

Psykisk oppvekst

Barn og unges psykiske helse fra 0-25 år



Rådet for psykisk helse

Ansvarlig utgiver
Redaktør
Prosjektgruppe

Ressursgruppe fag

Ressursgruppe tall/statistikk

Design/produksjon
Nettside
Utgitt

Rådet for psykisk helse
Charlotte Lundgren
Charlotte Fischer Egeberg
Hege Helene Bakke
Frances Taylor
Tone Fløtten, Fafo
Espen Røysamb, UiO
Thorgeir Kolshus, OsloMet
Anne-Stine Meltzer, Nic Waals Institutt
Mira Aaboen Sletten, OsloMet
Erik Kreyberg Normann, barnelege og helseleder
Åse Røthing, OsloMet
Espen Paus
Jan Erik Tvedt
Lise Myhre/Tor Øverbø
psykiskoppvekst.no
2022

Henvendelse vedrørende publikasjonen rettes til Rådet for psykisk helse, tlf 23 10 38 80
eller post@psykiskhelse.no. Illustrasjonsfoto forside: Unsplash
ISBN 978-82-91635-46-0

Psykisk oppvekst

- om barn og unges psykiske helse

Psykisk oppvekst er en kunnskapssamling om barn og unges psykiske helse og utvikling i oppveksten. Antologien skildrer normalutvikling, og tar utgangspunkt i arenaer de unge er på med særlig vekt på de kritiske overgangene.

I oppvekstforskningen har psykisk helse ofte blitt en slags ettertanke, og tilgangen på god og helhetlig informasjon har vært varierende. Det finnes veldig mye kunnskap, men når den fremstilles for spesialisert kan det være vanskelig å få øye på helheten og sammenhengene. For alt henger sammen med alt - også i kroppen. Målet er at kunnskapssamlingen skal kontekstualisere psykisk helse-perspektivet inn i de ulike oppvekstfasene og arenaene der barn og unge lever sine liv.

Gjennom å sette ny og eksisterende kunnskap i sammenheng belyses oppvekstløpet slik at sammenhengene mellom utvikling, overganger, forebygging og risiko blir tydeligere. Artikkelforfatterne er blant de fremste på oppvekstfeltet, og fagartiklene beskriver hvordan barn og unge utviklingspsykologisk går gjennom ulike trinn og milepæler.

Barn og unge har grunnleggende basisbehov som må ivaretas slik at de kan oppleve mestring og utvikling på de ulike arenaene de har i livet sitt, som i familien, med venner, på skolen og i barnehage, i fritid og i nærmiljø. Samtidig er de utsatt for en rekke mekanismer som påvirker oppvekstløpet og egen psykisk helse. Forhold som kjønn, funksjonsnivå, kultur og sosioøkonomisk status er noen av mange dimensjoner som kommer i spill. Alle disse overgangene beskrives i rapporten, og illustreres med tall og fakta fra dagens situasjon for å se nærmere på trender og tendenser i det psykiske helsefeltet spesifikt knyttet til barn og unge. Gjennom ulike indikatorer illustreres samfunnsutviklingen, og setter kunnskapen fra artiklene inn i en kontekst som gir verdifull informasjon om alt fra diagnoser og omfang til samfunnsdeltakelse og levekårsutvikling for barn.

Nærmere 53.000 barn og unge - eller 5 % av den totale barnepopulasjonen - fikk diagnostisert en psykisk lidelse i 2020. Det er 15.000 flere barn enn i 2008. Det er tydelige kjønnsdimensjoner som varierer med lidelsene. Cirka 10 % av alle jenter 16-19 år ble i 2020 diagnostisert med en psykisk lidelse. Vi som samfunn har en stor jobb foran oss for å dimensjonere hjelpeapparatet til behovet og utjevne risiko for utvikling av psykisk uhelse og mistrivsel. For å få til det må vi se på personlige, relasjonelle og miljømessige forhold og se på hvordan de samspiller. Det er en rekke faktorer som til sammen utgjør beskyttelse eller risiko, og helhetlig kunnskap om disse sammenhengene vil kunne påvirke mulighetene for å komme tidlig inn, stanse skjevutvikling og dytte utvikling i riktig retning ved hjelp av god bistand og milde tiltak.

Psykisk oppvekst er starten på en helhetlig kunnskapsbank som vi i fremtiden håper vil bli nyttig for alle som jobber for, med og rundt barn eller har en spesiell interesse for barns oppvekstvilkår og utvikling.



Tove Gundersen
generalsekretær

Innhold

Kapittel 1

Perspektiver på psykisk helse

| | |
|---|----|
| Innledning | 8 |
| Livskvalitet og gode liv | |
| Av Espen Røysamb og Ragnhild Bang Nes | 9 |
| Psykiske lidelser i oppveksten | |
| Av Ole Jacob Madsen | 17 |
| Barndommen - og resten av livet | |
| Av Anna Luise Kirkengen og Eline Thornquist | 23 |
| Å være som de andre - om fattigdom og ulikhet i oppveksten | |
| Av Tone Fløtten | 30 |
| Glade gutter og triste jenter - overdrives kjønnsforskjeller av negative indikatorer på psykisk helse? | |
| Av Mira Aaboen Sletten og Anders Bakken | 38 |
| Innledning | 49 |
| Ungdommers atferd og hjerneutvikling | |
| Av Christian K. Tamnes og Lia Ferschmann | 50 |
| Født sånn og blitt sånn - hvordan gener og miljø påvirker livskvalitet og psykisk helse | |
| Av Ragnhild Bang Nes og Espen Røysamb | 58 |
| Ungdomstid, kroppen og selvet - om å ofre en del for å redde helheten | |
| Av Line Indrevoll Stänicke | 66 |
| Når maten sitter fast i hodet: om kultur, kropp og kontroll | |
| Av Finn Skårderud | 71 |
| Psykens byggesteiner: kosthold og fysisk aktivitet | |
| Av Therese Fostervold Mathisen og Jorunn Sundgot-Borgen | 78 |
| Søvnens betydning for psykisk helse i oppvekstløpet | |
| Av Mari Hysing og Børge Sivertsen | 89 |

Kapittel 2

Psykens byggesteiner

Kapittel 3 Felleskap

| | |
|--|-----|
| Innledning | 95 |
| Frihetsbalansen. Livsrammer og armslag i unges identitetsutvikling i Norge og Vanuatu | |
| Av Thorgeir Kolshus og Tom Bratrud | 96 |
| Blir ungdoms psykiske helse påvirket av sosiale medier? | |
| Av Gunnhild Johnsen Hjetland og Jens Christoffer Skogen | 103 |
| Gaming, digitale plattformer og identitetsbygging i ulike utviklingsfaser | |
| Av Stian Overå | 112 |
| Sammen alene - kroppslige erfaringer i en digital hverdag | |
| Av Tuva Beyer Broch | 124 |
| Barn og unge som blir utsatt for tradisjonell og digital mobbing | |
| Av Ida Risanger Sjursø | 131 |
| Spenningen mellom seksualisering og infantilisering | |
| Av Harriet Bjerrum Nielsen | 137 |
| Den positive barneseksualiteten | |
| Av Birgit Hegge | 142 |
| Et kjønnsperspektiv på psykisk helse hos ungdom og unge voksne | |
| Av Reidar Schei Jessen | 151 |
| Innledning | 159 |
| Samspill i familien og psykiske vansker hos barn | |
| Av Truls Tømmerås og John Kjøbli | 160 |
| Relasjoner og familie: Utviklingspsykologiske overganger i oppveksten og hva som påvirker dem | |
| Av Lars Smith | 169 |
| Familie, vennskap, skole og barnehage kan bidra til resiliens og positiv utvikling hos barn og unge | |
| Av Vidar Ulset og Mona Bekkhus | 177 |
| Det sosiale spedbarnet: Psykisk helse og utvikling i de første leveår | |
| Av Vibeke Moe og Lars Smith | 183 |
| Emosjonell kompetanse: en grunnleggende ferdighet i skolen | |
| Av Evalill Bølstad, Frederik Ferstad Skoe og Eirin Ferstad Skoe | 192 |
| Tilknytning og emosjoner | |
| Av Stig Torsteinson og Ida Brandtzæg | 198 |
| Psykisk helse i nybakte familier | |
| Av Eivor Fredriksen | 207 |
| Det er gøy å være barn, men kjedelig når foreldrene krangler | |
| Olav Bertin Tveit og Maria Morbech | 215 |
| Psykisk helse hos barn med innvandrerbakgrunn i Norge | |
| Av Kamila Angelika Hynek og Dawit Shawel Abebe | 223 |
| Barna som sviktes dobbelt | |
| Av Heidi Wittrup Djup | 232 |
| Barn og unge med ulønnet omsorgsarbeid - en ressurs med rett til å bli hørt? | |
| Av Ellen Katrine Kallander | 240 |
| Psykisk helse og sosioøkonomisk status | |
| Av Tormod Bøe | 247 |

Kapittel 4 Relasjoner

Kapittel 5
Utviklingsarenaer og
overganger

| | |
|---|-----|
| Innledning | 257 |
| Hvilken betydning kan barnehagen ha for livskvalitet og utvikling i tidlig alder? Av Mari Vaage Wang | 258 |
| Viktige utviklingspsykologiske overganger i skolealder Av Ragnhild Brandlistuen | 266 |
| Konsekvenser av psykiske helseplager i oppvekstårene for karakterer og utdanningsoppnåelse Av Miriam Evensen | 271 |
| Barn og unge som ikke makter eller vil gå på skolen Av Trude Havik | 275 |
| Fritidsklubben som beskyttelse for sårbare ungdommer Av Ingunn Eriksen og Idunn Seland | 281 |
| Innledning | 289 |
| Psykiske lidelser i oppveksten. Møtet med behandlingsapparatet Av Cilje Sunde Rolfsjørd | 290 |
| Hva kan behandling av angst- og tvangslidelser fortelle oss om hjernens plastisitet? Av Anders Lillevik Thorsen, Olga Therese Ousdal, Bjarne Hansen og Gerd Kvale | 297 |
| Å finne veien ut av tankekjøret Av Anne Hilde Vassbø Hagen | 302 |
| Rus og rammer Av Fanny Duckert | 308 |
| Kulturens rolle i diagnostisering av psykiske lidelser Av Karoline Anette Ekeberg og Dawit Shawel Abebe | 315 |
| Tiltaksutvikling og evaluering - om å bruke både mennesker og maskiner for våre barns beste Av Kristian Rognstad | 321 |
| Livskvalitet og mestring blant alenekommende unge flyktninger etter bosetting Av Brit Oppedal, Anne Kristine Solhaug, Sinthu Sivabalan og Mehak Akram | 327 |
| Barn og unge med samisk bakgrunn og psykisk helse: betydningen av kontekstuell kompetanse og trygg etnisk identitet Av Merete Saus | 334 |
| Hjelp til barn utsatt for traumer Av Tine K. Jensen og Silje M. Ormhaug | 341 |

Kapittel 6
Rammer rundt unge liv

Perspektiver på psykisk helse



Innledning

Perspektiver på psykisk helse

I Norge anno 2022 har vi samlet sett bedre leve- og oppvekstvilkår enn noensinne - så hvorfor er det flere unge som rapporterer om psykiske helseplager? Et økende antall unge har angst- og depresjonsplager, og andelen som rapporterer om mange psykiske plager er nesten tre ganger så høy blant jenter som blant gutter. Kjønnforskjeller i psykisk helse kan skyldes at jenter og gutter reagerer på og håndterer stressorer ulikt. Åpenhet og hverdagsliggjøring av psykisk helse-begreper kan ha senket terskelen for å både erkjenne problemer og fortolke vanlige følelser i ungdomstiden som psykiske plager. Har vi å gjøre med en sykelligjøring i samfunnet? Eller underbehandler vi psykiske plager? I dette kapittelet ser artikkelforfattere på kompleksiteten i både individuelle og samfunnsmessige faktorer som påvirker helsa til barn og unge.

Negative relasjonserfaringer i barndom og oppvekst disponerer for både utvikling av psykiske problemer og andre former for kroppslige plager og funksjonsproblemer. Derfor er det så viktig med en bredt anlagt tilnærming til pasienters problemer. Vi må inkludere kroppslige symptomer og uttrykk i tillegg til å vie en større oppmerksomhet til det som ikke sies, argumenterer artikkelforfattere.

Diskusjonen om hva som ligger i livskvalitet og hvordan vi kan måle det er viktig i folkehelsearbeidet. På samfunnsnivå er muligheten for deltakelse og innenforskap blant viktige faktorer for barn og unges positive utvikling. Et av kapitlene diskuterer hva som er forholdet mellom psykisk helse og livskvalitet, og hva som er kildene til livskvalitet. Livskvalitet handler om mer enn fravær av problemer, og inneholder tilstedeværelse av positive tilstander og ressurser. Vi skal ha det bra og fungere godt.

En jevnt økende barnefattigdom har negativ påvirkning på mulighetene til mange barn og unge i dag med mindre vi finner virksomme tiltak og makter å løfte flere foreldre inn i arbeidslivet og ut av fattigdom. De av oss som har vokst opp i lavinntektsfamilier vurderer oftere enn andre sin egen helse som dårlig, og ressursknapphet og effekten av den setter psykisk helse på strekk for mange barn og unge.

For å få treffsikre tiltak som bidrar til ung mestring må vi se på et vidt spekter av ulike perspektiver på ung psykisk helse. Sosiale relasjoner som gir trygg tilknytning, kjærlighet, omsorg, sosial støtte, deltakelse, humor og fortrolighet er viktige. Videre har nettverk av relasjoner som for eksempel familie, slekt, venner, lærere, naboer og kjærester stor påvirkning. Livskvalitet påvirkes i stor grad av miljøet - men også av våre genetiske disposisjoner. Mennesker er forskjellige, og det må vi akseptere også når det kommer til diskusjonen om hvordan livskvalitet kan fremmes på både samfunnsnivå og individnivå, sier artikkelforfatterne.

Livskvalitet og gode liv

Av Espen Røysamb og Ragnhild Bang Nes



Espen Røysamb er utdannet psykolog og jobber som professor ved Psykologisk institutt, UiO. Han er leder for forskningscenteret Promenta, og seniorforsker ved Folkehelseinstituttet. Røysamb har gjennom mange år forsket på livskvalitet og psykisk helse, gener og miljø, personlighet og sosiale relasjoner, og har publisert en rekke vitenskapelige artikler om disse temaene.

Ragnhild Bang Nes er utdannet psykolog og jobber som seniorforsker ved Folkehelseinstituttet med ansvar for livskvalitetsfeltet. Hun er også førsteamanuensis ved Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo og ved forskningscenteret Promenta, og har forsket på livskvalitet og psykisk helse, gener og miljøfaktorer.

De fleste ønsker et langt liv og et godt liv. Denne artikkelen fokuserer på gode liv. Hva skal til for at vi opplever livet som godt, og hva er kildene til dette gode livet? Hva er livskvalitet, hvilke begreper brukes innen feltet og hvordan kan vi måle det? Videre ser artikkelforfatterne på forholdet mellom psykisk helse og livskvalitet samt kildene til livskvalitet. Det eksisterer en rekke etablerte og validerte mål på livskvalitet som er utviklet for bruk blant voksne. Mange av dem fungerer også fint blant ungdom, men er ikke nødvendigvis tilpasset yngre barn. De senere årene er det også lansert egne skalaer for barn og unge. Måling kan være viktig for å monitorere nivå av livskvalitet over tid, for å kartlegge livskvalitet i ulike grupper og prioritere innsats. Dessuten er slik måling helt grunnleggende for å identifisere kilder til, og konsekvenser av, livskvalitet. Forebygging av psykiske problemer og lidelser kan bidra til god livskvalitet, og tiltak som fremmer komponenter som positive relasjoner og emosjoner, mening og mestring, kan forebygge psykiske vansker.

Livskvalitet

Forskning på livskvalitet har nærmest eksplodert de senere årene, og vi har i dag langt mer kunnskap på feltet enn for bare noen få år siden (Diener, Oishi, & Tay, 2018). Selv om det er opp til hver enkelt å definere hva som er viktig i eget liv, har forskning avdekket felles ingredienser i folks opplevelse av livskvalitet. Vi vet også langt mer om kilder til livskvalitet, om forholdet mellom livskvalitet og psykiske vansker, og om de positive konsekvensene av god livskvalitet.

Tenk deg en skala fra 0 til 10, hvor 0 er et verst tenkelig liv og 10 er et best mulig liv. Hvor vil du plassere ditt liv på denne skalaen? I Norge viser det seg at de fleste skårer over midtpunktet. Langt flere er fornøyd enn misfornøyd med livet. Dette i seg selv er viktig. I gjennomsnitt skårer folk rundt 7, og dette gjelder både barn, ungdom og voksne. Samtidig er det stor variasjon, og en betydelig andel rapporterer lave

Kan vi måle livskvalitet? Hva er forholdet mellom psykisk helse og livskvalitet, og hva er kildene til livskvalitet?

skårer, og dermed lav livstilfredshet. Barne- og ungdomsårene er preget av endring og utvikling, også i livskvalitet. Dette innebærer at mange opplever perioder med redusert livskvalitet og trivsel, men også at de fleste har det bra mesteparten av tiden.

Allerede i antikken var de greske filosofene opptatt av det gode liv og livskvalitet. Aristoteles mente at lykke var det ultimate mål i livet. I dag er livskvalitet inkludert i FNs bærekraftsmål, og lykke- og livskvalitetsforskning er en empirisk vitenskap som har generert ny og viktig kunnskap. I denne artikkelen skal vi se på flere sentrale spørsmål: Hva er livskvalitet, og hvilke begreper brukes innen feltet? Kan vi måle livskvalitet? Hva er forholdet mellom psykisk helse og livskvalitet, og hva er kildene til livskvalitet? Kan livskvalitet styrkes gjennom forebygging og helsefremmende arbeid?

Hva er livskvalitet?

Livskvalitet handler om det som gjør livet verdt å leve. Det handler om mer enn fravær av problemer, og inneholder tilstedeværelse av positive tilstander og ressurser. Det er også et poeng at livskvalitet inkluderer både å ha det bra og å fungere godt. Innen livskvalitetsfeltet er en rekke begreper lansert, og vi skal her gjennomgå noen av de mest sentrale (Diener et al., 2018; Helliwell & Aknin, 2018; Vitterso, 2016).

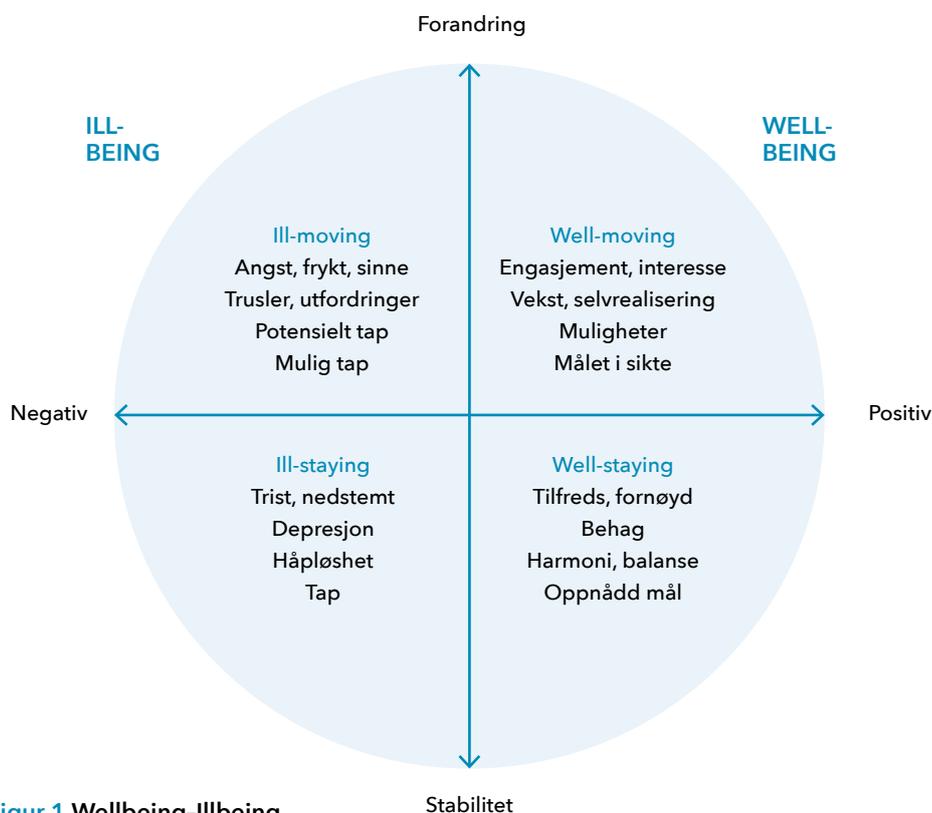
- **Livstilfredshet.** Dette handler om en kognitiv vurdering av livet som godt eller ikke. Ofte fokuseres det på livet generelt, men vi snakker også om domene-spesifikk livstilfredshet. Dette kan inkludere å være fornøyd med kropp, familieliv, skole, venner eller andre livsområder.
- **Positive emosjoner.** I motsetning til kognitiv livstilfredshet er dette følelsenes landskap. Vi kan oppleve glede, begeistring, interesse, trygghet og kjærlighet, og alle disse emosjonene betegnes gjerne som positive. Delvis er hver av dem unike og separate, men vi vet også at de henger sammen i betydelig grad.
- **Negative emosjoner.** Tristhet, frykt og sinne er typiske eksempler på negative følelser. Disse er negative i den forstand at de kan gjøre vondt, psykisk sett. Samtidig har vi dem i vårt følelsesrepertoar fordi de kan være funksjonelle: de er der for å beskytte og hjelpe oss. Selv om de kan fungere som livskvalitetstyver, og god livskvalitet kjennetegnes ved lav frekvens av negative følelser, trenger vi også de negative følelsene.
- **Menig.** I tillegg til opplevelse av livet som godt, og en god dose positive følelser (og færre negative) har nyere studier også fokusert mye på meningsopplevelse. Vi ønsker ikke bare at livet skal være godt, men også meningsfylt. Dette kan innebære å ha mål og retning, å være del av en større helhet, og at livet er givende.
- **Utvikling, vekst og bruk av egne potensialer.** Livskvalitet kjennetegnes også av å være på vei mot noe – ens egen fjelltopp. Barn og unge (og voksne) trenger vekst og utvikling, å få til nye ting, å bevege seg mot et mål, lære noe nytt, og bruke sine egne talenter og ressurser.
- **Relasjonell livskvalitet.** De senere årene har vi sett økt fokus på sosial og relasjonell livskvalitet. Mennesker er fundamentalt sosiale, og tilhørighet og tillit er sentrale relasjonelle komponenter. Barn og unge inngår i en rekke relasjonelle nettverk – skole, venner, familie. Velfungerende sosiale relasjoner er ofte viktige ingredienser i livskvalitet, og gir støtte, glede og læring. Gode relasjoner kan nærmest fungere som en styrking av det psykologiske immunforsvaret, og bidra til resiliens.

Akkurat som psykiske lidelser finnes i mange varianter har vi de senere årene blitt opptatt av mange typer livskvalitet, eller multi-livskvalitet. Det jobbes i retning av å utvikle klassifikasjonssystemer, litt tilsvarende diagnosessystemer for psykiske lidelser. Et sentralt skille går mellom det vi gjerne kaller hedonisk og eudaimonisk livskvalitet. Hedonisk livskvalitet (gresk: *hēdonē*=behag) inkluderer livstilfredshet og positive og

negative emosjoner. Eudaimonisk livskvalitet (*eu*=god, *daimon*=ånd/demon) kommer også fra de greske filosofene. I dag brukes dette som et vidt begrep og inkluderer aspekter som mening, utvikling av potensialer, engasjement, vekst og gode relasjoner.

Hva er forholdet mellom engelske begreper som *wellbeing* og norske begreper som livskvalitet? På engelsk brukes gjerne *wellbeing* som generelt begrep, og med underbegreper som *subjective wellbeing*, *psychological wellbeing* og *mental wellbeing*.

På norsk brukes noen ganger velvære eller trivsel, men ofte snakker vi om subjektiv livskvalitet, eller bare livskvalitet. Selv om dette direkte oversatt blir til *quality of life*, er det nokså vanlig å bruke livskvalitet som tilsvarende det engelske *wellbeing*. På liknende måte oversettes *happiness* med lykke, selv om disse begrepene kan ha noe ulike konnotasjoner på engelsk og norsk (Barstad & al.; Carlquist, 2015; Hansen, 2012).



Figur 1 Wellbeing-Illbeing Structural Model (WISM)

Når man har oppnådd et mål, eller står ovenfor hendelser og eller personer som vi tolker som bra for oss, og disse representerer noe kjent og stabilt, er vi i en sone av «well-staying»

Vi har utviklet en modell som illustrerer forholdet mellom noen typer positive og negative tilstander: The Wellbeing-Illbeing Structural Model - WISM (Røysamb & Nes, 2018). Som figur 1 viser består modellen av en horisontal positiv-negativ akse, og en vertikal akse for stabilitet-ændring. Når man har oppnådd et mål eller står ovenfor hendelser og eller personer som vi tolker som bra for oss, og disse representerer noe kjent og stabilt, er vi i en sone av «well-staying».

Når vi beveger oss mot et ønsket mål, vi lærer noe nytt og vokser, er vi i en prosess som kan kalles «well-moving». Videre, når vi er på vei mot noe truende, eller et mulig tap, kjennetegnes denne prosessen som «ill-moving». Og til slutt, «ill-staying» innebærer tap eller stabilt fravær av noe vi setter pris på. God livskvalitet handler om å bevege seg mye på høyre side i figuren, men samtidig er også den venstre siden uunn-gåelig, og erfaringer derfra kan bidra til et rikt og meningsfylt liv.

Ja, livskvalitet kan måles - på samme måte som vi kan måle psykiske plager, personlighetstrekk og holdninger

Personer kan bevege seg rundt i dette todimensjonale rommet, og være på ulike steder for ulike livsområder. En ungdom kan være nyforelsket og begeistret («well-moving») på kjærlighetsfronten, men engstelig og bekymret («ill-moving») når det gjelder skole og forberedelser til eksamen. Denne modellen forteller ikke alt om livskvalitet, men kan være god å tenke med for noen ulike typer positive og negative tilstander.

Kan vi måle livskvalitet?

Ja, livskvalitet kan måles - på samme måte som vi kan måle psykiske plager, personlighetstrekk og holdninger. Men for å måle livskvalitet trenger vi klare definisjoner av begrepene vi ønsker å måle, og vi trenger reliable og valide målemetoder. Et av de mest brukte målene på livskvalitet er Satisfaction With Life Scale (SWLS), utviklet av Ed Diener og kolleger (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985). Denne skalaen består av fem påstander som besvares fra 1 (svært uenig) til 7 (svært enig). Skalaen måler livstilfredshet, en generell vurdering av livet som helhet, og er benyttet i hundrevis av studier i en rekke land.

Satisfaction With Life Scale (SWLS)

Hvor enig er du i disse beskrivelsene? (sett ett kryss for hver linje)

| | Svært uenig | Uenig | Litt uenig | Verken eller | Litt enig | Enig | Svært enig |
|--|-------------|-------|------------|--------------|-----------|------|------------|
| 1. På de fleste måter er livet mitt nær idealet mitt | | | | | | | |
| 2. Livsbetingelsene mine er svært gode | | | | | | | |
| 3. Jeg er fornøyd med livet mitt | | | | | | | |
| 4. Så langt har jeg oppnådd det som er viktig for meg i livet | | | | | | | |
| 5. Hadde jeg kunne levd på nytt, ville jeg nesten ikke forandret noe | | | | | | | |

Det eksisterer en rekke andre skalaer som måler ulike komponenter av subjektiv livskvalitet. For eksempel brukes ofte Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) for å måle emosjoner (Watson, Clark, & Tellegen, 1988). The Psychological Wellbeing Scale (PWB) måler eudaimonisk livskvalitet og inkluderer subskalaer som autonomi, mestring, personlig vekst og positive relasjoner (Ryff & Keyes, 1995). The Meaning in Life Scale måler opplevelse av mening (Steger, Kashdan, Sullivan, & Lorentz, 2008). I Norge har Joar Vittersø utviklet Basic Emotions State/Trait Scales (BEST/BETTR) (Vittersø & Soholt, 2011), og vi har konstruert The Relationship Satisfaction Scale (RS) (Røysamb, Vittersø, & Tambs, 2014).

På oppdrag for Helsedirektoratet har en arbeidsgruppe utviklet et eget minimumsbatteri for måling av livskvalitet i store befolkningsstudier (Nes et al., 2018). Dette batteriet på 23 spørsmål inkluderer emosjoner, livstilfredshet, mening og sosiale

Selv om det i dag eksisterer en rekke etablerte og validerte mål på livskvalitet, er de fleste av disse utviklet for bruk blant voksne.

Mange av dem fungerer også fint blant ungdom, men er ikke nødvendigvis tilpasset yngre barn.

relasjoner, samt bakgrunnsfaktorer, og er benyttet i store undersøkelser ved Statistisk Sentralbyrå (SSB) og Folkehelseinstituttet (FHI). Batteriet kan også være egnet til å gjennomføre kommunale eller lokale undersøkelser av livskvalitet.

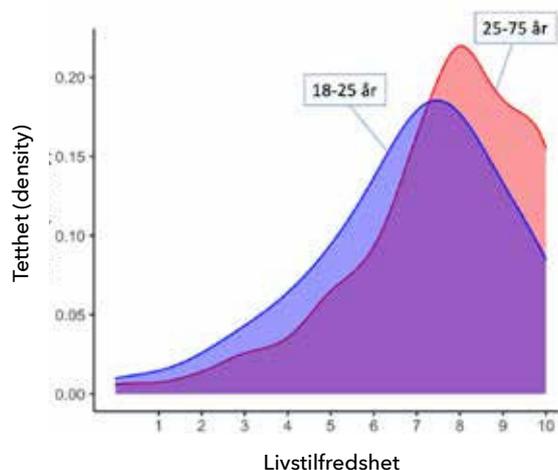
Selv om det i dag eksisterer en rekke etablerte og validerte mål på livskvalitet, er de fleste av disse utviklet for bruk blant voksne. Mange av dem fungerer også fint blant ungdom, men er ikke nødvendigvis tilpasset yngre barn. De senere årene er det imidlertid også lansert egne skalaer for barn og unge, slik som en barneverjon av SWLS (Gadermann, Schonert-Reichl, & Zumbo, 2010), KIDSCREEN (Ravens-Sieberer et al., 2007) og The Personal Wellbeing Index – School Children (Casas & Rees, 2015; Cummins & Lau, 2005). Måling kan være viktig for å monitorere nivå av livskvalitet over tid, for å kartlegge livskvalitet i ulike grupper og prioritere innsats. Dessuten er slik måling helt grunnleggende for å identifisere kilder til, og konsekvenser av, livskvalitet. De senere årene er det også igangsatt viktige intervensjonsstudier, hvor vi undersøker effekten av ulike tiltak og treningsprogram.

Livskvaliteten i Norge

Det er gjennomført flere store befolkningsstudier som inkluderer barn og unge. Ved NOVA/OsloMet gjennomføres regelmessig UngData-undersøkelser blant barn og unge fra 8. klasse til videregående skole. Dette er kommunale undersøkelser som gjennomføres i de fleste norske kommuner og fylker i samarbeid med de regionale kompetansesentrene for rusfeltet. UngData-rapporten fra 2020 viser generelt høyt nivå av livskvalitet blant deltakerne, og 85 % er tilfreds med livet. Deltakerne rapporterer også relativt høye skårer på engasjement, optimisme, mestring og selvfølelse. Samtidig har 15-21 % opplevd psykiske helseplager siste uke, og 7 % har vært utsatt for mobbing (Bakken, 2020). Rapporten gir et omfattende og sammensatt bilde av ungdomslivet, og synliggjør både et generelt nivå av god livskvalitet og psykisk helse, og samtidig at utsatte grupper har betydelige vansker (se ellers egen artikkel av Sletten & Bakken, med mer stoff fra Ungdata).

Fylkeshelseundersøkelsene (FHUS) ved FHI er et annet eksempel på slike studier, med fokus på voksne, men også unge fra 18-års alder (Nes et al., 2020). Disse gjennomføres fylkesvis, inneholder minimumsbatteriet for livskvalitet, og er besvart av nærmere 300 000 deltakere. I rapporten *Gode liv i Norge – fra nord til sør* presenteres en rekke funn fra FHUS i 2019. Generelt viser det seg at livstilfredsheten i gjennomsnitt er høy i befolkningen. På en skala fra 0 til 10 ligger gjennomsnittsverdien på 7,5, men samtidig er det stor ulikhet og variasjon, og en betydelig andel (anslagsvis 16 %) betegnes som å ha lav livskvalitet.

Figur 2 illustrerer noen funn fra FHUS-dataene, basert på et sub-utvalg unge (18-25 år) og voksne (25-75 år). Deltakerne er bedt om å svare på følgende spørsmål: «Alt i alt, hvor fornøyd er du med livet ditt for tiden? Oppgi svaret på en skala fra 0-10, der 0 betyr ikke fornøyd i det hele tatt og 10 betyr svært fornøyd». Figur 2 viser fordelingen for de to gruppene. Begge har en tydelig opphopning til



Figur 2 Fordeling livskvalitet blant unge (18-25 år) og voksne (25-75 år)

Livstilfredshet er ikke det motsatte av psykiske plager, og mange kan oppleve at livet er ganske bra selv om de strever med psykiske problemer

høyre, som indikerer at det store flertallet har høye skårer på livstilfredshet. Samtidig ser vi at de yngste har litt lavere skårer enn resten av befolkningen, og større andel med lave skårer. Ungdom og unge voksne har altså lavere livstilfredshet enn de eldre, med gjennomsnitt på henholdsvis 6,8 og 7,6.

Figur 3 viser igjen fordelingen blant de unge (18-25 år). De oransje stolpene viser andel som befinner seg de ulike nivåene av livstilfredshet. For eksempel er det 4,4 % som rapporterer 3 og 20,1 % som

svarer 7. Altså er de fleste langt mer fornøyd enn misfornøyd med livet. Samtidig ser vi også betydelig spredning, og til sammen ca. 24 % kan betegnes med moderat til lav livstilfredshet (skåre 5 eller lavere), og 15 % har lav skåre (4 eller lavere).

Hvordan henger opplevelsen av livstilfredshet sammen med psykiske vansker som depresjon og håpløshet? Den røde kurven i figuren angir prosentvis andel (høyre y-akse) som sier at de «Føler seg nedfor, deprimerert eller fylt av håpløshet» nesten hver dag. Vi ser en klar sammenheng, slik at de som rapporterer lav livstilfredshet også rapporterer betydelige psykiske plager.

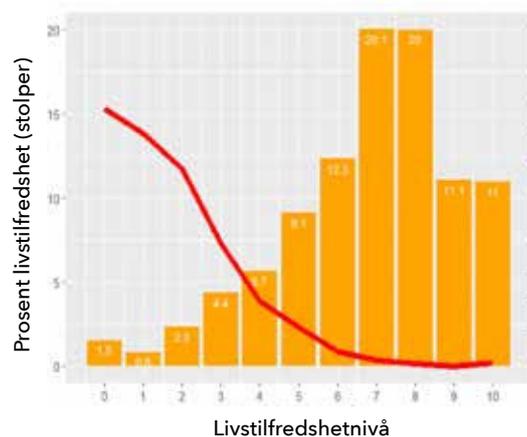
Livstilfredshet er ikke det motsatte av psykiske plager, og mange kan oppleve at livet er ganske bra selv om de strever med psykiske problemer. Men det er også en klar (negativ) sammenheng i den forstand at psykiske vansker kan operere som en livskvalitetstyv, og et høyt symptomnivå er i stor grad assosiert med redusert livstilfredshet.

Kilder til livskvalitet

World Happiness Report (Helliwell, Layard, Sachs, & De Neve, 2020) utgis årlig og gir en oversikt over livstilfredshet i 150 land, og de nordiske landene ligger her blant de øverste. Høye skårer i Norge gjelder generelt for både unge og eldre. På samfunnsnivå ser det ut til at den nordiske velferdsmodellen gir et godt grunnlag for at mange kan oppleve høy livskvalitet. I tillegg til velferdsordninger har vi høy grad av tillit, lav korrupsjon og høy sosial støtte. Samtidig er det betydelig individuelle forskjeller i livskvalitet – mens et flertall har det godt, er det en rekke utsatte grupper som ikke har det slik. Økonomiske vansker, ensomhet og utenforskap, diskriminering, vold og rus, psykiske lidelser og familiekriser kan være kilder til redusert livskvalitet.

En rekke studier har pekt på sosiale relasjoner som grunnleggende viktige for barn og unges livskvalitet (Helliwell & Akin, 2018). Gode relasjoner kan inkludere trygg tilknytning, kjærlighet, omsorg, sosial støtte, deltakelse, humor og fortrolighet. Nettverk av relasjoner kan bestå av familie, slekt, venner, lærere, naboer og kjærester – og vi både påvirkes av, og påvirker, disse nettverkene. Relasjoner er ikke statiske, men utvikler seg over tid, og gir rom for viktige utviklingsprosesser.

Livskvalitet påvirkes i stor grad av miljøet – men også av våre genetiske disposisjoner (Nes & Røysamb, 2016; Røysamb & Nes, 2018). Vi skriver mer om dette i en annen artikkel (Nes & Røysamb, 2021), men vil her bare understreke betydningen av å akseptere at mennesker er forskjellige. Barn har forskjellig temperament, personlighet, preferanser og behov, og disse forskjellighetene er delvis genetiske. Ofte er det bedre å akseptere, og bli venn med seg selv, enn å forsøke å bli en annen. Det sosiale



Figur 3 Livstilfredshet og depressive plager blant ungdom og unge voksne (18-25 år)

og fysiske miljøet kan gi rom for at disposisjoner, ressurser og potensialer kommer til uttrykk, blir brukt og utviklet. Slik sett kan samspillet mellom genetiske potensialer og miljømessige utviklingsrom generere og fremme livskvalitet.

Forebygging, helsefremming og intervensjoner

Hvordan kan livskvalitet fremmes? Her er det viktig å skille mellom samfunnsnivå og individnivå. En rekke politiske beslutninger har sannsynligvis effekter på barn og unges livskvalitet. Tiltak mot fattigdom, utenforskap, mobbing, diskriminering og vold kan være eksempler. Andre tiltak som ikke retter seg spesielt mot unge eller livskvalitet kan også ha effekter, for eksempel arbeid mot sosial ulikhet eller klimaødeleggelse. For å kartlegge effektene av lokale, regionale og nasjonale tiltak er det nødvendig med monitorering av livskvaliteten, og her kan de nye befolkningsstudiene og spørreskjema-batteriene spille en viktig rolle.

