opplevd to eller flere.

Omtrent tre av ti ungdommer (28 prosent) forteller at en slektning, eller en god venn, har dødd i løpet av det siste året. Mens 19 prosent har opplevd noe leit som de ikke vil si til noen, er 10 prosent blitt tatt for å ha gjort noe galt. I tillegg ser vi at 11 prosent av ungdommene har foreldrene som har gått fra hverandre i løpet av året.

På spørsmål om de har opplevd positive hendelser i løpet av det samme tidsrommet, svarte vel 85 prosent av ungdommene enten at de har fått noe de har ønsket seg lenge, eller at de er blitt tatt ut til idrettslag, skoleteater eller lignende. Hver fjerde ungdom forteller at han/hun har opplevd noe fint som de ikke vil fortelle til noen.

## Negative livshendelser



**Figur 9.** Typer av negative hendelser som ungdom opplevde siste år - prosent.

## 5.2. Risikofaktorer for psykiske plager og normbrudd

Barn og unge med særlig høy risiko for å utvikle psykiske plager og psykisk sykdom er overrepresentert i familier hvor foreldrene selv har psykisk sykdom, er rusmisbrukere eller voldelige eller har visse typer minoritetsbakgrunn (Faktarapport om sosial ulikhet, Folkehelseinstituttet, 2006). De fleste vanlige familier opplever imidlertid også å ha perioder med belastninger og stressplager. Det er normalt å ha symptomer på angst, depresjon, spiseproblemer eller utagerende atferd i tidsavgrensede perioder. I en omfattende intervjuundersøkelse av 1420 barn og unge fant Costello og kolleger (Costello, et al., 2003), at hver tredje 16-åring (37 prosent) på ett eller annet tidspunkt i løpet av barneårene hadde oppfylt kriteriene for en psykisk sykdomsdiagnose.

### 5.2.1. Risikofaktorer for utvikling av psykiske plager

Psykiske plager hos barn og unge er et resultat av flere handlingsforløp og prosesser. Både temperamentstrekk som Skyhet og Negativ emosjonalitet (Mathiesen & Sanson, 2000) og andre individuelle kjennetegn, samt miljømessige faktorer relatert til familie, skole og venner, er med på å påvirke utviklingen av plager. Tidspunktet barnet eller ungdommen utsettes for risikofaktorer antas å være avgjørende, ettersom det kan påvirke hvordan de mestrer aldersspesifikke utfordringer (Essex, Klein, Cho, & Kraemer, 2003). Hvilke forhold som gjør den enkelte mer utsatt for å utvikle psykiske plager, eller som beskytter mot utvikling av

slike, avhenger derfor av hvilken utviklingsperiode barnet er i.

**Kjennetegn ved barnet/ungdommen.** Individuelle forskjeller i sårbarhet hos barn og unge gjør at de kan reagere ulikt på de samme miljømessige påvirkningene (Prior, 1999; Rothbart & Bates, 2006). Sammenhenger mellom psykisk helse og temperamentstrekk er nærmere beskrevet i kapittel 4.3. Sosiale og akademiske ferdigheter er andre indre ressurser som påvirker utviklingen i barne- og ungdomsårene. Dette er faktorer som både kan gjøre den enkelte mer utsatt for å utvikle plager ved å minske selvfølelse og mestringsevne, samtidig som disse faktorene kan være støttende ved at de direkte fremmer god psykisk helse, og beskyttende ved at de reduserer negative effekter av potensielle risikofaktorer.

**Kjennetegn ved familien og negative hendelser.** Barn og unge som eksponeres for mødres depresjon er mer enn dobbelt så utsatt for å utvikle alvorlig depresjon som barn av mødre som ikke er deprimerte (Hammen & Brennan, 2003). Det er anført at deprimerte mødre er mer uforutsigbare og mindre følelsesmessig tilgjengelige for barna sine, og at deres oppdragelsesmåter er mer preget av kritikk enn det som ellers er vanlig (Field, 1992). Forskning om effekter av mødres depresjon viser hvordan barn som bor sammen med omsorgspersoner som er triste og viser mye negative følelser lett blir overveldet av den voksnes emosjonelle problemer og kritiske holdning (Cummings & Davies, 1994). Uenighet og konflikter mellom foreldre, som for øvrig ofte samvarierer med forhøyet symptomnivå hos

mødre, er funnet å bidra til at barn og unge utvikler psykiske plager (Campbell et al., 1994). Det er foreløpig lite forskning om fedre.

Noen studier viser at *angstlidelser* hos foreldre ikke påvirker utviklingen av psykiske plager hos førskolebarn like mye som depressive lidelser. Bildet blir annerledes når barna starter på skolen eller går inn i ungdomsalderen. Familiestudier demonstrerer at barn og unge som har foreldre med en angstlidelse, har mer enn dobbelt så stor risiko som andre for selv å utvikle en angstlidelse som voksen (Biederman, et al., 2001). Også her synes kjennetegn ved foreldrenes barneoppdragelse å ha innvirkning på barnets symptomnivå, særlig dersom foreldrene har en overbeskyttende holdning. Flere studier av kliniske utvalg har funnet at voksne angstpasienter husker sine foreldre som mindre omsorgsfulle og mer overbeskyttende, sammenlignet med en kontrollgruppe (Silove, et al., 1991). Studier har også knyttet livshendelser som truer ens følelse av trygghet og sikkerhet til utvikling av angstlidelser (Merikangas, 2005).

I tillegg til symptomer på emosjonelle plager og psykisk sykdom hos mødre, er en lang rekke andre faktorer i omgivelsene funnet å bidra til utvikling av psykiske plager hos barn fra de er tre år og oppover. Fokus rettes vanligvis mot vanskelige sosioøkonomiske forhold, ofte knyttet til familiebelastninger og knapphet på sosiale ressurser, noe som igjen forekommer hyppigere i familier hvor foreldrene har lav utdanning og løs tilknytning til arbeidsmarkedet (Fløtten, 2006; Tvetene, 2006). Konflikter mellom foreldrene og negative livshendelser er også funnet å samvariere med de fleste former for psykiske plager hos barn. Støttende faktorer som varm oppdragelsesstil og positive selvbilder hos foreldrene, er funnet å bidra til god emosjonell utvikling i hele barnealderen (Masten, et al., 1999).

**Sosiale faktorer.** God sosial støtte øker opplevelsen av å mestre utfordringer og fremmer utvikling av gode sosiale ferdigheter hos barn og unge. Mangel på sosial støtte fra jevnaldrende kan bidra til utvikling av psykiske plager, spesielt hvis han/hun også har det vanskelig hjemme (Thompson, Flood, & Goodwin, 2006). Foreldrene er barn og unges hovedkilde til sosial støtte, og det er funnet positiv sammenheng mellom foreldreatferd som fremmer god psykisk helse hos avkommet, og foreldrenes forhold til eget vennettverk (Colman & Thompson, 2002; Parke, 2002).

Sammenhengen mellom stress og sosial støtte er kompleks. Støtte kan forebygge utviklingen av psykiske plager ved at individer med støttende nettverk sjeldnere havner i vanskelige situasjoner enn andre med dårligere nettverk. God støtte kan også fungere som en "buffer" mot å utvikle psykiske

plager i perioder med mye stress. Samtidig kan sosiale nettverk virke negativt, fordi det i enkelte familier kan være en større kilde til stress og belastninger enn støtte (Thompson, Flood, & Goodwin, 2006). Dette siste utdyper vi noe i kapittel 7.5.

### 5.2.2. Risikofaktorer for normbrudd i barndom og ungdomsalder

Ulike begreper anvendes på fenomenet atferdsproblemer eller utagerende atferdsvansker. Vi har valgt å bruke begrepet normbrudd (Rutter, 1997) som en fellesbetegnelse på atferdspekteret fra enkle og enkeltstående normbrudd til atferdsmønstre preget av gjentatte og/eller alvorlige handlinger (se kapittel 2).

Også når det gjelder denne typen fenomener, vil barn med visse temperamentstrekk være mer utsatt enn andre for å utvikle normbrytende atferd under uheldige miljøbetingelser. Det er særlig temperamentstrekkene Negativ emosjonalitet og Infleksibilitet som har vist seg å inngå i kjeder av negativt samspill med miljøfaktorer. Forskere har funnet at tilstedeværelsen av slike temperamentstrekk i det første leveåret bidrar til at barn utvikler aggressiv atferd ved åtte års alder (Sanson & Prior, 1998) og gjennom ungdomsårene (Vassallo, et al., 2002).

Studier viser at utagerende atferd tidlig i barnealderen, herunder aggressiv atferd, har høy stabilitet og henger sammen med utvikling av alvorlige normbrytende atferd senere (Olweus, 1979; White, Moffitt, Earls, & Silva, 1990). Store oppfølgingsundersøkelser har vist at det er sammenhenger mellom ulydighet og raserianfall ved tre og fem år og normbrudd ved 15 år (White, Moffitt, Earls, & Silva, 1990), og mellom ulydighet ved 18 måneder og kriminalitet i 30-årsalderen (Stattin & Magnusson 1996). En kombinasjon av hyperaktivitet og utagerende atferd er funnet å øke risikoen for utvikling av mer alvorlige former for normbrytende atferd i ungdomsalderen (Sanson & Prior, 1998).

Studier har vist at psykiske plager hos mødre og belastninger og sosiale støtteforhold i familien bidrar til at barn utvikler både utagerende atferdsvansker og emosjonelle plager fra spedbarnsalder til førskolealder (Shaw & Winslow, 1997). Det er funnet sammenhenger mellom mors stemningsleie både da barna var mellom ett og tre år og mellom seks og syv år og kriminalitet i 30-årsalderen (Stattin & Klackenberglarsson, 1990). Normbrytende atferd er også vist å henge sammen med uenighet mellom foreldrene om barneoppdragelse da barna var fem år og mange endringer i primære omsorgspersoner i barndommen (Henry, et al., 1993). Generelt har studier knyttet familiekonflikter, mishandling og omsorgsvikt, samt kriminalitet, vold og rusmisbruk og lav sosioøkonomisk status hos foreldre, til alvorlige normbrudd hos barn (Nordahl et al., 2005; Ekspertkonferansen, 1997).

Forskningslitteraturen, inspirert av sentrale teoretikere som Gerald Patterson, har særlig beskrevet to utviklingsveier til normbrytende atferd. Disse betegnes som henholdsvis "tidlig debut" og "sen debut", og følger ulike veier gjennom barneårene. For barn i "tidlig debut"-gruppen vil mangelfulle foreldreferdigheter, ofte i kombinasjon med vanskelig temperament, hyperaktivitet eller andre utfordringer ved barnets atferd, resultere i at foreldre og barn inngår i såkalt "tvingende samspill". Slike samspill skaper et uheldig læringsmiljø og vil på ulike måter føre til at barnet lærer opp i regelbrytende atferd. Tvingende samspill vil også resultere i at barnet ikke lærer nødvendige sosiale ferdigheter, særlig gjelder dette selvkontroll og samarbeidsferdigheter. Som følge av dette øker sjansene for at barnet blir avvist fra jevnaldrende med alminnelig god sosial kompetanse. Han/hun kan få betydelige vansker på skolen, både faglig og atferdsmessig. Ofte vil dette resultere i at barnet blir venner med andre som også har en normbrytende atferd (Reid, Patterson, & Snyder, 2002). Det er godt dokumentert hvordan atferdsvansker konsolideres og videreutvikles innenfor rammen av vennskap med likesinnede (Dishion, McCord, & Poulin, 1999). Forskning viser at det å ha antisosiale venner er den sterkeste risikofaktoren i 12-14-årsalderen for kriminalitet i ungdomsårene og i voksen alder (Lipzey & Derzon, 1998).

Utviklingsveiene til barn i "sen debut"-gruppen ser annerledes ut. Dette er personer som tilegner seg normbrytende atferdsmønstre i ungdomsårene, uten å

ha en tilsvarende forhistorie av regelbrudd i hjemmet, svake sosiale ferdigheter og skoleproblemer. Her betraktes antisosiale vennskap i ungdomsalderen som den vesentligste faktoren i utviklingen av normbrudd (Reid, Patterson, & Snyder, 2002). Slike forløp hos tidlig modne jenter er studert av blant annet Stattin & Magnusson (1996)

### 5.2.3 Risikofaktorer for psykiske plager i førskolealder

Dersom vi visste hvilke forhold "internt i barnet" og i oppvekstmiljøet som bidro til å gjøre førskolebarn mer utsatt for å utvikle psykiske lidelser senere i barne- og ungdomsalderen, og hvilke forhold som bidro til at slike vansker varte over tid, kunne vi funnet fram til familier med slike kjennetegn og satt inn forebyggende tiltak overfor familiene allerede da barna var i de første leveårene. Men hvordan får vi tilstrekkelig kunnskap på området? Dette spørsmålet var av vital betydning da TOPP-studien startet innsamlingen av informasjon fra familier med halvannet år gamle barn.

I kapittel 4 skrev vi at det særlig er temperamentstrekkene Negativ emosjonalitet og Skyhet som synes å henge sammen med utviklingen av psykiske plager. I tillegg til at barn med slike temperamentstrekk selv fokuserer mer på de negative sidene ved tilværelsen enn andre barn, blir de også oftere utsatt for negative hendelser. I dette kapitlet utvider vi perspektivet, og tar i tillegg for oss faktorer i barnas oppvekstmiljø.



FOTO: PhotoAlto 79



FOTO: Kids Rubber ball

Analyser fra TOPP-studien viste at problematferd hos halvannet år gamle barn primært var knyttet til symptomer på psykiske plager hos mødrene. I tillegg hang både mødrenes symptomnivå og problematferd hos barna noe sammen med mødrenes alder og utdanning, og om de fikk tilstrekkelig mye sosial støtte fra familie og venner. Men belastninger i familien påvirket kun barna dersom slike forhold bidro til å øke mødrenes symptomnivå (Mathiesen & Tambs, 1999). I hovedtrekk betyr dette at de fleste av de andre faktorene i omsorgsmiljøet kun virker *indirekte* på utvikling av problematferd hos barn på halvannet år. Vi så for eksempel at dersom mødrene *ikke* utviklet symptomer på psykiske plager (ble stresset) av å ha økonomiske belastninger, boligproblemer, problemer med arbeid og lignende, så virket heller ikke slike belastninger inn på barnets symptomnivå i så lav alder. Imidlertid viste senere analyser at dette kun gjaldt da barna var svært unge.

Med økende alder ble barna selv i stigende grad *direkte* påvirket både av belastninger og støtteforhold i familien. Likevel er det viktig å merke seg at det kan være hensiktsmessig å fokusere på indirekte effekter, dvs. at noe virker via noe annet, hvis man ønsker å forebygge utvikling av psykiske plager hos små barn. I dette tilfellet betyr det at man, i tillegg til å se på forhold som direkte øker risikoen for at barn utvikler psykiske plager, også bør se på forhold som gjør at mødre utvikler symptomer på depresjon. Dersom mødrenes psykiske helse bedres, bedres også barnas oppvekstmiljø.

Det mangler kunnskap om årsaker til utvikling av plager og lidelser hos barn fra de er i annet leveår og framover (Colder, Mott, & Berman, 2002; Leve, Kim, & Pears, 2005). Samtidig er kunnskap om utviklingsveier fra tidlig alder av vital betydning for forebygging og tidlig behandling. Vi fortsatte derfor å utforske dette i TOPP-studien, og fant at temperamentstrekk og familiefaktorer som allerede var til stede da barna var halvannet år, bidro sterkt til å forklare hvorfor noen barn hadde utviklet psykiske plager da de var fire og et halvt år (risikofaktorene kunne forklare vel 60 prosent av variasjonen i utagerende plager, og 40 prosent av variasjonen i emosjonelle plager tre år senere). Barna som utviklet plager kom oftere fra familier hvor mødrene hadde fått lite støtte fra partneren sin, og fra familier med mange belastninger (med arbeid, jobb, økonomi) som de ikke hadde fått tilstrekkelig hjelp med. Barna selv hadde oftere et vanskelig temperament: temperamentet deres var preget av mye negativ emosjonalitet allerede fra de var i halvannetårsalderen (Mathiesen, Sanson, Stoolmiller, & Karevold, innsendt).

**Vanskenes varighet:** Det er ganske vanlig at halvannet år gamle barn viser tegn på psykiske plager (Mathiesen & Sanson, 2000; Mathiesen, 2002). Resultatene fra TOPP-studien tyder likevel på at vi allerede fra dette tidspunktet kan begynne å identifisere kjennetegn både ved barna og ved omsorgsmiljøet som øker sannsynligheten for at noen av barna vil få langvarige problemer, mens andre vil ha psykiske plager som er mer forbigående.

Nyere statistiske metoder (vekstkurvmodellering) gir oss muligheten til å studere hvordan varigheten av psykiske plager hos barn blir påvirket av at også risikofaktorene endres over tid. Dette har knapt vært undersøkt tidligere, mest sannsynlig fordi denne typen analyser stiller særlig krav til så vel datamaterialet som til teoretisk og statistisk kompetanse. Vi har brukt slike metoder (dette er nærmere beskrevet i oppsummeringen av hovedfunn i rapportens del 2), og finner at når risikofaktorene endres over tid, så endres også barnas symptombilde, både når det gjelder mengde symptomer og type symptomer (Mathiesen, Sanson, Stoolmiller, & Karevold, innsendt). Resultatene indikerer at psykiske plager som barn lever med kan minskes betraktelig dersom mødrene etter hvert får mer støtte fra partneren enn det de fikk på tidligere tidspunkt, dersom belastningsnivået i familiene minsker over tid (problemer med økonomi, bolig, jobb osv., se kapittel 7.3 og 7.4) eller dersom barnets temperament utvikler seg i mer positiv retning (barnet viser mindre Negativ emosjonalitet og Skyhet, og mer Sosialitet). Det er verd å merke seg at endringer i risikofaktorer har stor betydning for utfallet. Det ser ut til at barns psykiske plager kan minskes betraktelig dersom oppvekstbetingelsene gjennomgår positive endringer.

## Referanser

- Biederman, J., Faraone, S. V., Hirshfeld-Becker, D. R., Friedman, D., Robin, J. A., & Rosenbaum, J. F. (2001). Patterns of psychopathology and dysfunction in high-risk children of parents with panic disorder and major depression. *American Journal of Psychiatry*, 158, 49-57.
- Bjørk, S. (1988). Sosialt nettverk, stress og mestring. I O. S. Dalgard og T. Sørensen (red). *Sosialt nettverk og psykisk helse* (s. 40-56). Oslo: Tano.
- Campbell, S. B., Pierce, E., March, C., Ewing, L. J., & Szumowski, E. K. (1994). Hard-to-manage pre-school boys: symptomatic behavior across contexts and time. *Child Development*, 65, 836-851.
- Colder, C. R., Mott, J. A., & Berman, A. S. (2002). The interactive effects of infant activity level and fear on growth trajectories of early childhood behavior problems. *Development and Psychopathology*, 14, 1-23.
- Colman, R. A. & Thompson, R. A. (2002). Attachment security and the problem-solving behaviors of mothers and children. *Merrill-Palmer Quarterly-Journal of Developmental Psychology*, 48, 337-359.
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003) Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Archives of General Psychiatry*, Vol 60(8) Aug, 837-844.
- Cummings, E. & Davies, T. (1994). Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 73-112.
- Dalgard, O.S., Bjørk, S., & Tambs, K. (1995). Social support, negative life events and mental health – a longitudinal study. *British Journal of Psychiatry*, 166, 29-43.
- Dishion, T. J., McCord, J., & Poulin, F. (1999). When interventions harm - Peer groups and problem behavior. *American Psychologist*, 54.9: 755-64.
- Ekspertkonferansen (1997). Barn og unge med alvorlige atferdsvansker. Norges Forskningsråd.
- Essex, M., Klein, M. H., Cho, E., & Kraemer, H. C. (2003). Exposure to maternal depression and marital conflict: gender differences in children's later mental health symptoms. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 42 (6), 728-737.
- Faktarapport om sosial ulikhet, Folkehelseinstituttet, 2006.
- Field, T. (1992). Infants of depressed mothers. *Development and Psychopathology*, 4, 49-66.
- Fløtten, T. (2006). *Poverty and Social Exclusion – Two Sides of the Same Coin?* Fafo-rapport 487.
- Hammen, C. & Brennan, P. A. (2003). Severity, chronicity, and timing of maternal depression and risk for adolescent offspring diagnoses in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 60, 253-258.
- Henry, B., Moffitt, T.E., Robins, L., Earls, F., & Silva, P. (1993). Early family predictors of child and adolescent behavior: who are the mothers of delinquents? *Criminal Behavior and Mental Health*, 3, 97-118.
- Leve, L. D., Kim, H. K., & Pears, K. C. (2005). Childhood temperament and family environment as predictors of internalizing and externalizing trajectories from ages 5 to 17. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33, 505-520.

- Lipzey, M. W. & Derzon J. H. (1998). Predictors of Violent or Serious Delinquency in Adolescence and Early Adulthood: A Synthesis of Longitudinal Research. I R. Loeber & D. P. Farrington Ed. *Serious and Violent Juvenile Offenders. Risk Factors and Successful Interventions*. Thousand Oaks: Sage.
- Luthar, S. S. (2005). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. I D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (2<sup>nd</sup> edition). New York: Wiley.
- Masten, A. S., Hubbard, J. J., Gest, S. D., Tellegen, A., Garmenzy, N., & Ramirez, M. (1999). Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Development and Psychopathology*, 11, 143-169.
- Mathiesen, K. S. & Tambs, K. (1999). The EAS temperament questionnaire - factor structure, age trends, reliability and stability in a Norwegian sample. *Child Psychology and Psychiatry*, 40 (3), 431-439.
- Mathiesen, K. S., Tambs, K., & Dalgard, O. S. (1999). The influence of social class, strain, and social support on symptoms of anxiety and depression in mothers of toddlers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 61-72.
- Mathiesen, K. S. & Sanson, A. (2000). Dimensions of early childhood behaviour problems - Stability and predictors of change from 18 to 30 months. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 431-439.
- Mathiesen, K. S. (2002). Atferdsvansker og oppvekstkår – En longitudinell undersøkelse av norske barnefamilier. *Norsk Epidemiologi*, 12 (3), 199-206.
- Mathiesen, K. S., Sanson, A., Stoolmiller, M., & Karevold, E. The nature and predictors of externalizing and internalizing trajectories across early childhood. Betinget akseptert i 2007.
- Merikangas, K. R. (2005). Vulnerability factors for anxiety disorders in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14(4):649-79.
- Nordahl, T., Sørlie, M. A., Manger, T. & Tveit, A. (2005). *Atferdsproblemer blant barn og unge*. Bergen, Norway: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Olweus, D. (1979). Stability of Aggressive Reaction Patterns in Males: A Review. *Psychological Bulletin*, 86, 852-875.
- Parke, R. D. (2002) Fathers & families. I M. Bornstein, ed. *Handbook of Parenting*, 2nd edn , vol. 3, (pp. 27– 74). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Prior, M. (1999). Resilience and coping: The role of individual temperament. I E. Frydenberg (Ed.), *Learning to cope: Developing as a person in complex societies*. (pp. 33-52). London, Oxford University Press.
- Reid, J.B., Patterson G.R., & Snyder, J. (2002). *Antisocial Behavior in Children and Adolescent. A Developmental Analysis and Model for Intervention*. Washington: American Psychological Association.
- Rothbart, M. K. & Bates, J. E. (2006). Temperament. I N. Eisenberg (Vol. ED) & W. Damon & R. M. Lerner (Eds.-in Chief), *Handbook of Child Psychology*, 6th Ed., Vol.3: *Social, emotional, and personality development*. (99-166), Hoboken, NJ: Wiley.
- Rutter, M. (1997). Antisocial Behavior: Developmental Psychopathology Perspectives. I D. M. Stoff, J. Breiling, & J. D Maser. *Handbook of Antisocial Behavior*. Ed.. N.Y.: Wiley., 115-24.
- Rutter, M. (2000). Resilience reconsidered; Conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. In J. P. Shonkoff and S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 651-682). University Press, Cambridge.
- Sandler, I. N., Wolchik, S. A., Braver, S., & Fogas, B. (1991). Stability and quality of life events and psychological symptomatology in children of divorce. *American Journal of Community psychology*, 19, 501-520.
- Sanson, A. & Prior, M. (1998). Temperamental and behavioural precursors to oppositional defiant disorder and conduct disorder. In H. C. Quay, & A. E. Hogan (Eds), *Handbook of disruptive behaviour disorders* (397-417). NY: Plenum Press.
- Silove D, Parker G, Hadzi-Pavlovic D, Manicavasagar V, Blaszczynski A. (1991). Parental representations of patients with panic disorder and generalised anxiety disorder. *The British Journal of Psychiatry*. 159: 835-41.
- Shaw, D.S. & Winslow, E.B. (1997). Precursors and Correlates of Antisocial Behavior From Infancy to Preschool. I D. M. Stoff, J. Breiling & J. D. (Eds.), *Handbook of antisocial behavior*, (pp 148-158). NY; Wiley.
- Stattin H. & Magnusson, D. (1996). Antisocial development: A holistic approach. *Development and Psychopathology*, 8, 617-645.
- Stattin, H. & Klackenber-Larsson, I. (1990). The relationship between maternal attributes in the early life of the child and the child's future criminal behavior. *Development and Psychopathology*, 2, 99-111.
- Thompson, R. A., Flood, M. F., & Goodvin, R. (2006). Social support and developmental psychopathology. I D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology* (2nd Ed.), Vol. III. Risk, disorder, and adaptation. New York: Wiley.
- Tvetene, K. G. (2006). Rapport fra Barne- og likestillingsdepartementet: *Fattigdom blant barn, unge og familier – et kunnskaps og erfaringshefte*.
- Vassallo, S., Smart, D., Sanson, A., Dudduyer, I., McKendry, B., Toumbourou, J., Prior, M., & Oberklaid, F. (2002). *Patterns and precursors of adolescent antisocial behaviour*. The first report, Australian Temperament Project, Melbourne: Crime Prevention Victoria.
- White, J. L., Moffitt, T.E., Earls, L., & Silva, P.A. (1990). How early can we tell? Predictors of childhood conduct disorder and adolescent delinquency. *Criminology*, 28, 507-533.
- Wyman, P. A., Sandler, I., Wolchik, S., & Neilson, K., (2000): Resilience as cumulative competence promotion and stress protection: Theory and intervention. I D. Cicchetti and J. Rappaport (Eds). *The promotion of wellness in children and adolescents*, kap.5 (pp. 133-184). Washington, DC, US: Child Welfare League of America.

# 6 Sosiale ferdigheter, beskyttende faktorer og positiv utvikling

Dette kapitlet starter med en gjennomgang av hva vi mener med sosiale ferdigheter. Vi lar så ungdommene beskrive sine egne sosiale ferdigheter, før vi viser hvordan foreldrene oppfatter at 14-15-åringene er. Vi avslutter kapitlet med glimt fra analyser som ser på forhold som bidrar til at barn utvikler seg positivt.

Kapitlet om temperamentstrekk (kapittel 4) påpekte at det er klare sammenhenger mellom psykiske plager og temperamentstrekkene Emosjonalitet og Skyhet, og at det er funnet tilsvarende sammenhenger mellom sosiale ferdigheter og lav forekomst av disse to temperamentstrekkene. Mange har derfor spurt seg om dette betyr at psykiske plager og sosiale ferdigheter simpelthen er to motpoler: Har barn og unge med mange plager få sosiale ferdigheter, og er det slik at de som har mange sosiale ferdigheter ikke har psykiske plager? Dette er imidlertid ikke tilfellet, som vi skal se.

## 6.1 Sosiale ferdigheter

Gresham & Elliot (1984), som laget skalaen vi bruker for å måle sosiale ferdigheter, definerer begrepet på følgende måte: "Sosiale ferdigheter er lært atferd som setter en person i stand til å samhandle effektivt med andre og unngå sosialt uakseptable responser". Grunnleggende sosiale ferdigheter er å ta initiativ til samspill med andre, å bekrefte andres initiativ og bygge videre på dette, og å inngå i utveksling (turtaking) der begge parter gir og tar. Sosiale ferdigheter handler slik om det å dele med andre, hjelpe andre, be om å få hjelp, videreutvikle kontakter til å bli vennskap, gi komplimenter og å si "vær så snill" og "takk". Slik atferd gjør at man kan omgås andre på smidige måter som ofte er meningsfulle for begge parter. De fleste utvikler de grunnleggende sosiale ferdighetene i løpet av de første leveårene. Har man få sosiale ferdigheter, vil dette kunne vanskeliggjøre forholdet til både voksne og jevnaldrende gjennom hele livet. Motsatt kan sosiale ferdigheter fremme trivsel og velvære. Mengden sosiale ferdigheter brukes vanligvis som overordnet mål på positiv utvikling (Masten et. al., 1999).

Vi innhentet første gang informasjon om barnas sosiale ferdigheter og sosiale tilpasning med SSRS skalaen<sup>1</sup> fra mødrene da barna var mellom åtte og ni år (t4). *Foreldreversjonen* av skalaen vi brukte (Ogden, 1995) består av 40 utsagn, 10 av hver om Samarbeidsevne (løser oppgaver sammen), Selvkontroll (kan kontrollere følelsene sine), Selvtillit (er trygg på seg selv) og Ansvarsbevissthet (tenker over hvilke konsekvenser handlinger kan få). Eksempler på spørsmål finnes i figurene senere i dette kapitlet. Versjonene som *ungdommene* fylte ut fra og med 12-13 års alder har tre av de samme underskalaene: Samarbeid, Selvkontroll og Selvtillit/trygghet, mens Empati (evnen til å leve seg inn i en annens følelser og opplevelser) erstatter skalaen om Ansvarsbevissthet. Vi har også føyd til en skala om Vennekompetanse (hvor lett de får venner). Eksempler på spørsmål finnes i figurene på de neste sidene. For hvert utsagn skal mødrene, fedrene og ungdommene selv krysse av for hvor godt de mener beskrivelsene passer på ungdommene.