At de nordiske landene skårer høyt på ulike livstilfredshetsmål, mens andre land skårer langt lavere, er også uttrykk for at faktorer på samfunnsnivå betyr mye for livskvalitet. Som Tage Erlander, tidligere svensk statsminister, sa: «Politikernes oppgave er å bygge dansegulv, så menneskene kan danse sine liv». I dag har vi kunnskap om hvordan vi kan bygge gode dansegulv, og de nordiske landene er eksempler på en samfunnsorganisering som ivaretar mange – selv om vi fortsatt ser betydelig ulikhet i livskvalitet.

På individnivå er det dokumentert effekter av ulike øvelser eller treningsprogram. For eksempel, takknemlighetsøvelser som «Tre god ting» er vist å føre til økt livstilfredshet, positive emosjoner og reduserte depresjonssymptomer. Dette er en enkel øvelse som innebærer å tenke gjennom tre ting man er glad for, her og nå, eller mer generelt, hvorfor det er slik og hvordan det føles å dvele ved dette – og gjøre dette daglig over flere uker.

Et annet eksempel er «Hverdagsgledekurs», som bygger på britiske helsemyndigheters *Five Ways to Wellbeing* – her i landet igangsatt av Rådet for psykisk helse. Hverdagsgledekurs i frisklivssentraler og som webinar testes nå ut i flere studier. Dette programmet fokuserer mer på aktiviteter enn på tanke- og emosjonsmønstre, og inkluderer øvelser i fem aktivitetskategorier: 1) Sosiale relasjoner, 2) Aktivitet, 3) Tilstedeværelse, 4) Læring, og 5) Prososialitet («Knytte bånd», «Være aktiv», «Være oppmerksom», «Lære noe nytt», og «Gi»). Nyere studier har vist positive sammenhenger mellom hver av disse aktivitetene og livskvalitet (Mackay, Egli, Booker, & Prendergast, 2019). Pågående forskning undersøker effekten av aktivitetsøvelser, og det vil være behov for å videreutvikle programmene for både voksne og barn.

Livskvalitet er knyttet til god psykisk helse. Selv om livskvalitet ikke bare handler om fravær av psykiske lidelser, vet vi at faktorer som styrker livskvalitet beskytter mot psykiske vansker. Forebygging av psykiske problemer og lidelser kan bidra til god livskvalitet, og tiltak som fremmer komponenter som positive relasjoner og emosjoner, mening og mestring, kan forebygge psykiske vansker (Hofgaard, Nes, & Røysamb, 2021). Kunnskap om livskvalitetsfremming er viktig. Samtidig er det verdt å minne om at livet som barn og ung består av både gleder og problemer – noen av disse kan vi endre og andre må vi leve med. I tillegg kan problemer og kriser skape mestring, læring og vekst, og fungere som vendepunkter i en utviklingsprosess. Noen ganger er god livskvalitet ganske enkelt en bivirkning av å fungere godt, utvikle relasjoner, være aktiv og på vei mot noe. I en tidsalder med store globale utfordringer er det verdt å minne om at livskvalitet er kortreist og bærekraftig, og et fokus på barn og unges livskvalitet kan være en fundamentalt viktig investering for framtida.

Selv om livskvalitet ikke bare handler om fravær av psykiske lidelser, vet vi at faktorer som styrker livskvalitet beskytter mot psykiske vansker

Referanser

- Bakken, A. (2020). *Ungdata 2020. Nasjonale resultater*. NOVA-rapport 16/20. Retrieved from Oslo:
- Barstad, A., & al., e. *Gode liv i Norge. Utredning om måling av befolkningens livskvalitet*. Retrieved from Oslo:
- Carlquist, E. (2015). *Well-being på norsk*. Retrieved from Oslo:
- Casas, F., & Rees, G. (2015). *Measures of Children's Subjective Well-Being: Analysis of the Potential for Cross-National Comparisons*. *Child Indicators Research*, 8(1) s. 49-69.
- Cummins, R. A., & Lau, A. L. D. (2005). *Personal wellbeing index—School children*. Manual (3rd ed.). Retrieved from Melbourne:
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). *The Satisfaction With Life Scale*. *Journal of Personality Assessment*, 49(1) s. 71-75.
- Diener, E., Oishi, S., & Tay, L. (2018). *Advances in subjective well-being research*. *Nature Human Behaviour*, 2(4), s. 253-260.
- Gadermann, A. M., Schonert-Reichl, K. A., & Zumbo, B. D. (2010). *Investigating validity evidence of the Satisfaction with Life Scale adapted for Children*. *Social Indicators Research*, 96(2)
- Hansen, T. (2012). *Parenthood and happiness: A review of folk theories versus empirical evidence*. *Social Indicators Research*, 108(1)
- Helliwell, J. F., & Akinin, L. B. (2018). *Expanding the social science of happiness*. *Nature Human Behaviour*, 2(4) s. 248-252.
- Helliwell, J. F., Layard, R., Sachs, J., & De Neve, J. E. (2020). *World Happiness Report 2020*. Retrieved from New York:
- Hofgaard, L. S., Nes, R. B., & Røysamb, E. (2021). *Introducing two types of psychological resilience with partly unique genetic and environmental sources*. *Scientific Reports*, 11(1).
- Mackay, L., Egli, V., Booker, L. J., & Prendergast, K. (2019). *New Zealand's engagement with the Five Ways to Wellbeing: evidence from a large cross-sectional survey*. *Kotuitui-New Zealand Journal of Social Sciences Online*, 14(2), s. 230-244.
- Nes, R. B., Hansen, T., Barstad, A., Vitterso, J., Carlquist, E., & Røysamb, E. (2018). *Livskvalitet. Anbefalinger for et bedre målesystem*.
- Nes, R. B., Nilsen, T. E., Hauge, L. J., Eilertsen, M., Gustavson, K., Aarø, L. E., & Røysamb, E. (2020). *Livskvalitet i Norge. Fra nord til sør*.
- Nes, R. B., & Røysamb, E. (2016). *Happiness in behaviour genetics: An update on heritability and changeability*. *Journal of Happiness Studies*, 18(5) s. 1533-1552.
- Ravens-Sieberer, U., Auquier, P., Erhart, M., Gosch, A., Rajmil, L., Bruil, J., . . . Kilroe, J. (2007). *The KIDSCREEN-27 quality of life measure for children and adolescents: psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries*. *Quality of Life Research*, 16(8) s. 1347-1356.
- Røysamb, E., & Nes, R. B. (2018). *The genetics of well-being* In E. Diener, S. Oishi, & L. Tay (Eds.), *Handbook of well-being*. Salt Lake City, UT: DEF Publishers.
- Røysamb, E., Vitterso, J., & Tambs, K. (2014). *The Relationship Satisfaction scale - Psychometric properties*. *Norwegian Epidemiology*, 24 s. 187-194.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). *The Structure of Psychological Well-Being Revisited*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4) s. 719-727.
- Steger, M. F., Kashdan, T. B., Sullivan, B. A., & Lorentz, D. (2008). *Understanding the search for meaning in life: Personality, cognitive style, and the dynamic between seeking and experiencing meaning*. *Journal of Personality*, 76(2) s. 199-228.
- Vitterso, J. (2016). *Handbook of eudaimonic well-being. International handbooks of quality-of-life. Handbook of eudaimonic well-being*. 15 s. 569. Cham, Switzerland: Springer International Publishing; Switzerland.
- Vitterso, J., & Soholt, Y. (2011). *Life satisfaction goes with pleasure and personal growth goes with interest: Further arguments for separating hedonic and eudaimonic well-being*. *Journal of Positive Psychology*, 6(4) s. 326-335.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). *Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect - the Panas Scales*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6) s. 1063-1070.

Psykiske lidelser i oppveksten

Av Ole Jacob Madsen



Ole Jacob Madsen er utdannet psykolog og filosof og er professor i kultur- og samfunnspsykologi ved Universitetet i Oslo.

Han har tidligere utgitt bøkene *Den terapeutiske kultur* (2010/2017), *Det er innover vi må gå* (2014), *Generasjon prestasjon: Hva er det som feiler oss?* (2018) (alle Universitetsforlaget) og *Livsmestring på timeplanen. Rett medisin for elevene?* (Spartacus, 2020).

De fleste barn og unge i Norge later til å det rimelig bra i oppveksten, men ikke alle, og en økende andel rapporterer om en ikke ubetydelig andel av psykiske helseplager. I dette kapitlet diskuterer Ole Jacob Madsen mulige årsaker til denne økningen som skolestress, økende sosiale forskjeller, sosiale medier og endrede normer som mer åpenhet om mental helse. Deretter diskuterer han foretrukne forebyggende løsninger som folkehelse og livsmestring i skolen, og spør om det egentlig vil hjelpe dem som trenger hjelpen mest. Avslutningsvis tar Madsen til orde for at både tesen om sykkelgjøring og underbehandling av barn og unges psykiske lidelser kan være sann samtidig, selv om tendensen i en polarisert samtid gjerne er å betrakte disse som gjensidig utelukkende dikotomier.

Hvordan er det å vokse opp i dag? Ser man til den etymologiske betydningen av begrepet «oppvekst» betyr det «tid når man vokser opp». Oppvekst rommer derfor både den tiden man rent livsbiografisk befinner seg i barne- og ungdomsårene, og den historiske epoken man tilfeldigvis er født inn i og lever i. Derfor vil det unike ved å vokse opp alltid finne seg i skjæringspunktet mellom det livsbiografiske og samfunnsmessige.

Hvordan står det til med dagens unge?

Hva som gjør avgjør om barn og unge har en god oppvekst eller ikke, beror derfor på en rekke faktorer, som spenner fra livets minste bestanddeler som arv og genetikk til de største basiskomponentene som samfunnsforhold, økonomi og politikk.

Jeg vil her imidlertid behandle det psykiske aspektet av oppvekst, selv om heller ikke den verken kan eller bør sees helt uavhengig av alt fra biologi til ideologi. I dette kapitlet vil jeg med dette som utgangspunkt gi en oversikt over hovedutfordringene for barn og unge i dag, og deretter drøfte måten vi møter problemene på, der jeg

konkluderer med at vi trenger større grad av spesifisitet og forståelse for at det både kan bli for mye og for lite samtidig.

Psykisk oppvekst

I den foreløpig siste Ungdata-rapporten fra 2020 slås det innledningsvis fast at: «85 % av ungdommen er tilfreds med livet sitt, og 80 % mener de har alt de ønsker seg» (Bakken, 2020, s. 2).

Videre rapporteres det om at de aller fleste unge i Norge også er fornøyde med foreldrene, skolen, lærerne, lokalmiljøet, og har minst én fortrolig venn å være sammen med. Flesteparten av de spurte beskriver også en velintegret hverdag og aktiv fritid, med god fysisk og psykisk helse, og de fleste barn og unge er optimistiske med tanke på framtiden (Bakken, 2020).

Men Ungdata-rapporten fremhever også enkelte områder som gir grunn til en viss bekymring. Her nevnes både mobbing fra jevnaldrende (7 %) og familievold fra en voksen (4 %), mens 15 % av de spurte ungdomsskoleelevene og 21 % av videregående-elevene oppgir et betydelig nivå av psykiske helseplager den siste uken (Bakken, 2020).

Årsaker

Det er langt fra opplagt hva den relativt høye rapporteringen av psykiske helseplager skyldes. Men noen årsaker trekkes gjerne fram som mer relevante. Ungdata-undersøkelsene viser at så mange som 69 % og 75 % av jenter på 10. trinn og VG3 blir ofte stresset av skolearbeidet (Bakken, 2020). Mens forskning fra Storbritannia tidligere har vist at bekymringer rundt skoleprestasjoner kan forklare en del av økningen av psykiske helseplager de siste tiårene (Sweeting, West, Young, & Der, 2010). Økende sosial ulikhet er også pekt på som en forklaring, der det å komme fra en lavinntektsfamilie, som det har blitt flere av også i Norge de siste årene, er forbundet med flere psykiske helseplager (Statistisk sentralbyrå, 2017).

En vanlig antagelse er gjerne at framveksten av sosiale medier og smarttelefon utgjør en hovedårsak til unges psykiske vansker (Twenge, 2017), men forskningen er langt mindre entydig på dette feltet enn man skulle tro, selv om man kan finne en svak økning av depressive plager ved økt bruk (Brunborg & Burdzovic Andreas, 2019). Imidlertid tyder en kunnskapsoversikt på at både overdreven bruk og ingen bruk er forbundet med flere psykiske helseplager, mens moderat bruk hadde ingen til positiv effekt (Kardefelt-Winther, 2017).

En fjerde mulig forklaring til økningen i psykiske helseplager dreier seg om endrede normer, som mer åpenhet i samfunnet om psykisk helse, der det er mulig både å spekulere i om det har vært en underrapportering tidligere, eller at unge er blitt mer troende enn før til å svare bekreftende på psykiske helseplager i spørreundersøkelser, fordi gjenkjennelseeffekten er større (Madsen, 2018).

Hvordan synes vi at det står til med dagens unge?

Gitt at tilstandsbildet fra Ungdata gir et noenlunde riktig bilde av oppvekstvilkårene for barn og unge i Norge anno 2021, er det verdt å spørre videre: bør vi som foreldre, lærere, psykologer, politikere eller samfunn som helhet være fornøyde eller misfornøyde med disse tilstandsberetningene?

Gir disse tallene mest grunn til beroligelse eller bekymring? Svaret kommer naturligvis helt an på hvem man spør. Og om perspektivet som anlegges tar utgangspunkt i enkeltmenneskets skjebne eller de store linjene.

Ungdataundersøkelsene viser at så mange som 69 % og 75 % av jenter på 10. trinn og vg3 ofte blir stresset av skolearbeidet

Med økt satsning på forebygging av psykiske lidelser er det blitt anslått at man kan spare enkeltmennesket for betydelige lidelser og det norske samfunnet for utgifter på anslagsvis 70 milliarder hvert eneste år

Politikken

Blant våre folkevalgte politikere har det på samfunnsområder som trafiksikkerhet og selvmord de siste årene blitt vanlig å snakke om en nullvisjon, og således er det ikke urimelig å forvente lignende ambisjoner på vegne av barn og unges oppvekstvilkår.

Man bør ikke si seg fornøyd før 100 % av ungdommene ikke opplever mobbing, familievold eller betydelige psykiske helseplager. Det er hvert fall idealet man bør styre mot, selv om det neppe er realistisk at man noen gang kommer dit. Men, med økt satsning på forebygging av psykiske lidelser er det blitt anslått at man kan spare enkeltmennesket for betydelige lidelser og det norske samfunnet for utgifter på anslagsvis 70 milliarder hvert eneste år (Holte, 2017).

Livet

Samtidig er det grenser for hvor mye lidelse man kan forebygge. I et eksistensielt perspektiv er livet dypest sett tragisk. I *Ubehaget i kulturen* presenterer Sigmund Freud (1992) tre lidelseskilder som fortsatt er like sørgelig aktuelle ett århundre senere: våre kropper som før eller siden svikter oss.

Naturen som kan rase over oss, og som har fått sin renessanse i nyere tid med den globale miljø- og klimakatastrofen. Og forholdet til andre mennesker, i betydning at andre ofte vil noe annet enn vi vil, og dermed vil familie, venner, kjærester og kolleger alltid kunne både skuffe og såre oss. Heller ikke unge mennesker er spart for dette.

Media

En annen måte å nærme seg spørsmålet om hvordan vi synes det står til er om medieoppmerksomheten de siste årene, ikke minst om barn og unges psykiske helse, sammenfaller med at 85 % av norske barn og unge er tilfreds med livene sine. Til det er nok svaret «nei».

Noen av vår tids fremste opplysere som Steven Pinker (2019) og avdøde Hans Rosling (2018) har begge understreket hvordan medier verden over skaper stadig et feilaktig bilde av at verden utvikler seg i en mye verre retning enn den virkelig gjør.

Noe av årsaken er at det som kjennetegner en nyhet er langt mer forenlig med negative enkelthendelser enn lange positive utviklingslinjer. Ett eksempel kan være enkeltstudier som viser en negativ, og helst dramatisk utvikling i psykisk lidelser, som gjerne gjestaltes av en enkeltpersons sykdomshistorie.

Omtalen av psykisk helse i Norge er ikke noe unntak her, og de gangene det ikke er noen økning eksempelvis i unges selvrapporing av psykiske helseplager, blir dette knapt nok nevnt (Madsen, 2020b). Som med politikken kan man selvsagt innvende at også media har som en av sine fremste oppgaver å tjene rollen som «den fjerde statsmakt». Dermed bør den heller ikke være for fornøyd med tingenes tilstand, og heller stille politikere og samfunnsplanleggere til veggs.

Samtidig bør også medias dekning ha en viss grad av representativitet for ikke å skape et falskt tilstandsbilde. Dette kan nemlig ha flere negative følger: Gruppene av barn og unge som sliter tyngst risikerer å få mindre oppmerksomhet enn de kunne og burde ha fått. Mediarepresentasjonen av hvordan barn og unge har det kan virke selvpoppfyllende, man kan bli forledet til å tro at ting som egentlig fungerer noenlunde godt må endres eller forkastes.

Og en skjev framstilling kan forlede til å treffe feil beslutninger og sette i gang tiltak hva gjelder barn og unge som ikke særlig treffsikre. Dessuten er det et spørsmål om presisjon her: hvis psykisk helse omtales i for generelle vendinger, er det nok en fare for at man tenker på psykisk helse som noe som rammer blindt, helt uten sammenheng med oppvekstvilkår, ressurser og samfunnsutviklingen for øvrig.

Spørsmålet er hvordan vi kan bidra til å hjelpe til med å bedre elevenes selvbilde og på andre måter mestre livet sitt bedre enn de gjør i dag

Livsmestring

Fra høsten 2020 ble folkehelse og livsmestring innført i skolen som ett av tre tverrgående emner. De to andre var bærekraftig utvikling og medborgerskap og demokrati, som en del av fornyelsen av Kunnskapsløftet. Av disse er livsmestring blitt mye debattert. At folkehelsedelen ofte utelates i diskusjonen er i seg selv symptomatisk for at hele innfallsvinkelen til helse helst skal være elev- og individrettet (Madsen, 2020a). Livsmestring skal riktig nok ikke være et eget fag, men et tverrgående emne som skal trekkes inn i de etablerte fagene som norsk, matematikk, samfunnsfag og kroppsøving. Utdanningsdirektoratet har gitt noen eksempler på hva undervisning i livsmestring kan være:

Aktuelle områder innenfor temaet er fysisk og psykisk helse, levevaner, seksualitet og kjønn, rusmidler, mediebruk, og forbruk og personlig økonomi. Verdivalg og betydningen av mening i livet, mellommenneskelige relasjoner, å kunne sette grenser og respekteres andres, og å kunne håndtere tanker, følelser og relasjoner hører også hjemme under dette temaet (Utdanningsdirektoratet, 2020, avs. 3).

Selv har jeg stilt meg relativt kritisk til denne delen av fagfornyelsen (Madsen, 2020c). Noe av grunnen er at våre folkevalgte politikere syntes å innføre livsmestring som et svar på den mediale bekymringen. Der manglende mestring forstås som en forklaring i seg selv, og svaret naturligvis er opplæring i mestring. Senterpartiets Anne Tingelstad Wøiens innlegg under stortingsdebatten om livsmestring i skolen illustrerer både hvordan media er en viktig kilde til informasjon også for politikere, og hvordan de egentlige årsakene til barn og unges psykiske helseplager blir liggende brakk.

Spørsmålet er hvordan vi kan bidra til å hjelpe til med å bedre elevenes selvbilde og på andre måter mestre livet sitt bedre enn de gjør i dag. NRK har forbillig gitt oss et lite innblikk i hva mange av dagens unge strever med. Dette er en stor og vanskelig problemstilling, som jeg ikke skal gå nærmere inn på nå. (Madsen, 2020c, ss. 58-59)

Dermed risikerer løsningen – livsmestring i skolen – i verste fall å bare forsterke de problemene den er ment å løse. Undersøkelser tyder som nevnt på at økt skolestress er en av hovedforklaringene til økte psykiske helseplager, især for jentene. Stress defineres gjerne som den fysiske og psykiske belastningen som kan oppstå dersom det er en uoverensstemmelse mellom kravene i en situasjon og enkeltmenneskets mulighet for å møte kravene (Lazarus & Folkman, 1984).

For å minske stress som kan oppstå når det er stor avstand kan man velge to hovedstrategier: en problembasert eller en emosjonsbasert tilnærming. Det vil si å redusere kravene i situasjonen eller utstyre individet med bedre ressurser for å møte kravene. Livsmestring er åpenbart et eksempel på sistnevnte, mens myndighetene har vist liten eller ingen interesse for å redusere kravene i situasjonen, som her vil innebære å gjøre endringer i skolehverdagen eller skolesystemet som ser ut til å stresse mange elever i dag. Ironisk nok kan dermed livsmestring ende opp med å bli enda en ting de unge må mestre. Selv om man ikke skal få karakter eller risikere å stryke i livsmestring.

En av ambisjonene med livsmestring er at det tverrgående temaet skal bidra til sosial utjevning (NOU, 2015). De elevene som kommer fra mindre ressurssterke hjem skal i skolen også få ressursene som setter dem i bedre stand til «å kunne forstå og å kunne påvirke faktorer som har betydning for mestring av eget liv.» Dette høres i utgangspunktet lovende ut. Problemet er bare at utfallet er høyst uvisst, og sannsynligheten antagelig større for at det isteden bare vil forsterke forskjellene ytterligere.

Et paradoks med forebyggende folkehelseiltak er at de ideelt sett skal komme hele befolkningen til gode, men likevel så ser man at ulikheten øker også i helse (Frohlich & Potvin, 2008). En forklaring som er framsatt handler om at tiltak som krever relativt mye av deltagerne bare forsterker eksisterende forskjeller mellom ressurssterke og ressurs-svake grupper. Undervisning er unektelig en situasjon som krever mye innsats av mot-

For selv i et relativt egalitært land som Norge viser det seg at de som opplever at familien har dårlig råd hele tiden oppgir langt flere psykiske helseplager i snitt enn de som opplever at familien har god råd hele tiden

takeren, og det er ikke vanskelig å se for seg at det er de allerede ganske så mestrende, ressurssterke elevene som i størst grad vil nyttiggjøre seg av det. I motsetning til de ressurssvake elevene, som i verste fall ikke engang er til stede.

Sykeliggjøring og underbehandling

Dermed sitter man igjen med den paradoksale virkningen at for de nokså mestrende, ressurssterke elevene risikerer man både å introdusere enda en ny ting skolen, som allerede er ganske presset. Og i verste fall risikere å sykeliggjøre deres livssituasjon, eksempelvis det faktum at ungdomstiden kan være vanskelig nok, ved å gi dem ikke bare verktøy for å mestre livet, men et begrepsapparat som øker sannsynligheten for at de fortolker vansker og vondter som psykiske helseplager. Intensjonen bak folkehelse og livsmestring er selvsagt det omvendte: å lære elevene at å ha det vanskelig innimellom er helt normalt og hører livet til.

Men eksempelvis et prøveprosjekt som «Utdanning i psykisk helse» (UPS) ved to Trondheim-skoler ga det resultat at flere elever etter et halvt år med undervisning i livsmestring samlet sett ga uttrykk for flere psykiske helseplager enn før (Madsen, 2020c). Grunnen kan jo være at det var en pågående økning i utgangspunktet, men mistanken om at det også her kan være snakk om paradoksaleffekter kan ikke utelukkes. Det vil si at litt flere elever enn før ble flinkere til å kjenne ekstra godt etter. Det er i grunnen ikke så mystisk, ettersom mennesket i bunn og grunn er fremmed for seg selv, og hele tiden må gi meningen til både kropp og sjel gjennom samtidens forestillingsbilder og diskurser. Poeten Theodore Roethke (som sitert i *Illouz*, 2008, s. 244) oppsummerer godt denne tilsynelatende glemte innsikten: *Self-contemplation is a curse / That makes an old confusion worse.*

Men for noen er ikke dette noe de kan velge bort. Folkehelseinstituttet (2018) har tidligere anslått at om lag 8 % av barn og unge i Norge har behov for behandling i barne- og ungdomspsykiatrien. Tidligere har jeg påpekt hvordan tendensen i den offentlige samtalen om barn og unges psykiske helse i Norge har vært å underslå denne gruppens problemer (Madsen, 2018). Populariteten til beskrivelser som «generasjon prestasjon» og «flink pike-syndrom» som allmenngyldige problembeskrivelser av barn og unges utfordringer i Norge på midten av 2010-tallet målbar i liten grad denne gruppen. For her er ofte tilstandsbildet en ikke så skoleflink eller ambisiøs kohort som sliter med vanskelige oppvekstvilkår, dysfunksjonelle familieforhold, dårlig råd, rus, skolevegring, mobbing, alkohol, misbruk, vanskjøtsel, traumer og genetiske sykdommer. For selv i et relativt egalitært land som Norge viser det seg at de som opplever at familien har dårlig råd hele tiden oppgir langt flere psykiske helseplager i snitt enn de som opplever at familien har god råd hele tiden (Sletten, 2017). Men med tiltak som livsmestring er det en fare for at deres unike utfordringer i liten grad blir møtt, men snarere ytterligere tilslørt da livsmestring blir knyttet til den enkelte elevs læring, og der vedkommens problemer gis en kognitiv innramming som handler mest om tankeprosesser og mindre om samfunnsprosesser.

Avslutning

Noe av problemet med å skulle diskutere barn og unges psykiske helse, og graden av bekymring, er at diskursen, som på så mange andre områder, gjerne er delt imellom to leire: de som mener at problemet er manglende behandling, ressurser og oppmerksomhet, og de som mener at problemet er for mye oppmerksomhet og alarmisme. Debatten om «pandemien etter pandemien» i Norge under covid-19 illustrerer dette godt, der man har en leir som roper ut et varsko, mens den andre leiren sier det ikke er videre grunn til bekymring (Madsen, 2021). Problemet med debatten er imidlertid at man indirekte tvinges til å velge mellom en av disse to uttømmende diagnosene, og at

diskusjonen svært sjelden beveger seg utover det allmenne nivået, og omhandler mer spesifikt ulike grupper og individ. Hadde den gjort det, kunne man isteden oppdaget at det kanskje er noen grupper der underbehandling er problemet, og andre grupper der sykeliggjøring er problemet. Og der begge disse oppfatningene kan være sanne samtidig.

De fleste barn og unge har det heldigvis tilsynelatende godt her til lands. Men ikke alle. Og dersom det er en politisk enighet om å gjøre mer for disse, så trengs først og fremst enn større treffsikkerhet og tydeligere prioriteringer. Framfor generiske tiltak der ressursene, engasjement og bekymringen for barn og unges psykiske oppvekst smøres tynt utover.

Referanser

- Bakken, A. (2020). *Ungdata 2020. Nasjonale resultater*. NOVA-rapport 16/20. Oslo: NOVA, OsloMet.
- Brunborg, G. S., & Burdzovic Andreas, J. (2019). *Increase in time spent on social media is associated with modest increase in depression, conduct problems, and episodic heavy drinking*. *Journal of Adolescence*, 74 s. 201-209. doi:<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.06.013>
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Freud, S. (1992). *Ubehaget i kulturen*. Oslo: Cappelen.
- Frohlich, K. L., & Potvin, L. (2008). *Transcending the known in public health practice*. *American Journal of Public Health*, 98(2) s. 216-221. doi:10.2105/ajph.2007.114777
- Holte, A. (2017). *Slik fremmer vi psykisk helse, forebygger psykiske lidelser og får en mer fornuftig samfunnsøkonomi*. *Utposten - Fagblad for allmenn- og samfunnsmedisin*, (2). Hentet fra <https://www.utposten.no/i/2017/2/utposten-2-2017b-457>
- Illouz, E. (2008). *Saving the modern soul: Therapy, emotions, and the culture of self-help*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Kardefelt-Winther, D. (2017). *How does the time children spend using digital technology impact their mental well-being, social relations and physical activity? An evidence-focused literature review*. Hentet fra www.unicef-irc.org/publications/pdf/Children-digi-tal-technology-wellbeing.pdf
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Madsen, O. J. (2018). *Generasjon prestasjon: hva er det som feiler oss?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Madsen, O. J. (2020a). *Hvorfor snakker vi så mye om livsmestring og så lite om folkehelse?* *Aftenposten*. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/viten/i/aPPv4M/hvorfor-snakker-vi-saa-mye-om-livsmestring-og-saa-lite-om-folkehelse>
- Madsen, O. J. (2020b). *Ingen økning. Ingen nyhet?* *Aftenposten*. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/viten/i/mBRLjg/ingen-oekning-ingen-nyhet>
- Madsen, O. J. (2020c). *Livsmestring på timeplanen. Rett medisin for elevene?* Oslo: Spartacus.
- Madsen, O. J. (2021). *Hvor bekymret bør vi være for barn og unges psykiske helse?* *Aftenposten*. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/M3aWEB/hvor-bekymret-boer-vi-vaere-for-barn-og-unges-psykiske-helse>
- NOU. (2015). *NOU2015:8 Fremtidens skole: Fornyelse av fag og kompetanser*. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
- Pinker, S. (2019). *Opplysning nå: Et forsvar for fornuften, vitenskapen, humanismen og fremskrittet*. Oslo: Gyldendal.
- Rosling, H. (2018). *Factfulness: Ti knep som hjelper deg å forstå verden*. Oslo: Cappelen Damm.
- Sletten, M. A. (2017). *Psykiske plager blant ungdom: sosiale forskjeller og historien om de flinke pikene*. Oppvekstrapporten, s. 124-147.
- Statistisk sentralbyrå. (2017). *Étt av ti barn tilhører en husholdning med vedvarende lavinntekt*. Hentet fra <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/artikler-og-publikasjoner/ett-av-ti-barn-tilhorer-en-husholdning-med-vedvarende-lavinntekt>
- Sweeting, H., West, P., Young, R., & Der, G. (2010). *Can we explain increases in young people's psychological distress over time?* *Social science & medicine* (1982), 71(10), 1819-1830. doi:10.1016/j.socscimed.2010.08.012
- Twenge, J. M. (2017). *iGen. Why today's super-connected kids are growing up less rebellious, more tolerant, less happy - and completely unprepared for adulthood - and what that means for the rest of us*. New York: Atria Books.
- Utdanningsdirektoratet. (2020). *Læreplanverket*. Hentet fra <https://www.udir.no/lk20/overordnet-del/prinsipper-for-laring-utvikling-og-danning/tverrfaglige-og-folkehelse-og-livsmestring/>

Barndommen – og resten av livet

Av Anna Luise Kirkengen og Eline Thornquist



Eline Thornquist er fysioterapeut, dr.philos. og professor emerita ved Høgskulen på Vestlandet. Hun er spesialist i psykomotorisk fysioterapi, og har variert erfaring fra klinisk virksomhet, undervisning og forskning. Interessecfeltet er vidt, og hun har skrevet flere fagbøker om forskjellige tema innen klinisk fysioterapi, vitenskapsteori og kommunikasjon.

Anna Luise Kirkengen er lege, dr. med., professor emerita ved Norges arktiske universitet UiT i Tromsø og seniorforsker ved Allmenmedisinsk forskningsenhet, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) i Trondheim. Hun har skrevet artikler og fagbøker som handler om sammenhengene mellom integritets-krenkelser og kompleks sykkelighet.

Et hovedbudskap i dette kapitlet er at negative relasjonserfaringer i barndom og oppvekst ikke bare disponerer for utvikling av psykiske problemer; slike erfaringer gir også grobunn for forskjellige former for kroppslige plager og funksjonsproblemer. Utgangspunktet tas i korte sammendrag av fire pasienthistorier fra en intervjustudie med voksne personer som var henvist til en smerteklinikk på grunn av kroniske smertesyndromer og sammensatte helseproblemer. På bakgrunn av pasienthistoriene anlegger forfatterne et livsløpsperspektiv der de understreker betydningen av å alltid operere med en bredt anlagt tilnærming til pasienters problemer. Videre legger de vekt på potensialene som ligger i å utvide blikket til å inkludere kroppslige symptomer og uttrykk, og de oppfordrer til større oppmerksomhet om det som ikke sies – for taushet og fortieelse. Forfatterne fremholder at mye terapeutisk arbeid dreier seg om å skape motvekt til negative erfaringer – det som tærer, ved å legge til rette for gode og annerledes erfaringer – det som nærer. Det forutsetter forståelse for bakgrunnen for pasienters plager og traumer, og det innebærer å innse at det finnes mennesker i alle samfunnslag med begrenset evne til å sette seg i andres sted og som oppfører seg på måter som er uakseptable og skadelige. I et bredere perspektiv – utenfor terapirommet – betyr dette å ta på alvor hvor avgjørende respekt og anerkjennelse er for hver og én av oss – i familien, i barnehagen, i skolen, i arbeidslivet. Kapitlet henvender seg primært til helsepersonell, men forfatterne peker også på samfunnets allmenne ansvar for å sikre gode oppvekstvilkår.

En god barndom varer hele livet, heter det. Det samme kan sies om en vond barndom. Slike allmennmenneskelige innsikter kan begrunnes og underbygges fra mange kilder og ulike fagfelt. Med støtte i sosialfilosofi og utviklingspsykologi (1-4) vil vi løfte frem menneskets grunnleggende sosiale natur: Menneskebarnet er fra starten av kontakt-søkende, og det utvikler seg gjennom samspill med omsorgspersoner.

Tradisjonelt ble barnet betraktet som «primitivt» og «naturlig», det skulle bli sosialt

Tradisjonelt ble barnet betraktet som «primitivt» og «naturlig», det skulle bli sosialt etter hvert.

I dag finnes en omfattende dokumentasjon som viser at spedbarn helt fra fødselen har evne til å delta i kommunikativ utveksling i ansikt-til-ansikt-situasjoner

etter hvert. I dag finnes en omfattende dokumentasjon som viser at spedbarn helt fra fødselen har evne til å delta i kommunikativ utveksling i ansikt-til-ansikt-situasjoner (1-4). Potensialet for kommunikasjon er biologisk lagt, men det utvikles i interaksjon med nære omsorgspersoner. Barn næres av sine samspillserfaringer, og omsorgsgivernes sensitivitet og evne til å fange opp, tolke og tilpasse seg barnets følelser og behov er dokumentert som helt avgjørende. Med andre ord: det biologiske og det sosiale er uløselig vedt i hverandre.

Selv om det er ulike syn på hvordan man best kan motvirke at uheldige virkninger av svikt i tidlig omsorg og tilknytning videreføres og repeteres, er det bred enighet om at grunnlaget for måter å være sammen med andre på legges tidlig (5-7). Det betyr at negative relasjonserfaringer i barndom og oppvekst ikke bare disponerer for utvikling av psykiske problemer, slike erfaringer belaster også kroppens tilpasningssystemer og gir grobunn for forskjellige former for kroppslige plager og funksjonsproblemer. Når slike plager og problemer aldri gir seg blir det etter hvert vanskelig å sondre mellom dem, fordi de tenderer mot å forsterke hverandre. De kan utvikle seg til invalidiserende syndromer, med mindre terapeutiske intervensjoner viser seg vellykket.

I løpet av de siste par tiår er det samlet mye kunnskap om omfanget av traumer som oppstår i barndom og ungdomstid, og i dag foreligger det solid dokumentasjon om sammenhenger mellom traumatiske erfaringer og sykelighet (8). Vi har også fått ny kunnskap fra nevrovitenskapen om hvordan vedvarende påkjenninger belaster de forskjellige kroppssystemene, og ikke minst om hvordan disse systemene interagerer (9).

Det er på dette grunnlag vi anlegger et livsløpsperspektiv i dette innlegget som er basert på vår nylig utgitte bok «Sammensatte lidelser. Et samfunnsspeil» (8). I den presenterer vi dybdeintervjuer med et utvalg voksne personer som på intervjutidspunktet var i behandling på en av landets smertepoliklinikker på grunn av kroniske smertesyndromer og sammensatte helseproblemer.

Analysen av intervjuene viser at en kompleks sykehistorie bare kan forstås i sin fulle dybde når den speiles i livshistorien og vekten legges på forhold i oppvekstfamilien. I boken belyser vi informantenes historier ved å trekke vekslers på kunnskap fra så vel naturvitenskap som fra humaniora og samfunnsvitenskap. I det følgende presenterer vi sammendrag av fire av pasienthistoriene, vi gir en kortfattet fremstilling av det teoretiske grunnlaget vi har anvendt i analysen av intervjuene og vi skisserer noen allmenne holdninger for terapeutisk praksis.

Noen pasienthistorier

Historiene viser at pasientenes tidlige erfaringer har preget deres selvbylde og utløst særegne kroppslige reaksjoner. Valgene pasientene har tatt gjennom livet er også sterkt påvirket av deres fortid, av familiesituasjon, og av normer og verdier som gjaldt der de vokste opp. Slike mønstre, utviklet tidlig i livet i samsvar med forhold som ikke kunne velges bort, blir ofte opprettholdt til tross for endrede livsomstendigheter.

Arne plages av anspenhet og smerter. Han forteller at han alltid er «i forkant», noe som er blitt hans væremåte som følge av tildekkingsarbeidet han som barn ble delaktig i for å skjule at faren var en periodedranker som uten forvarsel forsvant fra hjemmet i uker i strekk. Denne familiesituasjonen preget Arnes oppvekst og førte til at han tidlig utviklet en «på vakt»-holdning som forsterket seg med årene. Han klarte likevel å fullføre høyere utdanning og var i arbeid til nærmere pensjonsalder. Men etter hvert utviklet han søvnproblemer og invalidiserende smerter i muskel- og skjelettsystem som begrenset hans generelle funksjon, og sent i livet fikk han hjerteinfarkt.

Dina vokste opp med en alvorlig sinnslidende mor, og en far som var mye borte fra hjemmet. Hun var enebarn, og derfor mye alene med moren, og hun fikk ansvar for å beskytte moren mot å skade seg selv og ta sitt liv. Dina giftet seg tidlig, men ekteskapet

På bakgrunn av pasienthistoriene - kraftig komprimert her - vil vi understreke betydningen av å alltid operere med en bredt anlagt tilnærming slik at pasientenes problemer ses i sin fulle sammenheng

ble etter en del år oppløst med dramatiske følger. Hun var eneforsørger for sine barn som utviklet ulike helseproblemer. I senere samboerforhold ble hun igjen både utnyttet og sveket. Dina selv fikk i løpet av disse årene helseproblemer som ingen fant ut av. Over tid ble hun mer og mer plaget av generaliserte smerter, noe som førte til at hun ble uføretrygdet.

Fanny vokste opp med en alkoholisert mor som stadig skiftet partnere etter at foreldrene ble skilt. Barndomshjemmet var preget av vanskjøtsel og rusmisbruk, og *Fanny* fikk ansvar for sine yngre søsken. Hun skammet seg over sin kaotiske familie og ble mobbet på skolen. I en periode bodde hun på et barnehjem. Knappt 19 år gammel ble *Fanny* gravid og fødte barnet på et mødre hjem. Noe senere giftet hun seg med barnets far, men ekteskapet endte med rettslig skilsmisse der *Fannys* egnethet som mor ble trukket i tvil. Skamfølelsen som fulgte med det ble reaktivert da hun skjønnte at sønnen var blitt et mobbeoffer. *Fanny* utviklet generaliserte smerter, var periodevis depressiv, og hun ble uføretrygdet i ung alder.

Gunnar ble rett etter fødselen plassert på et barnehjem av sin enslige mor. Han ble adoptert av et ektepar som omga ham med kjærlighet og omsorg gjennom oppveksten, noe han kaller sin «store lykke». Nettopp dette medførte at *Gunnar* følte en stor takknemlighetsgjeld som gjorde at han anså seg forpliktet til alltid å være glad og hjelpsom. Så skadet han både seg selv og en annen person i en trafikkulykke. En konstant redsel for en gjentakelse påvirket ham i årevis etterpå. Han mener selv at denne redselen, kombinert med hans selvpålagte takknemlighetsgjeld, pliktfølelse og selvbeherskelse lå til grunn for at han utviklet kroniske smerter som over tid gjorde han arbeidsufør før han i tillegg fikk et slag.

Blikk - oppmerksomhet - informasjonskilder

På bakgrunn av pasienthistoriene - kraftig komprimert her - og vår kunnskap om dagens sykdomsbilde som preges av at stadig flere har sammensatte problemer, vil vi understreke betydningen av å alltid operere med en bredt anlagt tilnærming slik at pasientenes problemer ses i sin fulle sammenheng.

Her vil vi vise til en vending i erkjennelse i forbindelse med de senere års offentlige oppmerksomhet og debatt om traumer etter ulike former for omsorgssvikt, vanskjøtsel, overgrep, mishandling og vold. I økende grad pekes det på samfunnets ansvar for å hindre og avdekke slike traumer og for å yte hjelp til dem som har vært utsatt og strever med ettervirkninger.

Denne vendingen kan formidles i uttrykkene «du tror det ikke før du ser det» og «du ser det ikke før du tror det». Det første leddet er et stående uttrykk som viser hvordan synssansen i vår kultur er kopledd til kunnskap, sannhet og objektivitet og befinner seg øverst i et sansehierarki, mens det vi hører og ellers sanser gjerne oppfattes som mindre pålitelig (10-11).

Det andre leddet er et ganske nytt uttrykk der hovedbudskapet er dette: Vi må være villige til å erkjenne at det foregår mye i private rom og bak lukkede dører, ofte mellom familiemedlemmer, som de fleste har vanskelig for å forestille seg.

Vi må tro - ta innover oss - at det finnes mennesker i alle sosiale lag som har begrenset evne til å sette seg i andres sted, som oppfører seg på måter som bryter med normer og regler for vanlig sosialt liv og som derigjennom skader sine medmennesker - noen ganger tilsiktet, andre ganger utilsiktet.

I dag er det solid dokumentert at omfanget av omsorgssvikt, mishandling, vold og overgrep er mer omfattende enn tidligere antatt, og som nevnt innledningsvis foreligger det solid dokumentasjon om sammenhenger mellom traumatiske erfaringer og sykkelighet (12-13).

Alle medieoppslagene de senere år og debattene både i offentligheten og i

Og det er her ikke minst barnehager, skoler og fritidsaktiviteter kan være nyttige læringsarenaer for barn og unge som lever i dysfunksjonelle familier

faglige sammenhenger har fungert som «vekkere». Det har blant annet ført til kritikk og skjerpet krav til barnevernstjenesten, og endrete undervisningsopplegg i politi, rettsvesen og i helse- og sosialutdanningene. Dessuten har budskapet om at vi alle er ansvarlige for å si ifra når vi får kjennskap til omsorgssvikt, vold, mishandling og overgrep vært en gjenganger i offentlig debatt noen år nå, og denne forpliktelsen er nedfelt i lovverket (pasient- og brukerrettighetslovene, barneloven og helsepersonelloven).

Likevel er det mange som lukker øynene for realitetene. Derfor snakkes det stadig oftere om faglig forsømmelse, og ikke minst helsepersonell oppfordres til å tåle å ta opp ubehagelige tema. På denne bakgrunn vil vi oppfordre til en større interesse - ikke bare for hva som sies, men også for hva som ikke sies - for taushet, like mye som for tale.

Samarbeidsklima og terapeutiske holdepunkter

En overordnet målsetting i mye terapeutisk arbeid er å skape motvekt til negative erfaringer, til det som tærer ved å legge til rette for gode, positive og annerledes erfaringer - for det som nærer. Men hva som er positivt for personer kan være så mangt, og det henger alltid sammen med hva som kjennetegner den enkeltes negative erfaringer.

Det er i de senere år snakket mye om å være ressursorientert, om å rette oppmerksomhet mot, understøtte og videreutvikle det som fungerer, og ikke ensidig fokusere på problemer, svikt og avvik. Det er en god grunnholdning, men hva som menes med ressurser er ofte uklart. I boken denne artikkelen springer ut av, har vi forsøkt å få frem at mange av dem som har - eller har hatt - en vanskelig barndom og oppvekst er preget av avmaktfølelse, noe som lett kan feiltolkes som latskap. Andre igjen kan reagere med utagerende oppførsel. Desto viktigere er det at de får nye erfaringer, andre erfaringer; at de erfarer at de ikke er prisgitt omgivelsene, men at de er i stand til å ta egne valg og avgjørelser, og ikke minst at de kan påvirke sin egen situasjon - at det nytter å forsøke og å investere i noe. Det er dette vi i boken har omtalt som «selv-agens» (8, 14-16). Slik kan vi hjelpe dem ut av en «offerrolle» - ut av følelsene av motløshet, at ingenting nytter. Da er det ikke nok å snakke, da er det avgjørende å få noen mestringserfaringer - av å få til noe.

Og det er her ikke minst barnehager, skoler og fritidsaktiviteter kan være nyttige læringsarenaer for barn og unge som lever i dysfunksjonelle familier. De kan lære andre måter å handle og være sammen på enn dem de har erfart fra sin primærsosialisering.

Tallrike innlegg i presse og sosiale medier har bekreftet denne innsikten. Mange har pekt på at det som «reddet» barn og unge var å ha trygge arenaer (som barnehage, fritidsklubb eller idrettslag) der de ble sett av anerkjennende voksne og der aktivitetene foregikk i forutsigbare, ordnede former - i kontrast til livet hjemme. Pandemi-erfaringene i 2020 har bare understreket viktigheten av slike trygge havner.

Når dette ikke skjer, når plagene og problemene forsterkes og vokser dem det gjelder over hodet, da trengs profesjonell hjelp. Og forutsetningen for at hjelpen skal nå frem er at hver enkelt blir sett, hørt og akseptert.

De som har hatt en vanskelig barndom og oppvekst, og som har opplevd ulike former for stigmatisering, vil av åpenbare grunner ofte ha problemer med å snakke om sin bakgrunn. Hvordan vi møter dem er følgelig helt vesentlig.

Det inviterer til en kommentar om hvordan vi samtaler med pasienter. Vi minner om at profesjonelle har kontroll over innholdet i samtalen på to måter:

- ved å stille spørsmål
- ved selektiv oppmerksomhet

Men kroppslig kontakt og nærhet kan fungere både terapeutisk og antiterapeutisk

Hvis pasienter forteller at de strever på jobben og nevner høyt støynivå, uforutsigbar arbeidsmengde eller en vanskelig sjef, og vi bare følger opp utsagnet om støynivået sier vi indirekte at det er dette vi er interessert i - ikke sjefens oppførsel og rolle, uforutsigbarheten og de andre tingene. Og omvendt. Slik legger vi føringer på hva pasienter forteller videre. Sagt med andre ord: Det vi - i kraft av å være profesjonelle - viser interesse for og tillegger vekt, styrer det informasjonstilfanget vi får, og det er i sin tur med å bestemme hvordan vi tolker og forstår pasientens problemer. Det er altså fundamentalt viktig hva vi spør om og hva vi ikke spør om, og likeledes hva vi følger opp og hva vi ikke følger opp (16).

Å forstå andre forutsetter lytting. Det er alle enige om. Men å lytte er ikke bare å la være å si noe, det gjelder å forholde seg aktivt til det pasienter sier - svare, kommentere, spørre videre og forfølge utsagn og innspill - kort sagt, søke å få innblikk i deres erfarings- og meningsverden.

I denne sammenheng er det nærliggende å vise til hva psykolog Binder skriver: «der den mellommenneskelige svikten har vært stor, og pasienten mangler erfaring med at følelser og opplevelser kan deles ... vil [han/hun] ha særlig stort behov for et fellesskap hvor forståelsen av en «sak» kan deles med et annet menneske som stiller seg til disposisjon som en som lytter og forsøker å forstå» (17:76).

Men som vi har vært inne på er det ofte ikke nok med samtale, uansett hvor sensitiv og forståelsesfull terapeuten enn måtte være. For traumer - enten de skriver seg fra omsorgssvikt, mishandling, mobbing, utfrysing, for mye ansvar for tidlig eller andre forhold - har som vi har sett en tendens til å sette seg i kroppen.

Før vi går nærmere inn på hva dette vil si, gjør vi oppmerksom på at alle pasientene vi intervjuet hadde vært gjennom omfattende undersøkelser og utredninger. De hadde også forsøkt en rekke forskjellige behandlingsformer - i og utenfor det offisielle helsevesenet - med begrenset virkning. Uten at vi forfølger det her, har vi merket oss hvordan helsepersonell og pasienter synes å forsterke hverandre i å opprettholde pasientenes høye forbruk av helsetjenester. Nå når samfunnets bæreevne stadig debatteres, er dette tankevekkende.

Når en erkjenner at kroppen er bærer av pasientens historie, og at den har en form for «hukommelse» den enkelte ikke alltid er seg bevisst, og at den ikke bare uttrykker, men også regulerer følelser, åpner det for at kroppslige tilnærminger kan være nyttige både i undersøkelse og behandling. Men kroppslig kontakt og nærhet kan fungere både terapeutisk og antiterapeutisk. Kroppslige tilnærminger kan hjelpe og lindre, men også bidra til forverring og retraumatisering ved at forsøkene på behandling aktiviserer erfaringer og minner som pasienten ikke makter å bearbeide og håndtere. Det avgjørende er hvordan behandlingen utføres (8,9,18).

Siden det er en nokså utbredt oppfatning at pasienter som er anspente og plaget av muskelsmerter skal ha avspenning, vil vi understreke at kroppslig beredskap kan være en form for funksjonell tilpasning til vanskelige situasjoner, samtidig som slik beredskap over tid belaster kroppen uheldig og tærer på dens tilpasningsmuligheter (8,9).

Nettopp fordi noen fungerer i kraft av sitt forsvar, er det viktig å gå varsomt frem i arbeidet med å endre kroppslige spenningsmønstre, vaner og væremåter. Her vil vi trekke frem erfaringer fra psykomotorisk fysioterapi. Denne tradisjonen legger vekt på en grundig klinisk undersøkelse der kroppslige og verbale informasjonskilder sammenfattes på en systematisk måte som grunnlag for valg av terapi (8,18,19).

Psykomotorisk fysioterapi er basert på en tenkning om kroppen som en funksjonell og samspillende enhet, og praksis kjennetegnes av at undersøkelse og behandling utføres av hele kroppen uansett hva slags symptomer, plager og problemer pasienten har^{8,18,19}. Målet med behandlingen er å omstille pasientens kroppslige mønstre og derigjennom (indirekte) virke inn på vedkommendes psykiske tilstand. Utgangspunkt

Det spesielle med Honneths tenkning er at han betrakter ansikt-til-ansikt-relasjoner som selve fundamentet for sosialitet og fellesskap

tas i kroppsholdning, muskulatur, pust og bevegelser kombinert med samtale.

På samme måte som i samtalerapi er det avgjørende i kroppslige tilnærminger (som for eksempel psykomotorisk fysioterapi) at pasienten møtes med respekt og anerkjennelse. Dette er to begreper den tyske sosialfilosofen Axel Honneth videreutvikler i sin mangeårige innsats for å etablere en omfattende sosialteori.

Et utvidet syn på anerkjennelse

Det spesielle med Honneths tenkning er at han betrakter ansikt-til-ansikt-relasjoner som selve fundamentet for sosialitet og fellesskap, samtidig som han understreker det utilstrekkelige i å knytte anerkjennelse kun til direkte møter og nære relasjoner.

Honneth opererer med tre anerkjennelsesformer (20): Ved siden av de følelsesbaserte og nære relasjonene hvert menneske har til relativt få andre, er han opptatt av at utenforskap og opplevelsen av å være isolert, stigmatisert og ekskludert ofte henger sammen med mangel på formelle, juridiske rettigheter og sosial verdsetting. Denne andre anerkjennelsesformen gjelder alle; det dreier seg om personuavhengige forhold (jf. menneskerettighetene, lovverk og velferdsordninger). Den tredje formen for anerkjennelse bunner i den sosiale verdsettingen knyttet til arbeid og gjøremål; at alle har krav på bekreftelse på bakgrunn av sine ferdigheter, egenskaper og ytelsesevne.

I tråd med de tre anerkjennelsesformene han redegjør for, opererer Honneth med tre aspekter av ringeakt som er de negative motpolene til henholdsvis selvtilit, selvrespekt og selvfølelse.

Honneths anerkjennelsesteori kan brukes i en argumentasjon om hvordan deltakelse og anerkjennelse på mange arenaer kan fungere helsefremmende (8). Vi vil samtidig peke på at helsepersonell gjerne møter én og én pasient av gangen og at storsamfunnets innvirkning på den enkelte sjelden kommer klart frem. Det gjør ikke Honneths innsikter mindre relevante. I Norge har vi i flere tiår hatt et høyt langtidsfravær og en langt høyere andel uføretrygdede enn land det er naturlig å sammenligne med. Arbeidslivet preges stadig av tydelige kjønnsforskjeller hva gjelder yrkesvalg og livsløp. At Honneths sosialteori har potensialer til å kaste lys over uheldige sider ved tilstanden i norsk utdanning og arbeidsliv, er åpenbart.

Vi begynte denne artikkelen med å minne om at også den vonde barndommen kan vare livet ut; den setter seg i kroppen. Avslutningsvis vil vi understreke det sentrale premisset for å etablere forbindelse mellom livshistorier og sykehistorier: erkjennelsen av at mennesket er et biologisk og sosialt vesen - natur og kultur - samtidig og uløselig. Med et slikt utgangspunkt oppheves det tradisjonelle skillet mellom det talende subjekt og den tause kroppen. Dermed åpnes det for å forstå hva kroppen taler om for å innse at psykologiske, sosiale og kulturelle prosesser er kroppslige anliggender.

Referanser

1. Mead GH. *Mind, self and society from the standpoint of a social behaviorist*. Chicago: University of Chicago Press, 1950 [1934].
2. Trevarthen C. *Communication and cooperation in early infancy: A description of primary intersubjectivity*. I: Bullowa M (red.). *Before Speech: The beginning of interpersonal communication*. Cambridge: Cambridge University Press, 1979, s. 321-348.
3. Bråten S. *Kommunikasjon og samspill. Fra fødsel til alderdom*. Oslo: Tano Aschehoug, 1998.
4. Stern D. *Spedbarnets interpersonlige verden*. Oslo: Gyldendal akademisk, 2007.
5. Schibbye AL. *Relasjoner. Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*. Oslo: Universitetsforlaget, 2009.6. Binder PE, Nielsen GH. *Selvet og relasjonene - nyere psykoanalytisk perspektiv. I: Gulbrandsen LM (red.). Oppvekst og psykologisk utvikling. Innføring i psykologiske perspektiver. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget, 2017, s. 104-138.*
7. Hansen BR. *Daniel Sterns utviklingsmodell. I: Gulbrandsen LM (red.). Oppvekst og psykologisk utvikling.*

- Innføring i psykologiske perspektiver. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget, 2017, s. 179-211.*
8. Thornquist E, Kirkengen A.L. *Sammensatte lidelser - et samfunnsspeil. Bergen: Fagbokforlaget, 2020.*
 9. Kirkengen AL, Næss AB. *Hvordan krenkede barn blir syke voksne. 4.utg. Oslo: Universitetsforlaget, 2021.*
 10. Straus E. *The primary world of senses. New York: The Free Press of Glencoe, 1963.*
 11. Salmond A. *Theoretical Landscapes: on cross-cultural conceptions of knowledge. I: Parkin D. (red.) Semantic Anthropology. London: Academic Press, 1982, s. 65-88.*
 12. McEwen BS. *Redefining neuroendocrinology: Epigenetics of brain-body communication over the life course. Front Neuroendocrinol 2018; 49: s. 8-30.*
 13. Teicher MH, Samson JA, Anderson CM, Ohashi K. *The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. Nature Rev Neuroscience 2016; 17: s. 652-666.*
 14. Gallagher S, Zahavi D. *The phenomenological mind. 2. utg. London/New York: Routledge, 2012.*
 15. Thornquist E. *Movement and interaction. Oslo: Norwegian University Press, 2012.*
 16. Thornquist E. *Kommunikasjon: teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2009.*
 17. Binder PE. *Individet og den meningsbærende andre. Doktoravhandling. Bergen: Institutt for klinisk psykologi, Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen, 2000.*
 18. Gretland A. *Den relasjonelle kroppen. Fysioterapi i psykisk helsetjeneste. Bergen: Fagbokforlaget, 2007.*
 19. Bunkan BH. *Psykomotorisk fysioterapi - prinsipper og retningslinjer. Tidsskr Nor Legeforening 2001; (121) s. 2845-2848.*
 20. Honneth A. *Kamp om anerkjennelse. Om de sosiale konfliktenes moralske grammatikk. Oslo: Pax forlag, 2008.*

Å være som de andre - om fattigdom og ulikhet i oppveksten

Av Tone Fløtten



Tone Fløtten er daglig leder ved Fafo. Hun har doktorgrad i sosiologi og lang erfaring innenfor velferdsforskning.

I sin forskning har Fløtten særlig konsentrert seg om fattigdom og ulikhet, den nordiske modellen og komparativ sosialpolitikk.

Hun har blant annet redigert en bok om den norske barnefattigdommen og hun har skrevet mange rapporter og artikler om dette temaet.

Stadig flere barn vokser opp i familier med vedvarende lavinntekt, og det er nødvendig å investere i alle sider av barns oppvekst for å motvirke at sosial ulikhet i oppveksten overføres til voksenlivet. Men hvordan ser den norske barnefattigdommen ut? Hva kjennetegner de materielle og sosiale levekårene til barn i lavinntektsfamilier? Hvorfor legges det så sterk vekt på muligheten for sosial deltakelse? Og hva gjøres egentlig for å sikre at alle barn kan delta i jevnalderaktiviteter? Disse spørsmålene er tema for denne artikkelen, som bygger på kunnskap fra foreliggende statistikk og forskning.

På 1980- og 1990-tallet var barnefattigdom knapt et tema i den norske offentligheten. Den manglende oppmerksomheten skyldtes dels at fattigdom ikke lenger ble ansett som et problem her til lands, og det var derfor generelt lite prat om fattigdom. Dels at det var innført mange tjenester og ordninger som skulle sikre gode levekår i alle barnefamilier. Dermed skulle ikke barn fra økonomisk vanskeligstilte familier ha store levekårsproblemer. På slutten av 1990-tallet ble det imidlertid klart at det også i den norske velferdsstaten var barn som levde i familier som hang etter i velstandsutviklingen (Djuve & Hagen 1995, Kirkeberg 1997, Fløtten 1999), og siden årtusenskiftet har det vært en sterk økning i oppmerksomheten om den norske barnefattigdommen.

Med Bondevikregjeringens tiltaksplan mot fattigdom (St.meld. nr. 6 (2002-2003)) ble vanskeligstilte barnefamilier en prioritert målgruppe i den samlede innsatsen for å bekjempe fattigdom. I planen ble det framhevet som særlig viktig å sikre sosial inkludering av barn og unge som, på grunn av foreldrenes økonomiske og sosiale situasjon, sto i fare for å bli utestengt fra skole- og fritidsaktiviteter.

Etter Bondevikregjeringens tiltaksplan har alle regjeringer lagt fram handlingsplaner og tiltakspakker for å bekjempe fattigdom generelt og barnefattigdom spesielt. Sist ute er Solbergregjeringens samarbeidsstrategi for barn og unge i lavinntektsfamilier fra 2020 - «Like muligheter i oppveksten» - som presenterer 62 ulike tiltak, og der også sosial inklusjon vektlegges.

Hva som defineres som fattigdom vil alltid være et verdispørsmål

Men hvordan ser den norske barnefattigdommen ut? Hva kjennetegner de materielle og sosiale levekårene til barn i lavinntektsfamilier? Hvorfor legges det så sterk vekt på muligheten for sosial deltakelse? Og hva gjøres egentlig for å sikre at alle barn kan delta i jevnalderaktiviteter? Disse spørsmålene er tema for denne artikkelen, som bygger på kunnskap fra foreliggende statistikk og forskning.

Hva menes med fattigdom i denne artikkelen?

I fattigdomsforskningen er det vanlig å skille mellom absolutte og relative fattigdomsdefinisjoner. En absolutt fattigdomsdefinisjon avgrensner fattigdom som et fenomen der folk mangler de nødvendige levekårsgodene, som tilstrekkelig med mat, klær eller tak over hodet. En relativ fattigdomsdefinisjon har som utgangspunkt at de fattige har betydelig mindre ressurser enn det som er vanlig i samfunnet man bor i. Hva som defineres som fattigdom vil alltid være et verdispørsmål. Verken i Norge eller de fleste andre europeiske land er noen offisiell fattigdomsdefinisjon, eller noen offisielle fattigdomsmål. Som regel betraktes imidlertid fattigdom som et relativt fenomen og for å beregne fattigdom brukes gjerne et inntektsmål. De som regnes som fattige er dermed de som har betydelig lavere inntekt enn det som er vanlig i samfunnet.

I beregningen av fattigdom tar man utgangspunkt i disponibel husholdsinntekt, det vil si summen av inntekter til alle medlemmene i et hushold, fratrukket utlignet skatt og negative overføringer. For å kunne sammenlikne den økonomiske velferden til ulike hushold justeres inntekten med en såkalt ekvivalensskala. Det finnes flere slike ekvivalensskalaer, men skalaen som er brukt i de fattigdomsberegningene som gjengis i denne artikkelen kalles EU-skalaen. I denne skalaen tilordnes den første voksne i husholdet forbruksvekten¹. Neste voksne (over 14 år) tilordnes vekten 0,5, mens alle personer under 14 år tilordnes vekten 0,3. Et par vil for eksempel ha forbruksvekten 1,5 mens en familie med to voksne og to barn vil ha forbruksvekten 2,1. Inntekt per forbruksenhet i husholdet beregnes ved å dele husholdets samlede inntekt etter skatt på den aktuelle forbruksvekten.

Lavinntektsgrensen fastsettes med utgangspunkt i medianinntekten, det vil si den midterste inntekten i inntektsfordelingen. Grensen settes ved 60 % av medianinntekten. I artikkelen, som i den norske samfunnsdebatten, brukes begrepene «fattigdom» og «lavinntekt» om hverandre. I EU-sammenheng benyttes begrepet «risiko for fattigdom» som betegnelse for de som har inntekt under 60 prosent av medianinntekten i et land.¹

Barndom i en velferdsstat

Norge er kjent som et av verdens aller beste land å leve i. År etter år har Norge tronet på toppen av FNs Human Development Index, og de nordiske landene skårer også høyt i internasjonale sammenlikninger av barns levekår (OECD 2009). I 2019 bodde i gjennomsnitt hvert femte barn i EU i en familie som var i risikozonen for fattigdom. I Norge gjaldt dette om lag hvert syvende barn (Eurostat (ILC_LI02)). Også den materielle levestandarden er bedre i norske barnefamilier enn i snittet av europeiske familier.

Hvis en tar utgangspunkt i en liste over ni essensielle goder (som mulighet til å betale faste utgifter, holde boligen varm, dra på en ukes ferie utenfor hjemmet og ha TV), bor 13 prosent av alle barn i EU i et hushold som mangler minst tre av disse godene. Tallet for Norge er sju prosent (Eurostat (ILC_SIP8)). OECD (2009) har konkludert med at norske barn ligger godt an i sammenlikninger av boforhold (få som er trangbodd og få som har lav bokkvalitet). Når det gjelder psykososial helse og tilfredshet kommer barn fra Norge og de andre nordiske landene også godt ut (Unicef 2013, Unicef 2014).

¹ For utfyllende informasjon om fattigdomsdefinisjoner og fattigdomsmål, se for eksempel Fløtten 1999.

Det er flere forklaringer på at norske barn har bedre levekår enn barn i mange andre land. Den fordelaktige situasjonen må forstås i lys av at likhetstankegangen står sentralt i norsk politikk. I Norge er det lang tradisjon for å innrette politikken slik at alle skal sikres en god levestandard (NOU 2009:11, s. 284). I den norske samfunnsmodellen ses ulike politikk-områder i sammenheng, slik at ulikhetsskapende prosesser og mekanismer på ett politikk-område motvirkes av ordninger og tiltak på andre områder. Gjennom sosial investeringspolitikk, helt fra fødselen til langt inn i voksenlivet, skal det sikres at barn har mest mulig like betingelser for læring, uavhengig av familiebakgrunn. De sosiale investeringene gjennom oppvekst- og utdanningspolitikken skal legge grunnlag for overgangen til arbeidslivet, og siden unge mennesker entrer arbeidslivet med ulike forutsetninger fortsetter de sosiale investeringene gjennom for eksempel arbeidsmarkedstiltak og livslang læring (Fløtten 2017).

Barnefattigdom i en velferdsstat

Gitt den, komparativt sett, gode levekårssituasjonen til norske barn, kunne en kanskje konkludere med bekymringen for barnefattigdom i Norge er overdreven. Så enkelt er det imidlertid ikke. Selv om norske barn, i gjennomsnitt, har bedre levekår enn barn i andre land, er det store variasjonene i levekår internt i Norge. På enkelte områder er det dessuten en negativ utviklingstrend og på andre områder er det ikke den ønskede positive utviklingstrenden.

Det er for eksempel en økende andel unge som har dårlig psykisk helse.² Videre er det fremdeles et uønsket stort frafall fra videregående utdanning, selv om det her har vært en positiv trend.³ Og det er en utfordring at 11 % av unge mellom 15 og 29 år er såkalte NEET-ere, dvs at de utenfor arbeid, utdanning og opplæring.⁴ Disse problemene er viktige, men i denne artikkelen er det lavinntektsproblemet som er tema.

De siste tjue årene har det vært en jevn økning i andelen barn og unge som bor i familier med vedvarende lavinntekt (figur 1). I 1999 bodde fire prosent av alle barn som i en slik familie. I 2019 hadde andelen tredoblet seg til 12 prosent. Dette året var det også flere barn enn voksne i familier med vedvarende lavinntekt. Den eneste aldersgruppa som har høyere lavinntektsandeler enn barn under 18 år, er unge mellom 19 og 34 år. I denne aldersgruppa bodde nesten 15 prosent i et lavinntektshushold i 2019 (Statistikkbanken til SSB, tabell 10498, lest 29/9 2021).

Figur 1 Andel barn under 18 år og andel av hele befolkningen som bor i et hushold med inntekt under 60% av medianinntekten i en treårsperiode. 1997/1999 til 2017/2019.



² <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/>

³ <https://www.ssb.no/utdanning/videregaende-utdanning/statistikk/gjennomforing-i-videregaende-opplaering>

⁴ <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/statistikk/tilknytning-til-arbeid-utdanning-og-velferdsordninger>

Gitt den, komparativt sett, gode levekårs-situasjonen til norske barn, kunne en kanskje konkludere med bekymringen for barnefattigdom i Norge er overdreven.

Så enkelt er det imidlertid ikke.

For øvrig er risikoen for å bo i et hushold med vedvarende lavinntekt særlig stor hvis det er mange barn i husholdet og hvis det er et eneforsørgerhushold.

Risikoen for lavinntekt er ujevnt fordelt. De viktigste risikofaktorene er å ha foreldre/foresatte som ikke er sysselsatt, som har lav utdanning, som er eneforsørgere og/eller som har innvandrerbakgrunn. I 2017 bodde 13 prosent av alle barn i et hushold som hadde inntekt under lavinntekts- eller fattigdomsgrensen dette året. Blant barn i hushold der ingen var yrkestilknyttede var det 52 prosent som i fattigdomsgruppen.

Det samme gjaldt 38 prosent av barna som bodde i et hushold der hovedinntektstaker hadde lav utdanning og 30 prosent av barna som bodde i et eneforsørgerhushold. Barn med innvandrerbakgrunn utgjør en stadig større andel av barna i lavinntektsgruppen og i 2017 hadde 56 prosent av barna i fattigdomsgruppen innvandrerbakgrunn. Til sammenlikning var det om lag 22 prosent av alle barn som hadde innvandrerbakgrunn dette året (Omholt 2019).

Risikoen for å bo i et hushold med vedvarende lavinntekt er særlig stor for barn i familier med bakgrunn fra land i Øst-Europa (utenom EU/EØS)⁵, Asia, Afrika og Latin-Amerika. I 2019 hadde barn med slik bakgrunn over ti ganger så stor sannsynlighet for å være i risikogruppen som barn uten innvandrerbakgrunn (64,9 prosent vs 5,8 prosent). Blant norskfødte med innvandrerforeldre (de som gjerne kalles etterkommere eller 2. generasjon) var sannsynligheten nesten syv ganger så stor (39,6 prosent vs 5,8 prosent) (Statistikkbanken til SSB, tabell 12903). Andelen barn i hushold med vedvarende lavinntekt var i 2019 størst for barn med bakgrunn fra Syria (89 prosent), Somalia (78 prosent), Eritrea (57 prosent) og Irak (55 prosent) (Statistikkbanken til Statistisk sentralbyrå, tabell 09572).

For øvrig er risikoen for å bo i et hushold med vedvarende lavinntekt særlig stor hvis det er mange barn i husholdet og hvis det er et eneforsørgerhushold.

De geografiske variasjonene i barnefattigdom er også store. De fleste fattige barna bor i Oslo og det sentrale østlandsområdet. Dette skyldes i all hovedsak at det også er her det bor flest barn totalt (Østby og Nielsen 2019).

Barnefattigdom og levekår

Lavinntekt eller barnefattigdom er en utfordring av flere årsaker. For det første har ikke barn noen «skyld» i situasjonen de er i, og de har svært begrensede muligheter til å endre livssituasjonen sin. For det andre er det ikke ønskelig at noen barn og unge skal vokse opp med betydelige levekårsutfordringer; dette strider mot det norske likhetsidealet. For det tredje medfører fattigdom under oppveksten en økt risiko for selv å bli fattig som voksen (Lorentzen & Nielsen 2009, Epland & Kirkeberg 2010, Norberg-Schultz og Østhus 2018) og en del tar dermed med seg levekårsulempene fra oppvekstfamilien videre inn i voksenlivet. For det fjerde er barnefattigdom samfunnsøkonomisk ulønnsomt.

Siden det er en tendens til at fattigdom og stønadsmottak går i arv, er det å sikre barn best mulig utgangspunkt en investering i framtidig arbeidskraft.

Når det gjelder barns levekår kommenterte jeg innledningsvis at barn i Norge gjennomgående har bedre levekår enn barn i andre land. Likevel er det tydelige levekårsforskjeller mellom barn i Norge, og barn i familier med dårlig økonomi gjør det systematisk dårligere enn andre barn langs en del levekårsdimensjoner.

- Barn i lavinntektsfamilier har dårligere boforhold enn andre (Hyggen et al. 2018), og de bor oftere trangt⁶.

⁵ Omfatter Albania, Bosnia-Hercegovina, Hviterussland, Kosovo, Makedonia, Moldova, Russland, Serbia, Jugoslavia/Serbia og Montenegro, Montenegro, Sovjetunionen, Ukraina (<https://www.ssb.no>)

⁶ www.ssb.no/bygg-bolig-og-eiendom/artikler-og-publikasjoner/en-av-ti-bor-trangt

Selv om de fleste barn og unge deltar i fritidsaktiviteter, er det forskjeller mellom barn fra lavinntektshushold og andre barn

- Barn og unge i familier med (egenrapportert) dårlig økonomi har økt risiko for å oppleve mobbing (Sletten, Fløtten & Bakken 2008).
- Ungdom som vokser opp i familier med høy sosioøkonomisk status er oftere enn andre trygge på at de har nære venner som de kan stole på (Bakken, Frøyland & Sletten 2016).
- Både norske og nordiske studier viser en sammenheng mellom oppvekst i lavinntektsfamilier og psykiske helseproblemer (Bøe et al. 2019, Bøe 2021, Björkenstam et al. 2017, Cheng et al. 2020, Hakulinen et al. 2020, Poulsen et al. 2020).
- En nyere dansk studie viser en sammenheng mellom økonomisk situasjon i oppvekstfamilien og skadelig atferd, som selvskading og kriminalitet, i ungdomstiden (Mok et al. 2018).
- Selv om sammenhengen mellom inntekt i oppvekstfamilien og utdanning er svakere i Norge enn i mange andre land, viser en norsk studie at både menn og kvinner født inn i nedre del av inntektsfordelingen har sakkert akterut når det gjelder oppnådd utdanningsnivå (Markussen & Røed 2017).

At det er systematiske forskjeller i barns levekår som er avhengig av økonomien i oppvekstfamilien er ikke overraskende, men det er viktig å synliggjøre disse forskjellene. De er et klart uttrykk for at selv om likhetsambisjonene i Norge er sterke, og selv om det er betydelig vektlegging av omfordeling i norsk politikk, er ikke politikken kraftfull nok til å hindre sosiale forskjeller og sosial reproduksjon.

Barnefattigdom og sosial deltakelse

I den politiske diskusjonen om barnefattigdom trekkes fattigdommens negative påvirkning på sosial deltakelse fram som en særskilt utfordring. Det å kunne delta i fritidsaktiviteter regnes ifølge FNs barnekonvensjon som en grunnleggende rettighet for barn. I tillegg antas sosial deltakelse å ha positiv betydning for barn og unges livssituasjon her og nå, samt for deres framtidige livssituasjon.

I Norge er det et godt tilbud av fritidsaktiviteter, noen i offentlig regi, noen i privat. En studie viser at flere enn ni av ti er innom en eller flere fritidsaktiviteter i løpet av oppveksten (Andersen & Bakken 2015). I en annen studie oppgir 80 prosent av alle foreldre at deres barn (i alderen 1 til 15 år) deltar regelmessig i fritidsaktiviteter (With & Thorsen 2018).

Selv om de fleste barn og unge deltar i fritidsaktiviteter, er det forskjeller mellom barn fra lavinntektshushold og andre barn. Blant barnefamilier med vedvarende lavinntekt, er det bare 66 prosent som oppgir at barna deltar regelmessig i fritidsaktiviteter, og blant barn hvis foreldre kun har grunnskoleutdanning er andelen som deltar 60 prosent. Én av fem barnefamilier med lavinntekt reiser ikke på ferie minst én uke i året og fem prosent har ikke råd til å feire spesielle anledninger. Andelen som oppgir at barna ikke kan invitere venner hjem for å leke eller spise er kun 1,5 prosent. Én av ti barnefamilier med årlig lavinntekt sier at barna deres ikke kan dra på skoleturer eller andre arrangementer som koster penger (With & Thorsen 2018).

Også statistikk fra Ungdata viser at ungdom fra familier som skårer lavt på Family Affluence Scale (FAS)⁷, sjeldnere enn andre er med i organisasjoner eller klubber og sjeldnere har kontakt med venner (Fløtten & Nielsen 2020).

Nå må det sies at det er få foreldre (kun to prosent) som sier at de ikke har råd til at barna deres deltar i fritidsaktiviteter, men blant hushold med årlig lavinntekt er det 11 prosent som sier det samme. Ti prosent av lavinntektsfamiliene sier også at de ikke har

⁷ FAS er et mål på familiens materielle velferd, basert på et sett av indikatorer, se Frøyland 2017.

Manglende mulighet til å delta i jevnalderaktiviteter antas altså å ha en negativ betydning for barns nåtidige og framtidige levekår. Men hva sier forskningen om dette?

råd til å sende barna på skolearrangementer som koster penger (With & Thorsen 2018: 57).

Betydningen av deltakelse

Manglende mulighet til å delta i jevnalderaktiviteter antas altså å ha en negativ betydning for barns nåtidige og framtidige levekår. Men hva sier forskningen om dette?

Det finnes lite norsk eller nordisk forskning som undersøker hva deltakelse i jevnalderaktiviteter faktisk betyr for barn og unges levekår (eller livskvalitet). Det er vanlig å anta at det å delta i jevnalderaktiviteter gir barn og unge sosial kompetanse, mestringsfølelse og tilhørighet (Strand & Kindt 2019).

Dette antas igjen å ha positiv effekt på deres fysiske og psykiske helse og på deres forutsetninger for å lykkes i utdanningssystemet.

En systematisk gjennomgang av studier som ser på de psykologiske og sosiale effektene av å delta i sportsaktiviteter under oppveksten konkluderer med at studiene rapporterer om mange fordeler ved slik deltakelse, som økt selvtillit, større grad av sosial samhandling og færre depressive symptomer. Særlig det å delta i lagsport ser ut til å være positivt. Samtidig påpeker forfatterne at det er vanskelig å slå fast at det er en årsakssammenheng mellom deltakelse og helse siden det er få longitudinelle studier (Eime et al. 2013). Ahn og Fedewa (2011) kommer til samme konklusjon i sin systematiske gjennomgang; fysisk aktivitet ser ut til gi en liten, men signifikant, effekt på barns mentale helse, mens Ekeland et al. (2005), finner at trening har en positiv effekt på barns selvfølelse.

Almquist og kollegaer (2018) har undersøkt hvilke faktorer som kan motvirke de negative helsekonsekvensene av det å vokse opp i en fattig familie. For det første konkluderte de med at de som vokste opp i en lavinntektsfamilie oftere enn andre vurderer sin egen helse som dårlig. For det andre fant de at flere faktorer kan bidra til å svekke denne sammenhengen. Eksempler på slike faktorer er trivsel på skolen, gode venne-relasjoner og en aktiv fritid. Slike faktorer kan beskytte mot de negative konsekvensene av å vokse opp i en lavinntektsfamilie.