### 6.1.1 Ungdommene beskriver seg selv

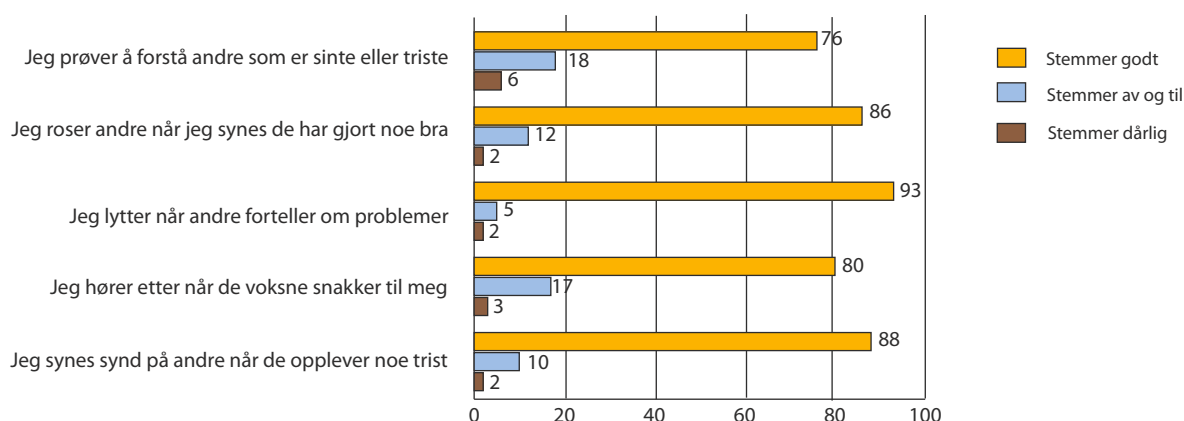
Beskrivelser av fire typer sosiale ferdigheter: Empati, Samarbeidsevne, Selvkontroll og Vennekompetanse, gir et bilde av hvordan 14-15-åringene opplever at de vanligvis er overfor andre.

**Empati og samarbeidsevne.** De aller fleste av ungdommene mener at de er flinke til å lytte til andres opplevelser og å leve seg inn i deres situasjon. Ser man de fem utsagnene under ett, svarer fire av fem at slike utsagn stemmer godt på dem, se figur 10. Vi finner et temmelig likt svarmønster når vi ser på hvordan 14-15-åringene beskriver sine samarbeidsevner, selv om det er noen flere ungdommer som mener at deres samarbeidsevner ikke alltid er gode.

<sup>1</sup>The Social Skills Rating System (SSRS) (Gresham & Elliot, 1980).



## Empati – ungdom karakteriserer seg selv



Figur 10. Empati/innlevelse - prosent.

**Selvkontroll.** Ungdommene mener at deres egen selvkontroll er mye dårligere enn deres innlevelse i andres situasjon og deres samarbeidsevne, se figur 11. Mens tre av fire sier fra når de mener at regler er urettferdige, er det langt færre som avslutter krangler med foreldrene sine på en rolig måte (vel fire av ti).

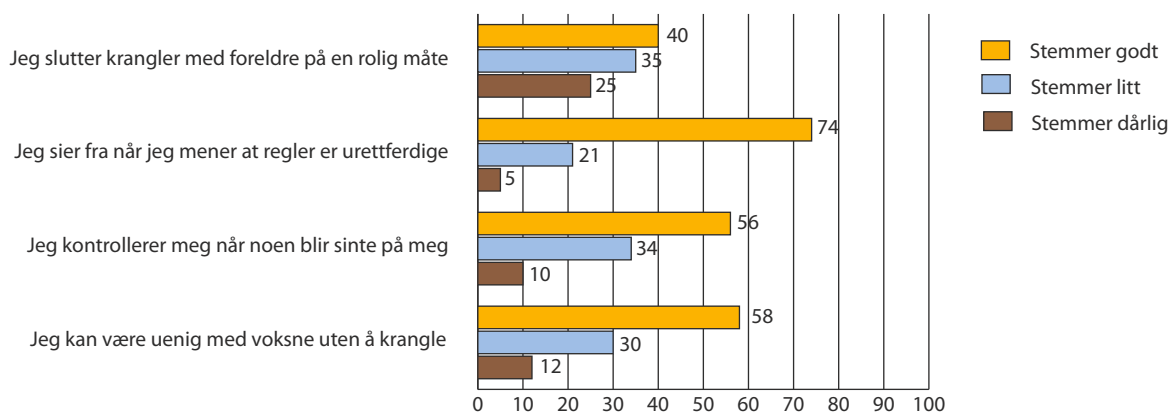
**Vennekompetanse.** Svarene varierer også når det gjelder ungdommenes vurdering av sine evner til å skaffe seg venner. Mens de fleste av 14-15-åringene synes det er ganske lett å få venner, synes nær hver

tredje (23 + 7 prosent) ungdom at det ikke nødvendigvis er slik for dem.

### 6.1.2 Foreldrene beskriver ungdommen

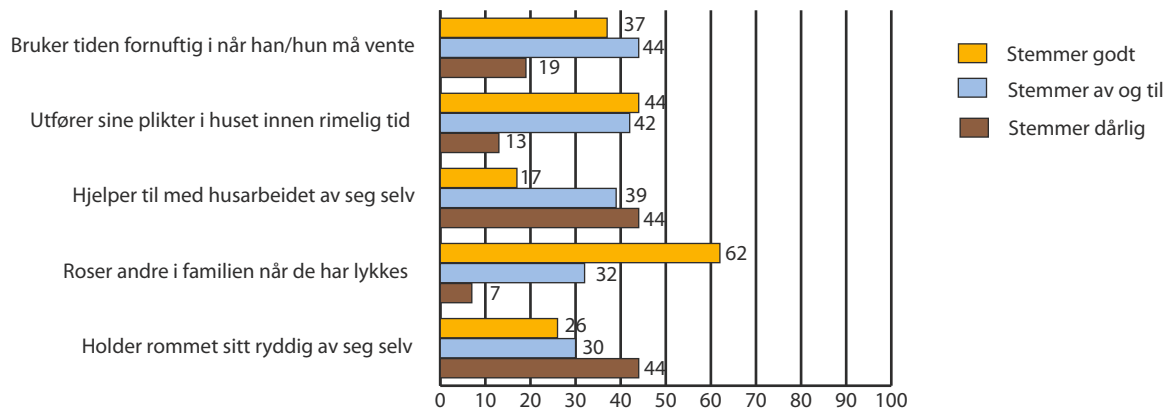
Her viser vi foreldrenes beskrivelser av 14-15-åringenes sosiale ferdigheter på fire områder: Samarbeidsevne, Ansvarsbevissthet, Selvkontroll og Selvtillit. Mødre og fedre beskriver ungdommenes egenskaper så likt at vi har slått sammen svarene deres og presenterer beskrivelsene under ett.

## Selvkontroll - ungdom beskriver seg selv



Figur 11. Selvkontroll – prosent.

## Samarbeidsevne - foreldrenes beskrivelser av ungdommen



**Figur 12.** Samarbeidsevne – Foreldrenes beskrivelse - prosent.

**Samarbeidsevne.** Foreldre flest synes at ungdommen ofte roser andre i familien når de har lyktes med noe. En mye mindre andel mener at 14-15-åringene holder rommet sitt ryddig uten å bli bedt om det, eller at de hjelper til med husarbeidet av seg selv, se figur 12. Foreldrene oppfatter ungdommene som mindre samarbeidsvillige enn det ungdommene selv mener at de er (se punkt 5.1). I gjennomsnitt synes fire av fem ungdommer (72 prosent) at beskrivelsene av gode samarbeidsevner stemmer godt med deres vurderinger av seg selv. Da foreldrene tok stilling til utsagn

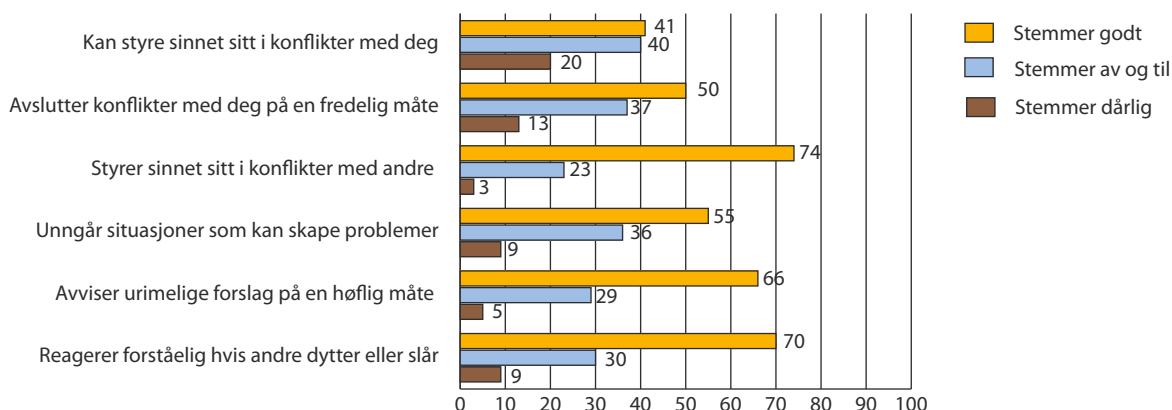
om ungdommenes samarbeidsevne, ble i gjennomsnitt kun hver tredje ungdom (35 prosent) beskrevet som såpass samarbeidsvillig. Og videre: Mens det kun var mellom tre og ti prosent av ungdommene, avhengig av utsagn, som krysset av for at de var dårlige til å samarbeide med andre, krysset mellom syv og 44 prosent av foreldrene av for dette.

Misforholdet mellom beskrivelsene kan skyldes at mange ungdommer i denne alderen er mer opptatt av vennenettverk og samarbeid med jevnaldrene enn av forholdet til foreldre. De kan derfor ha tenkt mest



FOTO: Kids Rubber ball

### Selvkontroll – foreldrenes beskrivelser



**Figur 13.** Selvkontroll – Foreldrenes beskrivelse - prosent.

på samværet med venner da de svarte på spørsmålene. Foreldrene, på sin side, svarer antakeligvis mer ut fra hvordan ungdommene er hjemme. I så fall tyder svarene på at 14-15-åringene viser bedre evner til samarbeid på arenaer utenfor hjemmet. Diskrepansen kan også skyldes forskjeller i perspektiv mellom ungdom og foreldre. Ungdommene vurderer sin samarbeidsevne "sett innenfra", og legger kanskje best merke til situasjoner der de faktisk samarbeider. Foreldre vurderer ungdommen "sett utenfra", og legger kanskje best merke til, og legger mest vekt på, situasjoner der samarbeidet kunne vært bedre.

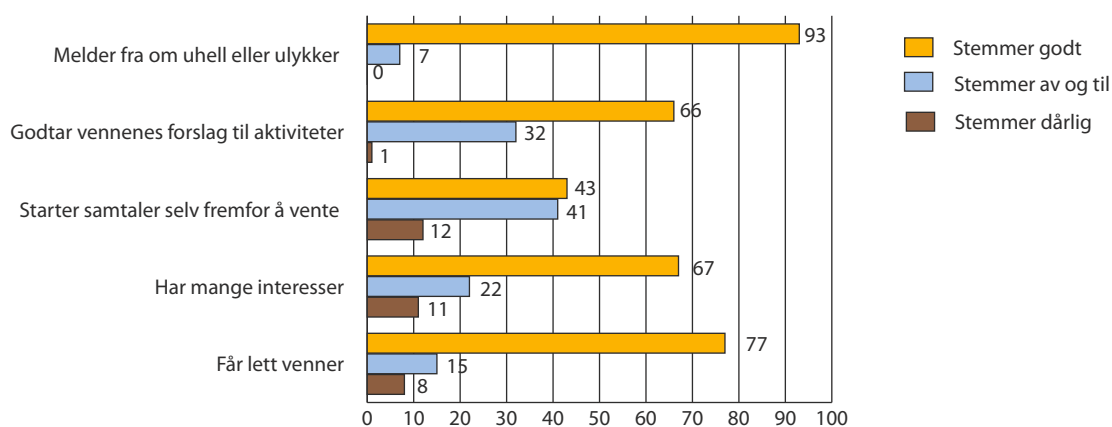
**Selvkontroll og ansvarsbevissthet.** Som figur 13 viser, mener foreldrene at 14-15-åringene har ganske god

selvkontroll, og at deres evne til å kontrollere følelsene sine er bedre enn samarbeidsevnen.

Bildet foreldrene gir av ungdommens selvkontroll er i god overensstemmelse med forståelsen de unge selv har av seg selv. Når det gjelder ansvarsbevissthet, mener (i gjennomsnitt) foreldrene til to av tre 14-15-åringene at de er temmelig ansvarsbevisste, og at ansvarsfølelsen deres er like god som selvkontrollen og mye bedre enn samarbeidsevnen.

**Selvtillit.** Til sist ba vi foreldrene vurdere hvor god tillit de mener at 14-15-åringen har til seg selv, hvor trygg de synes at han eller hun er ute blant andre. Svarene er vist i figur 14.

### Selvtillit og trygghet på seg selv – foreldrenes beskrivelser



**Figur 14.** Selvtillit og trygghet på seg selv – Foreldrenes beskrivelse - prosent.



FOTO: PhotoAlto 79

De fleste foreldre beskriver sin ungdom som trygg og med god selvtilitt, og omtrent alle mener at han/hun kan melde fra om uhell og ulykker til rette vedkommende. Også her ser vi imidlertid at foreldrene til omlag 10 prosent av ungdommene gjennomgående mener at 14-15-åringen har en god del vanskeligheter med å omgås andre på de områdene som er målt.

Når vi ser alle utsagnene under ett, framgår det at de fleste av ungdommene mener at de er temmelig empatiske. En god del er imidlertid i tvil om andre liker dem, og mange mener at selvkontrollen ikke er helt på topp. Både mødrene og fedrene mener at 14-15-åringene er temmelig ansvarsbeviste og har god selvtilitt. Den laveste gjennomsnittsverdien fikk foreldrenes vurdering av ungdommens samarbeidsevne.

### 6.1.3 Støtte fra venner

Sosial støtte er den egenskapen ved forholdet til andre som klart bidrar til god psykisk utvikling og fungering. Temaet diskuteres nøyere i innledningen til kapittel 7.5. Her slår vi kun fast at vennenettverket har stor betydning for ungdom flest. Likevel er det mange som ikke føler seg integrert i noen spesiell gruppering. To av tre ungdommer i TOPP-studien føler seg nært knyttet til vennene sine, mens hver sjettede ungdom oppgir at de ikke har noen venner som er spesielt nære. Ungdomstiden er ofte framstilt som en sårbar tid hvor vekst og endring gjør mange usikre på seg selv og sine uttryksmåter. Dette gjenspeiles i at omlag

halvparten av 14-15-åringene føler at vennene deres mange ganger ikke ønsker å høre deres meninger, og at en like stor andel forteller at de ofte føler seg utenfor, selv blant venner.

## 6.2 Beskyttende faktorer og positiv utvikling

Mange studier har søkt å finne årsaker til at barn og unge utvikler psykiske plager. Det er etter hvert slått fast at det ikke er tilstrekkelig å studere risikofaktorer for å forstå prosesser som påvirker barns utvikling. Undersøkelser rapporterer vanligvis at mellom en tredjedel og halvparten av barna som vokser opp i omgivelser preget av mange risikofaktorer likevel utvikler seg til velfungerende voksne med god sosial kompetanse, lite psykiske plager og god kontroll over sin livssituasjon. I tillegg til at noen faktorer øker sannsynligheten for at barn og unge utvikler psykiske plager, synes det også å være faktorer som fremmer positiv utvikling. Dette leder oss inn i begrepet "resiliens" (Masten, 2001; Curtis & Cicchetti, 2003).

Definisjonen av resiliens spesifiserer to krav som må være oppfylt for at et forløp skal karakteriseres som resiliert: 1) tilstedeværelse av en alvorlig risiko, og; 2) godt utfall, på tross av denne risikoen.

Tradisjonelt har tre ulike typer fenomener inngått i forskningen på resiliens:

- gjenhenting av tidligere funksjonsnivå etter alvorlige samfunnsmessige belastninger som krig og politisk forfølgelse;
- opprettholdelse av fungeringsnivået på tross av alvorlige enkeltbelastninger som skilsmisse og alvorlige tap; og
- uventet god fungering under langvarige, ikke-optimale oppvekstbetingelser som psykisk syke foreldre, omsorgssvikt, oppvekst i sterkt belastet nærmiljø osv.

Det er viktig å merke seg at resiliens ikke er en individuell egenskap, men et kjennetegn ved visse *utviklingsforløp*. Begreper som "løvetannbarn" eller "motstandsdyktige barn" er for statiske og individfokuserende, og derfor misvisende. Resiliens henviser derimot til et utviklingsforløp som inkluderer: 1) barnet, 2) situasjonen, og 3) tidsaspektet. Ingen barn er motstandsdyktige i alle typer situasjoner, overfor alle typer påvirkninger eller i alle tidsperioder (Rutter, 2000).

Tenkning fra resiliensforskning innebærer at vi må studere ressurser hos barn, i tillegg til å studere individuelle forhold som gjør dem sårbare. På samme måte må vi studere forhold i omgivelsene som beskytter barn mot å utvikle plager, i tillegg til å se etter risikofaktorer som gjør dem mer utsatte. Alle disse typene av faktorer må inkluderes i studier av hva som henger sammen med positiv og negativ utvikling hos barn. Særlig viktig er det å studere utviklingen hos barn som lever med betydelige belastninger, slik at vi kan sette inn forebyggende og behandlende tiltak overfor disse (Sanson, Hemphill, & Smart, 2002). Samlet betyr dette at studier av utviklingsforløp bør inkludere måling av positive utfall som kompetanse, helse og god mestring, i tillegg til at det innhentes informasjon om plager. TOPP-studien ble planlagt med dette for øye, og anvender flere mål på mestring og sosiale ressurser (se oversikt over skalaer i vedlegg 1). Sosiale ferdigheter hos barn ble målt med en 40-spørsmåls-indeks (SSRS) (Gresham & Elliot, 1980), mens mer enn 30 spørsmål fanger opp informasjon om sosiale ressurser og sosial støtte, slik som kontakt, respekt, tilhørighet og hjelp fra henholdsvis partner, familie, venner og naboer.

Da vi startet undersøkelsen av barn som utviklet seg positivt til tross for at de vokste opp i miljøer med betydelige utfordringer, undersøkte vi først om det var slik at sosiale ferdigheter og psykiske plager

simpelthen var "speilbilder" av hverandre: Om barn med gode sosiale ferdigheter ikke hadde nevneverdig grad av psykiske plager, mens barn med mange psykiske plager hadde dårlige sosiale ferdigheter. Vi fant at dette ikke var tilfelle. En femtedel av barna med betydelige psykiske plager hadde samtidig god sosial kompetanse. En tilsvarende andel hadde verken mye problemer eller gode ferdigheter. Positiv og negativ psykisk utvikling er derfor ikke motpoler i et lineært system (Mathiesen & Prior, 2006).

Vi fant klare sammenhenger mellom oppvekstkår og temperamentstrekk som var til stede da barna var halvannet år og deres fungering som åtteåringer. Temperamentstrekk som allerede var til stede så tidlig, mengden sosial støtte mødrene fikk fra familie, venner og naboer, og mengden av belastninger mødrene hadde på dette tidspunktet, betydde mye for hvordan det var gått med barna syv år senere (disse forholdene forklarte mellom 16 og 22 prosent av variasjonen i henholdsvis psykiske plager og sosial kompetanse hos barna syv år senere) (Mathiesen & Prior, 2006).

*På den ene siden viser dette at en stor del av barns utviklingspotensiale allerede er til stede i svært ung alder, bestemt av deres temperamentstrekk og oppvekstkår. På den andre siden tydeliggjør dette at barn flest er fleksible, og at deres utvikling og atferd (både positiv og negativ atferd) kan endres betydelig dersom sentrale forhold i oppvekstmiljøet endres. Det kan med andre ord være grunn til optimisme til tross for en begynnende negativ utvikling, dersom vi iverksetter gode hjelpetiltak.*

## Referanser

- Curtis W. J., & Cicchetti, D. (2003). Moving research on resilience into the 21<sup>st</sup> century: Theoretical and methodological considerations in examining the biological contributions to resilience. *Development and Psychopathology*, 15, 773-810.
- Gresham, F. M. & Elliot, S. N. (1980). *Social Skills Rating System*. Circle pines, MN: American Guidance Service.
- Gresham, F. M. & Elliott, S. N. (1984). Assessment and Classification of children's social skills. A review of methods and issues. *School Psychology Review*, 13 (3), 292-301.
- Masten, A. S., Hubbard, J. J., Gest, S. D., Tellegen, A., Garmenzy, N., & Ramirez, M. (1999). Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Development and Psychopathology*, 11, 143-169.
- Masten, A. S. (2001). Ordinarily Magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227-238.
- Mathiesen, K. S. & Prior, M. (2006). The impact of temperament factors and family functioning on resilience processes from infancy to school age. *European Journal of Developmental Psychology*, 3, 357-387.
- Ogden, T. (1995). *Kompetanse i kontekst: En studie av risiko og kompetanse hos 10- og 13-åringar*. Rapportserie fra Norwegian institute of child welfare research, 3, Oslo, Norway.
- Rutter, M. (2000). Resilience reconsidered; Conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. I J. P. Shonkoff and S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention*, (pp. 651-682). University Press, Cambridge.
- Sanson, A., Hemphill, S. A. & Smart, D. (2002). Temperament and social development. I P. Smith & C. Hart (Ed.): *Handbook of Childhood Social Development*. Blackwell Publishers (Oxford).

# 7

## Foreldrenes psykiske helse og levekår

I dette kapitlet forlater vi ungdommene for en stund. Vi går over til å se på symptomer på angst og depresjon hos foreldrene, og på forholdet dem imellom. En rekke studier har vist at et forhøyet symptomnivå henger sammen med langvarige belastninger, negative livshendelser og mangel på sosial støtte (Brown, Harris, & Eales, 1996; Rutter 2000). Disse forholdene omhandles derfor også i kapitlet. Vi avslutter med å presentere resultater fra TOPP-studien som belyser hvilke faktorer som økte sannsynligheten for at mødre utviklet psykiske plager da indeksbarna var i førskolealder.

### 7.1 Psykisk helse og psykiske plager

I følge en undersøkelse utført av Verdensbanken og Verdens Helseorganisasjon, ble depresjon rangert som nummer fire av sykdommer når det gjelder funksjonstap i global sammenheng i 1996 (Murray & Lopez, 1996) og som nummer to 2002.

Oppsummert er alvorlig depresjon:

- den mest utbredte og den mest kostbare av de psykiske sykdommene
- hyppig forekommende sammen med de fleste andre psykiske plager og sykdommer
- sterkt kompliserende ved kroniske fysiske sykdommer og funksjonstap
- blant de sykdommene som trolig medfører lavest hjelpesøking i forhold til utbredelse og funksjons hemming
- ofte tilbakevendende hvis en depressiv episode har fått utvikle seg
- en sykdom hvor vi har effektive behandlingsmetoder
- en sykdom hvor vi har effektive forebyggende tiltak
- en sykdom som fører til dødelighet for omtrent dobbelt så mange som de som dør i trafikken

**Kjennetegn:** Alvorlig depresjon er en psykisk sykdom uten skarp avgrensning til normal sorg, nedstemthet eller svingninger i stemningsleiet. Følgende symptomer er sentrale: senket stemningsleie, tristhet, skyldfølelse, tap av interesse, initiativløshet, konsentrasjonsproblemer, søvnproblemer, endret appetitt (øket eller senket), tanker om døden og eventuelt selvmordstanker. En skiller mellom klinisk og subklinisk depresjon. *Klinisk depresjon*, eller alvorlig depresjon, kan inndeles i bipolar affektiv lidelse (kjennetegnet ved at stemningsleiet svinger mellom oppstemthet og nedstemthet), unipolar depresjon (kjennetegnet ved én eller flere avgrensede depressive perioder) og dystymi (kjennetegnet ved at stemningsleiet er moderat senket over lengre tid, uten særlige svingninger). Ved *subklinisk depresjon* foreligger bare enkelte av de depressive symptomene, og tilstanden er ofte kombinert med symptomer på angst. Brown og Barlow (1992) rapporterer i sin studie at 50 prosent av pasienter med en primær angstlidelse har minst én annen klinisk signifikant angstlidelse eller en depressiv lidelse. *TOPP-studien måler, og omhandler, kun subklinisk depresjon.*

Angstsymptomer kjennetegnes gjerne av ukontrollerbar bekymring i tillegg til en rekke kognitive og somatiske symptomer som muskelspenning, rastløshet/indre uro, trøtthet, irritasjon, konsentrasjons- og søvnproblemer. Angst og depresjon kan ha delvis overlappende symptomer og forekommer ofte samtidig (Dalgard & Bøen, 2007).

**Forekomst:** Depresjon forekommer i alle livsfaser. Hvor stor forekomst av depresjon en finner, varierer fra studie til studie (Blazer, Kessler, McGonagle, & Swartz, 1994). I en stor undersøkelse i Oslo (Kringlen, Torgersen, & Cramer, 2001) ble livstidsprevalensen (andelen av befolkningen som hadde vært klinisk deprimerte en eller annen gang i løpet av livet) av alvorlig depresjon beregnet til å være rundt 18 prosent, mens 12-måneders prevalensen (andelen av befolkningen som hadde vært klinisk deprimerte en eller annen gang i løpet av det siste året) var på vel 15 prosent. Tilsvarende resultater ble funnet av Kessler og kolleger (NCS-R) (Kessler, et al., 2003) med livstidsprevalens av alvorlig depresjon på vel 16 prosent

og 12-måneders prevalens på nær syv prosent. Hos voksne i Oslo og i en kommune på Østlandet fant man en fireukers forekomst på omlag ni prosent (Ayuso-Mateos, et al., 2001). Hyppigheten av depresjon er beskrevet som høyere i Oslo enn i fylker som Sogn og Fjordane (Kringlen, Torgersen, & Kramer, 2006).

Hos voksne er det de unipolare depresjonene som dominerer i hyppighet, mens bipolar affektiv depresjon rammer mindre enn én prosent. I en oversiktsartikkel basert på 55 internasjonale studier i perioden 1990–2001, konkluderer Rosenvinge og Rosenvinge (2003) med at depresjon forekommer hos 19 prosent av eldre over 60 år. Blant eldre i sykehjemsavdelinger og i sykehusavdelinger er forekomsten dobbelt så høy. I vestlige samfunn forekommer depresjon hyppigere blant kvinner enn blant menn; i mange undersøkelser omlag 50 prosent hyppigere. Noe av dette kan skyldes at depresjon kan arte seg annerledes hos menn enn hos kvinner, med mindre fremtredende nedstemthet. Dette gjør det vanskeligere å identifisere lidelsen hos menn (Dalgard & Bøen, 2007).

**Årsaker og særlig utsatte grupper:** Årsakene til depresjon er mangeartete. Ved de mer sjeldne depressive sykdommene (bipolar affektiv depresjon og

alvorlig unipolar depresjon) spiller arv en betydelig rolle, mens psykologiske forhold og sosiale miljøfaktorer er viktigere ved de andre typene av depresjon (dystymi og subklinisk depresjon). Når det gjelder psykologiske forhold hos voksne, er det funnet at personlighetsavvik, med tendens til kognitive feilslutninger i form av såkalt "automatiske negative tanker", gjerne spiller en viktig rolle, mens negative livshendelser i form av taps- eller trusselopplevelser ofte er utløsende faktorer. Depresjon er også ofte knyttet til somatisk sykdom. Manglende sosial støtte, manglende sosial integrasjon i arbeidsliv og vennegruppe og manglende sosial deltakelse i nærmiljø og organisasjonsliv øker risikoen for utvikling av depresjon (Weisæth & Dalgard, 2000).

### 7.1.1 Mødre og fedre med 14-15-åringer

Mestring av daglige problemer og opplevelse av å ha overskudd, er viktig for trivsel og selvfølelse. Det å være foreldre innebærer både positive og berikende opplevelser og ekstra påkjenninger. Mange foreldre har en arbeidskrevende og stressende hverdag som stiller store krav. I TOPP-studien ble symptomer på angst og depresjon målt med SCL-25 fordi denne skalaen har vist seg å være et pålitelig screeningin-



FOTO: Luth&co



strument som gir informasjon om de mest vanlige formene for symptomer i befolkningsundersøkelser (Tambis & Moum, 1993). SCL-25<sup>1</sup> skalaen inneholder 10 ledd for symptomer på angst og 15 ledd for symptomer på depresjon. Eksempler på spørsmål er: "Blir plutselig skremt uten grunn", "Er rastløs, kan ikke sitte rolig", og "Føler at du ikke er verdt noe". Hvert av leddene rangeres på en skala fra 1 (ikke i det hele tatt) til 4 (svært mye) i forhold til opplevde symptomnivå siste uke.