Ytterligere en reviewartikkel (Busch et al. 2014) konkluderer med at sunt kosthold og det å delta i lagsport har en positiv effekt på skoleprestasjoner, men studiene som inngår i analysen er ikke norske eller nordiske, og sammenhengene er ikke sterke. Vi kan dermed ikke vite om vi finner de samme tendensene i Norge eller om trekk ved den norske samfunnsmodellen og norske oppvekstmiljøer tilsier andre (eller ingen) sammenhenger.

Vi vet heller ikke om sammenhengene vil være de samme for barn og unge fra lavinntektsfamilier som for andre. Mogstad og Rege (2009) har oppsummert forskning som har undersøkt om førskoletiltak bedrer utviklingsmulighetene til barn fra vanskeligstilte familier. De konkluderer slik: «(...) selv om det er få klare slutninger å trekke fra litteraturen om familieinntekt, så er det tydelige politikimplikasjoner fra litteraturen som undersøker betydningen av førskoletiltak. Den internasjonale forskningen viser spesielt at førskoletiltak rettet mot vanskeligstilte barn i tre- til femårsalderen kan være av stor betydning for barnas utvikling. (...) Det finnes også noe dokumentasjon på at førskoletiltak kan være positivt for ett- og toåringer fra vanskeligstilte familier.»

Tilsvarende viser en norsk studie av langtidseffekter av tilgang til barnehage klare langtidseffekter på utdanningsnivå, og effekten var klart størst for barn av mødre med lav utdanning (Havnes & Mogstad 2009). Dette kan tolkes som at barn/unge med et svakere utgangspunkt enn andre kan ha særlig god nytte av tiltak. Men selv om det virker logisk at barn fra lavinntektsfamilier kan ha særskilte fordeler av å delta i jevnalderaktiviteter, foreligger det altså ikke forskning som eksplisitt ser på dette.

For å skape en inkluderende oppvekst for alle barn er det nødvendig med politisk oppmerksomhet og planmessig arbeid, både lokalt og sentralt

Tiltak for å sikre deltakelse

Selv om det ikke foreligger forskning som viser klare positive effekter av sosial deltakelse på barn og unges fysiske og psykiske helse eller deres kognitive utvikling, er det ukontroversielt å mene at deltakelse i fritidsaktiviteter kan danne grunnlag for sosiale nettverk. Det er også ukontroversielt å anta at det å delta i sosiale nettverk kan gi nyttig samhandlingskompetanse, og det er ukontroversielt å anta at den samhandlingskompetansen barn og unge opparbeider seg gjennom deltakelse er positiv for deres mulighet til å lykkes i utdanningssystemet og deretter i arbeidslivet, alt annet likt. Selv om det vil være vanskelig å empirisk vise den isolerte effekten av sosial deltakelse på nåtidige og framtidige sosiale utfall, er det rimelig å anta at sosial deltakelse i barne- og ungdomsårene både bidrar til god fysisk og psykisk helse her og nå, og det kan bidra til sosial mobilitet. Når vi legger til at det å delta i fritidsaktiviteter anses som en rettighet for barn, er det ikke overraskende at den offentlige politikken mot barnefattigdom har sosial deltakelse som et uttalt mål.

I Norge tilrettelegges det først og fremst for at alle barn og unge skal ha de samme mulighetene til å være del av et sosialt miljø gjennom det universelle utdanningssystemet (fra barnehage til høyere utdanning). Ingen skal stenges ute fra gode barnehager eller skoler på grunn av dårlig økonomi i oppvekstfamilien. I tillegg investerer lokale og sentrale myndigheter, samt frivillige og private aktører, i fritidstilbud for barn og unge. Noen av investeringene rettes mot alle barn og unge, mens det også er mange særskilte ordninger for å sikre inkludering av barn og unge fra lavinntektsfamilier.

Det finnes ingen samlet oversikt over alle ordningene og finansieringsmekanismene som har til hensikt å sikre barn og unges deltakelse i fritidsaktiviteter, eller hvor mye midler som totalt bevilges til dette formålet. Det er for eksempel flere offentlig tilskuddsordninger som skal bidra til økt deltakelse, som Barne- og familiedepartementets nasjonal tilskuddsordning for å inkludere barn og unge, eller Kulturdepartementets tilskudd til lokale lag og foreninger og tilskuddsordninger for inkludering i idrettslag og kulturliv. Store ideelle aktører som Gjensidigestiftelsen og Sparebankstiftelsen bevilger også midler til inkluderende barne- og ungdomstiltak, mens mindre lokale aktører bidrar blant annet ved å finansiere tiltak som utstyrskasser.

Sluttkommentar

Omfanget og mangfoldet av aktører som er engasjert i barns og unges oppvekstmiljø viser at det er stor oppmerksomhet om å sikre barn og unges deltakelse i fritidsaktiviteter. Selv om forskningen (foreløpig) ikke kan fastslå sikre effekter av deltakelse, er det mange studier som konkluderer på en slik måte at det gir grunn til å tro at deltakelse i fritidsaktiviteter er positivt for psykisk og fysisk helse, selvfølelse, mestring og skoleprestasjoner. Sosial tilhørighet og deltakelse er dermed ikke bare et gode i seg selv her og nå i barns liv, men noe som gir forutsetninger for et godt liv som voksen.

Siden stadig flere barn vokser opp i familier med vedvarende lavinntekt er det å investere i alle sider av barns oppvekst nødvendig for å motvirke at sosial ulikhet i oppveksten overføres til voksenlivet. Når det gjelder investeringene i fritidsaktiviteter må disse innrettes slik at man i størst mulig grad sikrer at barn fra lavinntektsfamilier faktisk inkluderes. For å skape en inkluderende oppvekst for alle barn er det nødvendig med politisk oppmerksomhet og planmessig arbeid, både lokalt og sentralt. Videre må alle relevante aktører samarbeide, det vil si at det må være samarbeid mellom offentlige instanser og mellom offentlige instanser og private eller ideelle aktører. Dessuten må barn og unge høres og deres ressurser må mobiliseres (Fløtten & Hansen 2018, Hansen, Jensen & Fløtten 2020).

Selv om det ikke er realistisk å forvente at det ikke er en sammenheng mellom levekår og økonomisk bakgrunn, er det grunn til å følge med på hvilken retning utviklingen i ulikhet tar. Tjenestene som tilbys barn og unge, og oppvekstpolitikken som iverksettes, må i størst mulig grad motvirke ulikhet under oppveksten og reproduksjon av ulikhet inn i voksenlivet.

Referanser

- Ahn, S. & Fedewa, A. L. (2011). *A meta-analysis of the relationship between children's physical activity and mental health*. *Journal of pediatric psychology*, 36(4), s. 385-397.
- Almqvist, Y. B., Landstedt, E., Jackisch, J., Rajaleid, K., Westerlund, H. & Hammarström, A. (2018). *Prevailing over Adversity: Factors Counteracting the Long-Term Negative Health Influences of Social and Material Disadvantages in Youth*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(9). doi:10.3390/ijerph15091842.
- Andersen, P. L. & Bakken, A. (2015). *Ung i Oslo 2015*. Oslo: NOVA.
- Bakken, A., Frøyland, L. R., & Sletten, M. A. (2016). *Sosiale forskjeller i unges liv. Hva sier Ungdata-undersøkelsene?* NOVA-rapport 387. Oslo: NOVA
- Björkenstam, E., Cheng, S., Burström, B., Pebley, A. R., Björkenstam, C. & Kosidou, K. (2017). *Association between income trajectories in childhood and psychiatric disorder: a Swedish population-based study*. *J of Epidemiology and Community Health*, 71(7), 648. doi: 10.1136/jech-2016-208513.
- Busch, V., Løyen, A., Lodder, M., Schrijvers, A. J., van Yperen, T. A. & de Leeuw, J. R. (2014). *The effects of adolescent health-related behavior on academic performance: a systematic review of the longitudinal evidence*. *Review of Educational Research*, 84(2), s. 245-274.
- Bøe, T., Petrie, K. J., Sivertsen, B. & Hysing, M. (2019). *Interplay of subjective and objective economic well-being on the mental health of Norwegian adolescents*. *SSM - Population Health*, 9, 100471.
- Cheng, S., Kosidou, K., Burström, B., Björkenstam, C., Pebley, A. R. & Björkenstam, E. (2020). *Precarious Childhoods: Childhood Family Income Volatility and Mental Health in Early Adulthood*. *Social Forces*. doi:10.1093/sf/soaa020.
- Djuve, A. B. & Hagen, K. (1995). «Skaff meg en jobb!» Levekår blant flyktninger i Oslo. Fafo-rapport 184. Oslo: Fafo.
- Eime, R. M., Young, K. B., Harvey, J. T., Charity, M. J. & W. R. Payne (2013). *A systematic review of the psychological and social benefits of participation in sport for children and adolescents: informing development of a conceptual model of health through sport*. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10(1), 98. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-10-98>.
- Ekeland, E., Heian, F. & Hagen, K. B. (2005). *Can exercise improve self-esteem in children and young people? A systematic review of randomised controlled trials*. *British journal of sports medicine*, 39(11), s. 792-798.
- Epland, J. & Kirkeberg, M. I. (2010). *Inntektsmobilitet mellom generasjoner. Går økonomiske levekår i arv?* Samfunns-speilet nr. 3, 2010. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Fløtten, T. (1999). *Fattigdom i Norge*. Fafo-rapport 303. Oslo: Fafo.
- Fløtten, T. (2017). *Den norske modellen i et oppvekstperspektiv*. Oppvekstrapporten 2017. Oslo: Bufdir.
- Fløtten, T. & Hansen, I. L. S. (2018). *Fra deltakelse til mestring. Evaluering av nasjonal tilskuddsordning mot barnefattigdom*. Fafo-rapport 2018:04. Oslo: Fafo
- Fløtten, T. & Nielsen, R. A. (2020). *Barnefattigdom - en kunnskapsoppsummering. I: Like muligheter i oppveksten. Regjeringens samarbeidsstrategi for barn og ungdom i lavinntektsfamilier (2020-2023)*. Barne- og familiedepartementet.
- Frøyland, L. R. (2017). *Ungdata - Lokale ungdomsundersøkelser. Dokumentasjon av variablene i spørreskjemaet*. Oslo: NOVA.
- Hakulinen, C., Webb, R. T., Pedersen, C. B., Agerbo, E., & Mok, P. L. H. (2020). *Association Between Parental Income During Childhood and Risk of Schizophrenia Later in Life*. *JAMA Psychiatry*, 77(1), s. 17-24.
- Hansen, I. L. H., Jensen, R. S. & Fløtten, T. (2020). *Trøbbel i grenseflatene. Samordnet innsats for utsatte barn og unge*. Fafo-rapport 2020:02. Oslo: Fafo
- Havnes, T. & Mogstad, M. (2009). *No Child Left Behind: Universal Child Care and Children's Long-Run Outcomes*. Discussion Paper, 582. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå
- Hyggen, C., Brattbakk, I. & Borgeraas, E. (2018). *Muligheter og hindringer for barn i lavinntektsfamilier: en kunnskapsoppsummering*. NOVA-rapport 11/2018. Oslo: NOVA.
- Kirkeberg, M. I. (1997). «Inntekt». I Vassenden, K, (red.): *Innvandrere i Norge. Hvem er de, hva gjør de og hvordan lever de?* Statistiske analyser 20. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Lorentzen, T. & Nielsen, R. A. (2009). *Går fattigdom i arv?* I T. Fløtten (red.) *Barnefattigdom*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Markussen, S. & Ræed, K. (2017). *Egalitarianism under Pressure: Toward Lower Economic Mobility in the Knowledge Economy?* Retrieved from <http://ftp.iza.org/dp10664.pdf>.
- Norberg-Schulz, M. & Østhus, S. (2018). *Geografiske forskjeller i inntektsmobilitet i Norge*. Rapport 31-2018. Oslo: Samfunnsøkonomisk analyse AS.
- Mok, P. L. H., Antonsen, S., Pedersen, C. B., Carr, M. J., Kapur, N., Nazroo, J. & Webb, R. T. (2018). *Family income inequalities and trajectories through childhood and self-harm and violence in young adults: a population-based, nested case-control study*. *The Lancet Public Health*, 3(10), e498-e507. doi:https://doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30164-6.
- OECD (2009). *Doing Better for Children*. Paris: OECD Publishing.
- Omholt, E. L. (2019). *Økonomi og levekår for lavinntektsgrupper*. SSB-rapporter 2019/33. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Poulsen, P. H., Biering, K., Winding, T. N., Aagaard Nohr, E. & Andersen, J. H. (2020). *Influences of childhood family factors on depressive symptoms in adolescence and early adulthood: A Danish longitudinal study*. *Scandinavian Journal of Public Health*, 1403494819870056. doi:10.1177/1403494819870056.
- Strand, A. H & Kindt, M. T. (2019). *Unge i utsatte boområder. En kunnskapsoversikt*. Fafo-notat 2019:24. Oslo: Fafo.
- Unicef (2013). *Child well-being in rich countries. A comparative overview*. Innocenti Report Card 11. Florence: Unicef.
- Unicef (2014). *Fairness for Children. A league table of inequality in child well-being in rich countries*. Innocenti Report Card 13. Florence: Unicef.
- Østby, S. & Nielsen, R. A. (2019). *Barn som lever i fattigdom. Geografisk variasjon og grad av risiko*. Fafo-notat 2019:28. Oslo: Fafo.

Glade gutter og triste jenter - overdrives kjønnsforskjeller av negative indikatorer på psykisk helse?

Av Mira Aaboen Sletten og Anders Bakken



Mira Aaboen Sletten er sosiolog og forskningsleder ved Velferdsforskningsinstituttet NOVA ved OsloMet. Hennes forskningsinteresser inkluderer frafall og gjennomføring i videregående, tidstrender i psykisk helse og levekårsforskning med et ungdomsperspektiv. Sletten har skrevet doktorgrad om betydningen av deltagelse og inklusjon blant jevnaldrende i ungdomstiden.

Anders Bakken er sosiolog og forsker ved Velferdsforskningsinstituttet NOVA ved OsloMet. Han har forsket på norsk ungdom siden midten av 1990-tallet, og har vært særlig opptatt av oppvekstbetingelser for dagens unge. Bakken har vært prosjektleder for en rekke evalueringer av ulike reformer og tiltak i skolesektoren, og er leder for Ungdata-senteret.

Overdrives kjønnsforskjeller i psykisk helse når man utelukkende bruker negative indikatorer? Studier viser at stadig flere unge rapporterer om angst- og depresjonsplager, og andelen som rapporterer om mange psykiske plager er nesten tre ganger så høy blant jenter som blant gutter. Åpenhet og hverdagsliggjøring av psykisk helse-begreper kan ha senket terskelen for å både å erkjenne problemer og fortolke vanlige følelser i ungdomstiden som psykiske plager. Kjønnsforskjeller i psykisk helse kan skyldes at jenter og gutter reagerer på og håndterer stressorer ulikt. Forventninger til kjønn kan spille inn på jenters vurdering av egen mestring og engasjement. Jenter kan være mer villige til å rapportere om følelser - kanskje særlig negative følelser - fordi det passer bedre inn i et feminint enn i et maskulint ideal. Denne artikkelen ser nærmere på to spørsmålsbatterier fra Ungdata som kartlegger hvordan ungdom har det, men med motsatte fortegn. Jenter skårer da høyere enn gutter på alle de negativt vinklede spørsmålene, mens gutter skårer høyere enn jenter på alle de positivt formulerte spørsmålene.

Psykiske helseproblemer løftes ofte fram som en av de største folkehelseutfordringene blant unge (Meld. St. 19 (2018-2019), s. 171-173). Både norske og internasjonale studier fra de siste tiårene viser at stadig flere unge rapporterer om angst- og depresjonsplager. Særlig gjelder dette jenter (Collishaw, 2015; von Soest & Wichstrøm, 2014; Sletten & Bakken, 2016). Nyere norske studier viser at andelen som rapporterer om mange psykiske plager er nesten tre ganger så høy blant jenter som blant gutter (Bakken 2021, Rangul og Kvaløy 2020).

Hva selvrapporterte psykiske plager faktisk forteller om ungdoms psykiske helse og kjønnsforskjeller er omdiskutert. Med boka «Generasjon prestasjon» har psykolog Ole Jacob Madsen vært en tydelig stemme i denne debatten. Under overskriften «som man forsker, får man svar» hevder Madsen at ungdoms svar i selvrappor-teringsundersøkelser må sees i sammenheng med større åpenhet om psykisk helse

Generelt opplever langt flere kvinner enn menn angst, depresjon og andre internaliserende psykiske vansker.

og at ord og begreper knyttet til psykiske helseplager har blitt en integrert del av hverdagsvokabularet (Madsen 2018). Åpenhet kan ha bidratt til å senke terskelen for å kjenne etter eller å innrømme for seg selv eller andre at man har et problem, mens hverdagsliggjøring av begreper rundt psykisk helse vil kunne føre til at flere enn før identifiserer og fortolker vanlige følelser i ungdomstiden som psykiske plager.

Marthe Schille-Rognmo (2018) argumenterer for at historien om deprimerede tenåringsjenter er en av de store folkehelsefortellingene i det 21. århundre. Fordi spørsmålsformuleringene i undersøkelser til ungdom gjelder en tematikk jentene *allerede er assosiert med og skrevet inn i*, er det ikke uventet at de svarer på en annen måte enn guttene, hevder hun. Dette kan tolkes som at jentene overrapporterer sine problemer, fordi de er påvirket av rådende kulturelle forestillinger om at jenter nærmest «skal slite litt med sin psyke».

Og motsatt, når færre gutter enn jenter rapporterer om negative følelser, kan det skyldes at dette er følelser som i mindre grad hører hjemme i dominerende fortellinger om hva det vil si å være en ung gutt (Madsen 2018, Schille-Rognmo 2017). Poenget er at dersom gutter forventer at det er få andre gutter som har det på samme måte som dem selv, vil de ikke tillate seg å kjenne på vanskelige følelser og/eller de ønsker ikke å rapportere om det i undersøkelser.

Dersom dette er tilfelle, vil det være rimelig å forvente at kjønnsforskjeller i psykisk helse vil variere avhengig av hvordan det blir kartlagt og at kjønnsforskjellene vil være større dersom man kartlegger psykisk helse gjennom negativt formulerte spørsmål om plager, enn ved formuleringer som viser til de mer positive sidene ved psykisk helse.

I denne artikkelen vil vi undersøke om det er slik. Vi spør: hvordan varierer kjønnsforskjellene i selvrapportert psykisk helse når man spør om psykiske helseplager versus spørsmål som fanger opp god livskvalitet og hvor tilfreds ungdom er med livet sitt? Og varierer graden av kjønnsforskjell med ungdommenes alder?

For å undersøke dette bruker vi data fra Ungdata-undersøkelser gjennomført i 2020 og 2021, der nærmere 150.000 elever i ungdomsskolen og videregående skole fra store deler av landet deltok. I disse undersøkelsene finnes det både spørsmål om psykiske helseplager (som tristhet, følelsen av at alt er et slit, anspenhet, bekymringer, framtidspessimisme og søvnproblemer) og spørsmål som fanger opp god livskvalitet (som glede, engasjement, energi, framtidsoptimisme, mestring, følelsen av å være nyttig og livstilfredshet).

Kjønnsforskjeller i psykisk helse starter i ungdomstiden

At det er kjønnsforskjeller i psykiske helseplager, er et veletablert funn. Generelt opplever langt flere kvinner enn menn angst, depresjon og andre internaliserende psykiske vansker. Studier viser at kjønnsforskjellene typisk kommer til syne tidlig i ungdomsfasen (Priess et al. 2009). I denne perioden øker omfanget av psykiske plager mest hos jenter, og det er to til tre ganger så mange jenter som gutter, som har en depresjonsdiagnose i tenårene (FHI 2018). Omtrent samme utviklingsmønster finner man i selvrappor- tingsstudier. Tidligere studier har funnet at forskjellen mellom jenter og gutter i rapporterte plager øker rundt 13-14 års alderen (Wichstrøm 1999, Torsheim et al. 2006).

Det kan være flere grunner til at omfanget av psykiske plager øker gjennom ungdomsårene. Dette er en periode for utforskning av egen identitet, samtidig som det skjer store endringer fysisk og mentalt. Mange møter nye utfordringer som skal håndteres, i familien, på skolen, blant de jevnaldrende eller i fritiden. Tenåringsfasen er også en periode der mange gjør sine første seksuelle erfaringer og der en del begynner å eksperimentere med rusmidler og normbrytende handlinger. Mye av dette vil være likt for jenter og gutter, men ungdomstiden er også en periode i livet der kjønn og kjønnsroller kan få økt betydning.

Det er mer rom for omsorg og det å snakke om følelser blant gutter, samtidig som det er større aksept for individualisme og konkurransementalitet blant jenter

Allerede på 1980-tallet lanserte forskerne Hill og Lynch «The Gender Intensification Hypothesis» (Hill og Lynch 1983). Ifølge teorien oppsto nye forskjeller mellom jenter og gutter i ungdomsfasen fordi de unge møtte økt press om å tilpasse seg feminine og maskuline idealer. Tradisjonelt har feminitet (emphasized femininity) vært forbundet med idealer som underdanighet, omsorgsfull og emosjonell sensitivitet, mens maskulinitet (hegemonic masculinity) har vært forbundet med selvsikkerhet, konkurransementalitet og uavhengighet (Connell 1995).

Denne typen idealer kan virke utdatert og mindre egnet til å forklare forskjeller blant norsk ungdom. Nyere forskning viser for eksempel at barn og unge i dag har mindre kjønnsdelte erfaringer i hverdagen enn tidligere (Nielsen og Thorne 2014). Det er mer rom for omsorg og det å snakke om følelser blant gutter, samtidig som det er større aksept for individualisme og konkurransementalitet blant jenter (Nielsen 2009).

Selv om kjønnsrollene er og har vært i endring, kan vi ikke utelukke at ulikhet i forventninger til gutter og jenter har betydning for psykisk helse. Studier viser blant annet at langt flere jenter enn gutter opplever press i hverdagen, noe som særlig gjelder stress knyttet til egen kropp og til skoleprestasjoner (Bakken, Sletten & Eriksen 2018).

To forklaringsmodeller knyttet til kjønnsroller og stress dominerer i forskningslitteraturen (Rosenfield og Mouzon 2013). Den første handler om ulikhet i hva jenter og gutter utsettes for («the differential exposure hypothesis»). Teorien går ut på at jenter og gutter møter ulike krav og forventninger og har ulike oppgaver i hverdagen i kraft av kjønnsroller. Forskere har blant annet argumentert for at det er større avvik mellom kroppsidealer og de endringene som skjer i puberteten for jenter enn for gutter (Wichstrøm 1999). Kjønn kan også forme hva ulike stressorer betyr og hvordan de fortolkes. Hvis jenter for eksempel i større grad enn gutter forventer at det å lykkes i skole og utdanning vil ha stor betydning for fremtiden – kan krav og utfordringer i skolesammenheng påvirke deres mentale helse i større grad enn for guttene. Forskere har blant annet vært opptatt av at mange unge jenter i dag utsettes for et dobbeltpress, der de både forventes å leve opp til mer tradisjonelt maskuline idealer som konkurranse og selvhevdelse og til feminine idealer og strenge krav til utseende (West og Sweeting, 2003; Smolak, 2004).

Den andre hovedteorien handler om ulikhet i hvordan jenter og gutter reagerer på og håndterer stressorer (the differential vulnerability hypothesis) (Day og Livingstone 2003). Da handler det om at menn anses som mer kontrollerte og at de oftere bruker problemfokusede mestringsstrategier der hovedpoenget er å endre stressorene. Kvinner antas derimot å være mer ekspressive og i større grad bruke emosjonelle strategier rettet mot oppfattelsen av stressoren (Rosenfield og Mouzon 2013). Argumentet er at jenter og gutter er ulikt disponert for mestringsstrategier som et resultat av kjønnssoialisering, og at jenters problemer dermed i større grad kommer til uttrykk som internaliserende vansker. I praksis kan det imidlertid være vanskelig å skille de to typene av forklaringer fra hverandre. Når menn og kvinner bruker ulike mestringsstrategier kan det også henge sammen med at de utsettes for ulike typer stressorer, som igjen legger til rette for ulike mestringsstrategier.

Negative og positive mål på psykisk helse

Verdens helseorganisasjon definerer psykisk helse som mer enn fraværet av psykiske plager (WHO, 2018). Psykisk helse handler også om positive følelser og det å kunne håndtere stress, få brukt evnene sine og være en bidragsyter i samfunnet. Definert på denne måten ligner psykisk helse-definisjonen på det vi ofte forbinder med ordet livskvalitet – å ha et godt liv. Hvordan livskvalitet best måles er ikke gitt, og det finnes ulike tilnærminger (se. f.eks. Lippman m.fl. 2009, Carquist 2015, Barstad 2016 for en oversikt). Skillet går blant annet mellom subjektive indikatorer (livskvalitet som indre

Tradisjonelt har det vært forsket mer på kjønnsforskjeller i dysfunksjon og plager knyttet til psykiske helse og mindre på de positive sidene ved gutters og jenters psykiske helse

mentale, psykologiske eller opplevelsesmessige tilstander) og objektive indikatorer (livskvalitet som ytre forhold uavhengig av individets vurdering). De siste tiårene har det videre vært en dreining i forskningslitteraturen mot salutogene perspektiv – det vil si en interesse for det som fremmer god helse, gir mestring og velvære, framfor risikofaktorer og sykdom. (jf. Antonovsky 1996). Med en slik tilnærming følger også en større vekt på positive framfor negative indikatorer (Ommundsen et. al. 2014).

Når det gjelder positive indikatorer, kan vi grovt skille mellom tre typer av tilnærminger: *hedonismeteorier* som vektlegger affektive tilstander som tilstedeværelse av behagelige følelser og fravær av ubehag, *livstilfredsheteorier* som i større grad vektlegger kognitive elementer og positive vurderinger av eget liv og såkalte *eudaimoniske teorier*, som vektlegger god fungering, som det å oppleve mestring, mening, engasjement, og å oppfylle sitt potensiale (f.eks. Carquist 2015, Barstad 2016).

Selv om det i praksis vil være flytende overganger mellom de ulike tilnærmingene, kan de likevel tenkes å gi litt ulike utslag for gutter og jenter. Det kan for eksempel være at spørsmål om følelser – uansett om de er positivt eller negativt formulert – vil kunne oppleves som mer relevante for jenter enn gutter. Videre vet vi fra tidligere forskning at flere jenter enn gutter gir uttrykk for å ha et dårlig selvbilde (f.eks. Quatman & Watson 2001, von Soest mfl. 2016). Denne typen kjønnsforskjeller kan spille inn i vurdering av egen mestring og engasjement i hverdagen, noe som kan tenkes å gi utslag på spørsmål som fanger opp eudaimoniske tilnærminger.

Tradisjonelt har det vært forsket mer på kjønnsforskjeller i dysfunksjon og plager knyttet til psykiske helse og mindre på de positive sidene ved gutters og jenters psykiske helse, slik som mestring, gode opplevelser og positive vurderinger av eget liv (Huppert og Wittington 2003). I en ny studie har imidlertid Campell og kollegaer (2021) undersøkt kjønnsforskjeller i psykisk helse gjennom data fra den internasjonale PISA-undersøkelsen¹, der over en halv million 15-åringer fra 73 land deltok. Det ble brukt fire typer utfallsmål: 1) psykiske plager, 2) hedonistiske følelser (opplevelse av lykke, glede), 3) livstilfredshet og 4) eudaimoniske følelser (opplevelse av mening, mestring). Studien viste at jenter i gjennomsnitt rapporterte om dårligere psykisk helse på tvers av alle typer utfallsmål. Målene på livstilfredshet og psykiske plager ga imidlertid større kjønnsforskjeller enn de hedonistiske og eudaimoniske livskvalitetsmålene.

Mens jenter i alle de 73 landene hadde høyere skåre på psykiske plager (det negative målet) enn gutter, var det eksempler på enkeltland hvor de positive målene på psykisk helse viste motsatte kjønnsforskjeller – med et høyere nivå av positive følelser og livstilfredshet blant jenter enn gutter. Data fra Norge finnes ikke i denne studien, men resultatene fra de andre nordiske landene tyder på at disse er blant de landene med størst kjønnsforskjeller i ungdommers psykiske helse, der altså jentene kommer dårligere ut enn guttene.

Et annet poeng var at det avhengig av hvilke mål på psykisk helse som ble brukt varierte hvor i fordelingen på en indeks kjønnsforskjellen oppsto. Jenter rapporterte i mindre grad enn gutter høyeste skåre på livstilfredshet, men hadde ikke i særlig grad lave skåre på livstilfredshetsskalaen. Dette indikerer at det kan ha en betydning for hvordan kjønnsforskjellene framstår om vi for eksempel sammenligner andelene med et høyt eller lavt nivå av plager, eller viser gjennomsnittstall.

Negativt og positivt vinklede spørsmål om psykisk helse i Ungdata

En viktig målsetting med spørreundersøkelsen Ungdata er å gi et bilde av hvordan ungdom i Norge har det. I tillegg til å kartlegge hva ungdom gjør i fritiden, inneholder

¹ Programme for International Student Assessment (OECD, 2018).

Jenter rapporterer om lavere livskvalitet også når målene er positivt vinklet.

spørreskjemaet en rekke spørsmål om hvordan de har det med meg selv, om deres selvbylde, om trivsel på skolen og i nærmiljøet, om hvor fornøyd de er med foreldre, venner, egen kropp og om stress og press. I denne artikkelen vil vi se nærmere på to batterier av spørsmål, som begge kartlegger hvordan ungdom har det, men med motsatte fortegn. I tillegg bruker vi et generelt spørsmål om hvor tilfreds ungdom er med livet sitt.

Det ene batteriet har vært med siden Ungdata startet i 2010, og har til hensikt å kartlegge hvor mange som opplever ulike former for psykiske helseplager. Batteriet består av seks ledd, der ungdommene blir bedt om å krysse av for om de har vært plaget av noe av dette i løpet av den siste uka: *følt at alt er et slit, hatt søvnproblemer, følt deg ulykkelig trist og deprimeret, følt håpløshet med tanke på framtida, følt deg stiv eller anspent, bekymret deg for mye om ting*. Svarskalaen er fire-delt; «ikke plaget i det hele tatt», «lite plaget», «mye plaget» og «veldig mye plaget». Instrumentet er hentet fra to velbrukte skalaer, Hopkins Symptom Checklist (Derogatis, 1982; Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth, & Covi, 1974) og Depressive Mood Inventory (Kandel & Davies, 1982). En kortversjon av skalaene har vært validert for bruk i undersøkelser med ungdom som respondenter (B. H. Strand, Dalgard, Tambs, & Rognerud, 2003; Tambs & Moum, 1993), og har tidligere har vært med blant annet i Ung i Norge-undersøkelsene (Lars Wichstrøm, 1995).

Det andre batteriet ble inkludert etter en revisjon av spørreskjemaet i 2020². Batteriet kan likne på spørsmålene om psykiske plager, men utsagnene er motsatt formulert for å fange opp det vi ofte tenker på som god livskvalitet, det vil si positive følelser og opplevelser. I spørreskjemaet blir ungdommene bedt om å tenke over hvor ofte de har vært glad, vært engasjert, hatt masse energi, vært optimistisk om framtida, følt seg nyttig og følt at de mestrer ting. Tidsrammen er den siste uka og de blir bedt om å krysse av for om de har opplevd dette «hele tiden», «ofte», «en del av tiden», «sjelden» eller «ikke i det hele tatt». Spørsmålene er utviklet spesielt for Ungdata, men er basert på et større arbeid som er gjort for å kartlegge livskvalitet i den voksne befolkningen, der man har vært opptatt av å måle både den hedonistiske og den eudaimoniske siden av livskvalitetsbegrepet (Barstad 2016). I dette batteriet er hedonistisk livskvalitet fanget opp gjennom spørsmålene om glede, energi og framtidsoptimisme, mens eudaimonisk livskvalitet er fanget opp gjennom spørsmål om engasjement og følelsen av å føle seg nyttig og mestre ting. I analysene har vi også med et spørsmål om livstilfredshet, der ungdom på en skala fra 0 til 10 blir bedt om å angi hvor tilfreds de er med livet sitt. 0 representerer det verst tenkelig livet de kan tenke seg og 10 betyr det best tenkelig livet. De blir spurt om hvor de vil plassere livet sitt nå for tiden på en slik skala.

Siden antall svarkategorier varierer mellom de ulike spørsmålene (fire for psykiske plager, elleve for livstilfredshet og fem på de andre målene på god livskvalitet), har vi foretatt en omkodning slik at de enklere kan sammenliknes. Alle spørsmålene er standardisert etter den såkalte POMP-metoden³, slik at svaralternativene på begge skalaene har 0 som laveste og 100 som høyeste verdi. Den femdelte skalaen er kodet slik at ungdommene - avhengig av hvilket svar de ga - enten får verdien 0, 25, 50, 75 eller 100. Den fire-delte skalaen er kodet slik at ungdommen enten får verdien 0, 33.3, 66.6 eller 100. Den 11-delte skalaen er delt inn fra 0, 10, 20 osv. til 100. Det er laget tre samlemaal, for henholdsvis psykiske plager, hedonistisk livskvalitet og eudaimonisk livskvalitet. Disse er laget ved å beregne gjennomsnittlig skåre basert på de spørsmålene som inngår i hvert av målene.

² Spørreskjemaet blir normalt revidert hvert tredje år og det har variert hvilke spørsmål som er med til enhver tid.

³POMP= percent of maximum possible score, se Cohen, P., Cohen, J., Aiken, L. S. & West, S. G. The problem of units and the circumstance for POMP. *Multivar Behav Res* 34, 315-346 (1999).

Jenter rapporterer om lavere livskvalitet også når målene er positivt vinklet

I Tabell 1 har vi beregnet gjennomsnittlig skåre på hvert av spørsmålene. For hvert spørsmål har vi undersøkt hvordan gutter og jenter i gjennomsnitt skårer og rangert alle spørsmålene etter hvor stor den absolutte kjønnsforskjellen er på hvert spørsmål. Resultatene viser at jenter skårer høyere enn gutter på alle de negativt vinklede spørsmålene, mens gutter skårer høyere enn jenter, på alle de positivt formulerte spørsmålene.

Tabell 1. Gutter og jenters gjennomsnittlige skåre på ulike mål på psykisk helse (skala fra 0-100)

| Type spørsmål | Spørsmålsformulering | Gutter | Jenter | Totalt | Kjønnsforskjell |
|--------------------------|---|--------|--------|--------|-----------------|
| Hedonistisk livskvalitet | Vært glad | 72 | 65 | 69 | -7 |
| Eudaimonisk livskvalitet | Vært engasjert | 65 | 56 | 60 | -9 |
| Livstilfredshet | På en skala fra 0 til 10, der 0 er det dårligste livet du kan tenke deg og 10 er det beste livet du kan tenke deg | 76 | 67 | 71 | -9 |
| Hedonistisk livskvalitet | Hatt masse energi | 64 | 54 | 59 | -10 |
| Psykiske plager | Hatt søvnproblemer | 31 | 42 | 37 | 11 |
| Hedonistisk livskvalitet | Vært optimistisk om framtiden | 64 | 53 | 59 | -11 |
| Eudaimonisk livskvalitet | Følt deg nyttig | 64 | 51 | 58 | -12 |
| Eudaimonisk livskvalitet | Følt at du mestrer ting | 67 | 52 | 60 | -14 |
| Psykiske plager | Følt håpløshet med tanke på framtida | 24 | 39 | 32 | 15 |
| Psykiske plager | Følt deg ulykkelig, trist eller deprimert | 26 | 43 | 35 | 17 |
| Psykiske plager | Følt deg stiv eller anspent | 25 | 43 | 34 | 18 |
| Psykiske plager | Følt at alt er et slit | 31 | 51 | 41 | 20 |
| Psykiske plager | Bekymret deg for mye om ting | 34 | 59 | 47 | 24 |
| N= | | 67.060 | 70.733 | | |

Note: Spørsmålene er standardisert på en skala fra 0 til 100, der null representerer laveste svarkategori og 100 høyeste.

Et annet funn fra Tabell 1, og som også er tråd med studien til Campbell mfl., er at avstanden mellom gutter og jenter er større for de negative målene enn for de positive. Størst kjønnsforskjell er det knyttet til det å *bekymre seg* og til følelsen av at *alt er et slit*. Også de andre spørsmålene som fanger opp negative *følelser*, kommer høyt på listen over spørsmål med størst kjønnsforskjeller. Blant de positivt formulerte spørsmålene, er det de to som direkte måler *følelser* – følelsen av å mestre ting og følelsen av å være nyttig – som gir størst gjennomsnittlig forskjell mellom jenter og gutter. Aller minst kjønnsforskjeller er det knyttet til det å være glad og til det å være engasjert, deretter kommer det å ha energi og det å ha søvnproblemer. Ingen av disse indikato-

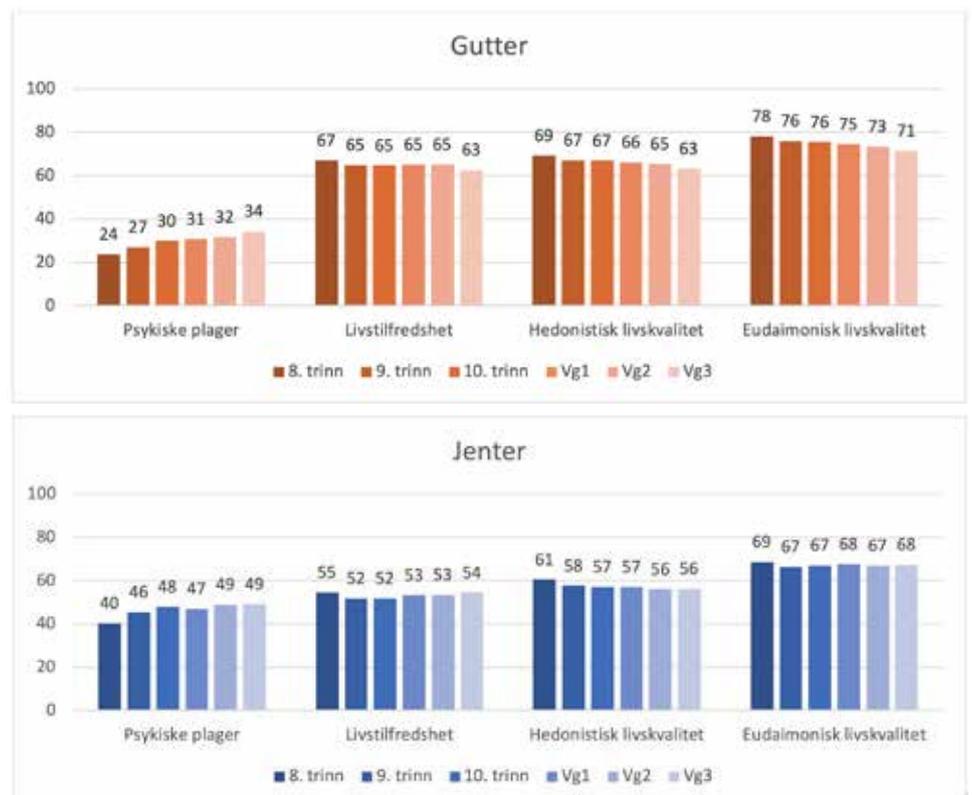
rene inneholder ordet *føle*, og de representerer i mindre grad enn mange av de andre positive indikatorene en vurdering av ens egen person.