Vi fant at de fleste mødre opplevde perioden med barn som meningsfull og givende. Likevel, da barna var halvannet år gamle, hadde 12 prosent av dem såpass betydelige psykiske plager at dette i stor grad gikk ut over deres daglige fungering og livskvalitet<sup>2</sup> (skårer på 1.75 eller over) (Mathiesen, Tambis, & Dalgard, 1999). Prosentandelen sank til om lag åtte prosent da barna var to og ett halvt år (Nærde, et al., 2000), og til rundt syv prosent både da barna var fire og et halvt og åtte og et halvt år. Da barna var ved inngangen til ungdomsalder, 12-13 år, steg mødrenes symptomnivå og holdt seg fortsatt høyt to år senere: Da barna var 14-15 år, hadde 13 prosent av mødrene en betydelig mengde symptomer på angst og depresjon. Kanskje dette henger sammen med at det kan være mer belastende å ha omsorgen for ungdommer enn for barn som er noe yngre?

Fra og med 14-15-årsundersøkelsen fylte også fedrene ut et eget spørreskjema. Det var 84 prosent av dem som syntes å ha lite psykiske plager, ni prosent hadde moderate symptomer, mens syv prosent hadde betydelige plager (skårer på 1.75 eller over). Vi har ikke opplysninger fra fedrene fra tidligere runder, og vet derfor ikke om andelen fedre med psykiske plager har endret seg med barnets alder. En ny norsk studie av 803 tilfeldig utvalgte menn i alle aldre, med og uten barn, viste at 11 prosent hadde et høyt symptomnivå (skåre på 1.75 eller over på SCL-25) (Sandanger, Nygård, Sørensen, & Dalgard, 2006). Andelen menn med betydelige plager i denne undersøkelsen er derved omtrent i samme størrelsesorden som det vi fant i TOPP-studien. Vi vet imidlertid ikke om det vanligvis er slik at norske fedre har flere eller færre symptomer på psykiske plager enn menn uten barn, og om forekomsten vi fant i TOPP-studien derved kan sammenlignes med tall fra denne andre undersøkelsen. Imidlertid fant en australsk undersøkelse av 10 641 voksne kvinner og menn at det å ha barn ikke var en risikofaktor for å ha psykiske problemer. De fant ingen signifikante forskjeller i mengden

psykiske plager da utvalget ble delt inn i grupper med henholdsvis fedre og menn uten barn, og mødre og kvinner uten barn (de Vaus, 2002).

## 7.2 Sivilstatus, bofellesskap og partnerforhold

Familiestrukturene i samfunnet er i stadig utvikling og forandring. Færre gifter seg og flere skiller seg i dag enn for 30 år siden. Det er ulike årsaker til disse endringene. Mange velger å gifte seg og få barn senere i livet, synet på samboerskap og skilsmisse er blitt mer liberalt, og kvinner deltar oftere i yrkeslivet. Dette fører til at en stor andel mødre og fedre til enhver tid lever alene med barnet/barna. I 2006 bodde 25 prosent av alle barn i Norge i alderen 0-17 år sammen med kun én av foreldrene. Av disse bodde 86 prosent hos mor. Om lag en tredjedel av barna som kun bor sammen med én av foreldrene bor likevel i familier med to voksne, det vil si at de bor sammen med en stefar eller stemor (SSB). Det er derved 18 prosent av alle barn som kun bor sammen med én voksen og eventuelle søsken.

Familiemønstrene i TOPP-studien ligner det som er vanlig ellers i landet. Det er 28 prosent av ungdommene som svarte som bor sammen med kun én av sine biologiske foreldrene, og de aller fleste av disse bor sammen med mor. Nær hver femte mor, 18 prosent, bor alene med 14-15-åringen og eventuelle andre barn, uten andre voksne i husholdningen. I tillegg har nesten halvparten av disse en fast partner de ikke bor sammen med. Dette betyr at 90 prosent av mødrene enten har ektefelle, samboer eller fast partner. Det var flere mødre (n=481) enn fedre (n=370) som fylte ut skjemaer i denne sjette innsamlingsrunden. Av fedrene som har svart, oppga 90 prosent at de bor sammen med ektefelle eller samboer, mens ytterligere fem prosent har en fast partner de ikke bor sammen med. Det er derved 95 prosent av fedrene som fylte ut skjemaet som enten har ektefelle, samboer eller fast partner.

Prosentandelen av mødre som oppgir at de bor sammen med en partner er gått litt ned siden starten av studien. Ved de tre første innsamlingstidspunktene hadde rundt 90 prosent av mødrene ektefelle eller samboer. Da barna var rundt åtte år, bodde 86 prosent av mødrene sammen med en partner. Dette gjaldt for 83 prosent av mødrene da barna var 12-13 år, mens 82 prosent av mødrene hadde ektefelle eller samboer da barna/ungdommene var 14-15 år.

<sup>1</sup> Hopkins Symptom Checklist (Winokur, Winokur, Rickels, & Cox, 1984).

<sup>2</sup> Symptomnivå for SCL er oftest definert ved hjelp av to skillepunkter, der verdier under 1.55 er normalvariasjon, verdier mellom 1.55 og 1.75 indikerer moderate symptomer og verdier fra 1.75 og oppover tyder på mange, eller tydelige, symptomer på angst og depresjon og mulig sykdomsdiagnose (Sandanger, 1999).

### 7.2.1 Parforhold. Foreldre som bor sammen og hver for seg

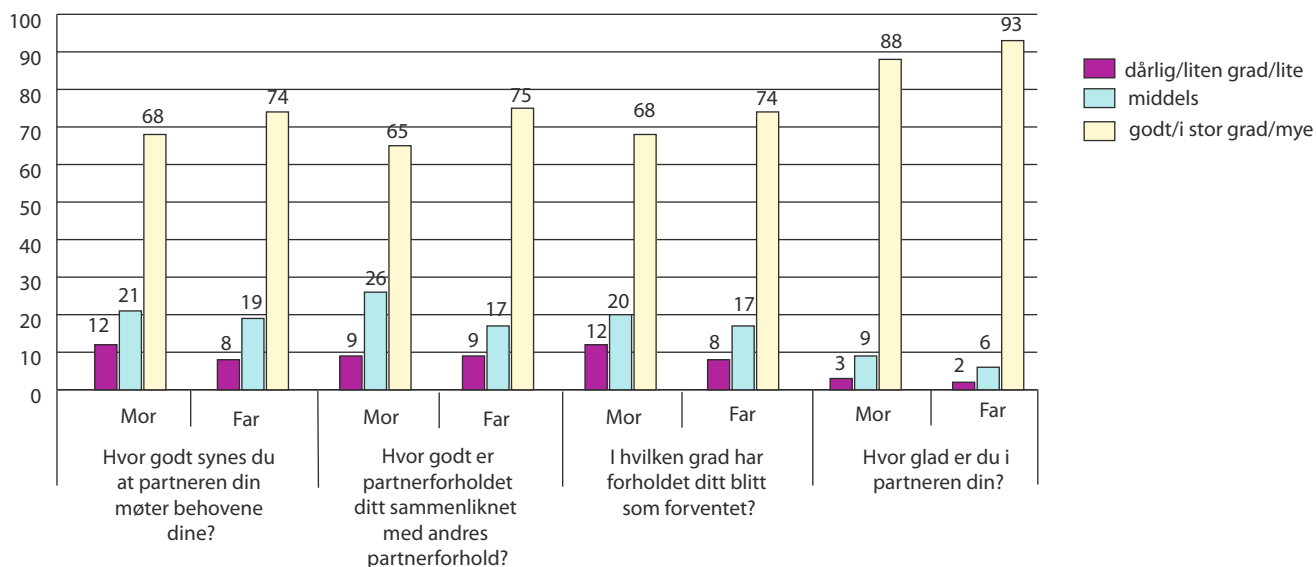
Forskning viser at de som er gift eller lever i samboerforhold gjennomgående har bedre psykisk og fysisk helse enn ugifte og tidligere gifte. Dette kan dels henge sammen med at ektefeller og samboere gir partneren sosial støtte, dels at gifte og samboere har mindre økonomiske problemer enn de som bor alene (Penman, 2005). Lau, Moum, Sørensen og Tambs (2002) har undersøkt sammenhengen mellom psykisk helse og sivilstatus i Norge. De tok utgangspunkt i data fra 37 418 personer som deltok i helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT), og fant at både gifte og samboende har færre symptomer på angst og depresjon enn single og skilte. Man finner størst forskjell når man sammenligner gifte med skilte, enker og enkemenn. Resultatene viste også at gifte og samboende har færre episoder med alvorlig depresjon i løpet av livet enn enslige og tidligere gifte. Viktige faktorer som virket inn på det nåværende symptomnivået til gifte og samboende var god økonomi, opplevelse av å ha nok venner og å være godt integrert i lokalsamfunnet og det å ha et godt selvbylde.

Hva kan årsaken være til at man finner denne sammenhengen mellom god psykisk helse og det å ha en fast partner? Er det på grunn av selveleksjon, eller er det andre underliggende faktorer som virker inn? Det kan tenkes at de som gifter seg eller er i faste forhold er personer som i utgangspunktet har god psykisk helse og derved lettere for å tiltrekke seg og holde på en partner. I tillegg kan det at man finner dårlig psykisk helse hos personer som har oppløst ekteskap eller samboerskap bak seg, skyldes belastninger som er forårsaket av selve oppløsningspros-

essen. En annen mulig årsak til at gifte personer har bedre psykisk helse enn tidligere gifte, kan være at de som lever alene oftere har vedvarende belastninger, slik som økonomiske problemer og sosial isolasjon, noe som igjen kan gi psykologisk stress. Funn fra en longitudinell studie over ti år av 2176 menn og kvinner i HUNT-studien tyder på dette. Lau og kolleger (2002) fant at de som hadde endret sivilstatus fra enslig til gift/samboer hadde en nedgang både i antall belastninger og i symptomer på angst og depresjon.

Selv om forskning viser at det å være i et parforhold kan virke beskyttende, betyr ikke dette at parforhold nødvendigvis er beskyttende i seg selv. Hvis forholdet er konfliktfylt og dårlig, kan det være en belastning for partene å leve sammen. Flere forskere har funnet at manglende tilfredshet i ekteskapet og mange konflikter henger sterkt sammen med depresjon hos mødre (Eberhard-Gran, et al., 2002; Demo & Acock, 1996).

Hvordan ulike aspekter ved parforholdet virker inn på den psykiske helsen, er et tema vi ønsket å få vite mer om i TOPP-studien. Vi ba mødrene og fedrene om å vurdere kvaliteten av sitt forhold, enten de var sammen med barnets biologiske far/mor eller hadde en ny partner. Her er det imidlertid viktig å huske på at det er flere mødre enn fedre som har svart på skjemaet. I de aller fleste tilfellene hvor fedre har fylt ut et skjema, har også barnets mor gjort dette. Det er imidlertid en god del mødre som beskriver sitt forhold til barnets far eller forholdet til samboer/fast partner uten at mors partner har fylt ut et tilsvarende skjema. Vi undersøkte om resultatene vi fant kunne være påvirket av denne forskjellen i svarprosent ved å utføre de



Figur 15. hvordan mødre og fedre vurderer forholdet sitt – prosent.

samme analysene i to utvalg: et utvalg som inkluderte alle som hadde svart på skjemaet, og et utvalg som kun inkluderte skjemaer fra familier hvor både mor og far har svart. Der det er forskjeller mellom resultatene i de to utvalgene, er dette angitt i teksten.

**Tilfredshet med partner og forholdet.** Hele 90 prosent av fedrene og omlag 80 prosent av mødrene føler seg nært knyttet til partneren sin. De aller fleste er også glad i partneren sin. Men når de sammenligner sitt eget forhold med andres, vurderer likevel 35 prosent av mødrene og 25 prosent av fedrene forholdet sitt til å være middels godt eller dårligere enn andres. I underkant av 10 prosent ønsket at de ikke hadde giftet seg eller blitt sammen med partneren sin. Dette er nærmere illustrert i figur 15 på forrige side.

Figuren viser at mødrene og fedrene er ganske enige i vurderingen av forholdet de er i, men en generell tendens kan sies å være at fedrene jevnt over er litt mer fornøyde med forholdet og partneren sin enn det mødrene er. Disse tendensene var omtrent like i de to utvalgene av foreldre.

**Enighet på sentrale livsområder.** Det er høy grad av enighet mellom mødrene og fedrene på de fleste områder i livet. I tabell 12 ser vi at det er under fem prosent av mødrene og fedrene som oppga at de sjelden eller aldri er enig med partneren om sentrale temaer i hverdagen. Vi finner den største forskjellen i svarene mellom foreldrene når det gjelder forholdet til deres foreldre/svigerforeldre, men heller ikke her er forskjellene store. Alt i alt er fire av fem par ofte enige på viktige områder i livet.

**Konflikter i forholdet.** Omlag hver fjerde mor (27 prosent) og far (24 prosent) sier at de har noe, eller mye, problemer med å få forholdet til partneren til å fungere godt. Dette betyr ikke nødvendigvis at samværet i familien preges av krangling og fiendtlighet. Oppfatningene av hva som er krangling, kan også variere etter hvem som beskriver det. I TOPP-studien sier syv av ti foreldre at de sjelden eller aldri krangler med hverandre. I de (348) familiene hvor både mor, far og ungdom har svart på spørreskjemaer, synes ungdommene at foreldrene krangler oftere enn det som foreldrene selv oppgir. Mens 38 prosent av ungdommene mener at foreldrene krangler en del, sier 29 prosent av mødrene og fedrene det samme. Det er åtte prosent av fedrene som bor sammen med barnets mor som oppgir at de krangler med henne ukentlig, mens fem prosent av mødrene sier det samme. På spørsmål om hvor ofte de synes at kommunikasjonen dem imellom er preget av sinne og fiendtlighet, svarer 25 prosent av mødrene som lever sammen med barnets far at dette skjer flere ganger i måneden, mens 16 prosent av fedrene oppgir det samme. Hvorfor det er forskjell mellom svarene fra mødrene og fedrene her, vet vi ikke. Det kan hende at mødrene og fedrene har forskjellig oppfatning av hva som er "sinne og fiendtlighet", eller det kan være at mødrene er mer følsomme for negative kommentarer og legger mer merke til dette når det forekommer.

**Kommunikasjon mellom foreldre som ikke bor sammen.** Andelen barn som bor sammen med begge foreldrene i Norge synker gradvis. 1989 var det første året SSB publiserte barnestatistikk. Da bodde

**Tabell 12.** Enighet på sentrale livsområder - prosent

	Ofte/alltid enig		Av og til enig		Sjelden/aldri enig	
	Mor	Far	Mor	Far	Mor	Far
Hvordan vi ser på livet	82	84	15	14	3	2
Hvordan vi skal ordne økonomien	86	84	10	13	4	3
Hvilke ting vi synes er viktige	78	80	18	18	4	2
Hvordan vi skal bruke ferie og fritid	83	84	13	12	4	4
Forholdet til våre foreldre/svigerforeldre	81	76	15	20	4	4
Hvor mye tid vi bør tilbringe sammen	77	81	18	16	5	3

82 prosent av alle barn i alderen 0-17 år sammen med begge foreldrene. I 2006 bodde omtrent en fjerdedel av alle barn mellom 0-17 år sammen med én av foreldrene.

Det er nå 30 prosent (144 mødre) av mødrene som fylte ut skjemaet i TOPP-studien da barna var 14-15 år som ikke bor sammen med ungdommens biologiske far. Det er flere enslige mødre enn enslige fedre som har svart på skjemaet. Dette betyr at en god del mødre beskriver sitt forhold til barnets far uten at barnets far har beskrevet sitt forhold til barnets mor. I det følgende ønsker vi både å belyse hva mødre og fedre som ikke bor sammen forteller om kommunikasjon og samarbeid, og å undersøke om mødre og fedre som *begge* har fylt ut spørreskjemaet svarer forskjellig fra mødre og fedre hvor *kun én* av dem har gjort dette.

For å kunne belyse dette siste temaet, delte vi svarene til foreldre som *ikke bor* sammen inn i fire grupper. *Gruppe én* består av de 113 mødrene som besvarte spørsmålene om kommunikasjon og samarbeid. Dette er om lag 80 prosent av de 144 mødrene som ikke bor sammen med ungdommens far. Vi har også skjemaer fra 52 av fedrene til barna til disse mødrene, men mangler derved svar fra 61 av fedrene. *Gruppe to* består av de 63 fedrene som besvarte spørsmålene, hvor vi også har skjema fra 52 mødre men mangler svar fra 11 mødre. *Gruppe tre og fire* inkluderer de 52 mødrene og fedrene hvor begge besvarte spørsmålene.

På spørsmålet "Hvis du ikke bor sammen med barnets far/mor, hvordan vil du karakterisere kommunikasjonen mellom dere?", fikk vi følgende fordeling av svar fra mødrene og fedrene som var delt inn i de fire gruppene, se figur 16:

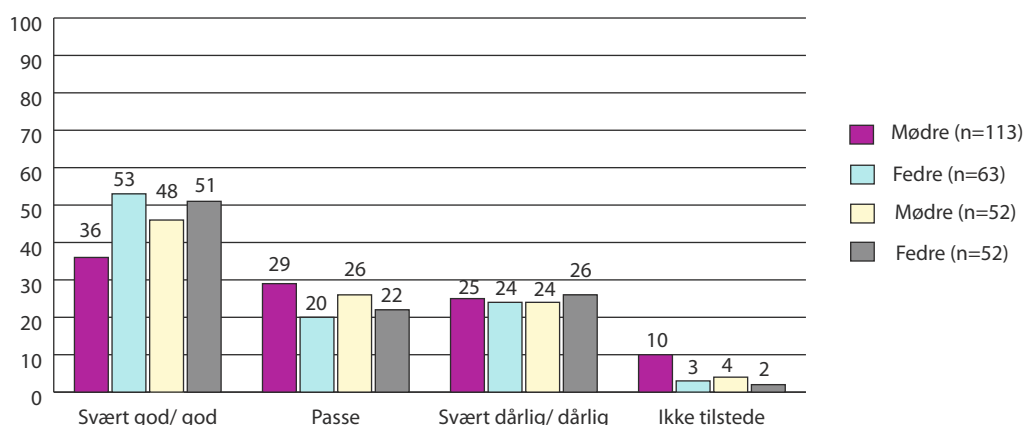
Det kan være vanskelig for mødre og fedre som ikke lengre bor sammen å kommunisere godt. Den største andelen foreldre, fra alle de fire gruppene, sier likevel at kommunikasjonen er god. I tillegg krysser mellom 22 og 29 prosent av for at de synes at kommunikasjonen er passe god, mens mellom 24 og 26 prosent mener at den er dårlig eller svært dårlig. Mødre og fedre fra gruppen hvor begge har svart (52 par) svarer ganske likt. Det er imidlertid en gjennomgående tendens til at mødrene i gruppe én (de 113 som besvarte skjemaet, men hvor vi mangler skjemaer fra 61 fedre) synes kommunikasjonen med barnets far er dårligere enn det som både mødrene og fedrene i de andre gruppene synes. Overensstemmende med dette, sier én av ti mødre fra denne gruppen at de overhodet ikke har kommunikasjon med barnets far, mens kun fire prosent av mødrene hvor også fedrene besvarte spørsmålene svarer slik. Dette tyder på, ikke overraskende, at det er en større andel av fedre som har god kommunikasjon med mødrene som har fylt ut skjemaet. I par med dårlig kommunikasjon har antakeligvis færre fedre fylt ut.

### 7.3 Belastninger foreldre lever med

Foreldrene fikk spørsmål om de i løpet av de siste 12 månedene hadde hatt belastninger på én eller flere av 12 områder som var listet opp i skjemaet, gjengitt i figur 17. Spørsmålene var laget slik at foreldrene kunne krysset av for om de hadde hatt de ulike belastningene i det hele tatt, og i tilfelle hvor stor belastningen hadde vært. Vi presenterer her hvorvidt foreldrene har hatt eller ikke hatt de oppgitte belastningstypene.

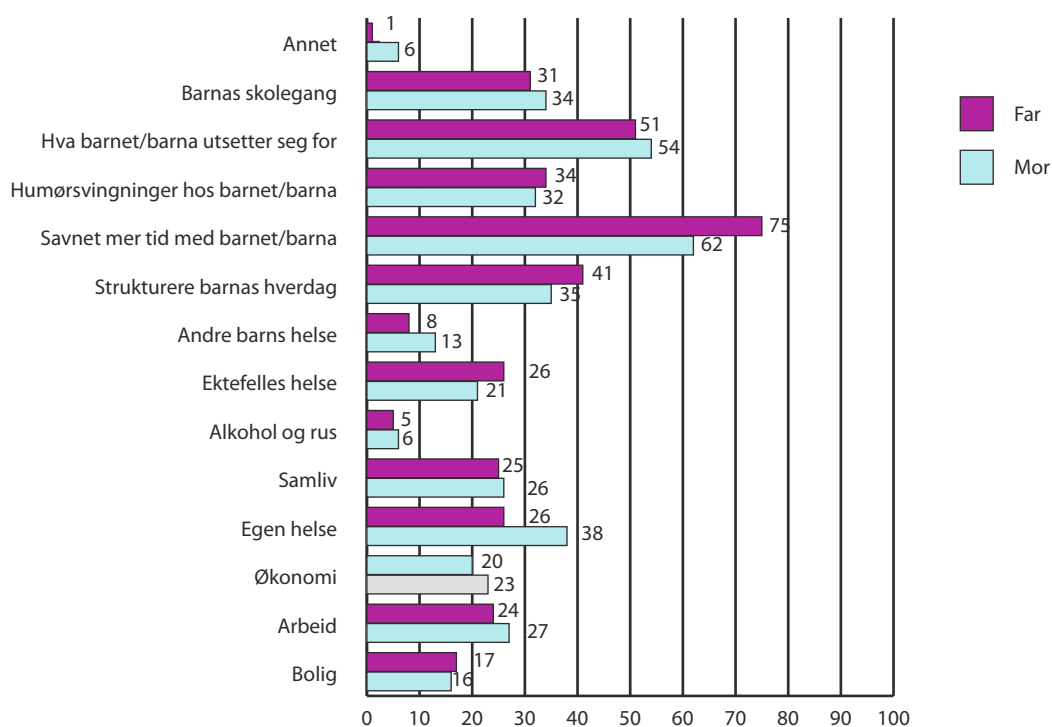
Det var kun små forskjeller mellom mødrenes og fedrenes beskrivelser av antallet, og typer, belast-

Kommunikasjonen mellom foreldre som ikke bor sammen – prosent.



Figur 16. Kommunikasjonen mellom foreldre som ikke bor sammen – prosent.

## Belastninger siste år på følgende områder:



**Figur 17.** Typer belastninger som mødre og fedre lever med – prosent.

ninger de har hatt det siste året. I gjennomsnitt har begge grupper hatt vansker på mellom tre og fire av de 12 områdene. Antallet belastninger varierte mye fra familie til familie. Mens omlag hver femte familie ikke har hatt vansker på noen av de oppgitte områdene, hadde hver fjerde mor og far hatt problemer på fem eller flere. Det er de barnerelaterte problemene som dominerer. Tre av fire familier har hatt belastninger knyttet til barnets helse, humør, struktur, fritidsaktiviteter eller skolegang. Figuren over illustrerer andelen familier som har hatt de ulike typene av problemer i løpet av de siste 12 månedene.

Hele 75 prosent av fedrene savner å ha mer tid med barna. Det samme gjelder for 62 prosent av mødrene. Dette kan tyde på at mødrene har noe mer tilgang til barna enn fedrene, og skyldes kanskje at andelen mødre som ikke arbeidet fulltid utenfor hjemmet (en tredjepart) er langt større enn andelen fedre som har en slik ordning (kun fire prosent). Mer enn halvparten av både mødrene og fedrene engster seg for hva ungdommene kan utsette seg for i fritiden. I tillegg domineres bildet av vanlige problemer med barns humør og skolegang.

Andelen mødre som har problemer med egen helse (funksjonshemming, kroppslig sykdom) er fremdeles like stor nå som det var så to år tidligere da barna var 12-13 år (38 prosent). Hver fjerde mor og far oppgir

at de har hatt samlivsproblemer (mye krangel, alvorlige samlivsproblemer, separasjon eller skilsmisse) siste år.

### 7.3.1 Sammenhenger mellom belastninger og psykiske plager

**Mødre.** Videre analyser viste at det særlig var belastninger med helse og samliv, sammen med engstelse for hva barnet kan utsette seg for på fritiden og engstelse for barnas skolegang som samvarierte med høyt symptomnivå hos mødrene. Belastninger relatert til barna (helse, struktur, humør, skole og fritid) berørte mødrene psykiske helse mer enn det belastende levekår gjorde.

**Fedre.** Fedrenes symptomnivå var knyttet til bekymringer med egen helse, og i enda større grad enn hos mødrene, til samlivsproblemer og rusproblemer i familien. Deres symptomnivå var også knyttet til engstelse for hva barnet kan utsette seg for på fritiden. Fedrenes symptomnivå var likevel sterkere knyttet til levekårsrelaterte belastninger (økonomi, bolig, arbeid, ektefelles helse) enn til belastningstyper knyttet til barn. Dette er kanskje naturlig når vi tenker på at fedrene var eneforsørger/hovedforsørger i omlag hver tredje familie.

**Belastninger og negative livshendelser.** Flere studier av daglige belastninger som også inkluderer målinger av negative livshendelser, viser at belastninger kan forsterke den effekten som livshendelser har på depresjon (Brown, Bifulco, & Harris, 1990; McGonagle & Kessler, 1990). Kessler (1997) mener at veien å gå for å øke vår forståelse av prosesser som kobler livshendelser med depresjon, er å lage flere studier som undersøker hvordan daglige belastninger og livshendelser virker sammen. Analyser av data fra de tidligere rundene i TOPP-studien fant imidlertid ikke slike interaksjonseffekter mellom belastninger og negative livshendelser på mødrenes symptomskåre (Mathiesen, Tambs, & Dalgard, 1999).

## 7.4 Viktige hendelser

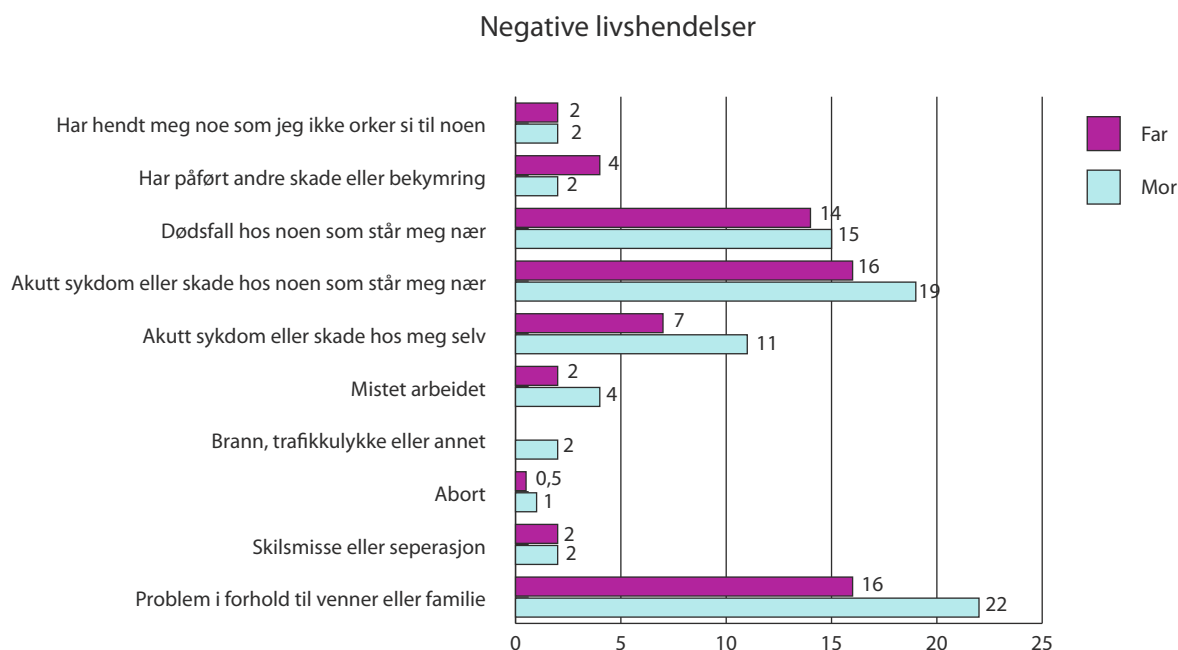
Skjemaet inneholdt en liste med 10 negative livshendelser. Disse finnes i figur 18. Vi ba foreldrene om å krysse av for om de hadde opplevd noen av hendelsene i løpet av de siste 12 månedene, og også om å angi hvor belastende dette hadde vært.

Mødrene og fedrene har stort sett opplevd de samme typene av negative hendelser siste år. Det ser imidlertid ut til å være en opphoping av slike hendelser

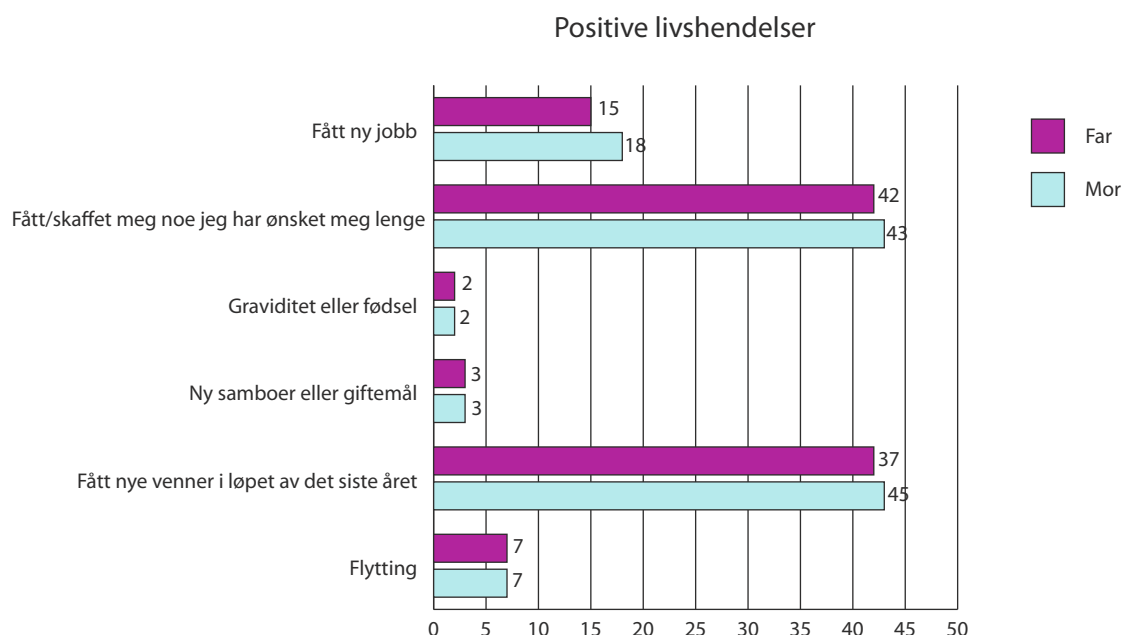
i noen familier, mens andre familier går fri. Mens knapt halvparten ikke har opplevd noen av hendelsene som er listet opp i figuren, har åtte prosent av familiene opplevd minst tre slike hendelser. Det er 22 prosent av mødrene som forteller at de har hatt problemer med forholdet til venner og familie, mens 16 prosent av fedrene nevner dette. Omlag hver tredje mor (34 prosent) og far (30 prosent) krysset av for at de i løpet av det siste året enten har opplevd dødsfall eller akutt sykdom eller skade hos noen som står dem nær.

Vi ønsket også å få opplysninger om positive hendelser som har preget hverdagen deres, og inkluderte seks typer av slike hendelser i skjemaet, se figur 19 på neste side.

To av tre mødre og fedre oppgir å ha opplevd mer enn to av de typene av hendelser som var inkludert i spørreskjemaet. Også når det gjelder positive hendelser, fokuserer mødrene noe mer på forholdet til andre mennesker enn hva fedrene gjør. Det var 45 prosent av mødrene som oppgir å ha fått nye venner i løpet av det siste året, mens det samme var tilfelle for 37 prosent av fedrene. Knapt halvparten av foreldrene forteller at de dette året har fått/skaffet seg noe som de har ønsket seg lenge.



**Figur 18.** Typer negative hendelser som mødre og fedre opplevde siste år - prosent.



**Figur 19.** Typer positive hendelser som mødre og fedre opplevde siste år - prosent.

## 7.5 Sosialt nettverk og sosial støtte

Psykiske plager er ujevnt fordelt i befolkningen, og forekommer hyppigst i familier med mange belastninger (Kessler, et al., 1994). Dette betyr likevel ikke at belastende levekår alene kan forklare forskjellene i symptomnivå. Det er etter hvert godt dokumentert at psykisk helse også er tett knyttet til kvaliteter ved forholdet en har til familie, venner og naboer (Oakley & Rajan, 1991; Boyce, et al., 1998). *Sosial støtte* er den egenskapen ved forholdet til andre som har sterkest sammenheng med psykisk helse. Inadekvat sosial støtte, ofte sammen med sosial isolasjon eller forhold til andre som fungerer dårlig, kan bidra til utvikling av psykiske plager.

Sosial støtte kan også bidra til at mestringsvevnen bedres og symptomnivået minsker hos individer som allerede har utviklet plager. Imidlertid kan mange typer av psykiske plager og normbrytende atferd, inkludert angst, depresjon, spiseproblemer og mishandling, føre til at sårbare individer trekker seg unna og avviser sosial kontakt. De kan derved bli ytterligere isolerte (Ross, Thompson, Flood, & Goodvin, 2006).

TOPP-studien inkluderte en rekke spørsmål om sosialt nettverk og sosial støtte i alle spørre rundene. I det følgende skisseres noe av den teoretiske bakgrunnen for denne tematikken.

**Sosialt nettverk.** La oss begynne med kort å skissere hva vi mener med et sosialt nettverk. Et sosialt nett-

verk er sammensatt av mennesker som betyr noe for hverandre, på godt og vondt. I vår sammenheng vil vi ganske enkelt definere en persons sosiale nettverk som: "Det mønster som utgjøres av personens forhold til alle sine slektninger og venner og deres forhold seg imellom." Med andre ord, alle de personer en samhandler med. Personene som inngår i nettverket kan deles inn i undergrupper, som familienettverk, vennenettverk, nabonettverk, nettverk av arbeidskamerater. Dersom flere av de personene vi omgås kjenner hverandre, vil dette øke følelsen av å tilhøre et miljø. Av særlig betydning er det primære personlige nettverket, det som utgjøres av den mer stabile kjernen av mennesker som betyr mye for en. Byggesteiner for sosiale nettverk er aktiviteter som folk har sammen, roller de møter hverandre i og de mellommenneskelige relasjoner som utvikles rundt felles interesser.

Sosiale relasjoner kan sees på som komplekse sammenstillinger av gjensidige forpliktelser som både kan tilby støtte og omsorg, men også skape stress og vanskeligheter, ofte samtidig. Vår opprinnelige familie, foreldre og søsken, kan gi emosjonell støtte og veiledning basert på et langvarig og nært forhold. Støtten gis imidlertid innenfor rammer satt av familietradisjoner, og kan også være preget av gamle konflikter. Venner kan tilby deltakelse i vennegrupper, men kan også være med på å støtte ut individer med psykiske plager.

**Sosial støtte.** Dette er heller ikke et entydig begrep. Når det gjelder hvilke "støttende funksjoner" begrepet inneholder, varierer dette fra fagtradisjon til fagtradisjon. Enkelte reserverer begrepet til å gjelde følelsesmessig støtte, mens andre legger langt videre definisjoner til grunn. Noen av elementene som blir drøftet i forskningsammenheng er blant annet hvor tilgjengelig støtten er, hvem som gir den, hvilket behov en har for den type støtte en får og hvor gjensidig støtten er. Flere er også opptatt av at svakere bånd, som de en for eksempel kan ha til naboer som ikke samtidig er venner, inneholder andre komponenter og kan ha en annen betydning for helsen, enn de nære bånd en gjerne har til ektefelle og venner. I TOPP-studien har vi basert spørsmålene våre på følgende positive elementer som inngår i Cohen og Wills (1985) definisjon av sosial støtte:

- **Omsorg:** Uttrykk for følelsesmessig kontakt og nærhet.
- **Anerkjennelse:** Bekreftelse på at ens tanker og handlinger er forstått og blir respektert.
- **Tilhørighet:** Tilknytning til grupper av mennesker som føler samhørighet og forpliktelser overfor hverandre.
- **Praktisk hjelp:** Bistand som er tilgjengelig når vi har behov for det.

Denne definisjonen av sosial støtte vektlegger at et godt fungerende sosialt nettverk bidrar både med følelsesmessig støtte og praktisk hjelp. Spørsmålene vi bruker er hentet fra forskningen til Odd Steffen Dalgard, se for eksempel boken fra Dalgard, Døhlie og Ystgaard (red.) fra 1995.

**Direkte og indirekte effekter av sosial støtte.** Cohen og Wills (1985) var blant de første som oppsummerte forskningen om sosial støtte, og delte effekter inn i to hovedkategorier. Sosial støtte kan fremme psykisk helse hos individer uavhengig av stressnivå (direktehypotesen) eller beskytte individer mot den potensielle negative effekten av belastninger (bufferhypotesen). I direktehypotesen er antagelsen at støtten er virksom uavhengig av om vi er utsatt for påkjenninger, først og fremst ved at et støttende nettverk bidrar til direkte helsegevinster gjennom at en føler seg verdsatt og respektert, og at tilværelsen oppleves stabil og forutsigbar (Dalgard, Bjørk, & Tambs, 1995).

Den alternative forklaringen Cohen og Wills (1985) presenterte, var at sosial støtte fremmer psykisk helse gjennom å beskytte individer mot negative helsevirkninger av belastninger. I bufferhypotesen antar

en at sosial støtte først og fremst er virksom når et individ utsettes for påkjenninger av en slik styrke at mestringsevnen blir utfordret. I en antatt årsakskjede mellom belastninger og psykiske plager, kan sosial støtte, i samspill med individuelle faktorer, virke inn på flere stadier (Dalgard, Bjørk, & Tambs, 1995). For det første kan sosial støtte spille en rolle i selve  *vurderingen*  av belastningen: Hendelsen oppleves ikke som belastende fordi en vet at støtten ville vært der om nødvendig (forventet støtte). For det andre kan støtten virke inn  *mellom*  stressopplevelsen og utvikling av vedvarende plager og lidelser: Støtten kan fremme god mestring ved å tilføye nye synspunkter og perspektiver på det som har skjedd eller forventes å skje. Den kan bidra til å luften oppdemmede følelser, bidra med praktisk hjelp eller fremme mestring bare gjennom sosial kontakt og humør (Saltnes & Johannesen, 2006). De to hypotesene står ikke nødvendigvis i motsetning til hverandre.

### 7.5.1. Sosial støtte fra familie og venner

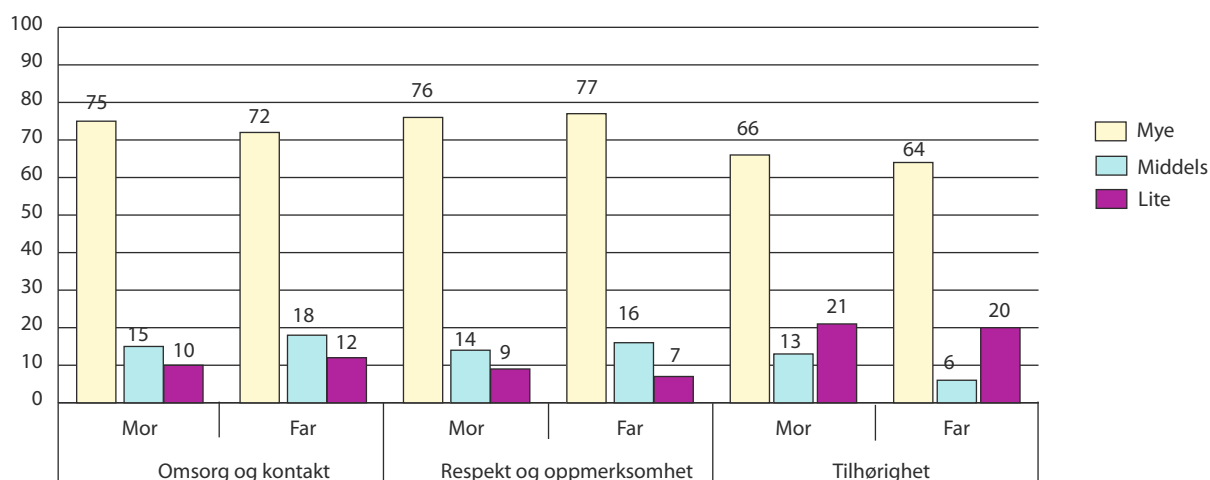
Familie- og vennenettverket bidrar ofte med nære, stabile og mer forpliktende kontaktforhold enn dem man har til naboer og arbeidskolleger. Det er gjerne fra denne delen av nettverket familier får mest hjelp og støtte. I TOPP-studien ba vi både mødrene og fedrene til 14-15-åringene om å angi hvor god sosial støtte de synes at de får fra sin opprinnelige familie (foreldre og søsken) ved å krysse av, etter en gradert skala, på hvor godt følgende utsagn passer: "Jeg føler meg nært knyttet til min familie", "Min familie legger rimelig vekt på mine meninger" og "Det forekommer at jeg føler med utenfor selv i min egen familie". Et spørsmål om hvor ofte de får praktisk hjelp og avlastning var lagt til. Spørsmålene om hvor god sosial støtte de synes at de får fra sine venner hadde tilsvarende ordlyd.

**Familie.** Det er en tilnærmet like stor andel av mødre og fedre som oppgir å få henholdsvis, mye, middels eller lite støtte fra sin opprinnelige familie, se figur 20 på neste side.

På spørsmål om hvor god kontakt de har med sin opprinnelige familie, sier mellom 72 og 75 prosent at de føler seg nært knyttet til familien, mens mellom 10 og 12 prosent ikke synes kontakten er god. Tilsvarende ser vi at om lag 76 prosent føler seg tilstrekkelig respektert, mens noe mindre enn 10 prosent opplever at familien ikke legger tilstrekkelig vekt på meningene deres. Hver tredje mor og far (34 og 36 prosent) oppgir at de har perioder hvor de føler at de ikke hører ordentlig hjemme i familiefellesskapet. Mens de fleste fikk praktisk hjelp fra slektninger da barna var små, oppgir nå om lag 25 prosent av mødrene og 20 prosent av fedrene at de får slik hjelp ganske ofte.



## Støtte fra foreldre og søsken



**Figur 20.** Støtte til mødre og fedre fra deres opprinnelige familie - prosent.

**Venner.** Da barna var mindre, hadde mødrene hyppigere kontakt med sin opprinnelige familie enn det de hadde med venner. De fikk også noe mer støtte herfra. Dette er endret nå. Mødrene til 14-15-åringene ser ut til å få omlag like mye kontakt, respekt og følelse av å høre til i et sosialt fellesskap fra venner som fra familien. Det er en noe større andel av mødrene enn av fedrene som synes at vennene gir dem mye omsorg og kontakt og mye respekt og oppmerksomhet. Dette stemmer godt med resultater fra annen forskning på feltet som viser at kvinner vanligvis er mer opptatt av relasjoner mellom mennesker og samvær med venninner enn det menn er.

## 7.6 Risikofaktorer for utvikling av psykiske plager hos mødre

Forholdet mellom sosial klasse og depresjon er vel dokumentert i undersøkelser av mødre med skolebarn (Belle, 1990; Brown & Moran, 1997). Det er imidlertid ikke alltid funnet tilsvarende sammenhenger i studier av den psykiske helsen til mødre med barn i det første leveåret. Flere undersøkelser har dokumentert at mødres symptomnivå er uavhengig av deres sosialøkonomiske levekår når barna er så vidt små (Astbury, Brown, Lumley, & Small, 1994; Olson & DiBrigida, 1994). Virkningen av vanskelige sosialøkonomiske levekår



FOTO: Kids Rubber ball

på mødres symptomnivå, synes derved å variere etter hvor gamle barn de har. Vi vet imidlertid ikke hvor gamle barn må være før vi kan finne de "vanlige" sammenhengene mellom sosial klasse og psykiske plager. Da TOPP-studien startet, var det sparsomt med kunnskap om sammenhenger mellom risikoforhold og symptomnivå hos mødre med barn som er eldre enn ett år og yngre enn syv. Vi kjenner heller ikke til at tilsvarende spørsmål er studert i utvalg av fedre. Dette siste har heller ikke vi hatt mulighet til å gjøre.

Gjennom tre studier har vi imidlertid vist at symptomnivået til mødre med halvannet år gamle barn i TOPP-studien hang sammen med sosial støtte og belastninger knyttet til problemer med barnets helse, barnepassordninger, økonomi, bolig, arbeid og samliv (Mathiesen, Tambs, & Dalgard, 1999; Nærde, et al., 2000; Nærde, Tambs, & Mathiesen, 2002). Det å ha god sosial støtte så ut til å være viktig for mødres psykiske helse uansett belastningsnivå. Omvendt syntes mange belastninger å ha en negativ effekt på mødrenes psykiske helse, uansett hvor god sosial støtte de fikk. Vi finner derved ingen interaksjon mellom effekten av sosial støtte og belastninger på mødrenes symptomnivå. Det ser ut til at sosial støtte i vårt materiale utviser en positiv og generell hovedeffekt på mødrenes psykiske helse heller enn at støtten virker som en buffer når belastninger finner sted.

Selv om de psykiske plagene syntes å ha noe sammenheng med bakgrunnsforhold (utdanning, yrkesdeltakelse og alder), tyder resultatene på at virkningen av de fleste av disse gikk via støtte- og belastningsnivået: Hvorvidt mødre var gifte/samboende eller enslige hadde for eksempel kun indirekte virkninger på deres symptomnivå. Ved første blick så vi at enslige mødre hadde mer psykiske plager enn sine gifte/samboende medsøstere. Det var imidlertid flere av de enslige mødre enn av dem som hadde ektemann eller samboer som hadde lav utdanning. Nøyere undersøkelser av dataene viste at det ikke primært var det å være enslig som var knyttet til symptomer på angst og depresjon, men det å ha lav utdanning. Da vi kontrollerte for effekten av utdanning, forsvant sammenhengen mellom enslighet og symptomnivå. Enslige mødre med for eksempel middels lang utdanning, hadde ikke høyere symptomnivå enn gifte eller samboende mødre med tilsvarende lang utdanning.

*Mye av de psykiske plagene hos mødre med halvannet år gamle barn henger sammen med at de har lite sosial støtte fra familie og venner og mange belastninger som de ikke får hjelp med. Selv om de psykiske plagene synes å ha noe sammenheng med bakgrunnsforhold, tyder*

*resultatene på at virkningen av de fleste av disse går via støtte- og belastningsnivået.*

Vi førte analysene ett trinn videre for å kunne belyse sammenhengene mellom vanskelige sosialøkonomiske levekår og mødrenes symptomnivå. Det er grunn til å merke seg at:

*Mens dårlig økonomi og lav utdanning økte forekomsten av belastninger knyttet til daglige levekår (problemer med bolig, jobb, somatisk helse), synes omfanget av de barnerelaterte belastningstypene (problemer med barnas atferd, somatiske helse og barnepassordninger) å være nesten uavhengige av sosialøkonomiske bakgrunnsforhold da barna var små.*

Kanskje er det slik at det å ha sped- og småbarn i noen grad beskytter mødre flest mot å utvikle psykiske plager selv om de har dårlig råd og lav utdanning? Alle mødre har kontakt med minimum én person (barnet) i sped- og småbarnsperioden. Dette innebærer at de i hvert fall får noe sosial støtte.

Det er særlig belastninger knyttet til barn og barnepassordninger som bidrar til høyt symptomnivå hos mødre. Problemer med barnepassordninger og med å kombinere jobb og barneomsorg, bidro til at mødre utviklet psykiske plager på alle tidspunkt i hele førskolealderen. Siden de sosialøkonomiske bakgrunnsforholdene i liten grad virket inn på de barnerelaterte belastningene, hadde de derved liten innflytelse på mødrenes symptomnivå.

*Dersom de barnerelaterte belastninger endret seg, bidro dette mer til endringer i mødrenes symptomnivå enn endringer i noen av de andre forklaringsforholdene (Nærde, Tambs, & Mathiesen, 2002).*

## Referanser

- Astbury, J., Brown, S., Lumley, J., & Small, R. (1994). Birth events, birth experiences and social differences in postnatal depression. *Australian Journal of Public Health, 18*, 176-184.
- Ayuso-Mateos, J. L., Vazquez-Barquero, J. L., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O. S., Casey, P., Wilkinson, C., Lasa, L., Page, H., Dunn, G., & Wilkinson, G. (2001). Depressive disorders in Europe: Prevalence figures from the ODIN study. *British Journal of Psychiatry, 179*, 308-316.
- Belle, D. (1990). Poverty and women's mental health. *American psychologist, 45*, 385-389.
- Blazer, D. G., Kessler, R. C., McGonagle, K. A., & Swartz, M. S. (1994). The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry, 151*, 979-986.
- Boyce, P., Harris, M., Silove, D., Morgan, A., Wilhelm, K., & Hadzi-Pavlovic, D. (1998). Psychosocial factors associated with depression: A study of socially disadvantaged women with young children. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 186*, 3-11.
- Brown, G. W. & Bifulco, A. (1990). Motherhood, employment and the development of depression. A replication of a finding. *British Journal of Psychiatry, 156*, 169-179.
- Brown, T. A. & Barlow, D. H. (1992). Comorbidity among the anxiety disorders: Implications for treatment and the DSM-IV. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 835-844
- Brown, G. W., Harris, T. O., & Eales, M. J. (1996). Social factors and comorbidity of depressive and anxiety disorders. *British Journal of Psychiatry, 168*, 30, 50-57.
- Brown, G. W. & Moran, P. M. (1997). Single mothers, poverty and depression. *Psychological Medicine, 27*, 21-33.
- Cohen S. & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*, 2, 310-357.
- Dalgard, O. S., Bjørk, S., & Tambs, K. (1995). Social support, negative life events and mental health - A longitudinal study. *British Journal of Psychiatry, 166*, 29-43.
- Dalgard, O. S., Døhlie, E., & Ystgaard, M. (Eds.), (1995). *Sosialt nettverk, helse & samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalgard, O. S. & Bøen, H. (2007). Internt notat Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- Demo, D. H. & Acock, A. C. (1996). Singlehood, marriage, and remarriage - The effects of family structure and family relationships on mothers' well-being. *Journal of Family Issues, 17*, 3, 388-407.
- de Vaus, D. (2002). Marriage and mental health. *Family Matters, 62*.
- Eberhard-Gran, M., Eskild, A., Tambs, K., Samuelsen, S. O., & Opjordsmoen, S. (2002). Depression in postpartum and non-postpartum women: Prevalence and risk factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 106*, 426-33.
- Kessler, R. C. (1997). The effects of stressful life events on depression. *Annual Review of Psychology, 48*, 191-214.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry, 51*, 8-19.
- The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA, 18*, 289, 3095-105.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., Rush, A. J., Walters, E. E., & Wang, P. S. (2003). National Comorbidity Survey Replication. *The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). JAMA, 18*, 289, 3095-105.
- Kringlen, E., Torgersen, S., & Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry, 158*, 1091-1097.
- Kringlen, E., Torgersen, S., & Cramer, V. (2006). Mental illness in a rural area – A Norwegian psychiatric epidemiology study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 41*, 9, 713-719.
- Lau, B., Moum, T., Sørensen, T., & Tambs, K. (2002). Sivilstand og mental helse. *Norwegian Journal of Epidemiology, 12*, 3, 281-90.
- Mathiesen, K. S., Tambs, K., & Dalgard, O. S. (1999). The influence of social class, strain, and social support on symptoms of anxiety and depression in mothers of toddlers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 34*, 61-72.
- McGonagle, K. A. & Kessler, R. C. (1990). Chronic stress, acute stress, and depressive symptoms. *American Journal of Community Psychology, 19*, 1-14.
- Murray, C. J. L. & Lopez, A. D. (1996). Evidence-based health policy - Lessons from the global burden of disease study. *Science, 274*, 740-743.
- Nærde, A., Tambs, K., Mathiesen, K. S., Dalgard, O. S., & Samuelsen, S. O. (2000). Symptoms of anxiety and depression among mothers of pre-school children: Effect and chronic strain related to children and child care-taking. *Journal of Affective Disorders, 58*, 181-199.
- Nærde, A., Tambs, K., & Mathiesen, K. S. (2002). Child related strain and maternal mental health: A longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 105*, 301-309.
- Oakley, A. & Rajan, L. (1991). Social class and social support: The same or different? *Sociology, 25*, 1, 31-59.
- Olson, A. L. & DiBrigida, L. A. (1994). Depressive symptoms and work role satisfaction in mothers of toddlers. *Pediatrics, 94*, 3, 363-367.
- Penman, R. (2005). Current approaches to marriage and relationship research in the United States and Australia. *Family Matters, 70*, 26-35.
- Rosenvinge, B. & Rosenvinge J. H. (2003). Forekomst av depresjon hos eldre. En systematisk gjennomgang av litteraturen fra 1980-2001. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening, 123*, 928-929.

Ross, Thompson, Flood, & Goodvin (2006). Social support and developmental psychopathology. I D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology* (2nd Ed.), Vol. III. Risk, disorder, and adaptation. New York: Wiley.

Rutter, M. (2000). Resilience reconsidered: Conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. I J. P. Shonkoff and S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention*, 651-682. Cambridge: University Press.

Saltnes, E. S. & Johannesen, K. N. (2006). *Psykiske helseproblemer hos mødre med åtte år gamle barn - En tverrsnittstudie*. Oslo: Mastergradsoppgave, Psykologisk Institutt, UiO.

Sandanger, I. (1999). *Occurrence of psychiatric disorders - An epidemiological study, conceptual, methodological and empirical issues*. Oslo: Doktorgradsarbeid, UiO.

Sandanger, I., Nygård, J. F., Sørensen, T., & Dalgard, O. S. (2006). Return of depressed men: Changes in distribution of depression and symptom cases in Norway between 1990 and 2001. *Journal of Affective Disorders*.

SSB (2006). Statistisk sentralbyrå, Statistikk for Barn og unge.

Tambs, K. & Moum, T. (1993). How well can a few questionnaire items indicate anxiety and depression? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, 364-367.

Weisæth, L. & Dalgard, O. S. (Eds.), (2000). *Psykisk helse: Risikofaktorer og forebyggende arbeid*. Oslo: Gyldendal akademiske forlag.

Winokur, A., Winokur, D. F., Rickels, K., & Cox, D. S. (1984). Symptoms of emotional distress in a family planning service: Stability over a four-week period. *The British Journal of Psychiatry*, 144, 395-399.



# Barneoppdragelse, samvær i familien, skole og fritid

Å oppdra barn, og å være forelder til en tenåring, byr på både gleder og utfordringer i hverdagen. Livet med ungdom i huset kan være en rik opplevelse, men kan også oppleves som å gå på en smal sti med snublesteiner. Å være ungdom betyr å være i utvikling mot større selvstendighet. Mange utfordrer foreldrenes autoritet mer enn tidligere, og vennegruppen blir mer betydningsfull. Det å oppdra et barn er en oppgave som langt flere enn bare foreldre deltar i. Det er likevel vanlig å avgrense begrepet barneoppdragelse til å gjelde forholdet mellom foreldre og barn. Man fokuserer på opplevde kvaliteter ved dette forholdet, og ser på foreldres hverdagslige handlinger i samvær med barna sine.

Et interessant tema når det gjelder barneoppdragelse, er hvem som "oppdrar" hvem. Tidligere teori og forskning rundt sosialisering fokuserte i hovedsak på den effekten foreldre hadde på sine barn, og betraktet gjerne egenskaper ved barnet som et mer eller mindre direkte resultat av foreldrenes påvirkning ("barn som en effekt av foreldre"). Nyere forskning har imidlertid dokumentert at barn er aktive i å forme sine omgivelser, og at de selv er med å påvirke den oppdragelsen de får ("foreldrenes atferd som en effekt av barnas atferd"). Kanskje det er slik at foreldre må få barn nummer to før de tar inn over seg i hvor stor grad særpreg ved barnet er styrende for hva slags oppdragerstil de anvender, og at deres tilnærming ofte vil være forskjellig overfor ulike barn i en barnegruppe? (Sanson, Hemphill, & Smart, 2002; se også kapittel 4 om temperament). Sentrale tilnærminger til barneoppdragelse i dag forener disse to perspektivene, ut fra en forståelse av at begge parter i foreldre-barn relasjonen gjensidig påvirker og tilpasser seg hverandre ("transaksjonsmodell"), (Sameroff & Mackenzie, 2003).

I forskningslitteraturen er det tradisjon på å skille mellom varme og kontroll som to gjennomgående globale dimensjoner ved barneoppdragelse (Baumrind, 1991; Lamborn, Mounts, Steinberg, & Dornbusch, 1991). Foreldres varme handler om i hvilken grad foreldrenes holdning er preget av omsorg, støtte og trygghet, samt det å være følelsesmessig til stede og tilgjengelig for barna sine. Foreldres kontroll omhandler forventninger og regler som stilles til

barnas atferd, og hvordan regler og lydighet håndheves. Andre forskere legger vekt på positive aspekter og konflikter i relasjonen mellom barn og foreldre (Pianta, 1992). I vår studie har vi valgt å fokusere både på dimensjonene varme og kontroll samt på dimensjonene positive aspekter og konflikter, gjennom å kartlegge familiemedlemmenes opplevelser av dette.

Nyere tradisjoner innen barneoppdragelse er opptatt av å studere konkret atferd. Hva er det foreldre faktisk gjør i sitt daglige virke når de oppdrar barn? Hva kan beskrives som gode foreldreferdigheter? Detaljerte mikroanalyser av samspill mellom foreldre og barn har identifisert en rekke elementer i det som er blitt kalt "den naturlige utviklingsstøttende dialogen". Blant annet det å se og bekrefte barnets initiativ, inngå i turtaking med barnet og å lede barnets oppmerksomhet i ønsket retning inngår i denne dialogen. Foreldreveiledningsprogrammet (Barne-, ungdoms-, og familiedirektoratet) og Marte Meo-metoden (som betyr "av egen styrke", Øvreide & Hafstad, 1996) er basert på dette.