Noen av spørsmålene kan være interessante å sammenligne parvis, fordi de representerer mer eller mindre den samme tilstanden, bare med motsatt fortegn. Ser vi for eksempel på hva gutter og jenter svarte på indikatorparet «vært glad» og «følt seg ulykkelig, trist eller deprimert», er kjønnsforskjellen betydelig større for den negativt vinklede indikatoren. Det er vanskelig å si noe sikkert om hva dette skyldes. En mulig forklaring kan være at det negativt vinklede utsagnet inkluderer ordet «følt» og at dette ordet generelt appellerer mer til unge jenter enn gutter. Dette er trolig ikke hele forklaringen, da indikatorparet «vært optimistisk med tanke på framtida» og «følt håpløshet med tanke på framtida» har omtrent lik størrelse på kjønnsforskjellen. Dette til tross for at det negativt formulerte spørsmålet inneholder ordet «føle».

Kjønnsforskjellene reduseres noe i løpet av ungdomstiden

Tidligere forskning har vist at kjønnsforskjeller i psykisk helse typisk oppstår tidlig i ungdomsperioden, og vi vet at omfanget av selvrapporterte plager øker med alderen. Finner vi et tilsvarende mønster ved bruk av positive indikatorer? Figur 1 viser at det er en tendens til at den psykiske helsen blir noe dårligere når ungdommene blir eldre. Det er imidlertid først og fremst plagene som øker, mens alder ikke har så stor betydning for de positive sidene ved psykisk helse. Blant jenter er det bare marginale forskjeller etter alder for de positive spørsmålene, og nesten alle endringene kan spores tilbake til forskjeller mellom elever på 8. og 9. trinn. For guttene er funnene mer konsistente, i den forstand at det er flere som blir plaget og færre som opplever god livskvalitet med økende alder gjennom hele tenåringsfasen.

Figur 1 Gjennomsnittskåre på ulike mål for psykisk helse blant gutter og jenter på ulike klassetrinn. Skala 0-100

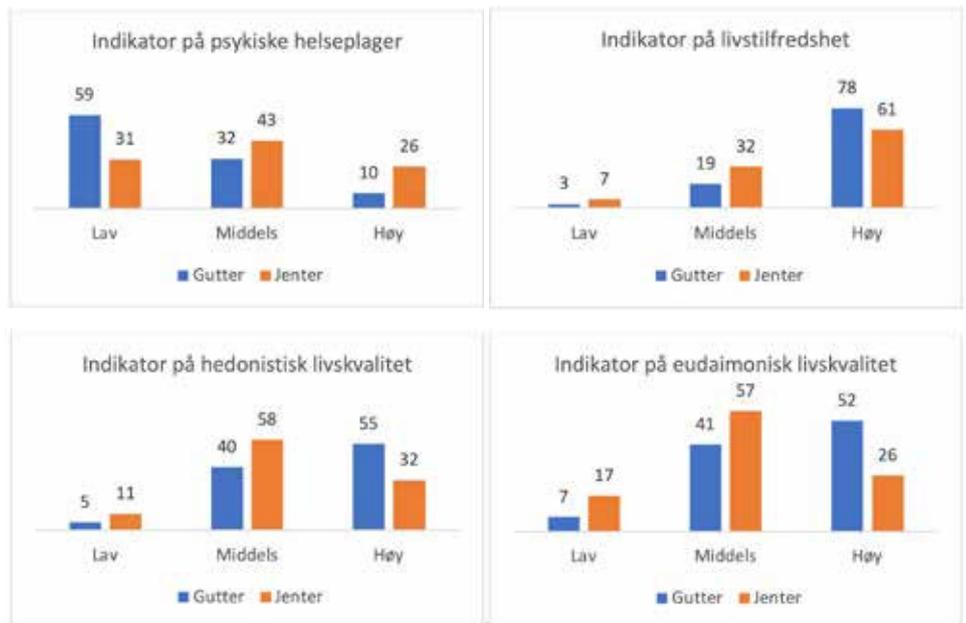


Når det gjelder psykiske plager, øker omfanget omtrent like mye for gutter og jenter i den aldersperioden som studeres her, men utviklingstakten er litt ulik. For jentene har hele økningen skjedd før de begynner på videregående, mens guttenes økning skjer mer eller mindre jevnt gjennom hele aldersperioden. På alle trinn er det likevel slik at jenter i gjennomsnitt rapporterer høyere nivå av plager og lavere nivå av livstilfredshet, hedonistisk og eudaimonisk livskvalitet enn gutter.

Omtrent lik avstand mellom gutter og jenter i begge ender av skalaene

Hva så med spredningen? Er kjønnsforskjellene «på toppen» av de ulike skalaene like store som i andre deler av fordelingen? Vi undersøkte dette ved å kode om alle målene i tre grupper: de med lav skåre (0-33 på skalaen fra 0-100), de med middels skåre (33-66) og de med høy skåre (67-100).

Figur 2 Hvordan gutter og jenter fordeler seg på ulike mål for psykisk helse.



Figur 2 viser andelen gutter og jenter som befinner seg på ulike nivåer. Hovedinntrykket er at det er betydelige kjønnsforskjeller i begge ender av alle de fire skalaene og at dette gjelder uansett om spørsmålene er negativt eller positivt formulert. Relativt sett framstår forskjellen likevel størst når vi setter søkelys på den enden av skalaene som representerer dårlig psykisk helse. Andelen med henholdsvis høy skåre på det negative målet og lav skåre på de positivt vinklede målene, er mer enn dobbelt så stor blant jenter.

Det kan være vanskelig å bedømme størrelsen på kjønnsforskjellene opp mot hverandre siden det er langt flere med god psykisk helse enn med dårlig. I Tabell 2 har vi derfor beregnet oddsratene (OR), som gir et bedre sammenlikningsgrunnlag. Odds-ratene viser forholdet mellom oddsen for at en gutt og jente havner i kategoriene for henholdsvis lav og høy livskvalitet. Resultatene bekrefter det vi har sett tidligere, at kjønnsforskjellene er størst (både i topp og bunn av skalaen) for målet basert på de negativt formulerte spørsmålene. Oddsraten ligger noe over tre for psykiske plager og noe over to for målet på livstilfredshet der kjønnsforskjellen er minst. Samtidig er det verdt å merke seg at det er noe variasjon i størrelsen på kjønnsforskjellene mellom de tre positive målene og at kjønnsforskjellen for det eudaimoniske livskvalitetsmålet er bare marginalt lavere enn for psykiske plager.

Tabell 2. Kjønnforskjeller i ulike mål på psykisk helse og på ulike deler i fordelingen. Oddsratene (OR)

| Type spørsmål | Lav skåre (33 eller lavere) | Høy skåre (67 eller høyere) |
|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Psykiske plager | OR=3,2 | OR=3,3 |
| Livstilfredshet | OR=2,1 | OR=2,2 |
| Hedonistisk livskvalitet | OR=2,3 | OR=2,6 |
| Eudaimonisk livskvalitet | OR=2,8 | OR=3,0 |

Note: Oddsratene er beregnet slik at den viser forholdet mellom gruppen med høyest og lavest odds i hver celle. Noen ganger er det jenter som har høyere odds enn gutter, som for eksempel for høy skåre på psykiske plager, mens det er motsatt for eksempel for lav skåre på samme indikator.

Har gutter det bedre enn jenter?

Utgangspunktet for artikkelen var en undring om kjønnforskjeller i psykisk helse overdrives når man utelukkende bruker negative indikatorer på psykisk helse. Analysene i artikkelen gir en viss støtte til dette synet. Generelt framstår avstanden mellom gutter og jenters rapporterte psykiske helse noe større når vi bruker negativt vinklede mål sammenlignet med positivt vinklede mål. Samtidig ser dette ikke bare ut til å handle om at målene er negativt eller positivt vinklet. Det er særlig to trekk ved jenters og gutters svaratferd som kommer til syne. Spørsmål som inneholder formuleringer som «å føle» eller «bekymre seg» gir en større kjønnforskjell. Det samme gjelder spørsmål der svaret innebærer en positiv vurdering av egen mestring og nytte.

Som nevnt har det tidligere vært foreslått at kjønnforskjeller i psykisk helse kan skyldes at jenter og gutter reagerer på og håndterer stressorer ulikt. En variant av en slik forklaring kan være at jenter er mer villige til å rapportere om følelser – og da kanskje særlig negative følelser – fordi det passer bedre inn i et feminint enn i et maskulint ideal. I den grad det er færre fordommer mot det å kjenne på plager og bekymringer blant jenter enn gutter, har jenter sannsynligvis lettere for å anerkjenne dem og å rapportere om dem i et spørreskjema. I et slikt scenario kan det å kun spørre om negative følelser bidra til å overdrive kjønnforskjeller. Samtidig får vi også en indikasjon på at positive indikatorer med en eudaimonisk tilnærming kan virke på omtrent samme måte. Forventninger til kjønn kan dermed også spille inn på jenters vurdering av egen mestring og engasjement i hverdagen. Det oppfattes gjerne som et feminint trekk å være beskjeden på egne vegne, mens maskulinitet i større grad forbindes med selvsikkerhet.

Analysene viser også noen andre mønstre det er verdt å merke seg. Mens gutters psykiske helse gradvis synker fra begynnelsen av ungdomstrinnet til siste år i videregående, er nivået på jenters psykiske helse mer stabil i denne perioden, i hvert fall fra 10. trinn og utover. Dette forteller oss for det første at kjønnforskjellene i jenters disfavør oppstår tidlig og etableres før ungdomstrinnet. For å forstå mer av hvordan kjønnforskjeller i psykisk helse utvikler seg, bør vi sannsynligvis se lengre ned i alder enn det som er gjort her og på overgangen mellom barndom og ungdomstid. For det andre bør vi være oppmerksomme på hva som skjer med gutters psykiske helse i løpet av ungdomstiden. Selv om de generelt kommer bedre ut enn jenter, skjer det større endringer med guttene gjennom hele denne perioden – og da særlig for det som har med de eudaimoniske sidene ved livskvalitet å gjøre. Hvordan dette henger sammen med gutters trivsel og prestasjoner i skolen er et interessant spørsmål for videre forskning.

Kan vi så utelukke at gutter i gjennomsnitt har det bedre enn jenter? Nei, ikke på bakgrunn av analysene i denne artikkelen. Selv om avstanden mellom gutter og jenter

til en viss grad varierer med hvordan psykisk helse blir målt, viser det seg at jenter rapporterer om dårligere livskvalitet uansett hvordan det blir målt – uavhengig av om spørsmålene er positivt eller negativt vinklet og uavhengig av om de inneholder ord som «føler» eller en vurdering av mestring eller nytte. Samtidig er det verdt å understreke at uansett hvilke mål som brukes, rapporterer det store flertallet av både gutter og jenter at de har en relativt god psykisk helse.

Referanser

- (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international*, 11(1), 11-18.
- Bakken, A. (2021) Ungdata 2021. Nasjonale resultateter. NOVA-rapport 8/21.
- Bakken, A., Sletten, M., & Eriksen, I. M. (2018). Generasjon prestasjon? Ungdoms opplevelse av press og stress. *Tidsskrift for ungdomsforskning*, 18(2), 45-75.
- Barstad 2016, <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/livskvalitet-anbefalinger-for-et-bedre-malesystem>
- Campbell, O. L., Bann, D., & Patalay, P. (2021). The gender gap in adolescent mental health: A cross-national investigation of 566,829 adolescents across 73 countries. *SSM-population health*, 13, 100742.
- Carquist 2015, <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/well-being-pa-norsk>
- Cohen, P., Cohen, J., Aiken, L. S. & West, S. G. The problem of units and the circumstance for POMP. *Multivar Behav Res* 34, 315-346 (1999).
- Connell, Robert (1995). *Masculinities*. Cambridge: PolityPress.
- Day, A. L., & Livingstone, H. A. (2003). Gender differences in perceptions of stressors and utilization of social support among university students. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 35(2), 73.
- FHI 2018, <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/>
- Hill, J. P., & Lynch, M. E. (1983). The intensification of gender-related role expectations during early adolescence. In *Girls at puberty* (pp. 201-228). Springer, Boston, MA.
- Huppert, F. A., & Whittington, J. E. (2003). Evidence for the independence of positive and negative well-being: Implications for quality of life assessment. *British journal of health psychology*, 8(1), 107-122.
- Lippman, L. H., Moore, K. A., & McIntosh, H. (2011). Positive indicators of child well-being: A conceptual framework, measures, and methodological issues. *Applied Research in Quality of Life*, 6(4), 425-449.
- Madsen, O. J. (2018). *Generasjon prestasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Meld. St. 19 (2018-2019), <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/>
- Nielsen, H. B. (2009). *Skoletid: jenter og gutter fra 1. til 10. klasse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ommundsen Y., Løndal K., Loland S. (2014) Sport, Children, and Well-Being. In: Ben-Arieh A., Casas F., Frønes I., Korbin J. (eds) *Handbook of Child Well-Being*. Springer, Dordrecht. https://doi.org/10.1007/978-90-481-9063-8_148
- Priess, H. A., Lindberg, S. M., & Hyde, J. S. (2009). Adolescent gender-role identity and mental health: Gender intensification revisited. *Child development*, 80(5), 1531-1544.
- Quatman, T., & Watson, C. M. (2001). Gender differences in adolescent self-esteem: An exploration of domains. *The Journal of genetic psychology*, 162(1), 93-117.
- Rangul og Kvaløy 2020, https://www.ntnu.no/documents/10304/4902807/Delrapport1_Ung_HUNT4+_Mars2020.pdf/e7f7a922-906f-aa1c-9aed-4fa2d7bf14b9?t=1584711026088
- Rosenfield S., Mouzon D. (2013) Gender and Mental Health. In: Aneshensel C.S., Phelan J.C., Bierman A. (eds) *Handbook of the Sociology of Mental Health*. Handbooks of Sociology and Social Research. Springer, Dordrecht. https://doi.org/10.1007/978-94-007-4276-5_14
- Schille-Rognmo, Marthe (2018), <https://tidliginnsats.forebygging.no/Artikler--Kronikker/Generasjonsdiagnosen-hvor-sann-er-sannheten-om-de-deprimerte-tenaringsjentene/>
- Smolak, L. (2004). Body image in children and adolescents: where do we go from here? *Body image*, 1(1), 15-28.
- Torsheim, T., Ravens-Sieberer, U., Hetland, J., Välimaa, R., Danielson, M., & Overpeck, M. (2006). Cross-national variation of gender differences in adolescent subjective health in Europe and North America. *Social science & medicine*, 62(4), 815-827.
- von Soest, T., Wichstrøm, L., & Kvalem, I. L. (2016). The development of global and domain-specific self-esteem from age 13 to 31. *Journal of Personality and Social Psychology*, 110(4), 592.
- West, P., & Sweeting, H. (2003). Fifteen, female and stressed: changing patterns of psychological distress over time. *Journal of child psychology and psychiatry*, 44(3), 399-411.
- Wichstrøm, L. (1999). The emergence of gender difference in depressed mood during adolescence: the role of intensified gender socialization. *Developmental psychology*, 35(1), 232.
- WHO, 2018, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Psykens byggesteiner



Innledning Psykens byggesteiner

Utviklingen av psykisk helse og livskvalitet henger sammen med hvilke faktorer som er involvert og hvordan de ulike faktorene virker sammen over tid. Det er et komplekst og pågående samspill mellom biologiske, personlighetsmessige, sosiale, kulturelle og samfunnsstrukturelle påvirkningsfaktorer, sier artikkelforfatterne i dette kapitlet om psykens byggesteiner. Vi hører mer om hvordan våre grunnleggende behov for mat, søvn og bevegelse påvirker psyken, hvordan genetikk og omgivelser former oss og vår livskvalitet og hvordan hjerneutviklingen fungerer i ungdomstiden.

Selv om gener vanligvis antas å være stabile og uforanderlige påvirkningsfaktorer kan de «skrus av» og «skrus på», både i forbindelse med biologisk modning og i respons til miljøet.

Selve påvirkningsmekanismene kan være mangeartete og variere på tvers av individer, kjønn, alder og utviklingsfase. Vi er alle et resultat av et stadig pågående samspill mellom gener og miljøfaktorer. Utvikling av psykiske plager og livskvalitet avhenger både av faktorer i omgivelsene og av den enkeltes genetiske utgangspunkt. Effekten av enkeltstående risikofaktorer kan forsterkes om de samspiller med andre risikofaktorer, om de utgjør kroniske belastninger, eller opptre i fravær av beskyttelsesfaktorer.

Ungdommers atferd fremstilles ofte som risikofylt og preget av manglende impuls kontroll og konsekvenstenkning. Årsaken ligger i at forskjellige hjerneområder utvikles i ulikt tempo, og at vi i ungdomstiden har en ubalanse mellom forskjellige nevrokognitive systemer. Ubalansen mellom disse hjernesystemene kan delvis forklare visse typer atferd og også tendenser i tenkning og følelser hos ungdom, og spesielt at ungdommer er tilbøyelige til risikofylt atferd. Gasspedalen fungerer som den skal, den er kanskje til og med litt ekstra sensitiv, mens bremsen er det så som så med, forklarer en av artikkelforfatterne.

Hvordan vi blir er et resultat av en lang rekke faktorer. Søvn og psykisk helse er nært forbundet gjennom hele utviklingsløpet fra nyfødte til ungdom og unge voksne. Det er en nær relasjon mellom søvnvansker i ungdomstiden og dårlig psykisk helse. Sammenhengen med psykiske vansker har en del fellestrekk på tvers av diagnoser, og søvnen kan sees på som et transdiagnostisk problem. Sunne kostholdsvaner sammenfaller med bedre psykisk helse. Livsstil forplanter seg raskt i effekter som kommer til uttrykk både fysisk og psykisk etter både direkte og forsterkende mekanismer. Psykiske helseeffekter ved regelmessig fysisk aktivitet er mindre depresjon, stress, negativ affekt og totalt sett indre psykisk lidelse, i tillegg til bedre psykisk velvære, sier forfatterne.

For noen blir mat og spising knyttet til utrygghet omkring kropp, utseende og trening. Spiseforstyrrelser er ofte en mangelsykdom – en sult etter trygghet, visshet, bekreftelser, oversikt og kontroll. En artikkel trekker frem at angst og sosial utrygghet konkret blir spilt ut på kroppslige scener. Anoreksi er psykiatriens mest dødelige lidelse. Et ungt menneske som opplever psykologisk eller sosialt tap av kontroll, kan forsøke å gjenvinne en slik kontroll ved fysisk å skulle kontrollere kroppen og maten. Kan kroppen ha en spesiell utviklingsrolle eller funksjon i ungdomstiden for læring og mestring av aktiviteter og ferdigheter generelt, men også for utvikling av selvopplevelse og selvidentitet? spør en annen av forfatterne. Ungdomstiden er kjennetegnet ved bevegelser og endringer kroppslig, følelsesmessig, kognitivt og sosialt. Kroppen gir tilgang på læring, mestring og nye opplevelser på en rekke livsområder i denne utviklingsperioden. Samtidig viser noen ungdommer risikoatferd rettet mot egen kropp – de lar være å spise, ruser seg eller selvskader.

Ungdommers atferd og hjerneutvikling

Av Christian K. Tamnes og Lia Ferschmann



Christian K. Tamnes er psykolog og professor ved Psykologisk institutt, UiO. Han leder en forskningsgruppe tilknyttet forskningssentrene PROMENTA og NORMENT som studerer hvordan hjernen og kognisjon utvikles i barndommen og ungdomsalderen, og hvordan disse utviklingsmønstrene henger sammen med psykisk helse.

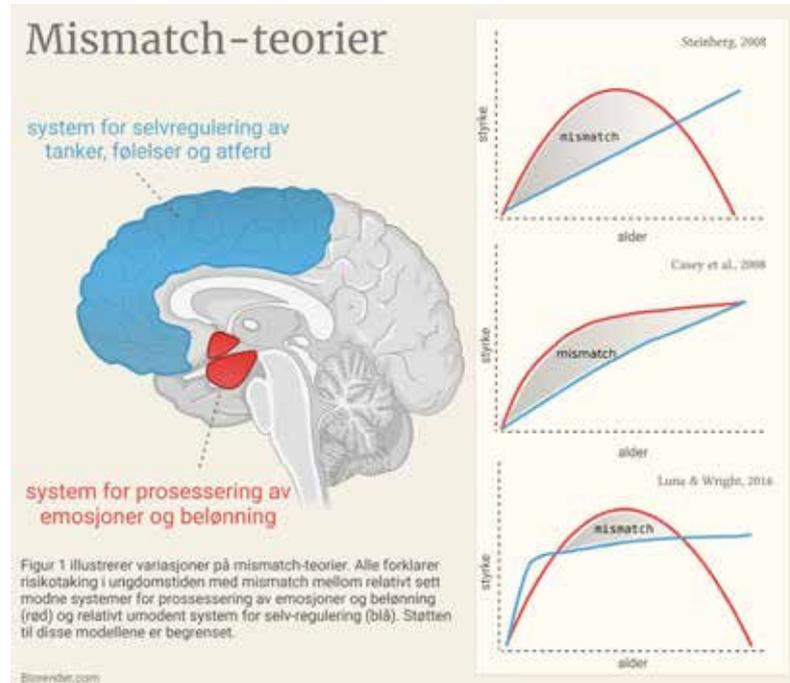
Lia Ferschmann er postdoktor ved forskningssenteret PROMENTA ved Psykologisk institutt, UiO. Hun forsker på hvordan hjernestruktur endrer seg fra barndom til voksen alder, og hvordan disse endringene henger sammen med atferd og psykisk helse. Hun underviser innen utviklingspsykologi og kognitiv psykologi.

Hjernens struktur og funksjoner fortsetter å utvikle seg i ungdomstiden. I dette kapittelet skal vi innledningsvis oppsummere hva vi vet om hjerneutvikling i denne perioden. Deretter skal vi drøfte hvordan disse endringene kan henge sammen med ungdommers atferd og med utviklingen av psykiske lidelser som gjerne oppstår nettopp i ungdomstiden. Ungdommers atferd beskrives ofte som risikofylt og preget av manglende impuls kontroll og konsekvenstenkning. Dette har blitt forsøkt forklart av «mismatch-teoriene», som foreslår at risikotaking i ungdomstiden skyldes en ubalanse mellom relativt modne systemer for prosessering av emosjoner og belønning, og systemer for selvregulering av atferd, tanker og følelser som fortsatt er under utvikling. Vi viser at tilgjengelig evidens ikke gir tilstrekkelig støtte til disse teoriene. Videre argumenterer vi for at økt risikotaking hos ungdommer ikke nødvendigvis gjenspeiler svikt i selvregulering, men kan være adaptivt i forhold til utviklingsoppgavene i ungdomstiden.

Ungdommers atferd, tanker og følelser

Ungdommers atferd fremstilles ofte både i media og i vår kultur som risikofylt og preget av manglende impuls kontroll og konsekvenstenkning, eller som styrt av en berg-og-dal-bane av sterke følelser. Og ja, ungdommer er faktisk overrepresentert på en rekke forskjellige ulykkes- og skadestatistikker (<https://risikorydding.no/unge/ungeogrisiko>). For eksempel viser tall fra Statistisk sentralbyrå at flest 16-18-åringer blir skadet i trafikken (<https://www.ssb.no/statbank/table/08259/>). Et populært forsøk på å forklare dette postulerer at årsaken ligger i at forskjellige hjerneområder utvikles i ulikt tempo, og at vi nettopp i ungdomstiden har en ubalanse eller «mismatch» mellom forskjellige nevrokognitive systemer. Hovedpoenget i disse «mismatch-teoriene» (Casey et al., 2008; Luna & Wright, 2016; Steinberg, 2008) er at vi i ungdomstiden, på den ene siden har utviklet relativt modne systemer for prosessering av emosjoner og belønning,

mens vi på den annen side har et system for selvregulering av atferd, tanker og følelser som fortsatt er under utvikling (Shulman et al., 2016). Førstnevnte inkluderer de subkortikale strukturene amygdala og nucleus accumbens som ligger dypt inni hjernen, mens sistnevnte system inkluderer forskjellige deler av fremre hjernebark; prefrontal korteks (figur 1).



Ideen er altså at ubalansen mellom disse hjernesystemene delvis kan forklare visse typer atferd og også tendenser i tenkning og følelser hos ungdom, og spesielt at ungdommer er tilbøyelige til risikofylt atferd, enten det dreier seg om såkalt ekstremsport, utprøving av rusmidler eller andre ting. Gasspedalen fungerer som den skal, den er kanskje til og med litt ekstra sensitiv, mens bremsen er det så som så med. Men stemmer dette? Hva slags evidens har vi egentlig for at disse hjernesystemene utvikler seg i utakt? Og er i så fall denne ubalansen en god forklaring på ungdommers atferd?

Epidemiologiske studier viser også at ungdomstiden er en periode av livet hvor psykiske lidelser gjerne oppstår (Dalsgaard et al., 2020). Denne store danske studien som undersøkte 1,3 millioner individer i perioden 1995-2016 viste at rundt 15 % av utvalget fikk en diagnose før de blir 18 år gamle. Jenter hadde høyere risiko for å få en diagnose innen schizofreni-spekteret, stemningslidelser, depresjon, angstlidelser og tvangslidelser, med høyeste insidens rundt 17-års-alderen. Gutter hadde større risiko for å få diagnosene ADHD, atferdsforstyrrelse og autismspekter-lidelser, og fikk ofte diagnose på et tidligere tidspunkt enn jenter. Hvorfor er det slik?

Kan vi finne forklaring i de hjernestrukturelle og hjernefunksjonelle endringer som skjer i ungdomstiden? I dette kapitlet skal vi først kort beskrive hvordan hjernen utvikler seg gjennom ungdomsalderen, og deretter skal vi drøfte hvordan mønstre og individuelle forskjeller i hjernens utvikling kan henge sammen med ungdommers atferd og med utviklingen av psykiske helseplager.

Hjerneutvikling fra barndom til voksen alder

Hjernens utvikling bestemmes, i likhet med andre aspekter av vår utvikling (Sameroff, 2010), av et dynamisk samspill mellom gener, modning og erfaringer (Gao et al., 2019; Maggioni et al., 2020), og former hvem vi er og hvordan vi tenker og føler. Forskning innenfor feltet nevrokognitiv utviklingspsykologi har de siste tiårene gitt oss mye

Kan vi finne forklaring i de hjernestrukturelle og hjernefunksjonelle endringer som skjer i ungdomstiden?

Et viktig funn fra MRI-studier av barn og ungdommer fra de siste tiårene er imidlertid at hjernen både strukturelt og funksjonelt fortsetter å utvikle seg mye lengre enn man tidligere trodde

ny kunnskap om hvordan hjernen utvikler seg, og også en begynnende forståelse av hvordan disse endringene henger sammen med psykologisk utvikling (Tamnes, 2021). Den raske utviklingen av hjerneavbildningsmetoder, spesielt magnetresonans-tomografi (MRI), har gjort det mulig å studere den levende utviklende hjernen på stadig mer detaljerte måter og bygge på tidligere kunnskap om hjerneutvikling basert på post mortem-studier og slutninger fra dyrestudier.

MRI er en gruppe med avbildningsteknikker som kan gjøres på den samme maskinen, som baserer seg på sterke magnetiske felt, elektriske gradienter og radiobølger til å lage bilder av levende organer. Forskjellige typer vev i kroppen har forskjellige magnetiske egenskaper, og strukturell MRI (sMRI) kan brukes til å skille vevstypene fra hverandre og få detaljerte anatomiske bilder og målinger av hjernen. Grå substans omfatter både hjernebarken og en rekke subkortikale strukturer, og består hovedsakelig av nervecellekropper. Hvit substans inneholder nervetråder (aksoner) som lar neverceller kommunisere med hverandre, samt av støtteceller som blant annet isolerer nervetrådene (myelin).

En annen MRI-teknikk er funksjonell MRI (fMRI), som lar oss undersøke endringer i lokal blodgjennomstrømning og blodets oksygeninnivå, noe som henger sammen med hjerteregioners aktivitet. fMRI brukes enten til å undersøke hjerneaktivitet under utføring av spesifikke oppgaver, eller spontane aktivitetsmønstre i hjernen som reflekterer hjernens funksjonelle nettverk.

Hjernens utvikling begynner tidlig i fosterlivet, og den grunnleggende anatomien er på plass allerede når vi blir født (Brodal, 2013). De første par årene av livet er preget av en enormt hurtig vekst som gir seg til uttrykk både i hjernens totale størrelse og i størrelsen på forskjellige hjernestrukturer, samt av utvikling av funksjonelle nettverk (Gilmore et al., 2018). Disse store endringene skjer parallelt med milepæler i barnets utvikling, inkludert sensorimotorisk utvikling og utvikling av sosial tilknytning, selvbevissthet og språk (Siegler et al., 2019). Et viktig funn fra MRI-studier av barn og ungdommer fra de siste tiårene er imidlertid at hjernen både strukturelt og funksjonelt fortsetter å utvikle seg mye lengre enn man tidligere trodde.

Denne langvarige og mer subtile utviklingen kan ses som en tidssutstrakt periode med forhøyet nevralt plastisitet – potensial for endring som resultat av erfaringer – og representerer således muligheter, men potensielt også sårbarheter. På cellenivå omfatter utviklingen eliminering av kontaktpunkter (synapser) mellom nerveceller som ikke er i bruk eller som ikke trengs («beskjæring»), og videre isolering av nervetråder (myelinisering) som gir raskere og mer presis signaloverføring (Tau & Peterson, 2010). Disse prosessene bidrar til spesialisering og effektivisering av hjernen, trolig på bekostning av plastisitet.

Longitudinelle MRI-studier av barn og ungdommer viser at tidlige volumøkninger i hjernebarken og i subkortikale strukturer etterfølges av reduksjoner, mens hvit substans fortsetter å øke i volum (Mills et al., 2016). Endringene er imidlertid ikke like på forskjellige aldre og i forskjellige hjerneområder. Både når det gjelder hjernebarken (Tamnes et al., 2013) og fiberbanene i hvit substans (Lebel & Beaulieu, 2011) er det vist at hjernens utvikling generelt følger et posteriort-anteriort mønster, dvs. bakfra og fremover, med relativt sen modning av områder lengst frem i hjernen – prefrontale områder. Vi tror at den tidsutstrakte utvikling av prefrontale områder henger sammen med at komplekse funksjoner slik som evnene til å planlegge og å kontrollere egen atferd og impulser, som vi vet er avhengige av blant annet prefrontale områder, også fortsetter å utvikle seg i ungdomsalderen. Tidsutstrakt utvikling av hjernebarktykkelsen i flere områder, også de frontale, har for eksempel blitt funnet å henge sammen med måter man regulerer sine emosjoner på i ungdomstiden (Ferschmann et al., 2021). Til sammenligning så viser studier relativt sett mindre endringer i subkortikale strukturer

At en ungdom velger å dra på en fest selv om hen må stå opp tidlig dagen etter, trenger ikke å reflektere svikt i selvregulering

som amygdala og nucleus accumbens i ungdomsalderen, selv om disse også fortsetter å utvikle seg (Herting et al., 2018; Tamnes et al., 2013).

Spesialiseringen av hjernen med økende alder ses også i dens funksjonelle utvikling. Funksjonelle nettverk gjennomgår endringer fra barndom til voksen alder ved at forbindelser innad i nettverk styrkes, mens forbindelser mellom forskjellige nettverk svekkes. Disse endringene har også blitt vist å henge sammen med aldersrelaterte forbedringer i selvreguleringsfunksjoner (Baum et al., 2017).

MRI-studier gir altså støtte til at fremre hjerneområder, som vi vet er viktige for selvregulering, har en spesielt langvarig utvikling som fortsetter gjennom ungdomsalderen, mens subkortikale strukturer som er involvert i emosjoner og belønning endrer seg noe mindre i ungdomstiden. Men gjelder dette for alle ungdommer? Og henger disse mønstrene i hjernens utvikling sammen med ungdommers atferd og psykiske helse?

Ubalanse i hjernens utvikling?

Foreløpig har kun noen få hjerneavbildningsstudier direkte forsøkt å undersøke om det faktisk er en ubalanse i hvordan de subkortikale systemene for emosjons- og belønningsprosessering, og det eksekutive prefrontale kortikale systemet, utvikler seg i ungdomsalderen. Mills og kolleger (2014) fant i en longitudinell strukturell MRI-studie at de fleste av deltagerne viste en relativt tidligere modning av amygdala og nucleus accumbens (involvert i henholdsvis emosjoner og belønning) enn prefrontal hjernebark. Men det var ingen sammenheng mellom «mismatch» i hjerneutviklingen og selvrapportert risikotaking. Så selv om studien støttet det beskrevne mønsteret i hjernens utvikling, så fant forskerne ikke støtte for at dette hang sammen med risikotagning slik som «mismatch-teoriene» antyder.

En annen longitudinell studie benyttet funksjonell MRI for å undersøke utviklingsendringer i hjernens funksjonelle nettverk (van Duijvenvoorde et al., 2016), og fant at hjernesystemer som støtter selvregulering ser ut til å bli gradvis sterkere og mer uavhengige med økende alder. Forskerne tolket resultatene som delvis støtte av «mismatch-teoriene» i den forstand at disse modningsprosessene også delvis forklarte observert atferd relatert til selvregulering.

Samlet sett tyder hjerneavbildningsstudier på at hjerneregioner som støtter selvregulering utvikles noe senere enn systemer for prosessering av emosjoner og belønning, men ingen studier har så langt på en overbevisende måte vist at ubalansen mellom disse hjernesystemenes utvikling kan forklare risikotaking i ungdomstiden.

Hjerneutvikling og psykiske lidelser

Et annet, men relatert spørsmål er hvorvidt de endringene vi observerer i hjernestruktur i ungdomstiden kan forklare hvorfor mange psykiske lidelser oppstår i denne perioden i livet. Professor Tomas Paus ved Universitetet i Toronto og andre har foreslått at det at en rekke forskjellige psykiske lidelser typisk oppstår i ungdomstiden delvis kan forstås ut ifra forstyrrelser i typiske mønstre i menneskehjernens langvarige utvikling, i kombinasjon med sårbarhetsfaktorer og nye sosiale krav og stressorer i ungdomstiden (Paus et al., 2008).

Hjerneområdene det har blitt fokusert på i denne forskningen overlapper i alle fall delvis med områdene det fokuseres på i «mismatch-teoriene», men forskningen på dette feltet har foreløpig kommet ganske kort. For eksempel vet vi at forekomsten av depresjon (insidens) øker kraftig fra rundt 12-årsalder og gjennom ungdomstiden, spesielt for jenter (Dalsgaard et al., 2020), men forskningen som har undersøkt om ungdommer som utvikler depresjon viser atypiske mønstre i hjernens utvikling, er ikke konsistent.

En studie fant at ungdommer som utvikler depresjonssymptomer viser en raskere utvikling av frontal hjernebark (Bos et al., 2018), mens en annen studie fant at ungdommer med symptomer på depresjon og/eller angst viste mindre utviklingsendringer i et område i fremre hjernebark (Ducharme et al., 2014). Her trengs det større longitudinelle studier som kartlegger hjerneutvikling og utvikling av psykisk helse over tid, og også knytter dette til genetiske, miljømessige og sosiale faktorer.

Det trengs også flere studier som kartlegger strukturelle og funksjonelle aspekter ved forbindelsene mellom prefrontale hjernebarksområder og andre hjerneområder, inkludert amygdala og nucleus accumbens. For eksempel fant en tverrsnittundersøkelse at avvik i strukturell konektivitet mellom fremre hjernebarksområder og temporal-områder, inkludert amygdala, var assosiert med symptomer på psykopatologi hos barn og ungdommer (Alnæs et al., 2018).

Ungdomshjernens utviklingsoppgaver

«Mismatch-teoriene» har også fra utviklingspsykologiske perspektiver blitt kritisert for å være for enkle (Pfeifer & Allen, 2012). De tar for eksempel utgangspunkt i at risikotaking i ungdomstiden er et resultat av selvreguleringsvikt. Nye perspektiver understreker at dette kan stemme for noen typer risikotaking, men at andre former for risikotaking i ungdomstiden faktisk er strategisk og forutsetter god selvregulering (Do et al., 2020). Risikotaking må forstås ut ifra verdibasert beslutningstaking, og de involverte verdivurderingene kan være forskjellige for ungdommer og voksne. At en ungdom velger å dra på en fest selv om hen må stå opp tidlig dagen etter, trenger ikke å reflektere svikt i selvregulering, men kan snarere være en kompleks avveining og et rasjonelt valg som gjenspeiler normativ økning i sosial reorientering mot jevnaldrende og selv- og identitetsutvikling (Pfeifer & Berkman, 2018). Valgene ungdommer tar bør sees ut fra hva som er ungdomstidens kanskje viktigste utviklingsoppgave, også evolusjonært sett; det å bli uavhengig.

Det er derfor viktig å være nysgjerrig og å utforske verden omkring seg (Romer et al., 2017), og å skape nye sosiale bånd. På bakgrunn av dette har det blitt foreslått at «mismatch-teoriene» burde utvides til å også inkluderte hjernesystemer som er involvert i selv-evalueringer og prosessering av sosial informasjon (van Hoorn et al., 2019). Det er nemlig slikt at hvorvidt ungdommer velger å ta et risikabelt valg også er avhengig av sosial kontekst.

En amerikansk studie over 18 måneder fulgte 42 16-åringere som nettopp hadde fått førerkort (Simons-Morton et al., 2011). Målinger av g-kraft direkte fra kjøretøyene indikerte at risikofylt kjøring var redusert med 67 prosent med en voksen passasjer, men 109 prosent forhøyet hos ungdommer med risikotagende venner. Dette tyder på at det ikke er evnen det står på. Det er ikke så enkelt som at risikoatferd skyldes en manglende evne til selvregulering, snarere virker det som om ungdom er spesielt mottakelige for sosial påvirkning.