En gruppe beslektede tilnærminger til barneoppdragelse, men med et annet utgangspunkt, har som felles ståsted at atferd læres og opprettholdes av de konsekvensene atferden får fra omgivelsene. Gode foreldreferdigheter utvises når foreldre evner å legge merke til positive handlinger som barnet gjør og systematisk gir barnet anerkjennelse for dette, samt å ha klare og tydelige forventninger til ønsket atferd fra barnet ved bl.a. å gi gode beskjeder og å belønne ønsket atferd med positiv oppmerksomhet og i enkelte tilfeller med konkrete ting. Ved uønsket atferd har det vist seg nyttig å ha milde og forutsigbare konsekvenser. Det legges også vekt på at foreldre følger med på hvor barnet ferdes ute og hvilke kameratgrupper de knytter seg til. Det er utviklet flere veiledningsprogram for foreldre som inkluderer disse elementene. Målsettingen er å gi foreldre gode ideer til hvordan de kan takle utfordringer en erfaringsvis vet at de fleste foreldre vil møte, samt å hjelpe foreldre med urolige, ulydige eller også utagerende barn til å mestre mer krevende oppgaver knyttet til barneoppdragelsen (Webster-Stratton, 2000; Sanders, Markie-Dadds, & Turner, 2003). Det er i tillegg innført behandlingstilbud

for barn og unge med alvorlige atferdsforstyrrelser som er basert på de samme prinsippene, der fokus ligger på å utvikle foreldrenes egen kompetanse til å mestre barnas vansker (Solholm, Askeland, Christiansen, & Duckert, 2005; Christensen & Mausest, 2007).

I TOPP-studien samlet vi inn informasjon om barneoppdragelse ved flere tidspunkt. I det følgende viser vi først hvordan 14-15-åringene opplever at forholdet til sine mødre og fedre er, bl.a. gjennom deres opplevelse av hvordan foreldrene bruker belønning, og av hvor konsekvente de synes foreldrene er i oppdragelsen. Deretter beskriver mødrene og fedrene henholdsvis positive aspekter og konflikter i forhold til ungdommen, og sine egne oppdragelsesmetoder. Så presenterer vi hva slags kunnskap foreldrene har om hva ungdommene gjør i fritiden og hvilke regler som gjelder i forhold til innetider. Vi ser også på hvor involverte foreldrene er i ungdommens skolearbeid<sup>1</sup>. Til sist gjengir vi hva ungdommene forteller om støtten de får fra lærerne på skolen og om egen bruk av data-maskin og mobiltelefon.

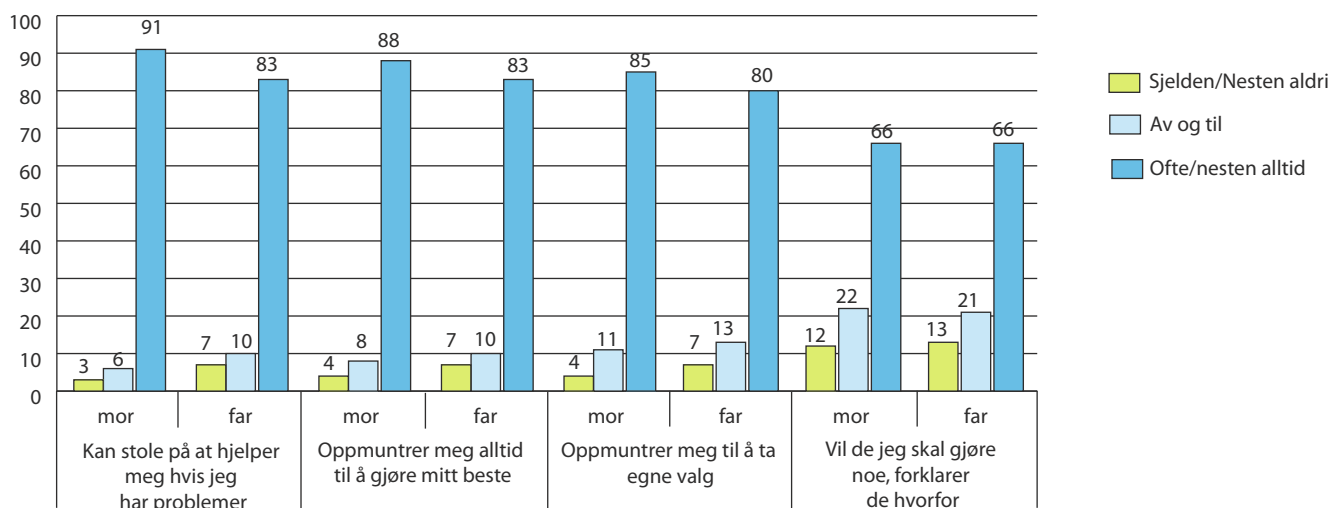
## 8.1. Ungdommenes opplevelse av barneoppdragelsen

Vi ba ungdommene beskrive hvor varme og involverte de opplever at hver av foreldrene er, og anvendte en måleskala som er utviklet for dette<sup>2</sup>. Figur 21 viser ungdommenes svar.

De fleste 14-15-åringene mener at de vanligvis kan stole på å få hjelp fra både mor og far hvis de har problemer, og at begge oppmuntrer dem til å gjøre sitt beste og til å ta egne valg. Når de voksne ønsker at de skal gjøre noe, forklarer de hvorfor. Samtidig er det en større andel enn man skulle ønske som opplever at de sjelden eller aldri får denne type støtte, oppmuntring eller forklaring fra foreldrene sine. Det er tre prosent som krysser av for at de sjelden eller aldri kan stole på hjelp av mor hvis de har problemer, mens syv prosent forteller at de ikke stoler på at de kan få hjelp fra far.

Hva gjør foreldre når de oppdrar barna sine? Vi spurte 14-15-åringene hvor ofte de fikk positiv oppmerksomhet og ros fra foreldrene når de har fått til noe, eller har gjort noe som er i tråd med foreldrenes ønsker eller forventninger. Vi spurte også om hvilke konsekvenser (eller "straff") de fikk når de ikke handlet i tråd med foreldrenes ønsker, og om disse konsekvensene var forskjellig fra gang til gang<sup>3</sup>. Tabell 13 viser spørsmålene, svarkategoriene og ungdommenes svar.

Det er mest vanlig at foreldre viser ungdommene at de er fornøyde når de har gjort noe bra, og ikke like vanlig å bli belønnet ekstra for lydighet. Det er også mest vanlig at foreldre er konsekvente i sin måte å reagere på, og ikke varierer reaksjonene fra gang til gang. Disse resultatene er som forventet, ettersom deltagerne i utvalget er alminnelige norske ungdommer.



**Figur 21.** 14-15-åringers beskrivelse av varme og involvering fra mor og far – prosent.

<sup>1</sup> Flere mødre enn fedre bidro med data ved 14-15-årsundersøkelsen. For å unngå at dette påvirker, er alle tall som blir presentert i kapittelet basert på de 360 familiene der både mor og far har returnert spørreskjema. Avvik fra dette blir spesifisert.

<sup>2</sup> Fra Lamborn Parenting Scales for Adolescents, (Lamborn, Mounts, Steinberg, & Dornbusch, 1991).

<sup>3</sup> Spørsmålene er fra Alabama Parenting Questionnaire, subskalaene "positive parenting" og "inconsistent parenting" (Shelton, Frick, & Wooton, 1996).

**Tabell 13.** Ungdom om positive konsekvenser og konsistens fra foreldre – prosent.

	Nesten aldri/ sjelden	Av og til	Ofte/nesten alltid
Sier noe pent til meg eller roser meg når jeg har gjort en god jobb	3	14	82
Belønner meg eller gir meg noe ekstra når jeg gjør som de ønsker	19	44	36
Viser at de liker det når jeg har gjort noe i huset	6	13	82
Klemmer eller kysser meg når jeg har fått til noe	28	26	46
Truer med å gi meg straff, men gjør det ikke likevel	64	22	13
Gir opp å få meg til å gjøre som de sier, fordi det blir så mye mas	77	16	6
Har bestemt seg for å gi meg en straff, men jeg får dem til å la det være	79	15	6
Varierer straffen jeg får etter hvilket humør de er i	63	20	16

## 8.2 Mødrenes og fedrenes beskrivelse av barneoppdragelsen

Vi undersøkte både hva slags forhold mødrene og fedrene til 14-15-åringene har til ungdommene sine,

og hva de faktisk gjør når de oppdrar barna sine. Først presenteres foreldrenes beskrivelse av kvaliteter ved forholdet. Tabell 14 viser spørsmålene, svarkategoriene og foreldrenes svar.

**Tabell 14.** Foreldres beskrivelser av positive aspekter ved forholdet til 14-15-åringen - prosent <sup>1,2</sup>.

	Stemmer ikke/ Sjelden		Stemmer av og til		Stemmer ofte/ alltid	
	Mor	Far	Mor	Far	Mor	Far
Barnet mitt og jeg har et kjærlig og varmt forhold	2	5	10	17	88	78
Hvis barnet mitt blir opprørt, søker det trøst hos meg	5	21	29	46	66	33
Barnet mitt setter pris på forholdet vårt	1	1	7	12	92	87
Når jeg roser barnet mitt blir han/hun tydelig stolt	1	2	8	12	91	86
Barnet mitt forteller meg spontant ting om seg selv	9	20	35	42	56	39
Det er lett å forstå hva barnet mitt føler	6	12	25	35	69	53
Barnet mitt deler sine følelser og opplevelser åpent med meg	8	19	36	40	56	41

<sup>1</sup> Robert C. Pianta (1992) "Child-Parent Relationship Scale ble brukt til å måle positive aspekter og konflikter i relasjonen.

<sup>2</sup> En andel fedre bor ikke sammen med 14-15-åringen sin. For å undersøke om dette påvirker resultatene, sammenliknet vi med tall fra de 270 familiene der både mor og far bor sammen med ungdommen. Det ga minimale endringer.

De aller fleste foreldrene opplever at forholdet til 14-15-åringen har mange av disse positive kvalitetene. Majoriteten av både mødre og fedre forteller at de har et kjærlig og varmt forhold til barnet, at det er lett å forstå hva barnet føler, at barnet setter pris på relasjonen til den voksne og at barnet setter pris på å få ros. Samtidig ser vi at en betydelig andel opplever at forholdet har mindre av disse kvalitetene. For eksempel formidler vel ti prosent av fedrene og fem prosent av mødrene at det som oftest er vanskelig å forstå hva barnet føler. En betydelig høyere andel opplever at det av og til er vanskelig å forstå barnet. Videre ser vi at vel ti prosent av mødrene og 20 prosent av fedrene forteller at barnet aldri eller sjelden forteller spontant om seg selv. De fleste av spørsmålene ovenfor har et liknende svarmønster.

På gruppenivå er det noen forskjeller mellom hvordan mødre og fedre svarer. Den største ulikheten er at det er en større andel ungdommer som går til mor enn til far når de trenger trøst. Vi finner også gruppeforskjeller mellom mødre og fedre når det gjelder hvorvidt ungdommen deler personlig informasjon med dem, og hvor lett foreldrene synes det er å forstå hva den unge føler.

Hva handler disse forskjellene mellom mødre og fedre om? Er det en klassisk kjønnsforskjell i forhold

til at menn og kvinner har vist seg å ha ulik grad av nærhet i relasjoner, eller kan det også være rolleforskjeller? I vårt utvalg jobber 96 prosent av fedrene fulltid utenfor hjemmet, mens nær 40 prosent av mødrene gjør det samme. Hvis det er slik at barn lettest deler sine følelser med den som er til stede, kan dette føre til at det er mor som blir foretrukket i situasjoner hvor den unge for eksempel trenger trøst. Mange fedre bruker mer tid borte fra familien enn de selv ønsker. Omlag 75 prosent av fedrene i TOPP-studien sier at de skulle ønske at de kunne ta større del i ungdommens hverdag. De aller fleste av disse krysser av for at det er en krevende jobb som hindrer dem fra dette.

Foreldrenes beskrivelse av forholdet til ungdommen avhenger noe av barnets kjønn. Jevnt over ser det ut til at både fedrene og mødrene oppfatter jentene som litt mer åpne fordi de oftere forteller om seg selv og sine opplevelser. Jentene kommer også oftere enn guttene til foreldrene for å få trøst. Både mødrene og fedrene synes det er litt vanskeligere å forstå hva guttene føler, noe som kan henge sammen med at guttene ikke forteller så mye om seg selv som jentene gjør.

Ungdom er i utvikling mot større selvstendighet, og utfordrer gjerne de voksnes autoritet. I hvilken grad

**Tabell 15.** Elementer av konflikt mellom foreldre og deres 14-15-åringer - prosent<sup>1</sup>.

	Stemmer ikke/ Sjelden		Stemmer av og til		Stemmer ofte/ Alltid	
	Mor	Far	Mor	Far	Mor	Far
Det virker som om barnet mitt og jeg alltid kjemper mot hverandre	86	86	11	12	3	3
Barnet mitt er utilpass med kjærtegn eller berøring fra meg	84	77	12	14	5	9
Barnet mitt blir lett sint på meg	56	60	33	28	11	12
Barnet mitt fortsetter å stå på sitt etter å ha blitt irettesatt	35	38	46	41	19	21
Det å oppdra barnet mitt tapper meg for energi	73	77	23	20	5	4
Når barnet mitt er i dårlig humør, vet jeg at vi vil få en lang og vanskelig dag	74	73	13	14	3	3
Mitt barns følelser overfor meg kan være uforutsigbare eller skifte fort	80	82	15	14	6	4
Barnet mitt forsøker å lure eller manipulere meg	92	90	8	9	1	1

<sup>1</sup> En andel fedre bor ikke sammen med 14-15-åringen sin. For å undersøke om dette påvirker resultatene, sammenliknet vi med tall fra familiene der både mor og far bor sammen med ungdommen. Dette ga minimale endringer.



opplever foreldre at relasjonen de har til 14-15-åringen sin er preget av konflikter<sup>1</sup>? Tabell 15 på forrige side viser spørsmålene, svarkategoriene og de svarene som foreldrene ga.

Majoriteten av foreldrene rapporterer at disse beskrivelsene sjelden passer på relasjonen de har til 14-15-åringen sin. Det eneste unntaket fra dette svarmønsteret er utsagnet om hvorvidt barnet fortsetter å stå på sitt etter å ha blitt irettesatt, der det er vanligst å krysse av for "stemmer av og til". Få foreldre krysset av for at de opplever at barnet forsøker å lure eller manipulere dem: Kun én av hundre foreldre, både mødre og fedre, rapporterte at barnet ofte eller alltid forsøker å gjøre dette, og i underkant av ti prosent rapporterte at dette stemmer av og til. Fenomenene som er mest vanlige er at barnet forsetter å stå på sitt etter å ha blitt irettesatt (20 prosent krysset av for at dette ofte skjer), og at barnet lett blir sint på den voksne (vel ti prosent rapporterer at dette ofte skjer). Sett under ett, rapporterte rundt fem prosent av foreldrene at en av de øvrige konfliktelementene ofte er til stede i samværet med barnet. Forekomsten stiger dersom man inklu-

derer svarkategorien "av og til". Det er altså langt fra uvanlig for familiene i TOPP-studien å oppleve at disse elementene av konflikt er til stede i samværet med barnet av og til eller oftere. Forskjellen på gruppenivå mellom mødre og fedres svar er ubetydelige på dette temaområdet.

Tilslutt spurte vi foreldrene i hvilken grad de gir ungdommene sine positiv oppmerksomhet og ros når de har fått til noe eller har handlet i tråd med deres forventninger og ønsker. Vi spurte også om de konsekvent ga tilbakemeldinger (eller "straff") på regelbrudd, og om de ga disse tilbakemeldingene konsekvent fra gang til gang. Spørsmålene<sup>2</sup>, svarkategoriene og de svarene foreldrene ga, er presentert i tabell 16.

Det er mest vanlig at foreldrene viser at de er fornøyde når barnet har gjort noe bra, både ved å rose og å gi kos eller klem. Det er ikke like vanlig at foreldrene belønner ekstra når barna har gjort det som foreldrene ønsker. De fleste foreldrene gir også barna negative tilbakemeldinger hvis de mener det er nødvendig uten å la seg overtale av barnet til å la det

**Tabell 16.** Foreldre om positive konsekvenser og konsistens – prosent<sup>3</sup>.

	Nesten aldri/ Av og til		Av og til		Ofte/ Nersten alltid	
	Mor	Far	Mor	Far	Mor	Far
Sier noe pent til eller roser når barnet har gjort en god jobb	0	0	11	19	89	81
Belønner eller gir noe ekstra når barnet ditt har gjort noe du ønsker	21	23	54	55	25	21
Viser at du liker det når barnet har gjort noe i huset	1	3	4	17	95	80
Koser med, eller klemmer, barnet ditt når han/hun har fått til noe	3	16	19	28	78	56
Truer med å gi barnet straff men gjør det ikke likevel	76	74	21	21	3	5
Opplever at det å få barnet itt til å adlyde deg innebærer for mye trøbbel	86	79	12	17	2	4
Bestemmer deg for å gi barnet ditt en straff, men barnet overtaler deg til å la være	92	91	6	6	2	3
Variere straffen du gir etter hvilket humør du er i	71	75	25	22	3	3

<sup>1</sup> Spørsmål fra Robert C. Pianta (1992) "Child-Parent Relationship Scale".

<sup>2</sup> Fra Alabama Parenting Questionnaire, subskalaene "positive parenting" og "inconsistent parenting" (Shelton, Frick, & Wootton, 1996).

<sup>3</sup> En andel fedre bor ikke sammen med 14-15-åringen sin. For å undersøke om dette påvirker resultatene, sammenliknet vi med tall fra familier der både mor og far bor sammen med ungdommen. Dette ga minimale endringer.

være. Vi ser også at på de fleste områdene bruker foreldrene belønning og negative konsekvenser ganske likt. Vi finner noen ulikheter på gruppenivå mellom mødrene og fedrene, spesielt når det gjelder å gi ros for husarbeide og å gi kos og klem når barnet har fått til noe. De aller fleste mødrene, 95 prosent, oppgir at de ofte skryter av barnet når det gjør noe i huset, mens 80 prosent av fedrene sier det samme. Det er mulig at årsakene til dette ligger i kjønnsrollemønstre. Det er godt dokumentert at kvinner generelt gjør mer husarbeid enn menn, og at denne skjevfordelingen ofte er et konfliktfylt tema i parforhold (Breen & Cooke, 2005). I forrige datainnsamlingsrunde i TOPP-studien, da barna var mellom 12 og 13 år, fant vi at et av de temaene som mødrene rapporterte mest uenighet rundt var fordelingen av husarbeid. Én av fem mødre sa at det ofte var uenighet om prioriteringen av husarbeidet. Dersom det er slik at mødrene i TOPP-studien tar den største delen av husarbeidet, er det også rimelig at mødrene setter mest pris på at barnet deltar i dette.

Vi ser også forskjeller på gruppenivå mellom mødre og fedre i hvor stor grad de fysisk klemmer barnet når det har fått til noe. Nær 80 prosent av mødrene svarte at de vanligvis gjør dette, mens det samme gjelder for vel halvparten av fedrene. Det er 16 prosent av fedrene som sjelden klemmer barnet sitt, mens tre prosent av mødrene sier det samme. Når vi ser disse svarene i sammenheng med hvorvidt foreldrene opplever at 14-15-åringene liker å bli kjærtregnet, ser vi at foreldrene er mer tilbakeholdne med å bruke klemmer som belønning i familier hvor de mener at ungdommen ikke liker dette.

Til slutt spurte vi også foreldrene hvorvidt de er enige seg i mellom om i oppdragelsen. Mødrene og fedrene svarte ganske likt på dette. Rundt 80 prosent sier at de sjelden er uenige i hvilke regler som skal gjelde for barna (f.eks. om leggetid eller steder hvor det er lov å oppholde seg). Det var også sjelden

foreldrene krysset av for at de saboterer hverandre i barneoppdragelsen.

## 8.3 Arenaer utenfor hjemmet

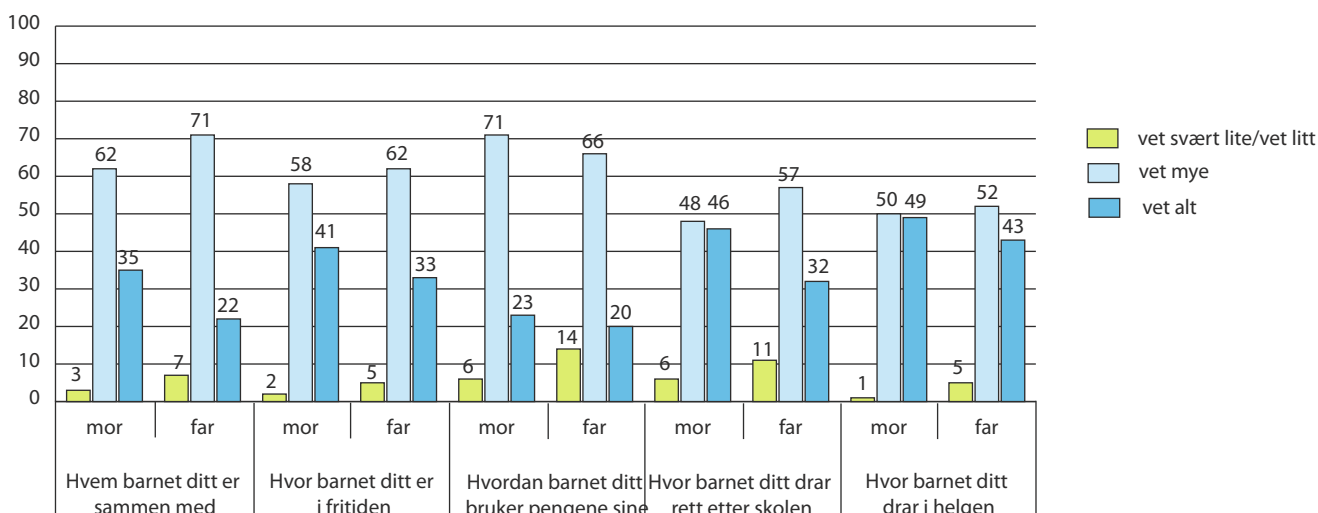
Etter som de blir eldre, tilbringer ungdommen stadig mer tid utenfor hjemmet. Det kan derfor være vanskelig for foreldre å følge godt med på hvordan ungdommen bruker fritiden. I det følgende ser vi først på hvor mye foreldrene mener at de vet om hva 14-15-åringen gjør. Deretter presenterer vi foreldrenes beskrivelser av hvor involvert de er i ungdommenes skolearbeid og ungdommenes beskrivelser av hvor god støtte de synes at de får på skolen. Ungdom kontakter hverandre hyppig via data og mobiltelefon, og vi avslutter kapittelet med å vise hvordan våre ungdommer bruker disse mediene.

### 8.3.1 Kunnskap om hva ungdom gjør i fritiden

Småbarnsforeldre har mulighet til å ha svært god oversikt over barnas dag, og vet ofte hvem barna har vært sammen med og hva de har opplevd i løpet av en dag. Etter som barna blir eldre, er foreldrene ikke til stede i hverdagen deres på samme vis lenger. De fleste unge oppholder seg i økende grad på arenaer utenfor hjemmet. Mens 10-åringen kanskje tok med seg vennene hjem, er det ikke sikkert at 14-15-åringen gjør det samme. Hvor mye vet foreldre om hva ungdommen deres gjør i fritiden og hvem han/hun er sammen med? Det er godt dokumentert at foreldres mangel på kunnskap om ungdoms fritid, vennskap og aktiviteter er relatert til ungdoms forekomst av normbrudd og anti sosial atferd. Å dyktiggjøre foreldre i å føre aktivt tilsyn med ungdommer, også kalt monitorering, står sentralt i behandlingsprogram for barn og unge med alvorlige atferdslidelser (Solholm, Askeland, Christiansen, & Duckert, 2005; Christensen & Mauseth 2007).

**Tabell 17.** Foreldres kunnskap om fritid i følge 14-15-åringene - prosent

	Vet ingen ting	Vet litt	vet mye	vet alt
Hvor mye vet de hjemme om:				
hvem du er sammen med?	1	15	50	35
hvor du er i fritiden?	0,4	12	52	35
hvor du bruker pengene dine?	4	30	41	25
hvor du drar rett etter skoletid?	3	17	39	42
hvor du oppholder deg i helgene?	0,7	11	44	44



**Figur 22.** Foreldres kunnskap om barnets fritid, i følge dem selv - prosent.<sup>1</sup>

Vi spurte ungdommene, mødrene og fedrene om hvor mye de vet om ungdommenes fritid; hvem de er sammen med, hvor de oppholder seg og hva de bruker penger på. Tabell 17 viser spørsmålene og ungdommenes svar<sup>2</sup> og figur 22 viser mødrenes og fedrenes svar.

De fleste foreldrene har mye kunnskap om 14-15-åringenes fritid. Alle tre informantkildene sier at majoriteten av foreldrene vet mye, og at svært mange vet alt. Det er tre prosent av mødrene og syv prosent av fedrene som rapporterer at de vet svært lite eller lite om hvem barnet deres vanligvis er sammen med. Vi ser også at foreldrene mener at de vet mer om hvordan ungdommene bruker fritiden enn det ungdommene rapporterer at foreldrene vet.

Hvordan får foreldre kunnskap om ungdoms fritid? Det pågår en interessant diskusjon om dette i litteraturen. Får foreldre kunnskap om hva deres unge gjør i fritiden gjennom å føre aktivt tilsyn/ kontroll, eller er det slik at de fleste foreldre får kunnskap fordi de har etablert god kommunikasjon med de unge slik at de unge velger å fortelle foreldrene hva de gjør? (Stattin & Kerr, 2000). Én måte foreldre kan føre aktivt tilsyn med ungdommen på, er ved å innhente informasjon fra andre enn ungdommen. Vi spurte foreldrene i TOPP-studien om de hadde tatt kontakt med foreldrene til 14-15-åringenes venner i løpet av det siste

året for å sjekke hvor ungdommene var og hva de gjorde. Omtrent halvparten av foreldrene (47 prosent av mødrene og 58 prosent av fedrene) rapporterte at de ikke hadde gjort dette, eller kun hadde gjort dette svært få ganger, mens vel fem prosent av mødrene og fedrene hadde gjort dette "minst én gang i uken". Sett i forhold til at majoriteten av foreldrene vet mye om ungdommenes fritid, ser vi at andelen som regelmessig innhenter informasjon fra andre foreldre er liten. Våre data kan derfor peke i retning av at barna er foreldrenes viktigste informant.

### 8.3.2 Innetider

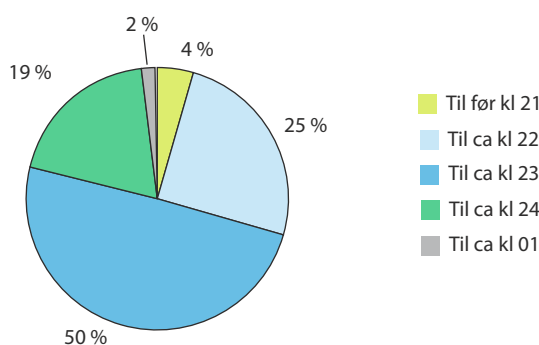
Når er det på tide å komme hjem om kvelden? Ungdommers innetider kan være kilde til uenighet i mange hjem. Hva slag innetider gjelder for 14-15-åringene som deltar i TOPP-studien? Vi brukte spørsmål hentet fra Lamborn Parenting Scale for Adolescents (Lamborn, Mounts, Steinberg, & Dornbusch, 1991), og spurte mødrene om hvor sent barnet vanligvis kunne være ute på hverdager og i helgene (fredag og lørdag kveld).

Svarene vi fikk viser følgende: på hverdager måtte halvparten (51 prosent) være hjemme før kl. 21, nær halvparten (47 prosent) måtte være hjemme innen kl. 22., mens de resterende to prosentene fikk være ute til cirka kl. 23. Fredag og lørdag kveld var det tillatt å være lengre ute, se figur 23 ( neste side).

<sup>1</sup> Spørsmålene fra "Keeping Tabs", NICHD Study of Early Child Care and Youth Development, Phase IV data, 2006

<sup>2</sup> Disse tallene er basert på svar fra mødrene og fedrene der begge bor sammen med 14-15-åringen

### Innetider i helger



**Figur 23.** Innetider fredag og lørdag rapportert av mødrene - prosent.

På fredag og lørdag måtte 25 prosent være hjemme innen kl 22, halvparten kunne være ute til cirka kl 23, mens 20 prosent måtte være hjemme innen kl 24. Også her var det to prosent av ungdommene som fikk være ute lengre, til cirka kl. 01.

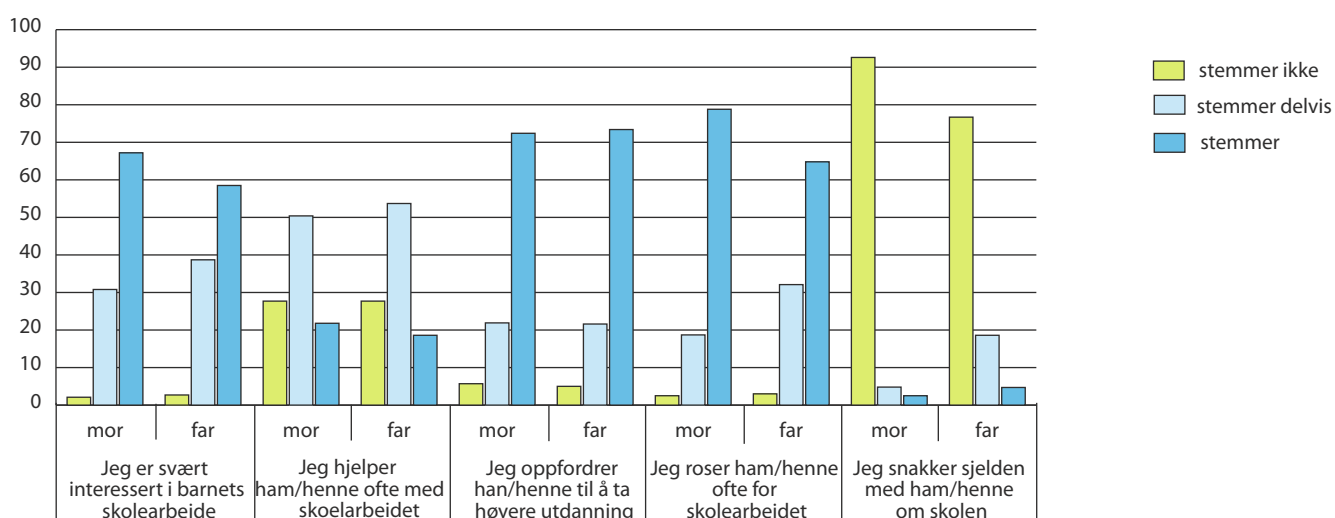
### 8.3.3 Foreldrenes involvering i ungdommens skolearbeid

Akademiske ferdigheter påvirker utviklingen i barne- og ungdomsårene. Mangelen på slike kan gjøre den enkelte mer utsatt for å utvikle plager ved å minske selvfølelsen og mestringsevnen, mens gode akademiske ferdigheter kan være støttende ved at de direkte

fremmer god psykisk helse, og også beskyttende ved at de reduserer negative effekter av potensielle risikofaktorer. Å ha foreldre som støtter opp om skolegang og skolearbeid er knyttet til god akademisk og sosial fungering på skolen (Henggeler et al, 1998). Hvor opptatt er mødre og fedre i TOPP-studien av 14-15-åringenes skolearbeid, og hvor mye støtter de opp om dette? Spørsmålene vi stilte<sup>1</sup>, svarkategoriene og svarene foreldrene ga er presentert i figur 24.

De fleste foreldre svarer at de er svært interessert i skolearbeidet, at de gir de unge ros for dette, og at de oppfordrer dem til å ta høyere utdanning. Mange foreldre hjelper også ungdommen med skolearbeid ofte. Det er likevel noen foreldre som ikke er så involvert i barnets skolegang.

Vi spurte også 14-15-åringene om deres foreldre kjenner til problemer eller vanskeligheter de har på



**Figur 24.** Foreldrenes involvering i 14-15-åringens skolearbeid – prosent.

<sup>1</sup> Fra "Family Learning Environment Scale" (Majoribanks, 1979).



FOTO: PhotoStock V149

skolen. Majoriteten forteller at foreldrene vet mye eller alt. Til sammen er det rundt 70 prosent som svarer dette, mens det er seks prosent som forteller at foreldrene deres ikke vet noen ting om problemer eller vanskeligheter de måtte ha på skolen.

I dette kapitlet har vi vist hvordan 14-15-åringene og deres foreldre i TOPP-studien opplever at forholdet dem i mellom er, samt hva foreldrene gjør når de oppdrar barna. Vi har også sett på hvor mye kunnskap foreldrene har om ungdommens fritid. Tallene tyder på at de aller fleste foreldre og barn i TOPP-studien har gode og nære relasjoner. De fleste unge synes de får mye varme og positiv oppmerksomhet fra foreldrene, og majoriteten av foreldrene har et nært og fortrolig forhold til sin ungdom med lite konflikter. Majoriteten av både de unge og foreldrene forteller at foreldrenes oppdragelse er preget av ros og oppmuntring og at regler håndheves ganske konsistent.

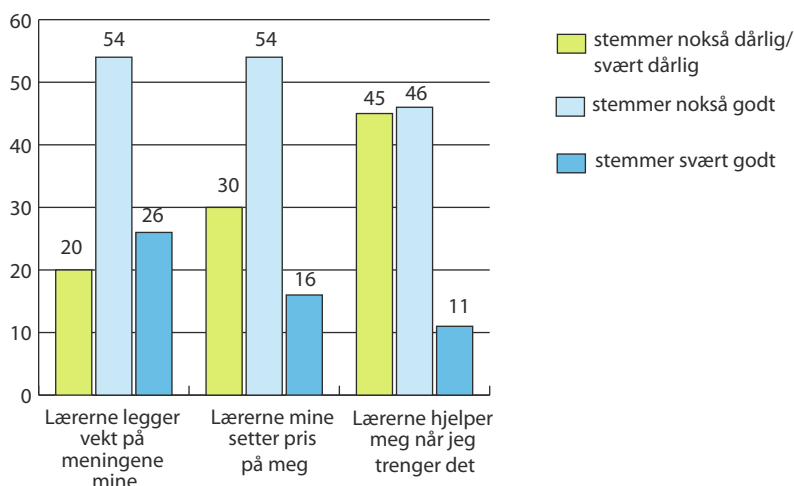
På samme tid beskriver en mindre andel av deltagerne at forholdet mellom foreldre og barn er utfordrende og problematisk. Noen ungdommer kan sjelden stole på at de får hjelp av foreldrene når de har problemer. Foreldrene begrunner sjelden hvorfor de ber dem gjøre noe. Tilsvarende er det noen foreldre som sjelden opplever at barnet spontant forteller ting om seg selv, eller at den unge søker trøst hos dem

når han eller hun er opprørt. Det er slett ikke uvanlig at foreldre opplever at barnet lett blir sint på dem, at barnet fortsetter å stå på sitt når det blir irettesatt, og at det å oppdra barnet tapper dem for energi. Det samme mønsteret tegner seg når vi ser på foreldrenes kunnskap om de unges fritid og foreldrenes understøttelse av skole og skolearbeid. Majoriteten av foreldrene har både høy kunnskap og er involvert i skolearbeidet, men også her er det en mindre gruppe foreldre som har lite kunnskap om hva ungdommen gjør i fritiden og som er lite involvert i 14-15-åringens skolearbeid.

### 8.3.4 Støtte fra lærere til ungdommene

Skolen er en sentral arena i barn og unges oppvekstmiljø, og deres lærere er betydningsfulle voksenfigurer. Hva slags relasjon har elevene til lærerne sine? Å få god støtte fra lærerne har vist seg å ha positive sammenhenger med skoleprestasjoner (Felner, Aber, Primavera, & Cauce, 1985) og å predikere god psykisk helse (Rowlison & Felner 1988). Vi ønsket å få informasjon om hvor god støtte 14-15-åringene opplevde å få fra lærere, og spurte om temaene som er presentert i figur 25 (neste side).

Noen lærere gir mye støtte, andre gir lite.  
Hvordan er lærerne ovenfor deg?



**Figur 25.** Ungdommenes opplevelse av å få støtte fra lærerne – prosent.

Når vi ser svarkategoriene "stemmer svært godt" og "stemmer nokså godt" under ett, rapporterte nær 75 prosent av de unge at lærerne la vekt på meningene deres, nær 85 prosent at lærerne satte pris på dem, og nær 90 prosent at de fikk hjelp av lærerne når de trengte det. De resterende syntes ikke at lærerne ga dem særlig mye støtte. Det var likevel 16 prosent som mente at lærerne ikke satte pris på dem, og nær 25 prosent som svarte at lærerne ikke la vekt på meningene deres. Én av ti rapporterte at de ikke fikk hjelp av lærerne når de trengte det.

#### 8.4 Bruk av datamaskin og mobiltelefon

Ungdom født på 1980- og 1990-tallet er blitt kalt Nettgenerasjonen, eller den digitale generasjonens barn. For denne generasjonen er Informasjons og kommunikasjonsteknologi (IKT) blitt en naturlig del av hverdagen. IKT omfatter bla. bruk av PC, mobiltelefon, Internett og dataspill. I 2002 ga Larson, Wilson og Mortimer en fremtidsanalyse av hvordan IKT kom til å påvirke ungdommens hverdag. De mente at Internett ville gi ungdommene større tilgang til informasjon, institusjoner og mennesker; på tvers av landegrensene og uavhengig av alder, kjønn, etnisitet, sosial posisjon og utseende. Ungdommen ville utvikle mer langtrekkende relasjoner og delta på flere arenaer. Internett ville bli et viktig medium for politisk engasjement, kunnskap og deltagelse i det politiske samfunnet, jobbutforskning og det å etablere relasjoner med andre som er like hva verdier, interesser, og leveste angår. Mye av dette har allerede skjedd.

Om gutter og jenter ikke er så forskjellige mht. hvor ofte de bruker data, tyder en rekke studier på at de har ulike preferanser for hva de bruker data til (Drotner, 2001; Jackson, Ervin, Gardner, & Schmitt, 2001; Subrahmanyam, Kraut, Greenfield, & Gross, 2001). Et gjennomgående trekk i disse studiene er at gutter i mye større grad enn jenter spiller dataspill, programmerer og surfer på Internett, mens jenter er mer interessert i kommunikasjon med jevnaldrende. Men for begge kjønn er IKT blitt et viktig og uunnværlig verktøy til å holde kontakt med jevnaldrende. Ungdommene som er med i TOPP-studien har svart på spørsmål om egen bruk av IKT da de var 14-15 år gamle.

**Tabell 18.** Gutter og jenters bruk av IKT, 14-15 år - prosent.

	Aldri		Månedlig		Ukentlig		Daglig	
	G	J	G	J	G	J	G	J
TV/DVD/video	0	0	4	4	17	21	73	74
PC-bruk utenom skolen	2	1	3	2	13	15	83	82
PC/TV-spill	7	47	12	30	30	18	52	5
E-post	25	11	24	29	27	30	24	30
Chatter	13	4	9	4	19	13	59	79

Tabellen ovenfor viser at de fleste ungdommer ser på TV eller film daglig. Her er det ingen kjønnsforskjeller. Det er og små kjønnsforskjeller i PC-bruk. Tabellen viser og at det er mer vanlig å bruke PC-en på daglig basis enn TV og film. Guttene dominerer når det gjelder spill. 81 % av guttene mot 23 % av jentene spiller dataspill ukentlig eller oftere. Det er imidlertid flere jenter enn gutter som bruker tid på chatting og e-post. Resultatene viser og at chatting har blitt et viktig verktøy for dagens ungdommer til å holde kontakt med venner.

Det mest brukte kommunikasjonsmediet er likevel mobiltelefonen. I løpet av få år har mobiltelefonen befestet sin rolle som den viktigste teknologiske kommunikasjonskanalen mellom ungdommer. Det var ungdommen som var først ute med å ta i bruk tekstmeldinger (SMS), selv om den voksne generasjonen nå kommer etter. De skandinaviske landene har lenge ligget på topp når det gjelder utbredelsen av mobiltelefoni. Tradisjonelt har mobiltelefonen vært mer utbredt blant menn, mye fordi den tidligere var noe

arbeidsgiveren ga sine ansatte. Det har imidlertid vært et skifte de senere årene, hvor det blant de yngste er flere jenter enn gutter med egen mobiltelefon. Nyere studier viser at nesten alle ungdommer i dag har egen mobiltelefon når de begynner på ungdomsskolen. Ungdommene i TOPP-studien ble spurt om hvor ofte de bruker mobiltelefon.

Vi har spurt hvor mange personer 14-15-åringene hadde kontakt med via mobiltelefonen dagen før. Dette er en metode for å fange opp et gjennomsnitt av ungdommenes daglige bruk. Vi ser av tabellen over at nesten alle jentene og fire av fem av guttene hadde brukt mobiltelefonen dagen før. Det vanligste var å ha kontakt med mellom én og fem personer. En mindre gruppe på fem prosent av guttene og seks prosent av jentene hadde kontakt med mer enn 11 personer. Våre resultater viser slik at PC, dataspill og mobiltelefon er viktige verktøy for dagens unge, både når det gjelder underholdning og til å holde kontakt med jevnaldrende.

**Tabell 19.** Gutter og jenters bruk av mobiltelefon i løpet av én dag – prosent.

	Aldri		Månedlig		Ukentlig		Daglig	
	G	J	G	J	G	J	G	J
TV/DVD/video	0	0	4	4	17	21	73	74
PC-bruk utenom skolen	2	1	3	2	13	15	83	82
PC/TV-spill	7	47	12	30	30	18	52	5
E-post	25	11	24	29	27	30	24	30
Chatter	13	4	9	4	19	13	59	79

## Referanser

Foreldreveiledningsprogrammet (Barne-, ungdoms-, og familiedirektoratet) <http://www.bufetat.no/?module=Articles;action=ArticleFolder.publicOpenFolder;ID=1844/>

Baumrind, D. (1991). Effective parenting during the early adolescent transition. I P. A. Cowan & M. Hetherington (Eds.), *Family Transitions*, 111-63. N.J.: Earlbaum.

Breen, R. & Cooke, L. P. (2005). The persistence of the gendered division of domestic labour. *European Sociological Review*, 21, 1, 43-57.

Christensen, B. & Mauseth, T. (2007). Multisystemisk terapi: Familie- og nærmiljøbasert behandling av ungdom med alvorlige atferdsvansker. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, in press.

Drotner, K. (2001). Medier for fremtiden: Børn, unge og det nye medielandskab. København: Høst og Søn.

Felner, R. D., Aber, M. S., Primavera, J., & Cauce, A. M. (1985). Adaptation and vulnerability in high-risk adolescents: An examination of environmental mediators. *American Journal of Community Psychology*, 13, 4, 365-79.

Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D., & Cunningham, P. B. (1998). *Multisystemic Treatment of Antisocial Behavior in Children and Adolescents*. N.Y.: The Guilford Press.

Jackson, L. A., Ervin, K. S., Gardner, P. D., & Schmitt, N. (2001). Gender and the internet: Women communicating, men searching. *Sex Roles*, 44, 5/6.

Lamborn, S. D., Mounts, N. S., Steinberg, L., & Dornbusch, S. M. (1991). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, 62, 1049-1065.

Larson, R., Wilson, S., & Mortimer, J. T. (2002). Conclusion: Adolescents preparation for the future. *Journal of Research on Adolescence*, 12, 1, 159-166.

Majoribanks, K. (1979). *Families and their learning environments: An empirical analysis*. London: Routledge & Kegan Paul.

NICHD Study of Early Child Care and Youth Development (2006), Phase IV data. <http://secc.rti.org/display.cfm?t=f&i=FHV05X5>

Pianta, R. C. (1992). *Child-parent relationship scale*. Unpublished measure, University of Virginia. <http://www.virginia.edu/vprgs/CASTL/files/Child-ParentRelationshipScale.pdf>

Rowlison, R. T. & Felner, R. D. (1988). Major life events, hassles, and adaptation in adolescence: Confounding in the conceptualization and measurement of life stress and adjustment revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 3, 432-44.

Sanson, A., Hemphill, S. A., & Smart, D. (2002). Temperament and social development. I P. K. Smith & C. H. Hart (Eds.), *Blackwell handbooks of developmental psychology*, 97-115. Malden: Blackwell Publishers.

Sameroff, A. J., & Mackenzie, M. J. (2003). Research strategies for capturing transactional models of development: The limits of the possible. *Development and psychopathology*, 15, 613-640.

Sanders, M. R., Markie-Dadds, C. & Turner, K. M. T. (2003). Theoretical, scientific and clinical foundations of the Triple P-Positive Parenting Program: A population approach to the promotion of parenting competence. *Parenting Research and Practice, Monograph 1*.

Shelton, K. K., Frick, P. J., & Wootton, J. (1996). Assessment of parenting practices in families of elementary school-age children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 3, 317-329.

Solholm, R., Askeland, E., Christiansen, T., & Duckert, M. (2005). Parent Management Training – Oregon-modellen. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 42, 587-597.

Stattin, H. & Kerr, M. (2000). Parental Monitoring: A Reinterpretation. *Child Development*, 71, 4, 1072-1085.

Subrahmanyam, K., Kraut, R. E., Greenfield, P. M., & Gross, E. F. (2001). The impact of home computer use on children's activities and development. *Applied Developmental Psychology*, 22, 7-30.

Webster-Stratton, C. (2000). De utrolige årene. En veiledning i problemløsning for foreldre med barn i alderen 3-8 år. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Øvreide, H. & Hafstad, R. (1996). Marte Meo-metoden: Styrking av foreldres kompetanse. I S. Reichelt & H. Haavind (Eds.), *Aktiv Psykoterapi. Perspektiver på psykologisk forståelse og behandling*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.







# Del 2

## 15 år med Topp - studien: Trivsel og OPPvekst- barndom og ungdomstid

Det er ganske vanlig å ha psykiske plager i enkelte perioder. Noen har imidlertid plager som varer over lengre tid og som virker negativt inn på trivsel, samvær med andre og skoleprestasjoner. Å forstå hvilke prosesser som er involvert i utvikling av psykiske plager, normbrytende atferd og sosiale ferdigheter er en viktig forskningsmessig målsetting. Slik forståelse kan danne grunnlag for valg av strategier i det forebyggende arbeid og utvikling av målrettede tiltak. Det er etter hvert godt dokumentert at barn som vokser opp i miljøer preget av en rekke alvorlige risikoforhold kan utvikle gode sosiale ferdigheter og lite psykiske plager. Det er derfor ikke tilstrekkelig å bare studere risikoforhold i omgivelsene for å forstå årsakene til negativ og positiv utvikling. Studier av problematferd og sosiale ferdigheter hos barn må både inkludere opplysninger om barna selv og om beskyttende faktorer i oppvekstmiljøet. Alle disse perspektivene har vi forsøkt å ta med i TOPP-studien.

Dataene som er samlet inn har foreløpig dannet utgangspunkt for to fullførte og fire påbegynte doktorgrader. Fem av disse er finansiert av forskningsrådet, mens den siste får midler fra Helse Øst. I tillegg har datainnsamling vært finansiert av Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Øst og Sør og av stiftelsen Helse og rehabilitering. Prosjektleder Kristin S. Mathiesen planla undersøkelsen i 1992 sammen med professor Harald Martinsen fra Universitetet i Oslo. Prosjektdesign og tematikk er preget av hans kunnskap. Professor Kristian Tams fra Folkehelseinstituttet har vært veileder på begge de fullførte avhandlingene, og har derved vært en sentral bidragsyter i alle de tidlige fasene av prosjektet. Prosjektet startet opp på Senter for sosialt nettverk og helse hvor professor Odd Steffen Dalgard var leder og aktiv bidragsyter. Derfra fikk vi gode innspill og egnede spørsmål om en rekke temaer, bl.a. om sosialt nettverk og nærmiljø. Da senteret ble nedlagt, flyttet prosjektleder og prosjektet til Folkehelseinstituttet og senere til Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Øst og Sør. I løpet av de

fem årene prosjektet var forankret der, fikk vi bidrag fra kolleger med faglig overblikk over forskningsfeltet og god kjenneskap til moderne skalaer og analysemetoder. I dag er prosjektleder og prosjektet igjen forankret på Folkehelseinstituttet, og dataene administreres derfra. Hjelpen og støtten fra kolleger har vært av sentral betydning for utfallet.

I rapportens annen del skal vi først presentere målsettingen med TOPP-studien, før vi går nærmere inn på utvalg, svarprosent og frafall. Vi beskriver styrker ved studien, temaer som er inkludert og forskergruppen som arbeider med datamaterialet. Dernest presenterer vi seks sentrale funn fra studien. Avslutningsvis peker vi på utfordringer som kommunens tjenesteapparat står overfor.

### 1. Utvalg, skalaer og forskergruppen bak TOPP-studien

Det er opplysningene fra de mange familiene i studien – mellom 961 og 481, varierende i antall fra runde til runde – som har gjort det mulig å utarbeide både denne rapporten og de andre publikasjonene som er listet opp i Vedlegg 2. Vi vil først beskrive utvalget, svarprosenten i de ulike rundene og hva som skiller familiene som har blitt i studien fra familiene som har falt fra underveis. Deretter skisserer vi hvilke skalaer og spørsmål som er inkludert i spørreskjemaene. Til sist presenterer vi forskergruppen som arbeider med å analysere dataene.

#### 1.1 Målsetting

**TOPP-studien** skal skaffe kunnskap om forstadier og utviklingsveier til:

- at barn fra tidlig førskolealder og fram til voksen alder utvikler gode sosiale ferdigheter og god psykisk helse, og at symptomer på psykiske plager, normbrytende atferd og somatiske plager både utvikles og reduseres.
- at mødre og fedre utvikler god mestringsevne og god trivsel, og at symptomer på psykiske plager hos foreldre både utvikles og reduseres.

Vi ønsker derved å framskaffe kunnskap om norske barnefamilier som kan bidra til å sette hjelpeinstansene bedre i stand til å identifisere forstadier og utviklingsveier både til gode og sårbare forløp. Dette skal kunne danne grunnlag for helsefremmende, forebyggende og behandlende tiltak.

## 1.2 Utvalg, svarprosent og frafall

I seks omganger (t1 til t6) er det samlet inn omfattende spørreskjemaedata om barnefamiliers sosiale relasjoner, ressurser og belastninger knyttet til hjemmemiljø, fritidsarenaer og skole. Samtidig er det innhentet opplysninger om trivsel, ferdigheter og plager hos barn og mødre. Fra og med den sjette runden i 2006 har vi også inkludert informasjon fra fedrene. Dataene ble første gang samlet inn i 1993 da barna var 18 måneder (t1), og deretter når de var henholdsvis 2 ½ år (t2), 4 ½ år (t3), 8-9 år (t4), 12-13 år (t5) og 14-15 år (t6). I de fire første rundene var det mødrene som fylte ut skjemaene. Barna/ungdommene fikk separate skjemaer fra og med 12årsalderen, og fedrene ble fullt inkludert i den siste runden. I 2008, når barna er blitt mellom 16 og 17 år, planlegger vi en syvende innsamlingsrunde, hvor vi skal sende spørreskjemaer til mødrene, ungdommene og fedrene eller barnets viktigste farsfigur. Vi håper å kunne fortsette studien også utover dette.

Vel 87 prosent (939 familier, 921 mødre og 18 fedre) av hele årskull brukere av 19 helsestasjoner på Østlandet (n=1081) fylte ut det første skjemaet da barna var 18 måneder. Senere skjemaer ble kun sendt til disse familiene. Det var 804 familier (784 mødre og 20 fedre) som fylte ut det andre skjemaet da barna var to og et halvt år, mens 760 familier (737 mødre og 23 fedre) fylte ut det tredje skjemaet da barna var fire og et halvt år. På tidspunkt fire, da barna var åtte år, svarte 531 familier (512 mødre og 19 fedre) på skjemaet. Da barna var ved inngangen til ungdomsalder, mellom 12 og 13 år, ble skjemaet fylt ut av 612 foreldre (601 mødre og 11 fedre) og 565 ungdommer. Det var 481 mødre, 370 fedre og 459 ungdommer som besvarte spørsmålene da ungdommene var mellom 14 og 15 år.

Nær 80 prosent av mødrene som fylte ut det første

skjemaet besvarte også spørsmålene i begge de to neste rundene (750 mødre). Mellom 65 og 52 prosent av mødrene som besvarte spørsmålene på det første skjemaet deltok i de tre siste rundene, færrest i den siste. Informasjon fra de 401 mødrene som besvarte spørsmålene i *alle de fire* første rundene ble brukt i de longitudinelle analysene som omfatter tiden fram til barna ble åtte og et halvt år.

Etter første innsamlingsrunde fylte helsesøstrene ut egne skjemaer med følgende demografiske og sosioøkonomiske opplysninger om ikke-deltakerne: mors alder, sivil status, antall barn, status vedrørende arbeid, utdanningslengde og antatt belastningsnivå. Analyser av frafall viste ingen signifikante forskjeller mellom deltakerne og ikke-deltakerne vedrørende disse variablene på dette tidspunktet (t1). Dette tyder på at utvalget var rimelig representativt for brukere av helsestasjonene på Østlandet (vel 95 prosent av barnefamiliene i områdene brukte helsestasjonen). På t1 var mødrenes gjennomsnittsalder 30 år (SD=4,7). Det var 49 prosent gutter og 51 prosent jenter blant barna. Områdene som sognet til de 19 helsestasjonene hvor familiene bodde, varierte i stor grad, og var jevnt over representative for mangfoldet av sosiale miljøer i Øst-Norge: 28 prosent av familiene bodde i store byer, 55 prosent i små byer eller tettsteder og 17 prosent i mer landlige strøk. I et annet prosjekt fra 1991 hadde vi samlet inn tilsvarende data om levekårene til ytterligere 1000 barnefamilier fra seks kommuner i fem fylker: Troms, Nordland, Rogaland, Østfold og Oslo. En sammenligning av opplysninger om demografiske og sosioøkonomiske forhold, belastningsnivå og støt-teforhold mellom familiene i TOPP-studien ved t1 og familiene i dette andre utvalget, viste at de to utvalgene var temmelig like (Mathiesen, 1999). Dette kan tyde på at familiene i vårt utvalg i utgangspunktet var rimelig representative for barnefamilier flest på tvers av landsdeler. Ytterligere informasjon om de demografiske variablene i utvalget i TOPP-studien er behandlet i Mathiesen, Tambs og Dalgard (1999).

I de tre første datainnsamlingsrundene stod helsesøstrene for både utdeling og innhenting av spørreskjemaene. I de senere rundene t4 til t6 ble spørreskjemaene sendt ut og returnert per post. Økningen i frafall fra t3 til t4 kan nok i stor grad skyldes denne endringen i prosedyrer. Sammenligninger mellom mødrene på t1 og mødrene som var igjen i utvalget på t4, viste at en noe større andel av mødrene som hadde falt fra hadde lavere utdanning, mer kronisk stress relatert til barn og barnepass, flere negative livshendelser og mer problemer med partnerne sine. Mødrene fra de to gruppene hadde imidlertid ikke forskjellig nivå av symptomer på angst og depresjon, mengden kronisk stress relatert til levekår var det samme og nivået av problematferd hos barna var likt. Det er likevel

sannsynlig at den noe lavere andelen familier med belastninger ved t4 og framover har gjort at utvalget etter hvert inneholder en større andel velfungerende familier sammenlignet med det opprinnelig utvalget på tidspunkt 1. En ny frafallsanalyse etter den siste innsamlingsrunden (t6) viste at denne tendensen fortsatte. Sammenlignet med mødrene som fylte ut skjemaene ved t4, men ikke ved t6, var en noe større andel av mødrene som fortsatte i studien eldre, samt at de hadde bedre utdanning og bedre økonomi. Både disse mødrene selv og barna deres hadde lavere symptomnivå da barna var åtte og et halvt år enn de som forlot studien. De to utvalgene skilte seg imidlertid ikke fra hverandre når det gjaldt belastninger knyttet til omsorg for barn og barns helse, belastninger knyttet til egen helse og levekår, antallet negative livshendelser de hadde hatt siste år og mengden sosial støtte de fikk fra partner, familie og venner. Andelen enslige var omtrent lik, og de hadde samme antall barn.

### 1.3 Styrker ved studien

Forebyggende tiltak antas å ha størst effekt dersom de iverksettes tidlig i utviklingsforløpet, før negativ eller uheldig atferd har blitt en mer permanent del av barnas atferdsmønster (Wise, da Silva, Webster, & Sanson, 2004). Da TOPP-studien ble planlagt i 1992, var det imidlertid sparsomt med kunnskap både nasjonalt og internasjonalt om psykisk helse og risiko hos familier med ett til to år gamle barn. Dette var særlig beklagelig fordi helsestasjonene, som har gode muligheter til å iverksette forebyggende tiltak i familier med sped- og småbarn, trengte slik kunnskap. Her hjemme manglet vi i tillegg studier som kunne kryss-validere spørsmål og skalaer som var i vanlig bruk i internasjonale undersøkelser, slik at resultater fra norske studier kunne sammenlignes med disse.

Som anført innledningsvis, synker svarprosenten vanligvis over tid i longitudinelle studier. Slik har det også vært i TOPP-studien. Mens informasjonen fra de første rundene kunne bidra til å beregne forekomsten av ulike forhold, var ikke dataene lengre egnet til å framskaffe forekomsttall etter hvert som svarprosenten gikk ned. Men longitudinelle studier har den styrken at de måler utvikling fra ett trinn til et annet hos samme individ, og kan sammenholde disse funnene med mulige årsaksfaktorer. Styrkene ved studien – befolkningsbasert studie med tidlig start, langt tidsspenn, mange temaer, god spredning i svar og få ubesvarte spørsmål – gjør at verdien av dataene øker for hver ny runde. Det er foreløpig få studier som har disse kvalitetene, også på verdensbasis. Dette gjør dataene spesielt velegnet til å studere *forstadier-, utviklingsveier- og årsaker* til mange typer utfall.

#### 1.3.1 Skalaer og spørsmål

Foruten demografiske og sosioøkonomiske forhold, tilknytning til naboer og nabolag og trivsel og problemer i nærmiljøet, inneholdt skjemaene spørsmål om *mødrenes* somatiske helse, trivsel og mestringstil, temperamentstrekk, symptomer på angst og depresjon, sosiale nettverk, belastninger og livshendelser siste år, barneoppdragelsesmetoder og forhold til partneren. Mødrene, og senere også barna, besvarte videre spørsmål om *barnas* temperament, sosiale ferdigheter og skoletilpasning, emosjonelle plager, utagering og andre normbrudd, somatisk helse, belastninger, positive og negative hendelser, fritidsaktiviteter og forhold til jevnaldrende og foreldre. Fedrene har fylt ut et lignende, men noe forkortet skjema. En del av skalaene som er brukt er mer utførlig beskrevet i innledningene til hvert av kapitlene i rapportens første del. Navnene på de viktigste skalaene, tidspunktene hvor disse ble brukt og referanser til forskerne som har laget skalaene, finnes i Vedlegg 1.