Den engelske professoren Sarah-Jayne Blakemore mener at ungdommers tilsynelatende irrasjonelle atferd, slik som impulsivitet og økt risikotagning i visse situasjoner, egentlig er adaptiv og rasjonell (Blakemore, 2018). For å lykkes med ungdomstidens uavhengighetsprosjekt, må vi få innpass i - og finne - vår plass i flokken. Ungdomstiden er en periode for sosial reorientering, hvor vi inngår i stadig flere og mer komplekse sosiale relasjoner til jevnaldrende, inkludert venner, kjærester, bekjente og uvenner, parallelt med at relasjonene til våre foreldre på noen områder endrer seg (Blakemore & Mills, 2014). Ut ifra dette mener Blakemore at den sosiale risikoen det er å bli avvist av jevnaldrende kan være større enn de mulige negative konsekvensene av andre former for risikofylt atferd (Blakemore, 2018).

Det er farligere å bli alene enn å snuse eller å kjøre litt over fartsgrensen. Psykolo-

«Mismatch-teoriene» har fokusert mye på negativ risikotaking, men positiv risikotaking har i stor grad vært ignorert

Stereotypiske påstander om at ungdommer er ukontrollerte risikotagere er kanskje like lite nyttige som å si at 50-åringer er vanedrankere

giske eksperimenter viser også at ungdommer er mer mottakelige for sosial påvirkning fra jevnaldrende enn fra voksne (Knoll et al., 2015). Dette trenger ikke å være en negativ ting, det kan også tenkes å bidra til å skape positive og sterke sosiale bånd. Kanskje kan det også være en faktor som bidrar til viktige ungdomsbevegelser, for eksempel miljøbevegelsen blant skoleelever og studenter som vi har sett de siste årene.

«Mismatch-teoriene» har fokusert mye på negativ risikotaking (atferd som er farlig eller ulovlig), men positiv risikotaking (sosialt akseptabelt atferd som innebærer risiko, men også mulig gevinst) har i stor grad vært ignorert (Duell & Steinberg, 2019). Det å søke opptak ved og velge å starte på en prestisjefylt skole kan for eksempel involvere positiv risikotaking. Det kan innebære risiko for dårligere karakterer, men også gi mulighet for nye utfordringer og utvikling. Ut fra dette perspektivet kan forhøyet risikotaking hos ungdommene og økt mottakelighet for sosial påvirkning fra jevnaldrende i noen tilfeller være adaptiv. Nyere forskning viser at man bør skille mellom positiv og negativ risikotaking. Duell og Steinberg (2020) viser at selv om begge former for risikotaking henger sammen med høyere spenningsøking, så finnes det også viktige forskjeller. I motsetning til negativ risikotaking, henger ikke positiv risikotaking sammen med impulsivitet. I tillegg er positiv risikotaking assosiert med redusert belønningssensitivitet og høyere straffsensitivitet. Det betyr at risikotaking må forstås som et komplekst og mangesidig begrep.

Individuelle forskjeller

I tillegg til alle disse nyanseringene, er kanskje det viktigste poenget at vi selvsagt ikke kan skjære alle ungdommer over én kam. Selv om ungdommer som gruppe er spesielt synlige i ulykkes- og skadestatistikk, og i visse sosiale situasjoner tar andre valg enn det barn eller voksne gjør, så er det store individuelle forskjeller. En nylig publisert longitudinellstudie viste for eksempel at «mismatch» mellom impuls kontroll og spenningsøking forklarte negativ risikotaking (rusmisbruk), men at dette bare gjaldt en liten gruppe [(Meeus et al., 2021), se også (Murray et al., 2021)]. Ungdommer er like forskjellige fra hverandre som det voksne er. Stereotypiske påstander om at ungdommer er ukontrollerte risikotagere er kanskje like lite nyttige som å si at 50-åringer er vanedrankere fordi statistikk viser at det er flest 45-66 åringer som drikker alkohol ukentlig (<https://www.ssb.no/statbank/sq/10041462> – merk imidlertid at det er flest unge som drikker mye ved én og samme anledning).

Noen studier tyder også på at positiv og negativ risikotaking for noen ungdommer henger sammen, altså at de som har tendens til å ta positiv risiko, også kan finne på å gjøre noe mindre sosialt akseptabelt (Barber et al., 2001; Veliz et al., 2015), og at dette delvis kan skyldes forhøyet spenningsøking som er felles for begge former av risikotaking (Duell & Steinberg, 2020). Hvis det stemmer, så kan det være viktig å legge til rette for at noen ungdommer har muligheter til å utfolde sine risikotakingstendenser gjennom positive aktiviteter.

Konklusjon

Ved hjelp av blant annet hjerneavbildningsstudier vet vi at selv om de største endringene i hjernen skjer pre-natalt, og i løpet av de første leveårene fortsetter hjernen å endre seg både strukturelt og funksjonelt gjennom barndommen og ungdomstiden. Hjerneområder som støtter mer grunnleggende funksjoner utvikler seg generelt før områder som støtter mer komplekse funksjoner. Særlig langvarig utvikling ser vi i områder som støtter komplekse kognitive funksjoner knyttet til regulering av tanker, følelser og atferd, samt prosessering av sosial informasjon.

Ulikt tempo i modningen av forskjellige hjerneområder står sentralt i «mismatch-te-

orier» som foreslår at overaktive systemer for prosessering av emosjoner og belønning i forhold til et relativt sett umodent selvreguleringsystem er en viktig årsak til forhøyet risikotaking i ungdomstiden.

På tross av deres intuitive klang, gir forskning innen nevrokognitiv utviklingspsykologi foreløpig lite støtte til disse teoriene. Teoriene må konkretiseres i forhold til hva man mener med risikotaking, hvilke hjernestrukturer som skal tas med i betraktning og ikke minst hvordan «mismatch» i modning i de ulike systemene kan måles.

Det er store individuelle forskjeller i hvorvidt ungdommer tar risikofylte valg eller ikke. Risikotaking kan dessuten være et rasjonelt valg fra ungdommenes ståsted, og reflekterer ikke nødvendigvis selvreguleringssvikt. Visse former for risikotagning kan også være positiv og adaptiv. Utforskningsatferd i ungdomstiden som kan utrykke seg gjennom risikotaking, som ligger på kontinuum fra positiv til negativ, kan sees som kilde til erfaringer som kan bidra til utviklingen mot en selvstendig voksentilværelse.

Ungdomshjernen er ikke defekt eller dysfunksjonell. Tvert imot, ungdomshjernen er rask og effektiv og har stort potensial for læring fra nye opplevelser og kontekster. Hjernens forhøyede plastisitet i denne perioden representerer både muligheter og sårbarheter, og det er derfor viktig å sikre ungdommer optimale oppvekstforhold.

Referanser

- Alnæs, D., Kaufmann, T., Doan, N. T., Córdova-Palomera, A., Wang, Y., Bettella, F., Moberget, T., Andreassen, O. A., & Westlye, L. T. (2018). Association of Heritable Cognitive Ability and Psychopathology With White Matter Properties in Children and Adolescents. *JAMA Psychiatry*, 75(3), s. 287-295. <https://doi.org/10.1001/jama-psychiatry.2017.4277>
- Barber, B. L., Eccles, J. S., & Stone, M. R. (2001). *Whatever Happened to the Jock, the Brain, and the Princess?: Young Adult Pathways Linked to Adolescent Activity Involvement and Social Identity*. *Journal of Adolescent Research*, 16(5), s. 429-455. <https://doi.org/10.1177/0743558401165002>
- Baum, G. L., Ciric, R., Roalf, D. R., Betzel, R. F., Moore, T. M., Shinohara, R. T., Kahn, A. E., Vandekar, S. N., Rupert, P. E., Quarmley, M., Cook, P. A., Elliott, M. A., Ruparel, K., Gur, R. E., Gur, R. C., Bassett, D. S., & Satterthwaite, T. D. (2017). *Modular Segregation of Structural Brain Networks Supports the Development of Executive Function in Youth*. *Current Biology*, 27(11), s. 1561-1572.e8. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2017.04.051>
- Blakemore, S.-J. (2018). *Avoiding Social Risk in Adolescence*. *Current Directions in Psychological Science*, 27(2), s. 116-122. <https://doi.org/10.1177/0963721417738144>
- Blakemore, S.-J., & Mills, K. L. (2014). *Is Adolescence a Sensitive Period for Sociocultural Processing?* *Annual Review of Psychology*, 65(1), s. 187-207. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115202>
- Bos, M. G. N., Peters, S., van de Kamp, F. C., Crone, E. A., & Tamnes, C. K. (2018). *Emerging depression in adolescence coincides with accelerated frontal cortical thinning*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(9), s. 994-1002. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12895>
- Brodal, P. (2013). *Sentralnervesystemet. 5. utg. Universitetsforlaget AS*.
- Casey, B. J., Getz, S., & Galvan, A. (2008). *The adolescent brain*. *Developmental Review*, 28(1), s. 62-77. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2007.08.003>
- Dalsgaard, S., Thorsteinsson, E., Trabjerg, B. B., Schullehner, J., Plana-Ripoll, O., Brikell, I., Wimberley, T., Thygesen, M., Madsen, K. B., Timmerman, A., Schendel, D., McGrath, J. J., Mortensen, P. B., & Pedersen, C. B. (2020). *Incidence Rates and Cumulative Incidences of the Full Spectrum of Diagnosed Mental Disorders in Childhood and Adolescence*. *JAMA Psychiatry*, 77(2), 155. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3523>
- Do, K. T., Sharp, P. B., & Telzer, E. H. (2020). *Modernizing Conceptions of Valuation and Cognitive-Control Deployment in Adolescent Risk Taking*. *Current Directions in Psychological Science*, 29(1), s. 102-109. <https://doi.org/10.1177/0963721419887361>
- Ducharme, S., Albaugh, M. D., Hudziak, J. J., Botteron, K. N., Nguyen, T.-V., Truong, C., Evans, A. C., Karama, S., Ball, W. S., Byars, A. W., Schapiro, M., Bommer, W., Carr, A., German, A., Dunn, S., Rivkin, M. J., Waber, D., Mulkern, R., Vajapeyam, S., ... For the Brain Development Cooperative Group. (2014). *Anxious/Depressed Symptoms are Linked to Right Ventromedial Prefrontal Cortical Thickness Maturation in Healthy Children and Young Adults*. *Cerebral Cortex*, 24(11), s. 2941-2950. <https://doi.org/10.1093/cercor/bht151>
- Duell, N., & Steinberg, L. (2019). *Positive Risk Taking in Adolescence*. *Child Development Perspectives*, 13(1), s. 48-52. <https://doi.org/10.1111/cdep.12310>
- Duell, N., & Steinberg, L. (2020). *Differential Correlates of Positive and Negative Risk Taking in Adolescence*. *Journal of Youth and Adolescence*, 49(6), s. 1162-1178. <https://doi.org/10.1007/s10964-020-01237-7>
- Ferschmann, L., Vijayakumar, N., Grydeland, H., Overbye, K., Mills, K. L., Fjell, A. M., Walhovd, K. B., Pfeifer, J. H., & Tamnes, C. K. (2021). *Cognitive reappraisal and expressive suppression relate differentially to longitudinal structural brain development across adolescence*. *Cortex*, 136, s. 109-123. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2020.11.022>
- Gao, W., Grewen, K., Knickmeyer, R. C., Qiu, A., Salzwedel, A., Lin, W., & Gilmore, J. H. (2019). *A review on neuroimaging studies of genetic and environmental influences on early brain development*. *NeuroImage*, 185, s. 802-812. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2018.04.032>

- Gilmore, J. H., Knickmeyer, R. C., & Gao, W. (2018). *Imaging structural and functional brain development in early childhood*. *Nature Reviews Neuroscience*, 19(3), s. 123-137. <https://doi.org/10.1038/nrn.2018.1>
- Herting, M. M., Johnson, C., Mills, K. L., Vijayakumar, N., Dennison, M., Liu, C., Goddings, A.-L., Dahl, R. E., Sowell, E. R., Whittle, S., Allen, N. B., & Tamnes, C. K. (2018). *Development of subcortical volumes across adolescence in males and females: A multisample study of longitudinal changes*. *NeuroImage*, 172, s. 194-205. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2018.01.020>
- Knoll, L. J., Magis-Weinberg, L., Speekenbrink, M., & Blakemore, S.-J. (2015). *Social Influence on Risk Perception During Adolescence*. *Psychological Science*, 26(5), s. 583-592. <https://doi.org/10.1177/0956797615569578>
- Lebel, C., & Beaulieu, C. (2011). *Longitudinal Development of Human Brain Wiring Continues from Childhood into Adulthood*. *Journal of Neuroscience*, 31(30), s. 10937-10947. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.5302-10.2011>
- Luna, B., & Wright, C. (2016). *Adolescent brain development: Implications for the juvenile criminal justice system*. In K. Heilbrun, D. DeMatteo, & N. E. S. Goldstein (Eds.), *APA handbook of psychology and juvenile justice*, s. 91-116. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14643-005>
- Maggioni, E., Squarcina, L., Dusi, N., Diwadkar, V. A., & Brambilla, P. (2020). *Twin MRI studies on genetic and environmental determinants of brain morphology and function in the early lifespan*. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 109, s. 139-149. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.01.003>
- Meeus, W., Vollebergh, W., Branje, S., Crocetti, E., Ormel, J., van de Schoot, R., Crone, E. A., & Becht, A. (2021). *On imbalance of impulse control and sensation seeking and adolescent risk: An intra-individual developmental test of the dual systems and maturational imbalance models*. *Journal of Youth and Adolescence*, 50, s. 827-840. <https://doi.org/10.1007/s10964-021-01419-x>
- Mills, K. L., Goddings, A.-L., Clasen, L. S., Giedd, J. N., & Blakemore, S.-J. (2014). *The Developmental Mismatch in Structural Brain Maturation during Adolescence*. *Developmental Neuroscience*, 36(3-4), s. 147-160. <https://doi.org/10.1159/000362328>
- Mills, K. L., Goddings, A.-L., Herting, M. M., Meuwese, R., Blakemore, S.-J., Crone, E. A., Dahl, R. E., Guroglu, B., Raznahan, A., Sowell, E. R., & Tamnes, C. K. (2016). *Structural brain development between childhood and adulthood: Convergence across four longitudinal samples*. *NeuroImage*, 141, s. 273-281. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2016.07.044>
- Murray, A. L., Zhu, X., Mirman, J. H., Ribeaud, D., & Eisner, M. (2021). *An evaluation of dual systems theories of adolescent delinquency in a normative longitudinal cohort study of youth*. *Journal of Youth and Adolescence*. <https://doi.org/10.1007/s10964-021-01433-z>
- Paus, T., Keshavan, M., & Giedd, J. N. (2008). *Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence?* *Nature Reviews Neuroscience*, 9(12), s. 947-957. <https://doi.org/10.1038/nrn2513>
- Pfeifer, J. H., & Allen, N. B. (2012). *Arrested development? Reconsidering dual-systems models of brain function in adolescence and disorders*. *Trends in Cognitive Sciences*, 16(6), s. 322-329. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2012.04.011>
- Pfeifer, J. H., & Berkman, E. T. (2018). *The Development of Self and Identity in Adolescence: Neural Evidence and Implications for a Value-Based Choice Perspective on Motivated Behavior*. *Child Development Perspectives*, 12(3), s. 158-164. <https://doi.org/10.1111/cdep.12279>
- Romer, D., Reyna, V. F., & Satterthwaite, T. D. (2017). *Beyond stereotypes of adolescent risk taking: Placing the adolescent brain in developmental context*. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 27, s. 19-34. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2017.07.007>
- Sameroff, A. (2010). *A Unified Theory of Development: A Dialectic Integration of Nature and Nurture*. *Child Development*, 81(1), s. 6-22. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01378.x>
- Shulman, E. P., Smith, A. R., Silva, K., Icenogle, G., Duell, N., Chein, J., & Steinberg, L. (2016). *The dual systems model: Review, reappraisal, and reaffirmation*. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 17, s. 103-117. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2015.12.010>
- Siegler, R., Saffran, J. R., Gershoff, E., Eisenberg, N., & Leaper, C. (2019). *How children develop* (6. utg). Worth Publishers.
- Simons-Morton, B. G., Ouimet, M. C., Zhang, Z., Klauer, S. E., Lee, S. E., Wang, J., Chen, R., Albert, P., & Dingus, T. A. (2011). *The Effect of Passengers and Risk-Taking Friends on Risky Driving and Crashes/Near Crashes Among Novice Teenagers*. *Journal of Adolescent Health*, 49(6), s. 587-593. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.02.009>
- Steinberg, L. (2008). *A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking*. *Developmental Review*, 28(1), s. 78-106. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2007.08.002>
- Tamnes, C. K. (Ed.). (2021). *Nevrokognitiv utviklingspsykologi*. Gyldendal.
- Tamnes, C. K., Walhovd, K. B., Dale, A. M., Østby, Y., Grydeland, H., Richardson, G., Westlye, L. T., Roddey, J. C., Hagler, D. J., Due-Tønnessen, P., Holland, D., & Fjell, A. M. (2013). *Brain development and aging: Overlapping and unique patterns of change*. *NeuroImage*, 68, s. 63-74. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2012.11.039>
- Tau, G. Z., & Peterson, B. S. (2010). *Normal Development of Brain Circuits*. *Neuropsychopharmacology*, 35(1), s. 147-168. <https://doi.org/10.1038/npp.2009.115>
- van Duijvenvoorde, A. C. K., Achterberg, M., Braams, B. R., Peters, S., & Crone, E. A. (2016). *Testing a dual-systems model of adolescent brain development using resting-state connectivity analyses*. *NeuroImage*, 124, s. 409-420. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2015.04.069>
- van Hoorn, J., Shalblack, H., Lindquist, K. A., & Telzer, E. H. (2019). *Incorporating the social context into neurocognitive models of adolescent decision-making: A neuroimaging meta-analysis*. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 101, s. 129-142. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.12.024>
- Veliz, P. T., Boyd, C. J., & McCabe, S. E. (2015). *Competitive Sport Involvement and Substance Use among Adolescents: A Nationwide Study*. *Substance Use & Misuse*, 50(2), s. 156-165. <https://doi.org/10.3109/10826084.2014.962049>

Født sånn og blitt sånn - hvordan gener og miljø påvirker livskvalitet og psykisk helse

Av Ragnhild Bang Nes og Espen Røysamb



Espen Røysamb er utdannet psykolog og jobber som professor ved Psykologisk institutt, UiO. Han er leder for forskningssenteret Promenta, og seniorforsker ved Folkehelseinstituttet. Røysamb har gjennom mange år forsket på livskvalitet og psykisk helse, gener og miljø, personlighet og sosiale relasjoner, og har publisert en rekke vitenskapelige artikler om disse temaene.

Ragnhild Bang Nes er utdannet psykolog og jobber som seniorforsker ved Folkehelseinstituttet med ansvar for livskvalitetsfeltet. Hun er også førsteamanuensis ved Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo og ved forskningssenteret Promenta, og har forsket på livskvalitet og psykisk helse, gener og miljøfaktorer.

Hvordan blir vi egentlig dem vi er? Hvorfor er noen mer pratsomme og sosiale, mens andre er mer tilbaketrukkne og stillfarne, noen så sårbare, andre mer robuste? Hvilken rolle spiller arv og miljø? I denne artikkelen skal vi se nærmere på betydning av gener og miljøfaktorer for barn og unges livskvalitet og psykiske helse. Som vi skal se er denne kunnskapen viktig for at vi skal kunne tilrettelegge for gode liv - både for den enkelte og samfunnet vårt som helhet.

Vi er alle et resultat av et stadig pågående samspill mellom gener og miljøfaktorer (Plomin et al., 2016; Polderman et al., 2015). Denne innsikten er forholdsvis ny. Lenge var arv og miljø et hett diskusjonstema preget av steile fronter med et ensidig søkelys på enten arv eller miljø. Behaviorismen som farget de fleste lærings- og utviklings-teoriene fra 1920-tallet av, mente for eksempel at utvikling kunne forstås helt uten referanse til biologi, genetikk og evolusjonshistorie.

Og i perioden mellom 1920 og 1960 viste en rekke studier at belastninger i barndommen var forbundet med senere utvikling av psykiske plager som angst og depresjon. Utviklingspsykologene Bowlby (1951) og Ainsworth (1962) viste for eksempel at foreldres omsorgsattferd, og barnas tilknytning til mor, var viktig for den følelsesmessige utviklingen til barna. Inntil 1960-tallet var det derfor en vanlig antakelse at psykiske plager skyldtes uheldige miljøforhold som omsorgssvikt, «kjølige» mødre og tilknytningsproblemer.

Utover 1960- og 1970-tallet vokste det frem nye fagfelt. Ett av disse var atferds-genetikken som ved inngangen til 1980-tallet hadde dokumentert at også gener er viktige for psykisk helse og livskvalitet. I tillegg viste denne forskningen at miljøet sjelden har ensartede, generelle effekter (Plomin et al., 2016). En opplevelse, som å flytte til et nytt nabolag eller at foreldrene skiller seg, påvirker barn – selv søsken, forskjellig. Denne forskningen viste også at barn påvirker omsorgsgivere, ikke bare

Utvikling av psykiske plager og livskvalitet avhenger altså både av faktorer i omgivelsene og av den enkeltes genetiske utgangspunkt

omvendt. Barn som har atferdsproblemer opplever for eksempel oftere sanksjoner fra foreldrene enn det andre barn gjør. Det skyldes delvis at barnas genetiske risiko for atferdsproblemer utløser strengere reaksjoner fra foreldrene (Moffitt, 2005; O'Connor et al., 1998; O'Connor & Deater-Deckard). Triste barn vekker derimot mer overbeskyttende reaksjoner (Degnan et al., 2010).

Utvikling av psykiske plager og livskvalitet avhenger altså både av faktorer i omgivelsene og av den enkeltes genetiske utgangspunkt (Polderman et al., 2015). Betydningen av de ulike påvirkningsfaktorene, og samspillet mellom dem, varierer på tvers av mennesker og gjennom oppvekstår og livsløp. Og selv om gener vanligvis antas å være stabile og uforanderlige påvirkningsfaktorer kan de faktisk «skrus av» og «skrus på», både i forbindelse med biologisk modning (for eksempel i forbindelse med puberteten) og i respons til miljøet (epigenetikk).

Det er også slik at ulike påvirkningsfaktorer kan føre til det samme utfallet. For eksempel kan vanskelige levekår, genetisk sårbarhet og utenforskap hver for seg føre til depresjon. Én og samme risikofaktor kan også være forbundet med flere ulike livsutfall. For eksempel kan belastende levekår føre til både depresjon, angst og smerte. I første tilfelle snakker vi om ekvifinalitet, i det andre om multifinalitet (Sameroff, 2010).

Hver enkelt påvirkningsfaktor har vanligvis ganske beskjeden betydning alene (Götz et al., 2021). Men effekten av enkeltstående risikofaktorer kan forsterkes om de samspiller med andre risikofaktorer, om de utgjør kroniske belastninger, eller opptrer i fravær av beskyttelsesfaktorer (helsefremmende faktorer). Beskyttelsesfaktorene omfatter betingelser og gener som styrker motstandsdyktigheten og dermed bidrar til å modifisere, forbedre og forandre hvordan vi reagerer på, og takler, belastende livshendelser eller vanskelige levekår.

I takt med kunnskapsutviklingen har de fleste utviklingspsykologiske forklaringsmodellene utviklet seg fra enkle og lineære via interaktive og transaktive til dynamiske reguleringsmodeller (Sameroff, 2010). Atferdsgenetikken har bidratt til denne utviklingen og dermed til å «ommøblere» den forståelsen som vi i dag har av utviklingsveier til helse og gode liv. Den har også bidratt til at vi lettere kan forstå tilsynelatende paradoksale sammenhenger mellom gode levekår (godt miljø) og høy forekomst av psykiske problemer. I det følgende skal vi se nærmere på metoder og funn fra den genetisk informative forskningen.

Hva er egentlig gener?

Deoxyribo Nucleic Acid (DNA), arvestoffet vårt, finnes i alle cellene i kroppen og inneholder en slags overordnet oppskrift eller arbeidstegning for hver enkelt av oss. Det består av to lange tråder kveilet opp ved siden av hverandre inne i cellekjernene og ser ut som en slags dobbeltspiral (dobbel heliks). DNA-kjeden i én enkelt menneskecelle er omtrent 1,5 meter! Et gen er en bit av denne DNA-kjeden som inneholder instruksjoner, vanligvis for et bestemt protein. Instruksene består av fire kjemiske «bokstaver», nitrogenbaser (adenin, cytosin, guanin og tymin) som kan kombineres og ordnes på en rekke måter. Disse kjemiske bokstavene bidrar sterkt til at du er den du er.

Tidligere antok vi at mennesker har over 100 000 gener. Nyere forskning tyder imidlertid på at vi har i overkant av 20 000 gener, et antall som faktisk ikke skiller seg mye fra det torsk og rundorm har. Mange av genene våre deler vi også med andre organismer. For eksempel deler vi rundt 50 % med bananer, 80 % med kuer og over 98 % med sjimpanser og bonoboaper (Elsik et al., 2009; Gibbons, 2012; Mikkelsen et al., 2005). Med andre mennesker deler vi hele 99,9 %. Det er altså bare 0,1 % av DNA-et som er involvert i de genetiske forskjellene mellom oss mennesker. En av måtene vi varierer på genetisk er i single nucleotide polymorfismer (SNP) – nitrogenbasene, altså de kjemiske «bokstavene» i DNA-et.

Dersom barn som vokser opp i en familie med dårlig råd blir sårbare for psykiske plager, betegnes det som en felles miljøeffekt, men dersom familiens sosioøkonomi påvirker barn forskjellig, snakker vi om unikt miljø.

Selv om genene våre preger hvordan vi ser ut og fungerer samspiller de hele tiden med miljøfaktorene. Dette samspillet har vi fremdeles ingen fullgod forståelse av. Det skyldes blant annet at psykologiske egenskaper er multifaktorielle (dvs. påvirket av mange samspillende faktorer) og polygenetiske (dvs. mange forskjellige gener er involvert). De fleste av genvariantene er sannsynligvis også pleiotrope; det vil si at de er involvert i flere funksjoner og egenskaper samtidig. Sannsynligvis koder de konkrete genene for nevrobiologiske prosesser, som for eksempel neurotransmittersystemer¹ (f.eks. serotonin, dopamin), som er involvert i mange forskjellige egenskaper, trekk og ferdigheter.

Metoder for å studere gener og miljøfaktorer

Kunnskapen vi har om samspillet mellom gener og miljøfaktorer har likevel økt mye de senere årene. Det skyldes blant annet utvikling på metodefronten og etablering av internasjonale datakonsortier, biobanker og genetisk informative kohortstudier. Det finnes grovt sett to hovedmetoder for å undersøke betydningen av gener og miljøfaktorer.

Molekylærgenetiske metoder brukes for å studere genene på molekylært nivå, for eksempel med genomvide assosiasjonsstudier (GWAS)² og SNP-baserte polygene risikoscårer.³ Den kvantitative genetikken undersøker ikke enkeltgener, men tar i stedet utgangspunkt i generell kunnskap om genetisk likhet mellom familiemedlemmer. Vi vet nemlig at barn og foreldre, helsøsken og toeggede tvillinger deler 50 % segregerende gener, mens eneggede tvillinger deler 100 %.

Dersom gener er av betydning for en gitt egenskap (som depresjon eller glede) vil graden av likhet (korrelasjonen) stige med genetisk slektskap: eneggede tvillinger vil for eksempel være likere enn andre søsken som igjen vil være likere enn søskenbarn. I slike studier kan man beregne den totale betydningen av gener og to typer miljøeffekter, nemlig felles og unikt miljø. Skillet mellom felles og unikt miljø er litt vrient. Miljøeffektene handler nemlig ikke om hvorvidt miljøet er objektivt delt eller forskjellig. Dersom barn som vokser opp i en familie med dårlig råd blir sårbare for psykiske plager, betegnes det som en felles miljøeffekt, men dersom familiens sosioøkonomi påvirker barn forskjellig, snakker vi om unikt miljø.

Den genetiske effekten kalles arvelighet (heritabilitet). Den angir hvor stor prosentandel av forskjellene (variasjonen) mellom oss som skyldes gener. Arveligheten er et mål på forskjeller i en gruppe, og kan variere fra utvalg til utvalg – over tidsepoker, alder og utviklingsstadier. Høy arvelighet sier derfor lite om genenes betydning for din eller min livskvalitet og psykiske helse. En høy arvelighet betyr heller ikke at noe er uforanderlig.

Den kan faktisk være tegn på et sosialt gode; for eksempel at den sosiale ulikheten er lav (et mer «rettferdig» samfunn). For dersom miljøet er likt for alle (for eksempel at det ikke finnes sosioøkonomiske forskjeller) kan ikke miljøet (i denne sammenheng den sosioøkonomiske situasjonen) forklare forskjellene mellom oss; det kan bare genene.

¹ Kjemiske budbringere som bidrar til overføring av en nerveimpuls fra en celle til en annen

² Genomvide assosiasjonsstudier (GWAS) undersøker spesifikke genetiske varianter via helgenomsekvensering av flere individer hentet tilfeldig ut fra en populasjon. GWA studier tester om genetiske varianter er vanligere blant cases enn blant kontrollindivider eller mer assosiert med kvantitativ variasjon.

³ En polygen risikoscåre er en sumscåre som reflekterer den generelle genetiske sårbarheten for en bestemt lidelse/egenskap for et enkelt individ.

Arveligheten kan også beregnes med molekylærgenetiske, DNA-baserte metoder. I slike studier finner en ofte mye lavere arvelighet enn i tvilling- og familiestudiene (Gratten et al., 2014). Det skyldes blant annet at de DNA-baserte metodene bare beregner genetiske effekter av «vanlige» genvarianter.

Resultater fra genetisk informative studier

Hvor viktig er gener og miljøfaktorer for psykiske helseproblemer og livskvalitet? I 1988 viste en studie av tvillingpar at eneggede tvillinger som ble skilt like etter fødselen og vokste opp hver for seg var mer like i livskvalitet enn toeggede tvillingpar som var vokst opp sammen. Dette var den første indikasjonen på at genetiske forskjeller bidrar til forskjeller i livskvalitet (Tellegen et al., 1988).

Senere har utallige undersøkelser vist at gener forklarer et sted mellom 20 og 50 prosent (arveligheten) av forskjellene mellom oss i trivsel, tilfredshet og glede, og i sårbarhet for psykiske plager og lidelser som depresjon og angst, ADHD og atferdsvansker, (Bartels & Boomsma, 2009; Cheesman et al., 2019; Nes et al., 2006; Polderman et al., 2015; Purves et al., 2020). To ulike metastudier har for eksempel beregnet arveligheten av fornøydhetsnivået med livet (Bartels, 2015) og subjektivt velvære (Nes & Røysamb, 2015) til 32 % og 40 %.

Det betyr at gener spiller en viktig rolle for forskjeller i psykisk helse og livskvalitet. Men det betyr også at miljøet er minst like viktig. Miljøfaktorene ser ut til å være særlig viktig for endring, genene for stabilitet. Den gjennomsnittlige arveligheten av følelsesmessige problemer hos barn er for eksempel beregnet til 45 % på et bestemt tidspunkt, mens arveligheten av den stabile tendensen til å oppleve følelsesmessige problemer er 76 %. Tilsvarende øker den DNA-baserte arveligheten fra 5 til 14 % (Cheesman et al., 2018).

For enkelte lidelser, som autismespekterforstyrrelser, schizofreni og bipolar lidelse er arveligheten vanligvis høyere enn for angst, depresjon og livskvalitet (Hilker et al., 2018; Lichtenstein et al., 2010). For eksempel har schizofreni en arvelighet på rundt 80 %. Skulle en ha en forelder med sykdommen vil en likevel ha forholdsvis lav sannsynlighet (under 10 %) for å selv utvikle schizofreni.

Genetisk informative studier viser at familielikhetsgraden i all hovedsak skyldes felles gener. Det betyr ikke at familiemiljø og oppvekstkår har liten betydning for barn og unges psykiske helse. Som vi har sett, forklarer miljøet minst 50 % av de individuelle forskjellene. Små eller ingen effekter av felles miljø betyr ganske enkelt at miljøet ikke har generelle effekter, blant annet fordi vi har ulike gener.

Felles miljøeffekter er likevel vanligere blant barn og unge enn blant voksne. En nederlandsk tvillingstudie av livskvalitet kartla for eksempel betydningen av gener og miljøfaktorer gjennom hele livsløpet (Baselmans et al., 2018). Undersøkelsen viste at gener forklarer 31-47 % av variasjonen i barndom, ungdomsårene og voksenlivet. I de yngste aldersgruppene sto også felles miljø for en stor del av variasjonen, men denne effekten forsvant med alderen. Felles miljøeffekter er også vanligere i enkelte utvalg, for eksempel blant barn som lever med belastninger som vanskelige sosioøkonomiske betingelser (Hendriks et al., 2020).

Felles årsaksfaktorer?

Tidligere antok man at psykiske problemer var separate og avgrensede tilstander. De senere årene er det funnet en felles genetisk risiko for ulike typer psykopatologi – både blant barn (Allegrini et al., 2020) og voksne (Selzam et al., 2018; Sprooten et al., 2021). Komorbiditet (samsykelighet) ser ut til å skyldes en generell, delvis genetisk fundert psykopatologifaktor, en p-faktor (Caspi et al., 2014; Lahey et al., 2011), samt felles genetikk for ulike subdimensjoner av psykopatologi – som eksternaliserende og

Det betyr at gener spiller en viktig rolle for forskjeller i psykisk helse og livskvalitet. Men det betyr også at miljøet er minst like viktig.

Genene påvirker hvilke miljøfaktorer vi eksponeres for

internaliserende problemer (Larsson, 2021). Internaliserende problemer som angstlidelser er også delvis distinkte og varierer blant annet i «fenomenologisk innhold» og debuttidspunkt. Mens separasjonsangst og fobier gjerne oppstår i barndommen, opptrer for eksempel panikk lidelser og generalisert angst først i ungdomsårene og voksen alder.

Miljøfaktorer ser ofte ut til å være bestemmende for om en utvikler den ene eller andre lidelsen, for eksempel om en utvikler angst eller depresjon (Waszczuk et al., 2014). En kan dermed arve en høy genetisk risiko for både angst og depresjon, men utvikle angst fremfor depresjon dersom man eksponeres for et angstskapende miljø.

Mål på psykiske plager og livskvalitet har også delvis overlappende årsaksfaktorer (Nes et al., 2008; Nes et al., 2013; Okbay et al., 2016), men sammenhengene (negative) avhenger av hvilke tilstander som studeres. De er for eksempel sterkere mellom livstilfredshet og depresjon enn mellom livstilfredshet og fobier. En studie av nederlandske tvillinger i alderen 7 til 99 år fant at korrelasjonen mellom livstilfredshet og depressive symptomer varierte fra -0,34 i barndom til -0,49 i voksen alder (Baselmans et al., 2018). Gener forklarte 49 % av denne korrelasjonen i barndom og 60-77 % i ungdom og voksen alder. Den genetiske korrelasjonen (korrelasjonen mellom de to genetiske faktorene) var høy i ungdom og voksen alder, men liten i barndom. Den miljømessige korrelasjonen var derimot større i barndom enn senere i livet. Samlet sett ser det ut til at genetiske og miljømessige faktorer som bidrar til god livskvalitet delvis beskytter mot depresjon og andre psykiske vansker.

Stabilitet og endring

Stabile genetiske påvirkningsfaktorer tyder på at psykiske vansker i barndom, ungdom og voksen alder er forbundet. Dynamiske påvirkningsfaktorer tyder derimot på at gener involvert i problemdebut er delvis forskjellige fra gener av betydning for varighet og remisjon (Larsson, 2021). Det viser seg at både stabile og dynamiske genetiske faktorer påvirker utvikling av psykisk helse fra barndom til ungdomsalder (Hannigan et al., 2017) men i forskjellig grad for ulike tilstander. For eksempel ser det ut til at det er de samme genene som virker inn på ADHD på ulike utviklingsstadier. Når det gjelder angst og depresjon ser det derimot ut til at det er delvis ulike gener som virker inn i barndom, ungdom og voksen alder (Thapar & Riglin, 2020).

Samspill mellom gener og miljøfaktorer

Gener og miljøfaktorer samspiller. En form for samspill er *gen-miljø-korrelasjon* (rGE), som innebærer at genene påvirker hvilke miljøfaktorer vi eksponeres for. Barn og unge er aktive aktører i sin egen utvikling; velger og former omgivelsene sine. Barn som skårer høyt på positivitet, som er sosiale, entusiastiske og glade har for eksempel en tendens til å oppsøke situasjoner og aktiviteter som matcher sine personlige, delvis genetiske, tendenser (aktiv rGE). Her vekker de ofte mer positive og støttende reaksjoner enn det barn som er mer tilbakeholdne, nærtagende eller fiendtlige gjør (evokativ rGE).

Slike samspillsprosesser kan forsterke en heldig (eller uheldig) utvikling. Gen-miljø-korrelasjon forekommer også når de genene man har er forbundet med miljøforhold som preges av foreldrenes gener. Barn som har lykkelige foreldre, blir muligens lykkelige fordi positiv emosjonalitet er arvelig, men kanskje også fordi de vokser opp i et miljø som farges av foreldrenes høye livskvalitet (passiv rGE): de får altså i både pose og sekk. Både passiv og evokativ rGE er sannsynligvis særlig viktig i tidlig utvikling, mens en økning i aktiv rGE forventes med alderen.

Kunnskap om disse samspillsprosessene er av stor betydning for å tilrettelegge og intervensjon optimalt.

**Utvikling reflekterer
altså et komplekst
og stadig pågående
samspill mellom
biologiske,
personlighets-
messige, sosiale,
kulturelle og
samfunnsstrukturelle
påvirkningsfaktorer.**

En annen form for samspill er gen-miljø-interaksjon, som handler om samspill mellom helt konkrete genvarianter og helt spesifikke miljøfaktorer. Undersøkelser av slike samspill har for eksempel vist at risiko for å utvikle psykiske plager etter belastende livshendelser kan variere med hvilke gener man er bærer av. I en slik studie fant Peyrot et al. (2014) at både polygene risikokårer for depresjon og barndomstraumer hver for seg var forbundet med risiko for alvorlig depresjon, men også at effekten av de polygene risikokårene var høyere dersom en hadde opplevd barndomstraumer.