Alle opplysninger som samles inn blir behandlet strengt fortrolig. Resultater fra analyser av dataene blir kun publisert som gruppedata, uten at den enkelte kan gjenkjennes. Koplingen mellom navn, adresser og ID-nummer finnes kun på lister som oppbevares nedlåst på Nasjonalt Folkehelseinstitutt. All bearbeiding av dataene foretas uten at ID-nummeret knyttes til den enkeltes navn.

#### 1.3.2 Intervjuundersøkelsen

I tillegg til å samle inn spørreskjemadata, har vi intervjuet mellom 20 og 30 mødre og barna deres da disse var mellom 10 og 11 år gamle. Hensikten var å få utdypende informasjon om hvordan vekst og endring i barns atferd blir forstått av barna selv og av deres mødre. Kunnskapen ble innhentet ved at mødre og barn, hver for seg, fortalte om daglige hendelser, hvordan de organiserer hverdagen sin og om hva som gjorde at hverdagen endret seg. Analysene av dette er ennå ikke ferdige.

### 1.4 Forskergruppen

I dag består forskningsgruppen av seks seniorforskere og fire doktorgradsstipendiater. Seniorforskerne er prosjektleder Kristin S. Mathiesen fra Folkehelseinstituttet og følgende forskningsveiledere: Harald Janson fra Atferdssenteret; Espen Røysamb fra Folkehelseinstituttet og Universitetet i Oslo; Ane Nærde fra Atferdssenteret; Hanne Kristensen fra Regionsenteret, Øst og Sør og Leila Torgersen fra Folkehelseinstituttet. Doktorgradsstipendiatene er: Evalill Karevold, Anne Kjeldsen og Anni Skipstein fra Folkehelseinstituttet og Helene Helgeland fra Regionsenteret, Øst og Sør.

Felles for oss som bruker datamaterialet, er at vi alle arbeider med å finne *forstadier, utviklingsveier og årsaker* til ulike utfall:

- Evalill Karevold studerer angst og depresjon hos barn og unge.
- Anne Kjeldsen studerer normbrytende atferd hos barn og unge.
- Helene Helgeland studerer langvarige eller gjentatte magesmerter hos barn og unge.
- Leila Torgersen studerer spiseproblemer hos barn og unge.
- Anni Skipstein studerer mestring og psykiske plager hos mødre knyttet til utfordringer i morsrollen og parforhold.
- Kristin S. Mathiesen studerer positive (resiliente) utviklingsforløp hos barn og unge og forholdet mellom mødre og barns temperament.

## 2. Temaområder, sentrale funn og anbefalinger

I dette siste kapittelet går vi gjennom noen områder hvor det manglet kunnskap da TOPP-studien startet. Til hvert område knytter vi resultater fra analyser av våre data. På denne måten synliggjør vi kunnskapsbehovet i feltet på starttidspunktet, samtidig som vi skisserer hva våre undersøkelser har bidratt med. De fleste av funnene som presenteres er publisert i internasjonale tidsskrifter (se vedlegg 2). I publikasjonene er funnene sammenholdt med viten som har kommet til internasjonalt i tiden etter at TOPP-studien startet. Mye analysearbeid pågår imidlertid fortsatt, og resultater fra dette arbeidet publiseres fortløpende.

### 2.1 Sentrale funn fra TOPP-studien

Gjennom å sammenligne informasjon fra de fem første innsamlingstidspunktene, har vi foreløpig publisert analyser av hvordan sosiale ferdigheter, problematferd og temperamentstrekk viser seg gjennom hele førskolealderen og fram til slutten av ungdomsskolen (fra ett til 12 års alder), hvor stabil slik atferd er og hvilke forhold ved barnet, familien, skolen og

oppvekstmiljøet som bidrar til at ferdigheter og plager utvikles og vedvarer. Vi har også studert mestringsmåter og symptomer på angst og depresjon hos mødrene fra barna var halvannet år og foreløpig til de var åtte og et halvt.

I det følgende vil vi trekke fram syv av temaområdene hvor det var utilstrekkelig kunnskap da studien startet, og hvor prosjektet har frambrakt *ny kunnskap*. Vi har valgt ut seks hovedfunn. De fleste av disse er mer utførlig utdypet tidligere i rapporten.

#### 2.1.1 Forstadier vises tidlig

Helt til de siste årene har det vært lite kunnskap om hvordan tilpasningsvansker uttrykkes hos barn mellom ett og to år, hvorvidt problematferd kan deles inn i ulike typer fra de tidligste førskoleårene og hvilke typer atferd dette i så fall gjelder. Kunnskap som kan belyse hvilke former for problematferd som kan regnes som forstadier til psykiske plager har vært mangelfull. Kommunens hjelpeinstanser, og da særlig helsestasjonene, trenger informasjon om dette for å finne fram til barn med økt risiko for å utvikle psykiske plager og sette inn hjelpetiltak så tidlig i forløpet som mulig.

**Funn:** Resultater fra TOPP-studien tyder på at det er mulig å identifisere forstadier til plager allerede fra barn er halvannet år<sup>1</sup> (Mathiesen & Sanson, 2000). Om lag en fjerdedel av barna med betydelige plager i halvannetårsalderen hadde fremdeles slike tre år senere (Mathiesen, Sanson, Stoolmiller, & Karevold, innsendt).

**Funn:** Prosjektet har funnet fram til at problematferd som viser seg så vidt tidlig kan deles inn i fire typer ved halvannet års alderen. De ulike typene ligner på symptombilder som er funnet hos eldre førskolebarn: én type er knyttet til emosjonell problematferd; "Emosjonelle problemer", to typer er kjennetegnet ved utagerende problematferd; "Overaktiv, uoppmerksom" og "Sosiale tilpasningsproblemer", og en fjerde type er knyttet til generell umodenhet; "Reguleringsproblemer". Dette er nærmere utdypet i to artikler fra 2000 (Mathiesen & Sanson, 2000; Mathiesen, 1999), og blir behandlet i kapitlene 1.2 og 5.2.3 i rapportens første del.

Disse funnene understreker hvor viktig det er å ha et godt utbygget helsestasjonstilbud som alle barn kan nyte godt av. I tillegg peker de på nødvendigheten av at nettopp dette kommunale tilbudet rustes ytterligere opp og tilføres mer kompetanse om barns psykiske helse, slik at personell knyttet til helsestasjonen kan

<sup>1</sup> Test-retest-korrelasjon mellom symptomskårene på BCL ved halvannet og to og et halvt år på .58. Det var 56 prosent av de omlag 15 prosentene (1 sd. over utvalgsgjennomsnittet) av barna med mest omfattende plager ved to og et halvt års alder som også hadde hatt like høyt symptomnivå ett år tidligere.

øke den forebyggende innsatsen på dette området, evt. henviser til behandling.

### 2.1.2 Problematferd hos ettåringer henger sammen med mødrenes symptomnivå

Da TOPP-studien startet var det lite kunnskap om hvilke forbindelser det er mellom belastninger og støtteforhold i familiene, mødrenes symptomnivå, og problematferd hos *ett- til toåringer*. Vi visste ikke om belastninger og støtte som påvirket de voksnes fungering også virket direkte inn på barnas atferd, eller om påvirkningen på barnas atferd fra omgivelsene hovedsakelig gikk via mødrenes symptomnivå. Denne typen kunnskap kan begrunne valg av forebyggende strategier. Dersom barnas psykiske helse i denne alderen først og fremst blir påvirket av mødrenes symptomnivå, bør mer innsats rettes inn på å forebygge og behandle symptomer på angst og depresjon hos mødre med sped- og småbarn. Derved bedres ikke bare mødrenes fungering, men også barnas oppvekstmiljø og derved barnas fungering.

**Funn:** Resultater fra TOPP-studien tyder på at problematferd hos barn på halvannet år primært er knyttet til mødrenes symptomnivå. I tillegg er både mødrenes symptomnivå og problematferd hos barna i noen grad direkte forbundet med at mødre er unge, har lite utdanning og får lite sosial støtte. Virkningen av de fleste andre familieforhold (gift/ikke gift, antall barn, flyttehyppighet, økonomiske problemer, yrkesdeltakelse, somatisk sykdom hos foreldrene og annet) er indirekte. Belastninger i familien synes først og fremst å påvirke småbarna via den virkningen de samme forhold har på mødrenes symptomnivå (Mathiesen & Tambs, 1999). Temaet blir behandlet nærmere i kapittel 7.6.

Disse funnene tyder på at langt mer oppmerksomhet bør rettes mot mødre med psykiske plager for å forebygge at også barna utvikler slike. Andre norske undersøkelser har funnet at 10-15 prosent av kvinner i fruktbar alder er betydelig plaget av symptomer på angst og depresjon, og at forekomsten er omtrent like høy i fasen med barnefødsler (Eberhard-Gran et al., 2002). Det betyr at 6-9000 spedbarnsmødre til enhver tid har slike plager. Like mange spedbarn, og eventuelle søsken, er dermed involvert. Minst 15 000 barn i Norge under 18 år lever også med én eller to foreldre som får behandling innen det psykiske helsevern. I tillegg kommer barn som bor sammen med foreldre med psykiske lidelser som ikke behandles (Moe, V. &

Slinning, K., 2002). I dag anvender ikke helsevesenet undersøkelsesmetoder som gjør det mulig å finne fram til deprimerte mødre og støtte disse allerede fra svangerskapet og framover. I tillegg mangler de aller fleste kommunene spesialutdannet personell som er velegnet til å arbeide med denne målgruppen. Resultatene fra TOPP-studien understreker betydningen av å utbedre dette.

### 2.1.3 Mødrenes symptomnivå påvirkes av sosial støtte og barnepassordninger

Helt til de siste årene har det vært lite kunnskap om hvilke omgivelsesforhold som særlig virker inn på den psykiske helsen til mødre med førskolebarn. Siden psykiske plager hos små barn har sammenheng med mødrenes symptomnivå, er det sannsynlig at barns psykiske helse vil kunne bedres dersom mødrenes symptomnivå går ned. I tillegg til at vi trenger kunnskap som kan hjelpe oss med å velge overordnede strategier i det forebyggende arbeidet (jf. forrige punkt), trenger vi også mer spesifikk kunnskap om hvilke forhold vi særlig må rette innsatsen mot for å kunne bedre mødres psykiske helse og forebygge at mødre og barn utvikler psykiske plager.

**Funn:** Resultater fra TOPP-studien viser at symptomer på angst og depresjon hos mødre til halvannet år gamle barn er tett knyttet til støtte- og belastningsforhold.<sup>1</sup> Selv om de psykiske plagene også har noe sammenheng med bakgrunnsforhold som alder, økonomi og utdanning, tyder resultatene på at det meste av virkningen fra disse går via det støtte- og belastningsnivået som mødre lever med i hverdagen<sup>2</sup>. Det er derved ikke tilstrekkelig å se etter forhold som mødrenes alder eller sivilstatus for å finne de hjelpetrengende mødre når barna er så vidt små. Vi må først og fremst søke etter mødre som lever med mange belastninger og som får lite sosial støtte fra familie og venner. Mødrene kan være særlig utsatte dersom de også er lite integrert i sine nærmiljøer (Mathiesen, 1995; Mathiesen, Tambs, & Dalgard, 1999). Dette er utdypet i kapittel 7.6.

**Funn:** Resultater fra TOPP-studien viser også at endringer i belastninger knyttet til barns helse og barnepassordninger er tettere forbundet med endringer i mødrenes symptomnivå enn noen andre typer av belastninger. Bedres barnepassordningene, synker mødrenes symptomnivå. I tråd med at barne-

<sup>1</sup> 37 prosent forklart varians.

<sup>2</sup> 13 prosent forklart varians når de inkluderes alene. Dette synker til 2.6 prosent når de inkluderes etter støtte og belastningsforhold.

<sup>3</sup> Dette gjelder ikke familier som har svært dårlig råd. Basert på definisjonen i "Tiltaksplanen mot fattigdom" (2002-2003), bodde tre prosent av alle barn i alderen 0-18 år i en familie med vedvarende lav inntekt i perioden 2001-2003. Dette utgjør omlag 34 000 barn. Barn fra familier med svært lav inntekt er mer utsatt for å utvikle helseplager enn andre. De negative konsekvensene av å vokse opp i fattigdom ser ut til å være verre jo tidligere i barndommen man opplever fattigdommen og jo lenger den varer (Tvetene, 2006).

relaterte belastninger synes å variere lite med sosialøkonomisk status i vanlige norske familier<sup>3</sup> med barn i førskolealder, fant vi i vårt utvalg at mødrenes symptomnivå var relativt uavhengig av dette (Nærde, et al., 2000; Nærde, Tambs, & Mathiesen, 2002). Dette er også omtalt i kapittel 7.6.

Risikoen for utvikling av depresjon øker også dersom man mangler sosial støtte, er dårlig integrert i arbeidsliv og vennegruppe og deltar lite i nærmiljø og organisasjonsliv (Weisæth & Dalgard, 2000). I førstelinjetjenesten kreves det langvarig innsats før man kan fjerne eller minske belastninger som mange av barnefamilieene lever med, slik som økonomiske vansker, arbeidsledighet, usikre boligforhold, problemer med å tilpasse barneomsorg med yrkesliv osv. Ofte kan det være lettere, og noen ganger like effektivt, å forsøke å øke de sosiale ressursene rundt barnefamilieene.

Psykiske plager kan påvirkes positivt gjennom å øke den emosjonelle og praktiske støtten man kan få ved å tilhøre en familie, et vennenettverk eller et støttende nabolag (Sætre, Mathiesen, & Nærde, 1996). Her er det fremdeles et stort forebyggingspotensial som ikke er utnyttet fullt ut. To helsestasjonsprosjekter som gikk forut for TOPP-studien samlet informasjon fra omlag 5000 norske småbarnsfamilier. Herfra fant vi at 10-15 prosent av mødrene kun hadde kontakt med sine slektninger eller venner én gang i måneden eller sjeldnere, mens hver fjerde mor aldri hadde vært på besøk hos noen av familieene i nabolaget. Om lag 10 prosent av småbarnsmødrene som deltok i disse prosjektene oppga at de følte seg direkte ensomme (Mathiesen, 1999). Sammenstilling av resultater fra prosjektene viste at helsestasjonene direkte kunne bidra til at familier utviklet støttende sosiale nettverk som besto over tid. Ti av helsestasjonene utviklet spesielle gruppetilbud hvor en viktig hensikt var å stimulere mødrene til å bli venner med hverandre. Det ble lagt vekt på at mødrene skulle: a) få kontakt med hverandre og føle gjensidig omsorg; b) bli synlige for hverandre og føle gjensidig respekt; c) få følelsen av at de hørte naturlig hjemme i gruppen og d) kunne gi hverandre praktisk hjelp i et knipetak. Ett år etter at nettverksgruppene var avsluttet, fortalte om lag halvparten av mødrene som hadde deltatt at de var blitt kjent med andre mødre i gruppene som de nå regnet som gode venner. Det samme var kun tilfelle for én av fire mødre som hadde deltatt i vanlige foreldregrupper på helsestasjonen. Dette eksempelet viser at det er mulig å stimulere til dannelse av nære sosiale nettverk gjennom slike "kunstige" tiltak.

#### **2.1.4 Det er særegne utviklingsveier til ulike typer av plager**

Det har hittil vært lite forskning omkring hvilke temperamentstrekk og oppvekstforhold som bidrar til at barn som tidlig viser tegn på emosjonelle plager, utagerende atferd og spiseproblemer (forstadier til psykiske plager) utvikler slike på et senere tidspunkt. Fremdeles er ikke forskerne enige om hvorvidt noen risikofaktorer bidrar til at alle typer av plager vedvarer, mens andre faktorer kanskje er knyttet til spesielle typer av plager. Det er behov for slik kunnskap for å kunne rette inn de forebyggende og behandlende tiltakene på best mulig måte.

**Funn:** Resultater fra TOPP-studien tyder på at utviklingsveiene til emosjonelle plager og utagerende atferd er litt forskjellige. Noen temperamentstrekk og noen oppvekstforhold øker sannsynligheten for at begge disse hovedtyper av plager varer over tid, mens andre kun kan knyttes til symptomer på emosjonelle plager eller utagerende atferd (Mathiesen & Sanson, 2000). Hvilke forhold dette gjelder, varierte noe med barnas alder (Mathiesen, Sanson, Stoolmiller, & Karevold, innsendt). Vi forsker også på å finne forstadier og utviklingsveier til spiseproblemer og langvarige magesmerter. Resultatene av disse analysene vil bli publisert i nær framtid.

#### **2.1.5 Konstante risikofaktorer bevarer barns symptomnivå**

Da TOPP-studien startet var det knapt med kunnskap om i hvilken grad problematferd endrer seg dersom oppvekstmiljøet endret seg. Slik kunnskap kan ha store praktiske konsekvenser. Hvis mye er avgjort allerede når barn er halvannet år, betyr dette at en særlig målrettede forebyggende innsats mot familier i barnas første to leveår. Et alternativ som det er rimelig å undersøke, er om det ikke spiller så stor rolle hvordan oppvekstmiljøet er i sped- og småbarnsalder, så lenge det bedrer seg over tid. Det er viktig å framskaffe kunnskap om den relative betydningen av tidlig og sen eksponering for både å øke vår forståelse av hvor fleksibel barns utvikling er, og for å hjelpe oss til å finne kjennetegn ved grupper av barn som er særlig utsatte for å utvikle plager som vil vedvare.

Få studier har samtidig undersøkt disse to veiene til utvikling av plager fra barn er i annet leveår og tre år framover (dvs. skilt effektene fra eksponering av risikofaktorene på ulike tidspunkt fra hverandre). En grunn til dette er at pålitelige analyser av slike sammenhenger stiller store krav til statistisk ekspertise og datamaterialets kvalitet. Analysemodellen vi brukte i TOPP-studien tillot blant annet at vi målte effekter på nivået av plager på ulike tidspunkt, både av stabi-

<sup>1</sup> En variant av latent vekstkurveanalyse (LGC).



litet og endring i sentrale risikofaktorer<sup>1</sup>. Den første oppgaven var å finne ut i hvilken grad oppvekstkår og temperamentstrekk som var til stede når barn var halvannet år og som samvarierte med psykiske plager på dette tidspunktet, fortsatte å ha effekt på utviklingen av plager senere i barnealderen, uavhengig av om risikofaktorene ble endret over tid. Den andre oppgaven var å undersøke i hvilken grad plagene endret seg dersom belastningsnivå og støttenivå endret seg, etter at effekten fra oppvekstkår og temperamentstrekk som var tilstede i halvannetårsalderen ble fjernet.

**Funn:** Resultater fra TOPP-studien tyder på at begge utviklingsveiene er av betydning. Risikoforhold som allerede var til stede da barna var halvannet år, virket inn på symptomnivået tre år senere, uavhengig av endringer i temperamentstrekk og belastninger. Hovedfunnet er likevel at det *kun var* når risikoforholdene holdt seg konstante at barnas symptomnivå forble på samme nivå. Barn med vanskelig temperament som kom fra de mest belastede oppvekstmiljøene utviklet mest psykiske plager. Barnas problematferd kunne imidlertid minske betraktelig dersom oppvekstmiljøet gjennomgikk positive endringer. Symptomene syntes å minske hos barn med utagerende atferd dersom mødrene fikk mer støtte fra partneren, og dersom barnets emosjonalitetsnivå sank. Tilsvarende sank nivået av emosjonelle plager hos barn dersom belastningsnivået i familien minsket (Mathiesen, Sanson, Stoolmiller, & Karevold, innsendt). Dette er også omtalt i kapittel 5.2.3.

### 2.1.6 Psykiske plager minker dersom sosiale ferdigheter øker

Fram til de senere årene har det vært knapt med kunnskap om sammenhengen mellom sosiale ferdigheter (ofte brukt som mål på god psykisk helse eller psykisk velvære) og psykiske plager. Det har vært uenighet om hvorvidt disse to utkommene er gjensidig utelukkende og kan plasseres på hver sin ende av et kontinuum, eller om utviklingsveiene til de to utkommene henger sammen med de samme forholdene, men med motsatt fortegn. Er det for eksempel slik at mange belastninger fører til utvikling av plager, mens lite belastninger bidrar til utvikling av sosiale ferdigheter? Og er lite sosial støtte knyttet til plager, mens mye sosial støtte er knyttet til sosiale ferdigheter? Vi har manglet kunnskap om hva vi kan oppnå hvis vi forsøker å styrke barns sosiale ferdigheter heller enn å forsøke å forebygge utvikling av psykiske plager.

**Funn:** Vi fant at en femtedel av barna med betydelige psykiske plager samtidig hadde god sosial kompetanse. En tilsvarende andel hadde lave skårer på begge

utkomme-variablene. Gode sosiale ferdigheter og psykiske plager synes derved ikke å være to motpoler i et lineært system, og er ikke gjensidig utelukkende. Likevel minsket forekomsten av plager når den sosiale kompetansen økte.

**Funn:** Resultater fra TOPP-studien tyder også på at utviklingsveiene til sosiale ferdigheter er forskjellige fra utviklingsveiene til psykiske plager. Utvikling av psykiske plager henger sammen med både familiebelastninger og mangel på sosial støtte, i tillegg til at slike plager er knyttet til høy temperamentsmessig emosjonalitet. Utvikling av gode sosiale ferdigheter henger i hovedsak sammen med god sosial støtte og lav temperamentsmessig emosjonalitet, i tillegg til høy temperamentsmessig sosialitet og lav skyhet. Utviklingen av sosiale ferdigheter synes å være relativt uavhengig av belastningsnivået i familien (Mathiesen & Prior, 2006; Mathiesen, in press). Dette er utdypet i kapittel 6.2.

### 2.1.7 Problematferd hos åtteåringer er knyttet til den sosiale støtten mødrene hadde da barna var halvannet år

Vanlige norske familier har perioder hvor dagliglivet påvirkes av belastninger og negative hendelser. For noen er belastningsnivået høyt i lengre tid. Dette kan virke negativt inn på trivselen og den psykiske helsen til alle familiemedlemmene og bidra til at barna utvikler psykiske plager. Noen av barna fra slike oppvekstmiljøer ser likevel ut til å utvikle god sosial kompetanse, god selvkontroll og lite psykiske plager. Vi har behov for mer kunnskap om hva som skiller oppvekstmiljøet til denne siste gruppen av barn fra oppvekstmiljøet til barna som utvikler plager.

**Funn:** Videre analyser har vist at barna som utviklet seg godt i familier med mange og langvarige belastninger, kom fra familier hvor mødrene hadde fått mye mer sosial støtte i de første årene i barnas liv enn det mødrene til de barna som klarte seg dårligere hadde. Disse mødrene hadde fått omsorg, respekt og hjelp både fra partner, familie og venner og ofte også fra naboer (Mathiesen & Prior, 2006). Dette støtter opp om anbefalingene vi ga i 2.2.3 i denne kortfattede gjennomgangen av funn, der vi framhevet betydningen av å arbeide for å øke barnefamiliers sosiale ressurser.

### 2.1.8 Sammenfatning

**Sammenfattet** indikerer resultatene at vi allerede fra barn er halvannet år kan begynne å identifisere forhold som bidrar til at:

- *noen barn utvikler vedvarende psykiske plager og lidelser:* Dette er barna med de mest problematiske familieforholdene, det vanskeligste

temperamentet og et miljø som gjennomgår få positive forandringer,

- *noen barn kommer over plagene:* Dette er barna med middelveier på risikofaktorene og som vokser opp i et miljø som gjennomgår positive forandringer,
- *noen barn utvikler god sosial kompetanse:* Dette er barna fra familier hvor mødrene får god sosial støtte fra venner og naboer helt fra barna er små og hvor barna har positive temperamentstrekk, mens
- *noen mødre utvikler symptomer på angst og depresjon:* Dette er mødrene med mange barnerelaterte belastninger og lite sosial støtte fra partner, familie og venner.

## 2.2 utfordringer framover

Barn og unge med særlig høy risiko for å utvikle psykiske plager er overrepresentert i familier hvor foreldrene har psykiske sykdommer, er rusmisbrukere eller voldelige. Foreldrenes psykiske plager er ofte knyttet til familiebelastninger og knapphet på sosiale ressurser, noe som igjen forekommer hyppigere i familier med lav utdanning og løs tilknytning til arbeidsmarkedet (Fløtten, 2006; Tvetene, 2006). Vi må derfor intensivere arbeidet med å bistå multiproblemfamiliene og deres barn, og forsøke å oppspore familier som har problemer på en rekke felter samtidig slik at vi kan sette inn adekvate forebyggende tiltak så tidlig som mulig i barnas liv. De best kvalifiserte fagfolkene bør arbeide med familiene med størst problemer. Dersom vi på forhånd hadde klart å finne fram til de ett- til toåringene, eller i alle fall de førskolebarna, som har betydelig økt risiko for å utvikle problematferd senere i barne- og ungdomsårene, kunne vi rettet innsatsen direkte inn mot dem allerede mens de var små.

*Det er likevel viktig å merke seg at hovedparten av barna som utvikler betydelige psykiske plager og normbrytende atferd ikke kommer fra spesielle risikogrupper.* Vi mener den største utfordringen i arbeidet med å forebygge problemutvikling hos barn fra vanlige familier, der vi finner de fleste som vil utvikle betydelige plager og normbrytende atferd senere, er å sette inn generelle tiltak som kan bedre oppvekstmiljøet til barn flest. Barn er fleksible, deres utvikling er foranderlig, foreldre endrer seg, og det gjør også andre aspekter ved barnas oppvekstmiljø. Vi klarer derfor ikke på forhånd å finne fram til *de fleste* av dem som vil utvikle mer langvarige plager.

Dette betyr at vi må arbeide langs to veier samtidig: Spesialisthelsetjenesten må arbeide med de mest vanskeligstilte familiene. Dette må imidlertid ikke ta oppmerksomheten bort fra de befolkningsrettede tiltakene, den primærforebyggende innsatsen. Vi må øke kompetansen på psykiske plager og lidelser hos barn og unge i kommunens tjenesteapparat og integrere nye tiltak i den *ordinære virksomheten* til helsestasjoner, barnehager og skoler. Betydelige ressurser må settes inn i kommunens tjenesteapparat, med det siktemål å bedre oppvekstmiljøet til alle barn. Det er godt dokumentert at manglende sosial støtte, manglende sosial integrasjon i vennegruppe, skole og arbeidsliv og manglende sosial deltakelse i nærmiljø og organisasjonsliv, øker risikoen for at man utvikler de fleste former for psykiske plager. I tillegg til å arbeide for å fjerne eller minske belastninger, betyr dette at kommunens tjenesteapparat må moderniseres og dimensjoneres slik at mer vekt legges på å utvikle, evaluere og innarbeide arbeidsmåter og metoder som er velegnede til å:

- samle inn og analysere informasjon om forhold som henger sammen med utvikling av psykiske plager og sosiale ferdigheter. Informasjonen må så formidles til etater og myndigheter som har ansvar for å iverksette egnede tiltak
- fremme utvikling av sosiale ferdigheter hos barn og unge
- bedre familienes kontaktflate og legge til rette for deltakelse i nærmiljø og organisasjonsliv
- fange opp tidlige tegn på psykiske plager hos barn, unge og deres familier
- tilføre kunnskap som gjør det mulig å finne fram til barn og unge som allerede har utviklet behandlingstrengende plager og sykdommer, og sette inn adekvate tiltak

Hva slags forebyggende tiltak som er aktuelle, henger i stor grad sammen med hvilke aldersgrupper man retter seg inn mot. Tiltak overfor småbarn vil normalt involvere foreldrene eller dem som har omsorg for barnet, og vil ofte finne sted på helsestasjonene og i barnehagene. Tiltak overfor større barn og ungdom gjennomføres ofte i regi av skolene, gjennom organisasjoner der en finner ungdom eller via media som når ungdomsgruppene. Overfor yngre ungdom er det ofte nyttig også å involvere foreldrene. Dette er mindre aktuelt i siste del av tenårene. Klargjøring av ansvar og eksempler på gode arbeidsmodeller i regi av barne-

hager og skoler kan en blant annet finne i Veileder fra Sosial- og helsedirektoratet om Psykisk helsearbeid for barn unge i kommunene (Shdir, 2007: 15-1405), i de to rapportene fra Folkehelseinstituttet om Sosiale risikofaktorer, psykisk hele og forebyggende arbeid (Fhi, 2006:2) og Sosial ulikhet i helse (Fhi, 2007:1), i boken om Ungdom og utviklingsfremmende samtaler (Olaisen, 2007) og i rapporten om Psykososial hjelp til unge jenter i et flerkulturelt miljø (Langaard, 2002, 2006).

### **2. 2.1 Sentrale referansetall, lokal kartlegging og forebyggende tiltak**

Kunnskap fra større befolkningsundersøkelser kan vise oss tallrike årsaker til utvikling av psykiske plager og sykdommer. Utbredelsen av risikoforhold som er knyttet til utvikling av psykiske plager og forhold som skaper sosial integrasjon og deltakelse, varierer imidlertid fra lokalmiljø til lokalmiljø. Man må derfor bruke informasjon om lokale forhold for å skreddersy tiltak for å løse konkrete problemer i et gitt lokalmiljø.