Spesifikke enkeltgener kan muligens også bidra til en særlig positiv utvikling dersom miljøet er godt (vantage sensitivity) (Pluess & Belsky, 2013). Alternativt kan enkeltgener kode for en generell sensitivitet til miljøet (differential susceptibility) - altså øke risiko for en uheldig utvikling dersom miljøet er belastende (for eksempel et konfliktfylt familiemiljø), men bidra til en særlig god utvikling om miljøet er støttede og godt (Belsky & Pluess, 2009). En metaanalyse har for eksempel vist at enkelte gener som koder for signalstoffet dopamin hos barn, er forbundet med økt sårbarhet dersom miljøet er dårlig, men en spesielt god utvikling dersom miljøet er godt (Bakermans-Kranenburg & Van Ijzendoorn, 2011).

I stedet for sårbarhetsgener snakker man i slike tilfeller snarere om plastisitetsgener eller sensitivitetsgener. Det kan dermed hende at noen barn drar ekstra fordeler av en positiv oppdragerstil eller godt skolemiljø. Effekten av miljøet - enten det dreier seg om livshendelser, konfliktnivå i familien eller tiltak i skolen - vil altså i noen grad kunne variere i henhold til gener som den unge bærer med seg.

Implikasjoner

Utvikling reflekterer altså et komplekst og stadig pågående samspill mellom biologiske, personlighetsmessige, sosiale, kulturelle og samfunnsstrukturelle påvirkningsfaktorer. Hvordan vi blir er dermed et resultat av en lang rekke faktorer - som genene vi er født med, det følelsesmessige klimaet vi vokser opp i, opplevelser i barnehage, skole, på fritidsarenaer, i nabolaget, de fysiske omgivelsene våre som arkitektur, tilgang på grøntarealer og støyeksposering, utviklingen på internasjonale børser, pandemier, klimakrisen og helt tilfeldige personlige hendelser.

Selve påvirkningsmekanismene kan også være mangeartete og variere på tvers av individer, kjønn, alder og utviklingsfase. En litteraturoversikt har for eksempel nylig kartlagt 600 mulige sammenhenger mellom fritidsaktiviteter og helse (Fancourt et al., 2021). Et viktig spørsmål når det gjelder utviklingen av psykisk helse og livskvalitet er derfor ikke bare hvilke faktorer som er involvert, men kanskje særlig hvordan de ulike faktorene virker sammen over tid. Mer kunnskap om slike mekanismer kan bidra til at vi blir bedre rustet til å tilrettelegge for gode, sunne og meningsfulle liv. De fleste psykiske lidelser debuterer tidlig. Rundt 50 % debuterer før 14-årsalder og 75 % før midten av 20-årene (Caspi et al., 2020; Kessler et al., 2005).

Lidelsene har ofte en kronisk utvikling med store både personlige og samfunnsmessige kostnader. Effektive og målrettede tiltak som settes inn tidlig er derfor svært viktig. Genetiske faktorer utgjør en svært sentral brikke i dette arbeidet. Befolkningsrettede tiltak som sikrer trygge oppvekstkår, innenforskap, lav sosial ulikhet, tilgang på natur og kultur-, idretts- og andre utviklingsarenaer fremmer livskvalitet og forebygger psykiske plager for de fleste (Helliwell et al., 2021; Helliwell et al., 2020; Oishi et al., 2018; Patel et al., 2018). Den genetisk informative forskningen impliserer at effekter både av befolkningsrettede og individuelle tiltak vil variere på tvers av ulike barn og unge og at det kan være behov for skreddersydde tiltak.

Gener har ofte blitt betraktet som risikofaktorer, men det er mer naturlig å tenke på genetikk som ressurser og potensialer. For eksempel har vi genetiske potensialer for sosiabilitet, kreativitet, omsorg, mestring, læring, tillit og utforskning. Alle barn har sine

egne genetiske styrker, og miljøet kan legge til rette for at disse styrkene kan utvikle og utfolde seg. «Gen-miljø-matchmaking»-modellen (Røysamb et al., 2014) bygger på genetisk informativ forskning og behovet for persontilpassede tiltak. Den vektlegger en kombinasjon av tiltak som retter seg mot å styrke både indre (personlige ressurser og utfordringer) og ytre (levekår, skolemiljø) forutsetninger, samt å identifisere og utligne risiko.

Selv om mennesker flest synes å ha en naturlig tendens til å søke vekst og utvikling, er oppmuntring og støtte i omgivelsene nødvendig, og miljøet kan enten legge til rette for positiv utvikling eller forstyrre ressursbyggende prosesser. Å fremme livskvalitet og forebygge psykiske plager handler i de fleste sammenhenger om å bidra til best mulig samspill mellom indre og ytre forutsetninger, gener og miljøfaktorer. Med videre forskning og prioritering er det derfor sannsynlig at genetisk informative studier vil få banebrytende innvirkning på intervensjonsmodeller og forebyggingsstrategier, livskvalitet og psykisk helse i tiden som kommer.

Referanser

- Ainsworth, M. D. (1962). *The effects of maternal deprivation: A review of findings and controversy in the context of research strategy*. Public Health Papers, 14 s. 97-165.
- Allegrini, A. G., Cheesman, R., Rimfeld, K., Selzam, S., Pingault, J. B., Eley, T. C., & Plomin, R. (2020). *The p factor: genetic analyses support a general dimension of psychopathology in childhood and adolescence*. Journal of child psychology and psychiatry, 61(1) s. 30-39.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van Ijzendoorn, M. H. (2011). *Differential susceptibility to rearing environment depending on dopamine-related genes: New evidence and a meta-analysis*. Development and psychopathology, 23(1) s. 39-52.
- Bartels, M. (2015). *Genetics of wellbeing and its components satisfaction with life, happiness, and quality of life: A review and meta-analysis of heritability studies*. Behavior genetics, 45(2), s. 137-156.
- Bartels, M., & Boomsma, D. I. (2009). *Born to be happy? The etiology of subjective well-being*. Behavior genetics, 39(6) s. 605-615.
- Baselmans, B. M., Willems, Y. E., van Beijsterveldt, C., Ligthart, L., Willemsen, G., Dolan, C. V., Boomsma, D. I., & Bartels, M. (2018). *Unraveling the genetic and environmental relationship between well-being and depressive symptoms throughout the lifespan*. Frontiers in psychiatry, 9 s. 261.
- Belsky, J., & Pluess, M. (2009). *Beyond Diathesis Stress: Differential Susceptibility to Environmental Influences*. Psychological Bulletin, 135(6) s. 885-908. <Go to ISI>://000271254200005 (Not in File)
- Bowlby, J. (1951). *Maternal care and mental health* (Vol. 2). World Health Organization Geneva.
- Caspi, A., Houts, R. M., Ambler, A., Danese, A., Elliott, M. L., Hariri, A., Harrington, H., Hogan, S., Poulton, R., & Ramrakha, S. (2020). *Longitudinal assessment of mental health disorders and comorbidities across 4 decades among participants in the Dunedin birth cohort study*. JAMA network open, 3(4), e203221-e203221.
- Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Goldman-Mellor, S. J., Harrington, H., Israel, S., Meier, M. H., Ramrakha, S., Shalev, I., & Poulton, R. (2014). *The p factor: one general psychopathology factor in the structure of psychiatric disorders?* Clinical psychological science, 2(2) s. 119-137.
- Cheesman, R., Rayner, C., & Eley, T. (2019). *The genetic basis of child and adolescent anxiety*. In Pediatric anxiety disorders s. 17-46. Elsevier.
- Degnan, K. A., Almas, A. N., & Fox, N. A. (2010). *Temperament and the environment in the etiology of childhood anxiety*. Journal of child psychology and psychiatry, 51(4) s. 497-517.
- Elsik, C. G., Tellam, R. L., & Worley, K. C. (2009). *The genome sequence of taurine cattle: a window to ruminant biology and evolution*. Science, 324(5926) s. 522-528.
- Fancourt, D., Aughterson, H., Finn, S., Walker, E., & Steptoe, A. (2021). *How leisure activities affect health: a narrative review and multi-level theoretical framework of mechanisms of action*. The Lancet Psychiatry.
- Gibbons, A. (2012). *Bonobos join chimps as closest human relatives*. ScienceNOW. AAAS, 13.
- Gratten, J., Wray, N. R., Keller, M. C., & Visscher, P. M. (2014). *Large-scale genomics unveils the genetic architecture of psychiatric disorders*. Nature neuroscience, 17(6) s. 782-790.
- Götz, F., Gosling, S., & Rentfrow, J. (2021). *Small effects: The indispensable foundation for a cumulative psychological science*.
- Hannigan, L. J., Walaker, N., Waszczuk, M. A., McAdams, T. A., & Eley, T. C. (2017). *Aetiological influences on stability and change in emotional and behavioural problems across development: a systematic review*. Psychopathology review, 4(1) s. 52-108.
- Helliwell, J. F., Huang, H., Wang, S., & Norton, M. (2021). *World happiness, trust and deaths under COVID-19*. World Happiness Report 2021 s. 13-57.
- Helliwell, J. F., Layard, R., Sachs, J., & De Neve, J. E. (2020). *World happiness report 2020*.
- Hendriks, A., Finkenauer, C., Nivard, M., Van Beijsterveldt, C., Plomin, R., Boomsma, D., & Bartels, M. (2020). *Comparing the genetic architecture of childhood behavioral problems across socioeconomic strata in the Netherlands and the United Kingdom*. European child & adolescent psychiatry, 29(3) s. 353-362.
- Hilker, R., Helenius, D., Fagerlund, B., Skytthe, A., Christensen, K., Werge, T. M., Nordentoft, M., & Glenthøj, B. (2018). *Heritability of schizophrenia and schizophrenia spectrum based on the nationwide Danish twin register*. Biological psychiatry, 83(6) s. 492-498.

- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). *Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. *Archives of general psychiatry*, 62(6) s. 593-602.
- Lahey, B. B., Van Hulle, C. A., Singh, A. L., Waldman, I. D., & Rathouz, P. J. (2011). *Higher-order genetic and environmental structure of prevalent forms of child and adolescent psychopathology*. *Archives of general psychiatry*, 68(2) s. 181-189.
- [Record #126 is using a reference type undefined in this output style.]
- Lichtenstein, P., Carlström, E., Råstam, M., Gillberg, C., & Anckarsäter, H. (2010). *The genetics of autism spectrum disorders and related neuropsychiatric disorders in childhood*. *American journal of Psychiatry*, 167(11) s. 1357-1363.
- Mikkelsen, T., Hillier, L., Eichler, E., Zody, M., Jaffe, D., Yang, S.-P., Enard, W., Hellmann, I., Lindblad-Toh, K., & Altheide, T. (2005). *Initial sequence of the chimpanzee genome and comparison with the human genome*. *Nature*, 437(7055) s. 69-87.
- Moffitt, T. E. (2005). *The new look of behavioral genetics in developmental psychopathology: gene-environment interplay in antisocial behaviors*. *Psychological bulletin*, 131(4) s. 533.
- Nes, R., Czajkowski, N., Røysamb, E., Reichborn-Kjennerud, T., & Tambs, K. (2008). *Well-being and ill-being: shared environments, shared genes?* *The Journal of Positive Psychology*, 3(4) s. 253-265.
- Nes, R. B., Czajkowski, N. O., Røysamb, E., Ørstavik, R. E., Tambs, K., & Reichborn-Kjennerud, T. (2013). *Major depression and life satisfaction: a population-based twin study*. *Journal of affective disorders*, 144(1-2) s. 51-58.
- Nes, R. B., Røysamb, E., Tambs, K., Harris, J. R., & Reichborn-Kjennerud, T. (2006). *Subjective well-being: genetic and environmental contributions to stability and change*. *Psychological Medicine*, 36(7) s. 1033-1042. <https://doi.org/10.1017/S0033291706007409>
- Nes, R. B., & Røysamb, E. (2015). *The heritability of subjective well-being: Review and meta-analysis*. *The genetics of psychological wellbeing: The role of heritability and genetics in positive psychology*, s. 75-96.
- O'Connor, T. G., Deater-Deckard, K., Fulker, D., Rutter, M., & Plomin, R. (1998). *Genotype-environment correlations in late childhood and early adolescence: Antisocial behavioral problems and coercive parenting*. *Developmental psychology*, 34(5) s. 970.
- O'Connor, T., & Deater-Deckard, K. F. D., Rutter, M., & Plomin, R. (1996). *Genotype-environment correlations in late childhood and early adolescence: Antisocial behavioral problems and coercive parenting*. *Developmental psychology*, 34 s. 970-981.
- Oishi, S., Kushlev, K., & Schimmack, U. (2018). *Progressive taxation, income inequality, and happiness*. *American Psychologist*, 73(2) s. 157.
- Okbay, A., Baselmans, B. M., De Neve, J.-E., Turley, P., Nivard, M. G., Fontana, M. A., Meddens, S. F. W., Linnér, R. K., Rietveld, C. A., & Derringer, J. (2016). *Genetic variants associated with subjective well-being, depressive symptoms, and neuroticism identified through genome-wide analyses*. *Nature genetics*, 48(6) s. 624-633.
- Patel, V., Burns, J. K., Dhingra, M., Tarver, L., Kohrt, B. A., & Lund, C. (2018). *Income inequality and depression: a systematic review and meta-analysis of the association and a scoping review of mechanisms*. *World Psychiatry*, 17(1) s. 76-89.
- Peyrot, W. J., Milaneschi, Y., Abdellaoui, A., Sullivan, P. F., Hottenga, J. J., Boomsma, D. I., & Penninx, B. W. (2014). *Effect of polygenic risk scores on depression in childhood trauma*. *The British Journal of Psychiatry*, 205(2) s. 113-119.
- Plomin, R., DeFries, J. C., Knopik, V. S., & Neiderhiser, J. M. (2016). *Top 10 replicated findings from behavioral genetics*. *Perspectives on psychological science*, 11(1) s. 3-23.
- Pluess, M., & Belsky, J. (2013). *Vantage sensitivity: Individual differences in response to positive experiences*. *Psychological Bulletin*, 139(4) s. 901.
- Polderman, T. J., Benyamin, B., De Leeuw, C. A., Sullivan, P. F., Van Bochoven, A., Visscher, P. M., & Posthuma, D. (2015). *Meta-analysis of the heritability of human traits based on fifty years of twin studies*. *Nature genetics*, 47(7) s. 702-709.
- Purves, K. L., Coleman, J. R., Meier, S. M., Rayner, C., Davis, K. A., Cheesman, R., Bækvad-Hansen, M., Børglum, A. D., Cho, S. W., & Deckert, J. J. (2020). *A major role for common genetic variation in anxiety disorders*. *Molecular Psychiatry*, 25(12) s. 3292-3303.
- Røysamb, E., Nes, R. B., & Vittersø, J. (2014). *Well-being: Heritable and changeable*. In *Stability of Happiness* s. 9-36. Elsevier.
- Sameroff, A. (2010). *A unified theory of development: A dialectic integration of nature and nurture*. *Child development*, 81(1) s. 6-22.
- Selzam, S., Coleman, J. R., Caspi, A., Moffitt, T. E., & Plomin, R. (2018). *A polygenic p factor for major psychiatric disorders*. *Translational psychiatry*, 8(1) s. 1-9.
- Sprooten, E., Franke, B., & Greven, C. U. (2021). *The P-factor and its genomic and neural equivalents: an integrated perspective*. *Molecular Psychiatry* s. 1-11.
- Tellegen, A., Lykken, D. T., Bouchard, T. J., Wilcox, K. J., Segal, N. L., & Rich, S. (1988). *Personality similarity in twins reared apart and together*. *Journal of personality and social psychology*, 54(6) s. 1031.
- Thapar, A., & Riglin, L. (2020). *The importance of a developmental perspective in Psychiatry: what do recent genetic-epidemiological findings show?* *Molecular Psychiatry*, 25(8) s. 1631-1639.
- Waszczuk, M. A., Zavos, H. M., Gregory, A. M., & Eley, T. C. (2014). *The phenotypic and genetic structure of depression and anxiety disorder symptoms in childhood, adolescence, and young adulthood*. *JAMA psychiatry*, 71(8) s. 905-916.

Ungdomstid, kroppen og selvet – om å ofre en del for å redde helheten

Av Line Indrevoll Stänicke



Line Indrevoll Stänicke er førsteamanuensis ved psykologisk institutt, UiO og psykologspesialist ved Nic Waals Institutt, Lovisenberg sykehus.

Hun forsker på ungdom i risiko, selvskade og selvmordsproblematikk, digitalt risikoinnhold og personlighetspatologi.

Hun har skrevet fagbøker som *Lek og kreativitet i psykoterapi med barn og ungdom* (Stänicke, Johns & Landmark, 2021) og *Det uforståelige barnet* (Landmark & Stänicke, 2016), samt en rekke artikler og bokbidrag om ungdomsutvikling, selvskade, mentalisering og psykoterapi.

Ungdomstiden er kjennetegnet ved bevegelser og endringer kroppslig, følelsesmessig, kognitivt og sosialt. Sentrale utviklingstemaer i ungdomsårene, som lærivelse, autonomi, relasjonell gjensidighet og identitetsformasjon, tilbyr en forståelse til den transformasjonen som finner sted i overgangen til voksenlivet. Kroppen gir tilgang på læring, mestring og nye opplevelser på en rekke livsområder i denne utviklingsperioden.

Samtidig viser noen ungdommer risikoatferd rettet mot egen kropp – de lar være å spise, ruser seg eller selvskader. For noen kan en opptatthet av kroppens feil og perfektionering av mangler bli det eneste viktige. For andre kan kroppen brukes for å oppnå lettelse eller unngå det overveldende.

Denne teksten vil drøfte om kroppen har en spesiell rolle eller funksjon i ungdomstiden i forhold til utviklingen av selvopplevelse og identitet – og spesielt i forhold til å bearbeide og integrere vanskelige erfaringer og følelser. Kan kroppen brukes for å beskytte et gryende og skjørt selv eller uttrykke ens sårbarhet?

Forfatteren fremhever at kroppen i ungdomstiden kan være en måte å bli kjent med ens styrke og tåle ens sårbarhet.

Ungdomstidens utfordringer – endringer og bevegelse

Ungdomstiden inntreffer med puberteten i om lag 10-12-års alder. Puberteten skaper en overgang til en voksen tilværelse fra om lag 18 år. Perioden kjennetegnes av endringer kroppslig, kognitivt, følelsesmessig og sosialt, og kan vare opp i midten av 20-årene (Thapar, 2015).

De kroppslige endringene er ofte mest synlige, men både ungdommen selv og andre viktige personer i deres liv kan merke sterke følelsesmessige svingninger eller følelsesmessig avflatethet og nummenhet. De følelsesmessige ytterpunktene er dominerende – sterk skam eller skamløshet, sterk irritasjon eller likegyldighet. Og følelsene og selvfølelsene kan svinge på kort tid – fra optimisme til nedstemthet i løpet av få timer.

Ungdom synes å vise sterkere reaksjoner på følelsesmessig stimuli enn andre aldersgrupper

Ungdom synes å vise sterkere reaksjoner på følelsesmessig stimuli enn andre aldersgrupper (Casey et al., 2008). I tillegg kan kognitive frontale endringer i denne livsperioden gjøre organisering, impuls kontroll og regulering generelt vanskelig, og vanskeligere desto mer følelser er aktivert. Sterke følelser kan oppleves som å fargelegge hele ens tilværelse. Følelsene kan gjøre verden så deilig at ens sårbarhet oversees, eller så vond at det er vanskelig å se for seg at livet kan bli annerledes. Livet oppleves her og nå.

Ungdommer har en tydeligere orientering mot venner og jevnaldrende enn i barneårene, der foreldre og familien er det viktige omdreiningspunkt i tilværelsen (Erikson, 1968). De er særlig orienterte mot følelsesmessige stimuli i sosiale situasjoner, og spesielt i forhold til jevnaldrende (Casey et al., 2008). Ungdommens særlige orientering mot sosial informasjon i relasjonelt samspill kan forstås som en «primer» for læring. Det sosiale fellesskapet - i familien og med venner offline og online - er potente og avgjørende læringsarenaer for aktiviteter, mestring og glede på en rekke livsområder, og det øker ungdommens mulighet for autonomi og selvstendighet som voksen. For mange ungdommer stabiliserer følelsene seg, og de viser økende evne til abstraksjon og problemløsning (Leuyten et al., 2020). Selv om det er stor variasjon i modningstempo mellom ungdom, kan mange kjenne en økende tilfredshet i egen kropp, opplevelse av mestring, samt sosial og personlig trygghet mot slutten av ungdomstiden.

Ungdomstiden kan forstås som en potensiell transformasjonsprosess mot en tydeligere og mer stabil selvidentitetsopplevelse (Stånicke, 2019). Samtidig kan endringene erfares som utfordrende og overveldende. Vansker med å regulere følelser, relasjonelle utfordringer og risikoatferd er ikke uvanlig i ungdomstiden. Ungdom synes også mer villige til risikohandlinger sammen med jevnaldrende enn med andre (Casey et al., 2008).

Noen ungdommer viser risikoatferd rettet mot egen kropp - de lar være å spise, ruser seg eller selvskader. For noen kan endringene ved kroppen vekke skam for andres blikk og vekke en trang til kontroll og perfektionering av kroppens vekt og utseende. Andre kan synes å bruke kroppen for å oppnå lettelse, eller for å unngå det vanskelige ved seg selv og det overveldende i hverdagen ved å skade seg. For atter andre kan kroppen utsettes for risikosituasjoner som rusmisbruk, slåsskamper eller ubeskyttet sex med fremmede.

I det følgende vil jeg drøfte om risikoatferd og tilsynelatende destruktiv atferd der kroppen har en sentral rolle kan forstås i lys av utviklingspsykologiske tema som finner sted i denne overgangsperioden mot voksenlivet. Kan kroppen ha en spesiell utviklingsrolle eller funksjon i ungdomstiden for læring og mestring av aktiviteter og ferdigheter generelt, men også for utvikling av selvopplevelse og selvidentitet? De kulturelle forhold og rammer kan tilby mer eller mindre aksepterte rom og kanaler for å uttrykke og utforske sårbarhet, styrke, følelser og eksistensielle sider ved det å være et ungt menneske. Kanskje kan kroppen brukes for både å beskytte et gryende og skjørt selv, men også for å bli kjent med, bearbeide, integrere og uttrykke vanskelige erfaringer og følelser, ens styrke og sårbarhet.

Mot selvstendighet og en mer stabil selvidentitet

Barnet lærer å bruke kroppen til en rekke aktiviteter. Det blir økende fortrolig med sine sanser og integrerer handlingsmønstre - som å spise, snakke, gå, kle på seg, løpe, leke eller lese. Handlingene øker barnets selvstendighet. Sentrale psykologiske utviklings-temaer i ungdomsårene handler også om selvstendighet og selvidentitetsutvikling. Løsrivelsen mot selvstendighet handler om å mestre stadig mer krevende handlingsmønstre, løse oppgaver og dekke grunnleggende behov. Den psykologiske løsrivelsen handler også om å utvikle toleranse og støtte overfor en selv når livet blir vanskelig - om det er i ens indre eller i den ytre verden.

For å bli kjent med seg selv må egne ressurser og sårbarhet, følelser og behov erfares og med det oppdages

Ungdommen øver på å takle den voksne tilværelsen der foreldrene ikke lenger er den primære støtte og trygghetsbase. Den psykologiske selvstendigheten utvikles gjennom å finne måter å regulere følelser, tilbakeholde impulser, utvikle disiplin til å arbeide over tid uten at noen passer på, organisere sosiale aktiviteter, og ikke minst finne veier til selvomsorg.

Også i forhold til jevnaldrende er det en bevegelse fra at alt handler om å være sosialt innenfor eller utenfor i, og å være like eller forskjellig i tidlig ungdomstid, til en søken mer inn i ens eget og mot et mer modent, stabilt og tolerant selvforhold. Det er likevel viktig å si at separasjons- og løsrivelsesprosessen i ungdomstiden mot autonomi (Gullestad, 1993) ikke handler om å skulle klare seg alene. Ungdommen vil erfare en økende relasjonell gjensidighet der hen kan se egne og andres styrker og svakheter (Guldbrandsen, 2008). Foreldrene har ikke lenger svaret på alt, og kan heller ikke klandres for alle vanskeligheter i ens liv.

For å bli kjent med seg selv må egne ressurser og sårbarhet, følelser og behov erfares og med det oppdages. Ulike selvopplevelser må erfares og integreres. Grenser mellom selv og andre, og mellom den indre og ytre verden, må utforskes og etableres (Stänicke, 2019). I nære relasjoner kan det vanskelige deles og bearbeides. Det å finne noen som er med på oppturer og nedturer, og som tåler meg, kan åpne for at jeg tåler mer meg selv. Den unge kan erfare at en annen orker og tåler det vanskelige ved dem selv eller at en annen har råd. Slik kan mestring av det vanskelige gradvis læres. Disse erfaringene er helt nødvendige for å skape en stabil selvfølelse og en selvidentitet - en trygghet om at det vanskelige kan overlevs og stabilitet kan gjenvinnes.

Mangel på kontakt med jevnaldrende og avstand til foreldre kan gjøre denne nødvendige utforskingen ensom, smertefull og mer overveldende. Tidlig relasjonell utrygghet og omsorgsvansker, eller den økende orienteringen mot jevnaldrende, kan vekke sterk skam og redsel for den andres blikk. Den unge kan søke «solitude» og ikke ønske å være til bry, eller være redd for den andres fordømmelse. Utryggheten i ungdomstiden kan kjennes både i den ytre og indre verden. Det er så lett å bli utsatt og utstøtt, og såkalte venner kan bli ganske så kjipe for å slippe å føle seg sårbare selv.

Eller selvusikkerheten er så stor at det kun er de kritiske kommentarene eller situasjoner hvor en oversees som huskes og legges merke til. Den indre selvfordømmelsen kan gå opp i en ytre verden som også kan oppleves som kun fordømmende. Det er ikke så lett å etablere en klar grense mellom den indre og ytre verden - verden og andre forstås som en forlengelse av oss selv (Landmark & Stänicke, 2016).

Det å lære av andre og å lære av erfaring (Bion, 1962) fordrer en tillitt - emosjonelt og relasjonelt - til andre mennesker (epistemisk tillitt; Fonagy et al., 2019). Tillitt og trygghet etableres i tidlige barneår, og kan utfordres av episoder eller perioder med manglende omsorg. Bloss (1969) skrev at ungdomstiden er barnets andre sjans til psykologisk adskilthet, trygghet og selvstendighet. I ungdomstiden kan det uforløste og ubearbejdede fra tidlige relasjonsspill aktualiseres i relasjon til foreldre, nære venner og kjærester. På den måten kan mistillit og vanskelige temaer og følelser bli representert på ny.

De aktualiserte temaene kan potensielt bearbejdes og håndteres på nye måter i gamle og nye relasjoner. Ungdommens tidlige psykologiske historie er til stede her og nå. Utfordringen er å finne et fellesskap der roller kan utforskes, der erfaringer av tillitt og mistillit kan utprøves på ny, og en gryende selvidentitet kan ta form. I dag kan digitale medier ha en særlig viktig rolle som et utvidet venneområde eller som et mellomområde for sosial utforskning (Landmark & Stänicke, 2016).

Bruk av kroppen - for å kontrollere, representere og bearbejde det vanskelige

Selvobservasjon og refleksjon inntreffer gryende i tidlige ungdomsår, og er en nødvendig

Selv om destruktive handlinger er forståelige er det viktig å fremheve at det kan være nødvendig å søke hjelp

del av utvikling av selvidentitet. Hvem er jeg? Hvordan erfarer jeg og andre meg? Vår evne til å skape mening til egne og andres handlinger som uttrykk for mentalt innhold - det å mentalisere - er helt sentralt for å kunne regulere følelser, bli mindre overveldet, ha tro på at livet er overkommelig og kunne vise empati og selvomsorg (Fonagy et al., 2002).

Barn tar for gitt at deres indre og ytre verden er lik andres. Ungdommer forstår kognitivt at mennesker kan ha ulike perspektiver - alle vet ikke alt om meg. Samtidig kan hjernens frontale endringer samtidig med sterke følelser gjøre det særlig vanskelig å forstå og skille mellom selv og andre. Når jeg skammer meg er dette hele sannheten om meg som jeg er sikker på at andre vet. Hvis jeg ikke kan dele sårbarhet, hvis selvforakten og selvkritikken er for stor... Da må jeg ha vekk følelsen av det vanskelige i meg. Det å trene, sulte eller gjøre stadig kosmetiske inngrep, ruse seg eller kutte kroppen - alt kan være måter å komme vekk fra noe vanskelig, vondt og overveldende - en opplevelse av å være meg som jeg ikke orker.

LeBreton (2017) skriver at selvskade hos ungdom innebærer at de ofrer kroppen for å redde helheten. Kroppen kan erfares som en del av meg eller et objekt, forskjellig fra meg selv, som kan utforskes, straffes eller disiplineres med fysiske anstrengelser. Grenser må testes for å bli kjent med egne følelser, behov og sårbarhet.

Grensetesting og risikoatferd kan rettes ut mot etablerte lover og regler - hva er lov og hva er mulig - men også som en eksistensiell utforsking av grenser for egen kropp - hva tåler jeg, og hva er inni meg? I mangel på nære relasjoner hvor det vanskelige og ens sårbarhet kan deles og integreres, kan grenseutprøvingen og utforskningen rettes mot egen kropp.

Gjennom å bruke kroppen kan også vanskelige opplevelser og følelser reguleres. Ved å påføre kroppen smerte og pinsel kan adrenalin og endorfiner vekkes og gi kortvarig belønning, lettelse, frigjøring fra psykisk smerte og en følelse av kontroll (Klonsky, 2007). Den psykologiske smerten blir kroppslig og - for noen - mer legitim og håndterbar.

Samtidig kan kroppen også brukes som en måte å representere og uttrykke det forbudte og overveldende. De kroppslige erfaringene av å være i verden må representeres og knyttes til mentalt innhold for å integreres som en del av selvopplevelsen (Lecours & Boucharde, 1997). Utforskningen av kroppen kan være en måte å bruke kroppen på som tilløp til kommunikasjon - overfor seg selv vel så mye som overfor andre (Stänicke et al., 2018). Med kroppen kommer det vanskelige til uttrykk uten at opplevelsene deles med ord i et sosialt fellesskap. Det er kroppen som er fellesskapet, som er speilet og lerretet. De forbudte følelsene kan uttrykkes gjennom selvhat eller selvstraff. Selvdestruktive handlinger som selvskade, rusmisbruk og risikoatferd kan uttrykke det forbudte og det språkløse. Ved å perfeksjonere eller skade kroppen kan tidligere relasjonelt traumatiske hendelser gjentas, og sårbarhet kan uttrykkes inntil noen oppdager hvordan barnet led overlast (Stänicke, 2019).

Omkostningene kan bli store. For store for noen. Det som var en måte å håndtere det vanskelige på, blir et enda større problem. Bordet fanger. Vekten må bli enda lavere selv om prosessen er livstruende. Det må gjøres enda et kirurgisk inngrep selv om kroppsdelen kan bli ødelagt eller miste viktige funksjoner. Rusens beroligende eller stimulerende virkning blir mindre over tid, og tiden det tar å få tak i rusmidler blir mer omfattende og inngripende i hverdagen.

Arrene etter den gjentatte selvskadingen dekker kroppsdelen som viktige vitner til historien, men hud og sener kan være ødelagt for alltid. Selv om destruktive handlinger er forståelige er det viktig å fremheve at det kan være nødvendig å søke hjelp. Det er mulig og helt essensielt å finne andre måter for å regulere følelser, utforske kanaler for å uttrykke sine vansker, og oppøve tillit til andre mennesker (Stänicke, 2020).

Betydningen av å tørre og å bli noe eget

Hvor krevende er ikke ungdomstiden i dette henseendet? Det er krevende, men også nødvendig å tørre å representere seg selv, stå frem for andre og for seg selv. Ungdomstiden er et vindu for sårbarhet, men også for muligheter. Utforskning av kroppen kan være et overgangsområde der deler av et sårbart selv kan beskyttes, men også utforskes og gradvis integreres til en mer stabil selvidentitet. Ikke bare kutte, ruse eller slanke vekk, bagatellisere eller benekte det en ikke tolererer ved en selv. Det å velge sin egen vei - om det er i forhold til klær, musikk, politikk, yrkesvalg eller seksualitet. Kaste seg modig ut, og kanskje i en periode til og med være noe andre frykter, beundrer eller forakter.

Den ensomheten mange kjenner i ungdomstiden - det å føle seg utenfor og alene, at ingen forstår eller er som meg - ja, det er kanskje en helt nødvendig drivkraft for å tørre og å bli noe eget. Ungdomstidens utfordring er å tørre å være det vi er redde for i oss selv, og det vi er redde for at andre skal se - at vi kan kjenne oss sterke, virksomme, kraftfulle, men også sårbare, små, grådige, misunnelige og stusselige. Risikohandlinger rettet mot kroppen kan handle om å tåle fysisk smerte og utforske grenser, men også psykologisk og eksistensielt uttrykke ens styrke og sårbarhet. Akseptere og integrere det jeg er redd for i meg selv som deler av meg selv og min selvidentitet.

Referanser

- Bion, W.R. (1962) *Learning from Experience*. London: Karnac Books.
- Blos, P. (1967). *The second individuation process of adolescence*. *Psychoanalytic Study of the Child*, 5(22), s. 162-186.
- Casey, B.J., Jones, R.M. & Hare, T.A. (2008). *The adolescent brain*. *Annals of the New York Academy of Sciences*, s. 1124, 111-126. doi: 10.1196/annals.1440.010
- Erikson, E.H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton.
- Fonagy, P., Gergerly, G., Jurist, E.L. & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press.
- Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E. & Campbell, C. (2019). *Mentalizing, epistemic trust, and the phenomenology of psychotherapy*. *Psychopathology*, 52(2). doi: 10.1159/000501526
- Guldbrandsen, L.M. (2008). *Utforskende samtaler med unge mennesker og foreldrene deres*. I B. Puntervold Bø & B.C.R. Olsen (Red.) *Utfordrende foreldreskap - under ulike livsbetingelser og tradisjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Gullestad, S.E. (1993). *A contribution to the psychoanalytic concept of autonomy*. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 16, s. 22-34. doi: 10.1080/01062301.1993.10592286
- Klonsky, E.D. (2007). *The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence*. *Clinical Psychology Review*, 27, s. 226-239. doi: 10.1016/j.cpr.2006.08.002
- Landmark, A.F. & Stånicke, L.I. (2016). *Det uforståelige barnet. Om å skape sammenheng mellom indre og ytre verden*. Stavanger: Hertervig forlag.
- Le Breton, D. (2017). *Understanding skin-cutting in adolescence: Sacrificing a part to save the whole*. *Body Soc* 24, s. 33-54. doi: 10.1177/1357034X18760175
- Lecours, S. & Bouchards, M.A. (1997). *Dimensions of mentalisation: Outlining levels of psychic transformation*. *International Journal of Psychoanalysis*, 78, s. 855-875. PMID: 9459091
- Luyten, P., Campbell, C. & Fonagy, P. (2020). *Borderline personality disorder, complex trauma, and problems with self and identity: A social-communicative approach*. *J Personal* 88:1, s. 88-105. doi: 10.1111/jopy.12483
- Stånicke, L.I. (2020). *Behandling av selvskade - hva virker, og hva virker ikke?* *Suicidologi*, 3, s. 16-27. doi: 10.5617/suicidologi.8531
- Stånicke, L.I. (2019). *The punished self, the unknown self and the harmed self - towards a more nuanced understanding of self-harm in adolescence*. PhD-avhandling, Universitet i Oslo. <https://www.duo.uio.no/handle/10852/71816>
- Stånicke, L.I., Haavind, H., and Gullestad, S.E. (2018). *How do young people understand their own self-harm? A meta-synthesis of adolescents' subjective experience of self-harm*. *Adolesc. Res. Rev.* 3, s. 173-191. doi: 10.1007/s40894-018-0080-9
- Thapar, A., Pine, D.S., Leckman, J.F., Scott, S., Snowling, M.J. & Taylor, E. (2015). *Child and Adolesc Psych*. John Wiley and Sons, Ltd.

Når maten sitter fast i hodet: om kultur, kropp og kontroll

Av Finn Skårderud



Finn Skårderud er psykiater, professor og forfatter. Han er tilknyttet som professor ved Universitetet i Agder, Norges Idrettshøgskole og Syddansk universitet. Stifter og direktør av Stiftelsen Institutt for spiseforstyrrelser/Villa SULT og stifter av Institutt for mentalisering.

Han har en omfattende virksomhet som faglitterær forfatter, kritiker og formidler.

Får vi de psykiske lidelsene vi som samfunn fortjener? Det er en dramatisk formulering. Men ja - langt på vei er det sant. Den epidemiske overopptattheten av, og utryggheten omkring kropp, utseende, trening og mat sladrer presist om normer, verdier og tilhørende kriser i vår samtid.

Jeg har fått i oppgave å reflektere over maten, kroppen og følelsene i barns og unge menneskers liv - og om når det kan gå galt. Redaksjonen ga meg i tillegg stikkordet *kontroll*. Ja, det er svært relevant. Mye kan gå galt i alle livsfaser, men for å avgrense prosjektet i dette korte kapitlet har jeg et fokus på ungdomsfasen. Det er den livsfasen hvor mange utfordringer omkring mat, kropp og følelser blir ekstra tydelige. Problematiske opplevelser av egne kropp, en bekymret opptatthet og forsøkene på å endre selvbilde og sosial status gjennom å endre kroppen, har en fremskutt plass for mange unge i dag.

Mange vil mene en altfor fremskutt plass. Som en ytterliggående konsekvens truer de alvorlige spiseforstyrrelsene - og beslektede tilstander, slik som unge gutter som har proteinpulver som hovedrett, misbruker anabole steroider og går seg vill i helsestudio. Spiseforstyrrelser finnes i en rekke former og alle alvorlighetsgrader. På sitt mest alvorlige ødelegger de helse, drømmer, fremtid og familier. Og liv: anoreksi er psykiatriens mest dødelige lidelse. Varianter av spiseforstyrrelser er beskrevet i mange epoker, slik som i den kristne middelalderen, og eksisterer nok i alle kulturer. Men de ble påtrengende synlige i den vestlige forbrukerkulturen som oppsto etter andre verdenskrig. Og spiseforstyrrelser ble beskrevet som en Vestens kulturbundne lidelse - «A culture-bound syndrome in our own backyard». Definisjonen er lidelser som speiler noe spesifikt om den kulturen de oppstår i, og som finnes i større forekomster enn i andre kulturer. I siste halvdel av forrige århundre var det altså betydelig større forekomst i USA og Europa enn i resten av verden. I en globalisert økonomi globalise-

Et ungt menneske som opplever psykologisk eller sosialt tap av kontroll, kan forsøke å gjenvinne en slik kontroll ved fysisk å skulle kontrollere kroppen og maten

rer vi det meste, også like psykososiale kroppsprosjekter og psykiske lidelser. Kroppsmisnøye og problematiske matpraksiser rammer nå faktisk hele kloden – på riktig så triste vis. På en dårlig dag kan man tenke at den tidsånden for tiden er veldig mye kropp og ikke så mye ånd.