Hensikten med en slik lokal kartlegging er ikke å analysere data for å finne nye årsakssammenhenger (til dette vil befolkningsunderlaget lokalt stort sett være for lite). Årsaksforskning gjøres internasjonalt og i nasjonal forskning som for eksempel i TOPP-studien. Men lokalt kan man framskaffe opplysninger om hvilke ressurser man har i nabolagene, eksistens av felles *arenaer* som lekeplasser, grendehus, plasser for ballspill, ungdomsklubber, og *organisasjonsliv* som idrettsklubber, velforeninger, frivillige foreninger og lignende. Man kan kartlegge risikoforhold som farlige veier, skrenter og vann, utrygge utesteder osv. Lokal kartlegging kan gi kunnskap om utbredelsen av slike forhold i akkurat den befolkningen man skal betjene. For å bestemme hvor en åpen barnehage eller en fritidsklubb skal legges eller hvor et gruppetilbud skal opprettes, må man for eksempel vite om mange er ensomme i villabebyggelsen, om boligområdet i et av tettstedene er uten leke- og møteplasser, om mange er uten jobb og derfor hjemme på dagtid, eller om ungdommene i drabantbyen drar til kafeer og barer i byen om kveldene fordi det ikke er etablert ungdomsklubb eller andre fritidstilbud i området.

På bakgrunn av opplysningene samlet inn gjennom de omfattende skjemaene i TOPP-studien, har vi utarbeidet et kortfattet skjema for kartlegging av sosiale ressurser, belastninger og nærmiljøkvaliteter som vi vet virker inn på trivsel og helse hos familier med førskolebarn (Vedlegg 3). Skjemaet, som fylles ut av barnefamilier i avgrensede boområder eller kommunedeler, skal framskaffe informasjon om hvor man særlig må sette inn den forebyggende innsatsen. Helse- og sosialtjenesten har brukt dette skjemaet til rutinemessig kartlegging i en rekke av kommunene

som var med i de to store helsestasjonsprosjektene som er omtalt tidligere. Per i dag finnes det sammenlignbare opplysninger om trivsel, helse og levekår fra nær 5000 familier med førskolebarn, brukere av 60 helsestasjoner i 20 kommuner. I mange av kommunene har helse- og sosialtjenestene brukt opplysningene til å finne fram til egnede helsefremmende og forebyggende tiltak. Ideer til arbeidsmetoder og effektive virkemidler er bl.a. omtalt i "Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten" (IK-2617) og i boken om et av helsestasjonsprosjektene som gikk forut for TOPP-studien: "Barnefamilien – trivsel og levekår; Helsestasjonens rolle i kommunens forebyggende arbeid for barn" (Sætre, Mathiesen, & Nærde, 1996).

Slike innfallsvinkler til det forebyggende arbeidet stemmer godt overens med formålsparagrafen i lov om helsetjenester i kommunene: "Kommunen skal ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold ...". Sentralt her er også bestemmelsene i § 1-4 som regulerer kommunenes overvåkings- og informasjonsansvar: "Kommunen skal, ved sin helsetjeneste, til enhver tid ha oversikt over helsetilstanden og de faktorer som virker inn på denne, og informere andre utenfor helsetjenesten slik at disse kan fatte vedtak". I dag blir dette overvåkings- og informasjonsansvaret i varierende grad ivaretatt i kommunene. Kunnskap om helsetilstanden til barnefamilier og forhold som påvirker helsen er ofte for lite systematisert til at den lar seg omforme til presis informasjon som er velegnet til å formidle videre til politikere, andre etater og allmennheten. Dette er det viktig å endre.

Den kommunale helsetjenesten, barnehager og skoler har et spesielt ansvar i det forebyggende arbeidet fordi de kommer i kontakt med de fleste barnefamilier i et område. Personell ved disse institusjonene vil kunne få en unik oversikt over problemer og ressurser som er felles for familier med barn og unge dersom de samler inn og systematiserer informasjon fra brukerne. En av utfordringene i dette arbeidet er at metodene vi har for innsamling, analyse og formidling av helserelatert informasjon må moderniseres. Det er også knapt med utviklingsprosjekter som prøver ut nye arbeidsmetoder i det forebyggende arbeidsfeltet. Økt samarbeid på tvers av etater og nivåer er nødvendig for å nå fram til hjelptrengende barn og unge.

## Referanse

- Eberhard-Gran, M., Eskild, A., Tambs, K., Samuelsen, S. O. & Opjordsmoen, S. (2002). Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106,426-33.
- Fløtten, T. (2006). *Poverty and Social Exclusion – Two Sides of the Same Coin?* Fafo-rapport 487.
- Folkehelseinstituttet (2006). *Sosiale risikofaktorer, psykisk hele og forebyggende arbeid*. Rapport 2006:2.
- Folkehelseinstituttet (2007). *Sosial ulikhet i helse. En faktarapport*. Rapport 2007:1.
- Langaard, K. (2002). *Psykososial hjelp til unge jenter i et flerkulturelt miljø. Et samarbeidsprosjekt mellom helsetjenesten ved Sogn videregående skole og Nic Waals Institutt*. Oslo: Nic Waals Institutt.
- Langaard, K. (2006). Ungdom, psykisk helse og profesjonell hjelp. *Tidsskrift for ungdomsforskning*, 6, 25-40.
- Mathiesen, K. S. & Prior, M. (2006). The impact of temperament factors and family functioning on resilience processes from infancy to school age. *The European Journal of Developmental Psychology*, 3, 4, 357-387.
- Mathiesen, K. S. & Sanson, A. (2000). Dimensions of early childhood behaviour problems - Stability and predictors of change from 18 to 30 months. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 431-439.
- Mathiesen, K. S. & Tambs, K. (1999) The relative importance of maternal distress, family adversity and social background as predictors for behaviour problems among 18 month old children. Prediktorer for tilpasningsvansker hos førskolebarn. I: *Barnas temperament, mødrenes psykiske helse og forhold i omgivelsene*. Doktorgradsavhandling, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
- Mathiesen, K. S. (1995). Helsestasjonen og de utsatte småbarnsmødrene, i O. S. Dalgard, E. Døhlie og M. Ystgaard M (red), *Sosialt nettverk, helse & samfunn*, Universitetsforlaget AS, Oslo.
- Mathiesen, K. S. (1999). *Prediktorer for tilpasningsvansker hos førskolebarn: Barnas temperament, mødrenes psykiske helse og forhold i omgivelsene*. Doktorgradsavhandling, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
- Mathiesen, K. S. (in press). Utviklingsveier til god sosial fungering under belastende levekår. Kapittel til bok om resiliens som Ann Inger Borge redigerer. Boken skal trykkes i 2007.
- Mathiesen, K. S., Tambs, K., & Dalgard, O. S. (1999). The influence of social class, strain, and social support on symptoms of anxiety and depression in mothers of toddlers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 61-72.
- Mathiesen, K.M., Sanson, A., Stoolmiller, M. & Karevold, E.B. The nature and predictors of externalizing and internalizing trajectories across early childhood. Betinget aksept i 2007.
- Moe, V. & Slinning, K., (2002). Prenatal drug use and the conceptualization of long-term effects. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43, 41-47.
- Nærde, A., Tambs, K., & Mathiesen, K. S. (2002). Child related strain and maternal mental health: a longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 301-309.
- Nærde, A., Tambs, K., Mathiesen, K.S., Dalgard, O. S., & Samuelsen, S. O. (2000). Symptoms of anxiety and depression among mothers of pre-school children: effect and chronic strain related to children and child care-taking. *Journal of Affective Disorders*, 58, 181-199.
- Olaisen, K. (2007). *Ungdom & utviklingsfremmende samtaler*. Nic Waals Institutt, Lovisenberg Diakonale Sykehus. ISBN 978-82-997029-2-8.
- Sosial- og helsedirektoratet (2007). *Veileder om Psykisk helsearbeid for barn unge i kommunene*, 15-1405.
- Sætre R. H., Mathiesen K.S. og Nærde A. (1996). *Barnefamilien - trivsel og levekår. Helsestasjonens rolle i kommunens forebyggende arbeid for barn*, Kommuneforlaget AS, Oslo.
- Tvetene, K. G. (2006). *Rapport fra Barne- og likestillingsdepartementet: Fattigdom blant barn, unge og familier – et kunnskaps og erfaringshefte*. Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten" (IK-2617)
- Weisæth, L. & Dalgard, O.S. (red.) (2000). *Psykisk helse: risikofaktorer og forebyggende arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk, 2000.
- Wise, S., da Silva, L. Webster, E. & Sanson, A. (2004). *Efficacy of Early Childhood Interventions*. Report prepared for the Australian Government, Department of Family and Community Services, Australian Institute of Family Studies, Melbourne, Research Report 14.

# Vedlegg 1

## SENTRALE VARIABLER OG SKALAER BRUKT I TOPP-STUDIEN

Informant	Skalaer og variabler	1.5 år	2.5 år	4.5 år	8.5 år	12.5 år	14.5 år
Mødre om seg selv (t1-t6)	HSCL – Angst og depresjon	x	x	x	x	x	x
	Kidcope – Mestringsstil	x	x	x	x	x	x
	Somatisk helse	x	x	x	x	x	x
	Belastninger	x	x	x	x	x	x
	Positive og negative livshendelser	x	x	x	x	x	x
	Sosial støtte fra familie	x	x	x	x	x	x
	Sosial støtte fra venner	x	x	x	x	x	x
	Sosial støtte fra naboer	x	x	x	x	x	x
	Sosial støtte fra partner	x	x	x	x	x	x
	PPC – Enighet om oppdragelsen				x	x	x
	DAS – Tilfredshet med partneren				x	x	x
	CRQ – Barneoppdragelse				x		
	APQ – Barneoppdragelse					x	x
	Egenskaper ved forholdet til barnet						x
Mødre om barna (t1-t6)	EAS – Temperamentstrekk	x	x	x	x	x	x
	BCL – Psykiske plager	x	x	x			
	SDQ – Psykiske plager				x	x	x
	GAD – Angstplager					x	x
	SMFQ – Depressive plager					x	x
	BQAB – Normbrytende atferd					x	x
	Mobbing					x	x
	Kroppslige symptomer	x	x	x	x	x	x
	Forhold til venner	x	x	x	x	x	x
	Tilpasning på skolen				x	x	x
	SSRS – Sosiale ferdigheter				x	x	x

<i>Informant</i>	<i>Skalaer og variabler</i>	<i>1.5 år</i>	<i>2.5 år</i>	<i>4.5 år</i>	<i>8.5 år</i>	<i>12.5 år</i>	<i>14.5 år</i>
Barna om seg selv (t5-t6)	EAS – Temperament					x	x
	BCL – Psykiske plager					x	x
	SDQ – Psykiske plager					x	x
	GAD – Angstplager					x	x
	SMFQ – Depressive plager					x	x
	SWLS – Tilfredshet med livet					x	x
	Belastninger					x	x
	Positive og negative livshendelser					x	x
	BQAB – Normbrytende atferd					x	x
	Mobbing					x	x
	SSRS – Sosiale ferdigheter					x	x
	Sport, fritid og bruk av IT					x	x
	Forholdet til mor og til far					x	x
	Forhold til venner					x	x
	Forhold til skole og lærere					x	x
	PDS – Pubertetsutvikling					x	x
	Harter – Selvoppfatning					x	x
EAT – Spiseatferd					x	x	
Kroppslige symptomer					x	x	

## FORKORTELSER OG REFERANSER

APQ = Alabama Parenting Questionnaire: Shelton, K.K., Frick, P.J. & Wootton, J. (1996). Assessment of Parenting Practices in Families of Elementary School-Age Children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 317-329.

BCL=Behavior Check List: Richman, N. & Graham, P.J. (1971). A behavioural screening questionnaire for use with three-year-old children: preliminary findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 12, 5-33.

Bullying: Roland, E. & Idsøe, T. (2001). Aggression and bullying. *Aggressive Behavior*, 27, 446-462.

BQAB = The Bergen Questionnaire on Antisocial Behaviour (Bendixen and Olweus 323-54).

CPNI= Coolidge personality and neuropsychological inventory for children (Coolidge, 1998).

CRQ = Child Rearing Questionnaire: Sanson, A. (1994). *Child Rearing Questionnaire*. Melbourne, Australia; the author.

DAS = Dyadic Adjustment Scale: Sharpley, C. F., & Rogers, H. J. (1984). Preliminary validation of the abbreviated Spanier Dyadic Adjustment Scale: Some psychometric data regarding a screening test of marital adjustment. *Educational & Psychological Measurement*, 44, 1045-1050.

EAS = Emotionality, Activity, Shyness and Sociability Temperament Questionnaire: Buss, A.H. & Plomin, R. (1984). *Temperament: Early developing personality traits*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

EAT = The Eating Attitude Test: Lavik N.J., Clausen S.E., Pedersen, W. (1991). Eating Behavior, Drug-Use, Psychopathology and Parental Bonding in Adolescents in Norway. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84,4, 387-90.

GAD = Generalized Anxiety Disorder scale from CPNI: Coolidge, F.L. (1998). The Coolidge personality and neuropsychological inventory for children: The CPNI. Colorado Springs, CO: Author.

Harter = Harter Self-Perception Profile for Adolescents: Harter, S. (1988). Manual for the Self-Perception for Adolescents. Denver, CO: University of Denver.

HSCL-25=Hopkins Symptoms Checklist (Anxiety and Depression): Hesbacher, P.T., Rickels, R., Morris, R.J., Newman, H. & Rosenfeld, M.D. (1980). Psychiatric illness in family practice. *Journal of Clinical Psychiatry*, 41, 6-10.

Kidcope = Coping Style: Shapiro, A., Stark, L.J. & Williams, C. (1988). Development of a brief checklist for use with pediatric populations. *Journal of Psychiatric Psychology*, 13, 555-574.

PDS = Pubertal Development Scale: Petersen, A.C., Crockett, L., Richards, M. & Boxer, A. (1988). A self-report measure of pubertal status: reliability, validity, and initial norms. *Journal of Youth and Adolescence*, 17, 117-133.

PPC = Parental Problem Checklist: Dadds, M., & Powell, M. (1991). The relationship of interparental conflict & global marital adjustment to aggression, anxiety, & immaturity in aggressive and nonclinical children. *Journal of Abnormal Child Psychiatry*, 19, 553-567.

SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire: Goodman, R. (2000). Predicting type of psychiatric disorder from Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) in children's mental health. *European Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 9, 129-134.

SMFQ = Short Mood and Feeling Questionnaire: Angold, A., Costello, E.J., Messer, S.C., Pickles, A., Winder, F. & Silver, D. (1995). Development of a short questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 5, 237-249.

Social support = Social support from family, friends, partner and neighbours: Dalgard, O.S., Bjørk, S. & Tambs, K. (1995). Social support, negative life events and mental health – a longitudinal study. *British Journal of Psychiatry*, 166, 29-43.

SSRS= Social Skills Rating System: Gresham F.M. & Elliot, S.N. (1990). Manual for the Social Skills Rating System. Circle Pines MN: American Guidance Service.

SWLS = Satisfaction With Life Scale: Diener, E. (2000). Subjective well-being - The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34-43.



## **Artikler og manuskripter fra TOPP-studien - kronologisk liste**

- Mathiesen, K. S. (1995). Helsestasjonen og de utsatte småbarnsmødrene, i O. S. Dalgard, E. Døhlle og M. Ystgaard M (red.), *Sosialt nettverk, helse & samfunn*, Universitetsforlaget AS, Oslo.
- Sætre, R. H., Mathiesen, K.S. og Nærde, A. (1996). *Barnefamilien - trivsel og levekår. Helsestasjonens rolle i kommunens forebyggende arbeid for barn*, Kommuneforlaget AS, Oslo.
- Mathiesen, K. S., Tambs, K., & Dalgard, O. S. (1999). The influence of social class, strain, and social support on symptoms of anxiety and depression in mothers of toddlers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 61-72.
- Mathiesen, K. S. & Tambs, K. (1999): The EAS temperament questionnaire - factor structure, age trends, reliability and stability in a Norwegian sample. *Child Psychology and Psychiatry*, 40, 3, 431-439.
- Mathiesen, K. S. & Tambs, K. (1999b) The relative importance of maternal distress, family adversity and social background as predictors for behaviour problems among 18 month old children. Prediktorer for tilpasningsvansker hos førskolebarn. I: *Barnas temperament, mødrenes psykiske helse og forhold i omgivelsene*. Doktorgradsavhandling, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
- Nærde, A., Tambs, K., Mathiesen, K.S., Dalgard, O. S., & Samuelsen, S. O. (2000). Symptoms of anxiety and depression among mothers of pre-school children: effect and chronic strain related to children and child care-taking. *Journal of Affective Disorders*, 58, 181-199.
- Mathiesen, K. S. & Sanson, A. (2000): Dimensions of early childhood behaviour problems - Stability and predictors of change from 18 to 30 months. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 431-439.
- Nærde, A., Tambs, K., & Mathiesen, K. S. (2002). Child related strain and maternal mental health: a longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 301-309.
- Mathiesen, K. S. (2002). Atferdsvansker og oppvekstkår – En longitudinell undersøkelse av norske barnefamilier. *Norsk Epidemiologi*, 12, 3, 199-206.
- Nærde, A., Tambs, K., & Røysamb, E. (2003). Temperament in adults – reliability, stability and factor structure of the EAS temperament survey. *Journal of Personality Assessment*, 82, 71-79.
- Mathiesen, K. S. & Prior, M. (2006). The impact of temperament factors and family functioning on resilience processes from infancy to school age. *The European Journal of Developmental Psychology*, 3, 4, 357-387.

- Mathiesen, K. S. Tilpasningsvansker hos førskolebarn (2006). I S. vonTetzchner; E. Grindheim, J. Johannessen; D. Smørvik, & V. Ytterland (Red.) *Biologiske forutsetninger for kulturalisering. Festskrift til Harald Martinsen på 60-årsdagen*. ISBN 82-569-2332-6.
- Janson, H. & Mathiesen, K. S. Temperament profiles from infancy to middle childhood: Stability, development, and associations with behaviour problems. Betinget akseptert og rensendt i juli 2007.
- Karevold, E., Stoolmiller, M., & Mathiesen, K. S. Temperament, gender and internalizing trajectories from infancy to 8.5 years: Time varying predictors and moderating effects. Betinget akseptert og rensendt i juli 2007.
- Mathiesen, K. S. Utviklingsveier til god sosial fungering under belastende levekår. Kapittel til bok om resiliens som professor Ann Inger Borge redigerer. Boken trykkes i 2007.
- Nærde, A., Røysamb, E., Mathiesen, K.S., & Tambs, K. Match and mismatch between mothers' and children's temperamental characteristics and maternal mental health. Innsendt i april 2007.
- Mathiesen, K. S., Sanson, A., Stoolmiller, M., & Karevold, E. The nature and predictors of externalizing and internalizing trajectories across early childhood. Betinget akseptert og rensendt i august 2007.
- Karevold, E., Røysamb, E., Ystrøm, E., & Mathiesen, K. S. Integrating data from multiple informants on symptoms of anxiety and depression at the threshold of adolescence. Innsendt i august 2007.

# Vedlegg 3

## VEDLEGG 3: ENKELT SPØRRESKJEMA TIL KARTLEGGING PÅ HELSESTASJONEN

Først en side som bl.a. inneholder:

Informasjon om undersøkelsen – denne vil variere fra kommune til kommune – og de følgende to spørsmålene om familiens geografiske tilhørighet: kommune, helsestasjon og boområde.

**Bor du i:**

- 1  By
- 2  Tettsted
- 3  Spredt bebyggelse

**Bor du i:**

- 1  Blokk/leilighet
- 2  Tomannsbolig/rekkehus
- 3  Enebolig
- 4  På gård
- 5  Annet

**Dato for utfylling av skjemaet:** \_\_\_\_\_

**Er du barnets:** 1  Mor      2  Far

**Hvilket år er du født?** \_\_\_\_\_

**Hvilket år er barnet ditt født?** \_\_\_\_\_

**Har du norsk som morsmål?** 1  Ja      2  Nei

**Hvis nei; hvilket morsmål har du?** \_\_\_\_\_

**Er foreldrene dine norske?** 1  Begge      2  En av dem      3  Ingen

**Hvor mange andre barn bor sammen med deg?** \_\_\_\_\_

**Barnas alder (antall år):** \_\_\_\_\_

**Hvem bor sammen med deg og barnet/barna?** (Kryss gjerne av for flere)

Ingen  
 Ektefelle/samboer  
 Barnets besteforeldre  
 Andre

**Er du:**

1  Gift  
2  Ugift  
3  Separert/skilt  
4  Enke/Enkemann

**Hva slags utdanning har du?**  
(Oppgi bare høyest fullførte utdanning)

1  9-årig grunnskole el. mindre  
2  Videregående skole (10-12 år)  
3  Artium, øk.gym., treårig videregående  
4  Høyskole/universitet  
5  4 år eller mer på høyskole/universitet

**Er du:**

1  Heltidsarb. u/ hjemmet, 80-100%  
2  Deltidsarb. u/hjemmet, 50-79%  
3  Deltidsarb. u/hjemmet, mindre enn 50%  
4  Hjemmev./under utdanning/trygdet  
5  Annet

## OPPLEVELSE AV TILHØRIGHET TIL NABOLAGET

**I hvor mange år har du bodd i det nærmiljøet du bor nå?** \_\_\_\_\_ år

**Hvor mange ganger har du flyttet i løpet av de siste 5 årene?** \_\_\_\_\_ ganger

**Føler du tilhørighet til nabolaget?**

1  Ja - mye  
2  Ja - noe  
3  Nei - ingen

Hvor mange naboer stopper du og snakker med når du møter dem?

- 1|  | Ingen  
2|  | 1  
3|  | 2-5  
4|  | Flere enn 5

Hvor mange familier/husstander i nabolaget kjenner du så godt at du besøker dem av og til?

- 1|  | Ingen  
2|  | 1  
3|  | 2-5  
4|  | Flere enn 5

Er du og naboene til hjelp for hverandre, f.eks. når det gjelder å:

- |   | <b>Ja</b>                     | <b>Nei</b>                    |
|---|-------------------------------|-------------------------------|
| - Vanne blomster, ta inn post om noen er bortreist? | 1<br><input type="checkbox"/> | 2<br><input type="checkbox"/> |
| - Låne daglige ting?                                | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      |
| - Se etter hverandres barn som leker ute?           | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      |

Bor det andre småbarnfamilier i ditt nabolag?

- 1|  | Ingen  
2|  | 1  
3|  | 2-5  
4|  | Flere enn 5  
5|  | Vet ikke

Er det i ditt nabolag løkker, lekeplasser, steder for ball-lek osv. hvor barn kan leke relativt trygt uten tilsyn?

- 1|  | Ja  
2|  | Nei  
3|  | Vet ikke

**Blir det av og til organisert aktiviteter i nabolaget som f.eks. 17. mai-fester, dugnader, e.l.?**

- 1|| Ja, for voksne  
2|| Ja, for barn og voksne  
3|| Nei  
4|| Vet ikke

**Er det i ditt nærmiljø steder hvor dere naturlig møter hverandre og kan slå av en prat?**

- 1|| Ja  
2|| Nei  
3|| Vet ikke

**Hvilke problemer mener du går utover småbarnsfamiliers trivsel og helse der du bor (Her kan du krysse av for flere)**

<b>Ja</b>	<b>Nei</b>	
1	2	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mye ut- og innflytting
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lite sosialt fellesskap
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dyre boliger
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lite offentlig kommunikasjon
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Manglende barnehagetilbud
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mye pendling
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mye biltrafikk, støy o.s.v.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lufforurensning
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lang reisevei til arbeidet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Manglende sikring av farlige steder i omgivelsene; trafikk, vann, skrenter o.s.v.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mye alkohol- og rusmiddelmisbruk

Annet som: \_\_\_\_\_

## KONTAKT MED FAMILIE OG VENNER

Hvor ofte ser du, eller snakker du med i telefonen, følgende personer (*Kryss av på alle linjene*):

	1	2	3	4	5	0
	<i>Nesten daglig</i>	<i>Hver uke</i>	<i>Hver måned</i>	<i>Sjeldnere enn hver måned</i>	<i>Ingen kontakt</i>	<i>Har ingen</i>
Foreldre						
Søsken						
Svigerfamilie						
Annen slekt						
Venner						

**Har du noen fortrolige (utenom ektefelle/samboer) som du kan snakke med om det meste?**

- 1|  Jeg har ingen andre fortrolige  
 2|  Jeg har 1 fortrolig  
 3|  Jeg har 2 fortrolige  
 4|  Jeg har flere fortrolige

**Får du praktisk hjelp og avlastning fra nære slektninger utenom ektefelle/samboer?**

- 1|  Ja, svært ofte  
 2|  Ja, nokså ofte  
 3|  Ja, av og til  
 4|  Sjelden  
 5|  Nei, aldri

**Får du praktisk hjelp og avlastning fra venner?**

- 1|  Ja, svært ofte  
 2|  Ja, nokså ofte  
 3|  Ja, av og til  
 4|  Sjelden  
 5|  Nei, aldri

**Når folk beskriver sin opprinnelige familie (foreldre og evt. søsken), bruker de ofte setninger som nedenfor. Hvordan stemmer disse beskrivelsene for deg? Sett ring rundt det tallet som best beskriver ditt forhold til din familie.**

Jeg føler meg nær knyttet til min familie	<i>Helt enig</i>	1	2	3	4	5	<i>Helt uenig</i>
Min familie legger rimelig vekt på mine meninger	<i>Helt enig</i>	1	2	3	4	5	<i>Helt uenig</i>
Det forekommer at jeg føler meg utenfor, selv i familien	<i>Helt enig</i>	1	2	3	4	5	<i>Helt uenig</i>

**Når folk beskriver forholdet til sine venner, bruker de ofte setninger som nedenfor. Hvordan stemmer disse beskrivelsene for deg? Sett ring rundt det tallet som best beskriver ditt forhold til dine venner.**

Jeg føler meg nær knyttet til mine venner	<i>Helt enig</i>	1	2	3	4	5	<i>Helt uenig</i>
Mine venner legger rimelig vekt på mine meninger	<i>Helt enig</i>	1	2	3	4	5	<i>Helt uenig</i>
Det forekommer at jeg føler meg utenfor, selv blant venner	<i>Helt enig</i>	1	2	3	4	5	<i>Helt uenig</i>

**Alt i alt, synes du at du får tilstrekkelig:** (Kryss av på linjene for tallverdiene 1,2,3,4, eller 5, for hvor mye kontakt, omsorg/støtte, forståelse o.s.v. du alt i alt får fra andre. 1 betyr at du absolutt får tilstrekkelig, mens 5 betyr at du absolutt får for lite).

Kontakt	<i>Ja</i>	1	2	3	4	5	<i>Nei</i>
Omsorg/støtte	<i>Ja</i>	1	2	3	4	5	<i>Nei</i>
Forståelse	<i>Ja</i>	1	2	3	4	5	<i>Nei</i>
Respekt	<i>Ja</i>	1	2	3	4	5	<i>Nei</i>
Praktisk hjelp med barnet	<i>Ja</i>	1	2	3	4	5	<i>Nei</i>
Annen praktisk hjelp	<i>Ja</i>	1	2	3	4	5	<i>Nei</i>
Følelse av å høre til i et fellesskap	<i>Ja</i>	1	2	3	4	5	<i>Nei</i>

## BELASTNINGER OG VIKTIGE HENDELSER DET SISTE ÅRET

**Har du i løpet av de siste 12 mndr. hatt mer langvarige vanskeligheter knyttet til følgende områder?** (Angi først om du har hatt en slik belastning, deretter hvor stor belastningen eventuelt har vært. Sett kryss på hver av linjene)

Grad av belastning	1	2	1	2	3
	<i>Ja</i>	<i>Nei</i>	<i>Noe</i>	<i>Ganske stor</i>	<i>Svært stor</i>
<i>Boligproblem</i> (vedlikehold, leieforhold o.l.)					
<i>Problemer med arbeid</i> (arbeidsløshet, usikkert arbeid, vanskelige arbeidsforhold)					
<i>Problem med barnepass</i> (barnehage, dagmamma, syke barn)					
<i>Økonomiske problemer</i> (betaling av husleie, lån, forpliktelser o.l.)					
<i>Problemer med egen fysisk helse</i> (funksjonshemming, kroppslig sykdom)					
<i>Samlivsproblemer</i> (mye krangel, alvorlige samlivsproblemer, separasjon, skilsmisse)					
<i>Helseproblemer hos ektefelle</i> (fysiske eller psykiske)					
<i>Helseproblemer hos barn</i> (funksjonshemming, sykdom)					
<i>Problemer med barn</i> (tilsyn, oppdragelse, skole, disiplin)					



## TIL SIST, NOEN SPØRSMÅL OM VANLIGE VÆREMÅTER

Hvis du sammenligner barnet ditt med andre småbarn, og deg selv med andre småbarnsmødre, vil du da si at du synes at: (Sett et kryss på hver av linjene)

1                      2                      3                      4                      5

	<i>Svært sjelden</i>	<i>Sjelden</i>	<i>Noen ganger</i>	<i>Ganske ofte</i>	<i>Veldig ofte</i>
<i>Han/hun</i> er mer irritabel, sintere, og vanskeligere å sette grenser for					
<i>Han/hun</i> trekker seg mer 'inn i seg selv' og virker uinteressert i å kose og prate					
<i>Han/hun</i> er mer engstelig og bekymret					
<i>Han/hun</i> er generelt vanskeligere å ha med å gjøre					
<i>Du</i> føler deg mer engstelig og bekymrer deg for mange ting					
<i>Du</i> føler deg mer deprimert og sliten					

Takk for at du ville fylle ut spørreskjemaet. Målet med undersøkelsen er å samle informasjon som kan hjelpe oss i arbeidet med å lage mer barnevennlige bomiljøer og bedre støtte- og avlastningstiltak for småbarnsfamilier.

Undersøkelsen er anonym - uten angivelse av navn eller annet som gjør det mulig å kjenne igjen hvem som ga hvilke svar.