Jeg er lege, men i denne teksten forsøker jeg med essayet som sjanger å bevege meg utover medisinens stramme rammer og se om det kan være noen fruktbare møter med fag som sosiologi, antropologi og filosofi. Teksten tar seg noen turer til bokhyllen. Jeg er eksplisitt opptatt av kulturelle faktorer fordi så mange unge mennesker i dag «setter maten fast i hodet».

Formuleringen i anførselstegn i forrige setning er selvsagt en ordlek, en villet blanding av konkret og metafor. Det er med hensikt. Da er vi faktisk ved et hovedpoeng i mye av dagens psykologiske kroppskultur: at man blander nettopp konkret og metafor. Et ungt menneske som opplever *psykologisk* eller *sosialt* tap av kontroll, kan forsøke å gjenvinne en slik kontroll ved *fysisk* å skulle kontrollere kroppen og maten. Det kan eksempelvis skje gjennom streng selvpåført askese. Det kan virke logisk. Men det er til sist en dårlig logikk. Det er å blande kategorier, og da blir det gjerne rot og uro, og i verre fall psykisk sykdom. Man kan sikkert avlede vanskelige følelser gjennom harde treningsøkter. Men den egentlige utfordringen er å lære seg å tåle vanskelige følelser, ideelt sett gjennom å differensiere følelsene. Og i psykoterapi forsøker vi å dele følelsene gjennom å italesette dem.

I flerfaglighetens ønsker om intellektuelle møter, nevner jeg samfunnsvitenskaper og humaniora. Jeg kunne også tatt med estetikken. Edvard Munchs *Pubertet* er et så godt og presist maleri at det blir et sinnbilde, emblematiske som det heter, for selve tilstanden ung. Slik *Skrik* er emblematiske for angsten, fanger maleren i *Pubertet* selve ideen om det ungdommelige – som samtidig meget skjørt, sårbart, men også kraftfullt. Angst og trass. Altså tvetydighet og ambivalens.

Jeg begynner bredt, men vil gradvis sikte meg inn mot maten og følelsene. Ungdomstiden er så åpenbart *biopsykososial*.

Bio først, altså den biologiske fasen som kalles pubertet. For over to tusen år siden hevdet Aristoteles at «De unge påvirkes fra naturens hånd på samme måte som fulle folk påvirkes av vin» (Skårderud 2018). Dette er en revolusjonær tid for enkeltmennesket, ikke minst kroppslig og seksuelt. Kroppsvæsker, hår, former, ujevn vekst og nytt begjær er en del av dette. Her er det absolutt relevant med nøkkelordet kontroll, altså tap av *kontroll*.

Så *psyko*. Sjelden ellers i livet er vi så uferdige og sprekkeferdige, så keitete og ivrige, så naive og begeistrete, så uskyldige og frekke, så skamfulle og skamløse og så umodent bråmodne. Selvfølelsen kjører gjerne rutsjebane mellom allmakt og avmakt. Hos noen er det mest avmakt. Manglende erfaring gjør at vi ikke innser hva vi gir oss i kast med. Og det er kanskje bra. Hadde vi hatt innsikten, så hadde nok flere nølt. Ungdomstiden er farlige tider, med skjørhet og kraft – som i Munchs *Pubertet*.

Og selvfølgelig er det *sosialt*. Vi skifter skoler, gjenger, venner, ideer, preferanser, holdninger, hobbyer, aktiviteter, medlemskap, forestillinger og håp. Ikke nok med at den pubertale er i skift, men så skiftes det kanskje også rundt ham eller henne. Rammer endres og kanskje oppleves omorganisering i familien. Far eller mor kan tre til side, og inn kommer en stefar eller stemor. Og med ett har man fått nye søsken, som egentlig ikke er søsken. Vi som har sertifikat som familierapeuter, har lært oss læresetningen: Hver gang familien skifter antall medlemmer – som fødsel, død, noen flytter ut, noen flytter inn, ny kjæreste, nye stefolk – så oppstår kriser. Slike kriser er ikke nødvendigvis negative. Men de kan røyne på. Noe er kanskje *ute av kontroll*. En del unge mennesker har tilsynelatende kreative løsninger på ungdomslivets utfordringer, men slik kreativitet er ikke alltid forenlig med sunne liv.

Våre følelser gjør oss til hele mennesker. De er like grunnleggende som fysiske erfaringer

La meg illustrere med et overtydelig bilde (Skårderud 2018). For noen år siden skulle jeg besøke en ung pike på ungdomspsykiatrisk avdeling. La meg kalle henne A. Men jeg hadde besvær med å komme meg inn, rent fysisk. Dører var stengt. Jeg kom til slutt inn, og vi hadde vår prat. Jeg bukserte meg ut igjen, og da så jeg skiltet: «Midlertidig stengt for byggearbeider.» Nettopp. Og her kommer det overtydelige i beretningen. Midlertidig stengt for ombygging. Bildet var ganske så presist. Det var som om A hadde forsøkt å stenge av for en stakkert stund, i en livsfase hvor det var plagsomt mye ombygging. Det var skifte av skole og venner, og kroppen var i ferd med å bli en kvinnes. Hun forsøkte å stanse utviklingen. Hun følte seg slett ikke rede til alle forandringene som lå foran henne. Hun forsøkte å stanse tiden ved å stanse kroppen. Hun sa nei og lot den ikke få næring. Med kroppen som redskap forsøkte hun å holde sinnet i sjakk. Ja, den formelle diagnosen var anoreksi. Det hadde vart lenge og var blitt svært helsefarlig.

Kanskje vi kan tolke det dithen at A nettopp hadde opplevd *tap av kontroll*. Og så forsøkte hun via den lukkede munnen å gjenvinne en opplevelse av *kontroll*. Men så hadde hun i *tanker og følelser mistet kontroll* over det som skulle gi henne *opplevelsen av kontroll*. *Illusjonen om kontroll* hadde nok jeg villet presisere. Nå tenkte A på mat og kropp omtrent tjuefire timer i døgnet - og hun led sterkt av nettopp dette. Det var mye drama om vekt, somatisk helse og blodverdier, men den psykiske *lidelsen* var for A *kontrolltapet over kontrollprosjektet*. Den sentrale definisjonen på en spiseforstyrrelse er nettopp «overopptatt av mat, vekt og følelser». En slik overopptatthet er en plage og lidelse. For noen kan det oppleves som et regnestykkehelvete, tvangstanker og angst. A og jeg fikk etter en stund god kontakt da jeg spurte henne om hun også drømte om mat og kropp om natten. Hvordan visste du det? spurte hun.

Unge mennesker gjør det ofte på slike og lignende måter. Pandemien var også en form for *kontrolltap*. Det er kanskje fattbart at nettopp spiseforstyrrelser og selvskaide økte i forekomst i denne tiden, om rapportene er til å stole på.

For unge mennesker kan det handle om store oppgaver og begrensede redskaper. Erfaringer og språket strekker ikke til. Kroppen kan da bli et språk fordi den er så synlig og konkret. Våre følelser gjør oss til hele mennesker. De er like grunnleggende som fysiske erfaringer. Men de følelsesmessige erfaringene har ikke noe klart kroppslig mønster, og er derfor ikke så klart avgrensede. Det hele blir mer vagt og flytende. Og da kan vi ty til kroppen som et redskap for erfaringer som primært ikke er kroppslige. Vi kan tømme, fylle, rense, minske, skrumpe, ese, skjære eller sulte. Den fysiske erfaringen gjør det hele nærmere. Det uvisse kan bli mer *fattbart*, til å *ta og føle på, håndfaste bevis*, det hele blir mer *begripelig*, og simpelthen mer kontrollert og sannere for den usikre. Som psykologisk fenomen kaller vi det *konkretisme* (Skårderud, Sommerfeldt & Robinson 2020).

Eller vi kan kalle det *tingliggjøring*. Slik speiler unge menneskers sinn og eventuelle plager den kollektive tidsånden. Det finnes en stor - og ukontrollert, vil jeg hevde - opptatthet nettopp av personlig og samfunnsmessig kontroll. Det søkes kontroll på mange arenaer: fødsel, barndom, utdanning, helse, døden, arbeidslivet, naturen, økonomien - og ikke minst selvkontrollen. Det finnes mange metoder: Planer, regler, lover, prosedyrer, manualer, retningslinjer, parametere, effektivisering, budsjetter, regnskap, sanksjoner, straff, belønning, farmaka, overvåking, kameraer, dokumentasjon, veiing, dietter, spørreskjemaer, sjekklister, rapporter, selvrapportering - og mye mer. Ikke bare blir vi monitorert, men vi monitorerer også oss selv, eksempelvis med en pulsklokke.

Kontrolltiltakene er velmente og sikkert opprinnelig nyttige. Det er jo selve moderniteten, at vi dropper gud og metafysikk og selv forsøker å ta styringen gjennom rasjonelle regimer og teknologi. Men så var det måteholdet, da. Det meste som virker, har bivirkninger. Våre mangslungne liv er til syvende og sist hinsides kontroll.

Å telle sitt liv kan stå i motsetning til å leve det. Prisen kan være stor. Det unike i det menneskelige, sinn og samvær, blir redusert til ting, tall og tabeller. Det tvangspregete forholdet til en selv, andre og til verden og naturen kan gjøre fattig. Om unge mennesker utvikler slike ritualer, så har de fått inn med morsmelken av voksenkulturen – og bokstavelig talt stat og myndigheter.

Et viktig begrep for å nærme oss de unge erfaringene er *identitet*. Det kommer av det latinske *idem*, som betyr *det samme*. Det er noe som er forventet å være mer eller mindre stabilt. Vi mennesker er altså forventet å ha en slags bestandighet. Men så er ikke det faste like fast lenger. Identiteten er ikke lenger den samme. Det er lite diskusjon om identitet i tradisjonssterke samfunn. Der er den mer eller mindre gitt. Identitetssnakket kommer med det dynamiske *oppbruddssamfunnet*. Det er altså oss.

Den polsk-engelske sosiologen Zygmunt Bauman (2000) beskrev vår epoke som *flytende modernitet*. Det faste er ikke lenger fast, som i føydal- eller industrisamfunnet, men i flyt. Identitet er nå i større grad en jobb som må gjøres. Når identitet i dag hyppig diskuteres, er det nettopp fordi det faste flyter, og det stabile er blitt ustabil. Som moderne mennesker er vi tvunget til å reflektere over hvem vi vil være – og vi blir nødvendigvis noe selvsentrerte av det.

Det er ett navn vi må lære oss i samtaler om identitet: dansk-tysk-amerikanske Erik Homburger Eriksen. Han ble en av den moderne psykologiens største skikkelser. Boken *Identity. Youth and Crisis* ble utgitt i det mytiske året 1968. Han skrev nettopp om at datidens unge mennesker opplevde at det var mange verdier som var til krisepreget forhandling. Identitet er for Erik H. Erikson et «tredobbelt bokholderi». Dels har du en kropp. Dels har du et «jeg». Og så lever du i et samfunn. Identitet var for ham møteplassen mellom alt dette. Og han definerte den optimale identitetsfølelsen for den unge voksne som «et velvære». Dette velværets «viktigste bestanddeler er å føle seg hjemme i egen kropp, ha en følelse av «å vite hvor man er på vei», og en indre forsikring av forventet anerkjennelse fra dem som teller.» Det er ikke så rent lite. Mange er jo slett ikke der.

La oss reflektere over samfunnsdelen av identiteten. Kirken og makten var tradisjonelt viktige for dannelse av identitet. Kirkens og troens rolle er dramatisk redusert. Nå formes vi i større grad av markedet. *Forbrukeren* er en meget viktig sosial karakter i dag. Den idealtypiske pubertale tenåringsen er ikke minst en konsument. Markedet og dets metaforer er med på å forme forholdene mellom mennesker og således forholdene til oss selv. *Konkurransen* er et bærende prinsipp. Det konkurreres ikke minst om *oppmerksomhet*. Satt på en metaforisk spiss: Møter mellom mennesker ligner en børs.

Det byttes og handles. Transaksjonene er ikke primært økonomiske, men psykologiske og sosiale. Det handler og handles om sosial anerkjennelse og selvfølelse, med overskudd og underskudd. Prestasjoner, sosial smartheit og stramme kropp er kapital på selvfølelsesbørsen. Vi setter pris på oss selv og andre. *Oppmerksomhetsøkonomi* er et helt sentralt begrep. Det er ifølge Lena Lindgren i hennes klarsynte og meget tankestimulerende essay om sosiale medier, psyke og kultur, *Ekko*. Et essay om algoritmer og begjær, omtrent halvparten økonomi og halvparten psykologi. Internettet og algoritmene er oppmerksomhetsøkonomiens sosiale medier (Lindgren 2021).

Mange samtaler om helse i begynnelsen av det 21. århundre handler om psykisk helse. Dette er *nervenes århundre*. Jeg er absolutt motstander av å sykeliggjøre generasjonene under meg. Men vi bør spørre: Psyken er skjør. Er det psykiske livet noe ekstra skjørt nå? Jeg tyr igjen til bokhyllen. Den amerikanske sosiologen David Riesman publiserte i 1950 den millionselgende klassikeren *The Lonely Crowd*. Riesman gir oss et helt nytt vokabular for å beskrive identitetens endrete vilkår i det nye forbrukersamfunnet.

Det finnes en historisk sosial karakter, *den tradisjonsstyrte*. Denne er underkastet

Møter mellom mennesker ligner en børs. Det byttes og handles. Transaksjonene er ikke primært økonomiske, men psykologiske og sosiale

I vår urolige kultur blir sosialiseringen mer horisontal. Unge danner - og dannes av - andre unge. Da er sammenligningen helt grunnleggende.

regler nedfelt gjennom generasjoner, og passer ikke så godt inn i det dynamiske moderne. Den *indrestyrte* karakteren er mer tilpasset den nye kapitalismen. Slike folk har evnene til å endre seg. De er samtidig fleksible og kan være ganske trygge i seg selv, skriver Riesman. I barndommen har de inderliggjort verdier som fungerer som et indre kompass, et gyroskop. Riesmans store bidrag er portrettet av et nytt menneske, den *ytrestyrte* karakteren. Mer enn et indre kompass navigerer denne etter en mental radar, opptatt av å tilpasse seg de andre. Dette er et hypersensitivt menneske, skriver han, som trenger oppmerksomhet og bekreftelse, og som er mer opptatt av å bli elsket enn å bli respektert. Denne nye amerikaneren, som for lengst er blitt norsk og som vi i påfallende grad kjenner igjen, er ikke lenger så opptatt av voksen autoritet, men av jevnaldergruppen og massemediene.

Behovet for å bli likt skaper konformitet, ifølge Riesman. Det er en annen konformitet enn for det tradisjonsstyrte mennesket, som er underkastet strenge regler for moral og atferd. Det er i stedet konformiteten til alle de som opportunistisk overtilpasser seg de andre. Om den tradisjonsstyrte og indrestyrte kan kjenne på *skammen og skylden*, er det særlig angsten som truer den ytrestyrte. Det er angsten for ikke å bli likt, ikke å bli innlemmet og angsten for utstøtelsen.

Tradisjonell dannelse av identitet handlet mye om en *vertikal sosialisering*. Vi formes i stor grad av våre foreldre og tradisjonen. I *oppbruddssamfunnet* kan vi ikke i samme grad lene oss mot historien for å bli oss selv. I vår urolige kultur blir sosialiseringen mer *horisontal*. Unge danner og dannes av andre unge. Da er *sammenligningen* helt grunnleggende. Redaksjonen ga meg altså nøkkelordet «kontroll». Her kommer jeg med et par nøkkelord til: *sammenligning og sammenligningens psykologi*.

Spiseforstyrrelser er et kjerneeksempel på det ytrestyrtes patologi. Spiseforstyrrelser er ofte en mangelsykdom – en sult etter trygghet, visshet, bekreftelser, oversikt og kontroll. Angst og sosial utrygghet blir konkret spilt ut på kroppslige scener. Prisen er at den som er mest opptatt av sin kropp, ofte er den samme som minst kjenner seg selv og sin kropps sanselighet. Dette er problematisk og paradoksalt på en veldig trist måte.

Jeg henter frem en ny bok. Jeg skal presentere den kort og effektivt, da den selv er meget tynn. Den fransk-amerikanske tenkeren René Girard publiserte i 2013, i sitt nittiende år, pamfletten *Anorexia and Mimetic Desire*. Mimesis betyr etterligning. Når vi begjærer noe, skriver han, så er det ikke først og fremst et forhold mellom oss og det begjærte. Begjæret går omveien via andre. Vi vil ha det andre vil ha.

René Girards frekke hovedbudskap er at vi som forsøker å forstå spiseforstyrrelser, ikke forstår særlig fordi vi gjør det for komplisert. Vi ser ikke at det er *for enkelt*: At hun eller han helt konkret forsøker å bli som andre gjennom *etterligning, misunnelse og rivalisering*. Det er altså en *konkurranse*, ikke minst om oppmerksomhet. I kommentarfeltet til en av våre mest leste rosabloggere fant jeg følgende: «Du er fantastisk. Jeg vil bli meg selv ved å bli akkurat som deg.» Altså sammenligningens psykologi. René Girard gjør det også for lett for seg selv, da han ikke ser mye som vi klinikere ser, vi som arbeider med unge mennesker – med eller uten problematiske forhold til mat og kropp. Men hans vektlegging av *sammenligningens psykologi* er absolutt essensiell.

Mye av det vi omtaler som psykisk lidelse, er således *sosial lidelse*. En av de største prestasjonene i prestasjonskulturen, utover poeng, penger og PISA, er simpelthen å få det til med de andre. Sykeliggjøringen av den enkelte kan tildekke språket om *de sosiale nervene*. Smertene i oss kan sjelden løsrives fra smertene mellom oss. Sett fra min psykiaterstol er mye av samtiden preget av nettopp Girards mimetiske begjær, opptattheten av å ligne.

Dette sammenlignende ytrestyrte mennesket kommer fort i trøbbel. Når selvet bygges rundt de andres referanser og preferanser, truer det selvstendighet og selvfølelse,

Identitet handler også om valg. Vi kan skjerpe oss, og vi kan velge bedre. Men vi kan ikke velge å bli hva som helst bare vi anstrenger oss nok.

selve kontakten med en selv. Den britiske barnelegen og psykoanalytikeren Donald Winnicott (1965) skapte begrepet «*det falske selvet*» om barnet som er ekstra årvåkent for andres behov. Det kan bli den flinke som spiller strålende på de sosiale scenene. Enn så lenge. Kloke Winnicott knytter det falske selvet til det noe tomt og dødt. Det er noe vitalt som mangler.

Det finnes en myte om at vi kan skape oss selv. Myter er både sanne og usanne. Vi har store muligheter til endring, så absolutt. Identitet handler også om valg. Vi kan skjerpe oss, og vi kan velge bedre. Men vi kan ikke velge å bli hva som helst bare vi anstrenger oss nok. «Just do it,» sier Nike. Nei, så enkelt er det ikke. Slike ideer om å være sin egen lykkes smed, har imidlertid fått et ganske godt grep i samtidskulturen.

Ikke minst skal man skape seg selv, forbedre seg selv og promotere seg selv på de sosiale plattformene. Det er en stor jobb for et lite menneske. Jeg spissformulerer: først ble vi skapt av Gud, så var det foreldrene, men nå må unge mennesker skape seg selv. Å være sin egen skaper er en voldsom idé. Jeg har ovenfor beskrevet at vi er *konsumenter*. Men i de sosiale mediene blir vi også til *produsenter*, hvor vi forsøker å produsere bilder av oss selv som skårer godt i oppmerksomhetsøkonomien.

Vi kan velge hvem vi skal bli, men slett ikke så mye som outrerte versjoner av selvsjapelsesmyten lover. Det er simpelthen fordi vi er menneskelige, som, takk og pris, også betyr våre svakheter, begrensninger og forskjeller. Stedet vi skal til avhenger selvfølgelig av hvor vi kommer fra - med våre bagasjer. Og en slik idé om friheten til å skape seg selv, undergraver det faktum at mange industrier kontinuerlig former oss. Det er dem som jobber med å få oss til å bli den vellykkete versjon av oss selv. Det er industrier som skjønnhet, klær, helse, kost, fitness, sunnhet, events, sex, kirurgi, farmaka, selvhjelp, coaching, terapi. Og så videre.

Ja, nå er vi igjen ved kroppen og maten. Menneskekroppen er svært følsom for den store kulturen. I 1947 skrev sosialantropologen Margaret Mead om hvordan kulturer i rask forandring løfter frem den konkrete kroppen som et redskap for å kommunisere. Kroppen er vårt fremste sosiale medium. Den moderne tilstanden er vedvarende omorganisering. Det mest stabile er tilstanden av ustabilitet. Dette kan av mange oppleves som angst og uro. Da søker man gjerne forenklingene. Kontroll over kroppen kan gi en illusjon av kontroll over livet. Når virkeligheten er vanskelig å fange *innenfra*, som sinn, forsøker vi gjerne å fange *utenfra*, som kropp.

Enhver kultur har kroppsidealer. Spørsmålet er hvilke de er, og hvor hardt og bredt de rammer, og hvor stor intoleransen er. Vi har belegg for å si at normene blir trangere, mer detaljerte, rammer meget bredt og ikke minst kryper nedover i aldersgruppen. Skjønnhetsidealer som historisk var forbeholdt en overklasse, rammer nå «alle». En gang handlet det om klær og dekor. Nå handler det mer om at kroppen er selvet, og at den oppfattes som et stykke materie som kan omformes, som om den var leire.

Da jeg vokste opp, var six-pack en pakning med seks boksøl. Nå er det også et navn på at magemuskulaturens bunter synes. Kroppene beleires av normer: flate mager, harde muskler, lange treningsøkter, enduro, lite underhudsfett, mager kost, blekete tenner og nypåfunne estetiske idealer som *thigh gap*, *bikini bridge* og *Table-rone Tunnel*. Og normene okkuperer nye områder av kroppen, som behåring i skrittet og kjønnsleppenes utseende. Å dusje etter gymmen er blitt problematisk.

Jeg anbefaler boken *The Coming of The Body* av den franske filosofen Hervé Juvin (2010). Han beskriver at vi i det 21. århundre har fått «en ny kropp». Endelig lærte den medisinske vitenskapen å behandle syke, levealderen er betydelig forlenget, behov dekkes, smerte lindres, nytelse settes i sentrum, man kan få barn uten sex, unge mennesker møtes intimt via skjermer, kirurgien er plastisk osv. Alt dette omdefinerer hva det betyr å være et menneske, skriver han. Vi har fått en ny kropp, men skriver Juvin, «det fulgte ikke med noen bruksanvisning».

**Men vi kan
absolutt hevde at
spiseforstyrrelser
sladrer meget
tydelig og ganske
så presist om trekk
og dilemmaer i vår
samtidskultur.**

Jeg liker formuleringen «den nye kroppen». Det er både på godt og vondt. Det handler om friheter, fra «blod og stål» og eksempelvis om å kunne bli mor eller far via ny teknologi. Fra min bekymrete posisjon er jeg dessverre opptatt av det som ikke er så godt. «Vi mister de følelsesmessige og moralske kompassene i prosessen», skriver filosofen (Juvin, 2010). Denne nye kroppsligheten er ikke minst instrumentell. Kroppslige praksiser, som trening og dietter, blir anvendt for å regulere følelser og forhold, for sinnet og det sosiale. Ikke minst bruker vi våre kropp til å presentere oss for hverandre, skriver han, og venter på anerkjennende respons i oppmerksomhetsøkonomien.

Presentasjonangst er en oppdatert versjon av prestasjonsangst. Den største kliniske kostnaden ved den nye kroppen er kanskje misnøyen. Og misnøyen blir altså globalisert. Unge mennesker bruker mye tid og krefter på å forkaste seg selv. Det er i seg selv ikke en sykdom. Men det er trist. Når opptattheten av mat, kropp og kontroll blir til en «overopptatthet», altså at man i tanke og følelser mister kontrollen over sitt kroppsprosjekt, da kaller vi det gjerne sykdom, altså spiseforstyrrelser. Overgangene mellom plaget og sykkelig er jo ikke helt tydelige.

Men vi kan absolutt hevde at spiseforstyrrelser sladrer meget tydelig og ganske så presist om trekk og dilemmaer i vår samtidskultur.

Referanser

- Bauman, Z. (2000). *Liquid modernity*. Cambridge: Polity Press.
- Erikson, E.H. (1968). *Identity. Youth and crisis*. New York: W.W. Norton Company.
- Juvin, H. (2010). *The coming of the body*. London: Verso.
- Lindgren, L. (2021). *Ekko. Et essay om algoritmer og begjær*. Oslo: Gyldendal.
- Mead, M. (1947). *The concept of culture and the psychosomatic approach*. *Psychiatry*, 10, 57-76.
- Riesman, D. (1950/2001). *The lonely crowd*. London: Yale University Press.
- Skårderud, F. (2018). *I skjønneste uorden. Møter med Edvard Munchs maleri Pubertet*, s. 8-40. Oslo: Munchmuseet og Orfeus Publishing AS.
- Winnicott, D. W. (1965). «Ego distortion in terms of true and false self». *The Maturation Process and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*, s. 140-157. New York: International Universities Press, Inc.

Psykens byggesteiner: kosthold og fysisk aktivitet

Av Therese Fostervold Mathisen og Jorunn Sundgot-Borgen



Therese Fostervold Mathisen er postdok og førsteamanuensis ved BSc sykepleie, Høgskolen i Østfold, Fakultet for helse, velferd og organisasjon. Forsknings- og undervisningsområder: Idrettsmedisin, behandling av spiseforstyrrelser, kvinnehelse, svangerskap og trening, kroppssammensetning, fysisk aktivitet og helse, fysisk aktivitet og mental helse, idrettsernæring, anatomi og fysiologi. Leder i Norsk selskap for spiseforstyrrelser og i Norsk forening for helse- og treningsfysiologer.

Jorunn Sundgot-Borgen er professor i fysisk aktivitet og helse på Norges Idrettshøgskole, idrettsmedisinsk institutt. Forsknings- og undervisningsområder: Idrettsmedisin, med spesielt fokus på tema knyttet til kvinnehelse; vektregulering, spiseforstyrrelser, reproduksjon, svangerskap og trening, mental helse og seksuell trakassering.

Mange norske barn og unge vil trolig oppleve bedre helse og trivsel ved å lære mer om helsefremmende kosthold, innarbeide gode kostholdsrutiner, og inkluderes i regelmessig fysisk aktivitet¹. Nasjonale kartlegginger viser til sosiale ulikheter og et generelt forbedringspotensial, parallelt til at internasjonale kunnskapsoppsummeringer poengterer fordelene ved regelmessig fysisk aktivitet og sunne kostholdsvaner. Gjennom kostholdet tilbyr vi kroppen vår de byggesteiner og den energi som skal gi grunnlag for vekst og utvikling, og som vi i ferdig utviklet tilstand trenger for å vedlikeholde funksjonsevnen fysisk og mentalt. Mens kosthold serverer byggesteiner, er hverdagslig fysisk aktivitet med på å modulere veksten og utviklingen av organ og kroppsvev. I dette kapittelet ser vi nærmere på hvordan kosthold og fysisk aktivitet legger grunnlag for psykisk helse, sammenhenger mellom disse livsstilsforhold og psykisk helse, og hvilke forklaringer som ligger bak slike sammenhenger. Vi ser også på hvilke tiltak som virker tilretteleggende for at flere norske barn og unge skal kunne dra fordel av de positive effekter vi kjenner fra kosthold og fysisk aktivitet.

«If we could give every individual the right amount of nourishment and exercise, not too little and not too much, we would have found the safest way to health»
(Hippocrates, 460-377 f.Kr)

Livsstilen vår påvirker ikke bare fysisk helse, der daglig yteevne, risiko for livsstilssykdommer og dødelighet er viktige utfallsmål, men også psykisk helse. Og for å ta et

¹ «Fysisk aktivitet» forstås her som enhver kroppslig bevegelse utført av skjelettmuskulatur og som medfører en økning av energiomsetningen i kroppen. Dette er til kontrast for begrepet «trening», som omfavner fysisk aktivitet som gjennomføres systematisk med en viss intensitet, varighet og frekvens, og som har til formål å øke eller vedlikeholde funksjon og fysisk yteevne.

Gjennom kostholdet tilbyr vi kroppen vår de byggesteiner og den energi som skal gi grunnlag for vekst og utvikling, og som vi i ferdig utviklet tilstand trenger for å vedlikeholde funksjonsevnen fysisk og mentalt.

opp-gjør med vår typiske tanke om en todeling av helse, kan vi si at livsstil forplanter seg raskt i effekter som kommer til uttrykk både fysisk og psykisk etter både direkte og samvirkende/forsterkende mekanismer.

Det er mange deler av livsstilen vår som i så måte har effekter, men to livsstilsfaktorer som alle mennesker må forholde seg til i det daglige liv, er kosthold og bevegelse. Dette er også to av de mest sentrale forholdene som verdens helseorganisasjon (WHO) peker mot når de ønsker å fremme bedre helse, mestring og funksjon for verdens befolkning (World Health Organization, 2005, 2013).

Gjennom kostholdet tilbyr vi kroppen vår de byggesteiner og den energi som skal gi grunnlag for vekst og utvikling, og som vi i ferdig utviklet tilstand trenger for å vedlikeholde funksjonsevnen fysisk og mentalt. Det er ikke bare avgjørende å få i seg nok av alle byggesteinene og energien, men også å gi kroppen de beste kvalitative valgene.

Mens kosthold serverer byggesteiner, er aktiviteten vi gjennomfører hver dag med på å modulere veksten og utviklingen av organ og kroppsvev. Slik modulering vil ikke bare påvirke størrelse av vevet (for eksempel større hjertemuskulatur), innholdet i vevet (for eksempel større tetthet av blodårer), eller retningsdimensjonene vevet tar (for eksempel benvevets struktur), men også hvor aktivt vevet er eller hvordan vevet kan kommunisere med nærliggende vev.

Slike moduleringer er ikke bare typisk for vev som vi normalt knytter til somatisk helse, men også vev som er sentralt for vår mentale helse og kognitive evner; hjernen. I dette kapitlet ser vi nærmere på hvordan kosthold og fysisk aktivitet legger grunnlag for psykisk helse, sammenhenger mellom disse livsstils forhold og psykisk helse, og hvilke forklaringer som ligger bak slike sammenhenger. Vi ser også på hvilke tiltak som virker tilretteleggende for at flere norske barn og unge skal kunne dra fordel av de positive effekter vi kjenner fra smart kosthold og regelmessig fysisk aktivitet.

Sunt kosthold som premis for god psykisk helse

Sunt kosthold forstås her som å spise matvarer som gir kroppen de næringsstoffer som den trenger for å utvikle og vedlikeholde normal funksjon, og som bidrar til å begrense utvikling av redusert funksjonsevne og lidelse/sykdom. Hvilke næringsstoffer et menneske trenger for å utvikle seg og overleve er fremkommet gjennom forskning, oppsummert av WHO og deretter tilpasset nasjonale forhold og typiske populasjonsrelaterte genetiske variasjoner.

I Norge følger næringsstoffanbefalingene «Nordic Nutrition Recommendations 2012» (Nordic Council of Ministers, 2012), mens de nasjonale kostholdsrådene er utformet for å dekke disse næringsstoffbehov med et nasjonalpolitisk interessehensyn (Helsedirektoratet, 2013; Nasjonalt råd for ernæring, 2011).

Sammenheng mellom kosthold og psykisk helse

Vi vet i dag at svært tidlige livsforhold vil ha effekter på helse og utgjøre en risiko for utviklingssvakheter og sykdom senere i livet (Dahl E et al., 2014). Mors kosthold under svangerskapet er en av de viktige forholdene som har effekt på fosterets utvikling og senere helseutsikter (Dahl E et al., 2014).

Gjennom mors kosthold tilføres det utviklende fosteret byggesteinene som skal til for å skape et nytt individ. Både kostholdets innhold, mengde og hyppighet har betydning for den energitetthet, kvalitet og hormonelle uttrykk barnet eksponeres for. Et individs kosthold er i stor grad formet gjennom de første leveårene, og både dette og helsen som dette effektuerer, ser systematisk ut til å henge sammen med familiens sosioøkonomiske forhold (Dahl E et al., 2014).

Begrepsforklaringer:

- **Energitetthet** beskriver mengden energi per vektenhet. Energitettheten i matvarer avhenger av innholdet av fett, karbohydrat, protein, fiber og vann.
- **Kostholdskvalitet:** Hvilke matvarer, og derav næringsstoffer, som inngår i kostholdet. Begrepet kan favne om både kostholdets totale innhold av nødvendige næringsstoffer, men også om kvaliteten ved det enkelte næringsstoff som inngår (for eksempel mettet fett eller umettet fett, enkle sukkerarter eller sammensatte sukkerarter osv)
- **Hormonelle uttrykk:** Hvilke hormoner som er stimulert og som finnes utskilt og i sirkulasjon i kroppen (som medfører at disse vil ha en periode hvor deres spesifikke, stimulerende effekter er til stede).

Det er nå flere studier som peker mot at sunne kostholdsvaner sammenfaller med bedre mental helse (Adan et al., 2019). En stor kunnskapsoppsummering finner at det er et dose-respons forhold mellom kostholdskvalitet og kostholdsattferd, og livskvalitet hos barn og unge (Wu et al., 2019). I dette ligger forståelsen at jo sunnere kosthold og mindre spiseforstyrret atferd som observeres hos barna, jo bedre livskvalitet i flere aspekter av livet ble funnet.

Dette legger føringer for at tidlige tiltak hos barn, for å fremme sunne kostholdsvaner, vil kunne være viktig for å oppnå bedre opplevd livskvalitet hos unge (Wu et al., 2019). Tilsvarende funn er rapportert for førskole- og skolebarn, og for ungdom; der høyere inntak av frukt og grønt, eller mer spesifikt sunnere kostholdsvaner, sammenfaller med bedre mental helse (Gląbska et al., 2020; Guzek et al., 2020). Middelhavskostholdet er hyppig beskrevet i helsereelatert forskning, og det er dokumentert mange positive helseeffekter.

Det opprinnelige middelhavskostholdet er basert på lokalproduserte råvarer, med spesielt mye frukt, grønnsaker, belgfrukter, nøtter og olivenolje, samt moderat med fisk og meieriprodukter, og beskjedent med kjøtt, mens mer moderne prosesserte råvarer, halvfabrikata og sukkervarer er fraværende. Når det gjelder næringsstoffer inneholder middelhavskostholdet mye omega-3-fettsyrer, B-vitaminer, sink og magnesium (Lassale et al., 2019). Men det er viktig å være klar over at det kan være vanskelig å trekke ut slike enkeltkomponenter fra et helhetlig kosthold der næringsemner og matvarer opererer i et komplekst samspill (Adan et al., 2019).

En større kunnskapsoppsummering antyder at middelhavskostholdet har en beskyttende effekt for depresjon, trolig grunnet nettopp disse råvarene som antas å redusere inflammasjon i kroppen (Khanna et al., 2019; Lassale et al., 2019). Tilsvarende unike råvarer og tilhørende antatte effektive næringsstoffer finner man også i det opprinnelige nordiske kostholdet, som til nå har vist gode effekter for parameter som har betydning for hjerte- og karsykdommer og diabetes type 2. Potensialet for å se samme effekt på behandling av depresjon er stort, og en pågående ny norsk studie undersøker nettopp dette (Sabet et al., 2021). Samlet har disse tradisjonelle kostholdene til felles at de er basert på næringsrike råvarer som frukt, grønt, helkorn, og er beskjedne mht. rødt kjøtt, prosessert mat og tilsatt sukker. Det moderne vestlige kostholdet, som består mye av nettopp disse sistnevnte matvarene, er knyttet til økt risiko for depresjon i studier som følger grupper av mennesker over en lengre tidsperiode (longitudinelle studiedesign) (Khanna et al., 2019).

Mekanismer som forklarer sammenheng mellom kosthold og psykisk helse

Det er ulike forklaringsteorier på hvordan ernæring og kosthold påvirker mental helse. Kostholdet kan påvirke vår helse via interaksjon med næringsstoffer, enkelte matvarer eller sammensatte kosthold (for eksempel middelhavskostholdet versus moderne vestlig kosthold) (Marx et al., 2021). Forklaringene for slike effekter relateres til alt fra epigenetikk, tarmflora, direkte effekt på hormon- og signalsystemer, til endring av betennelsestendens i

Det er nå flere studier som peker mot at sunne kostholdsvaner sammenfaller med bedre mental helse.

Mindre enn halvparten av dagens unge tilfredstiller anbefalingen for daglig fysisk aktivitet.

kroppen, og trolig kan alle disse forhold være involvert (Marx et al., 2021).

Med de mange funn av positive sammenhenger mellom kosthold og mental helse, er det helt klart forhold man bør tilrettelegge for. Men det er viktig å merke seg at det er for tidlig å påstå at man kan forklare, eller behandle, psykisk lidelse eller helse ved slike enkelttiltak (Marx et al., 2021). Nåværende kunnskap peker hovedsakelig mot sammenhenger mellom mat/ernæring og mental helse, men er ikke egnet til å forklare årsaks-sammenhenger (Adan et al., 2019). Framtiden vil i så måte kunne bidra med økt kunnskap, men for å oppnå dette må det gode forskningsdesign til (Adan et al., 2019).

Funn fra norske kartlegginger

Under halvparten av dagens unge følger kostholdsrådene, og mindre enn halvparten av norske 15-åringer har felles familiemåltider daglig (Haug E, 2020). De fleste norske 13-åringer inntar daglig frokost, men nesten 40 % har ikke dette som daglig vane. Det er en større andel fra de med foreldre med lav utdanning som ikke spiser frokost daglig (Gebremariam et al., 2017). Sammenhengen mellom foreldres utdanningsnivå og barnas frokostvaner ser ut til å være mest forklart av antall timer barna får lov å sitte foran skjermer, tilgjengelighet av frokostmat, og av foreldrene som samspisende rollemodeller (Gebremariam et al., 2017).

Disse funn peker mot betydningen av klare rutiner i hjemmet, betydningen av fellesmåltider, og å tilrettelegge for frokost (dvs. få nok tid til søvn, ha mat tilgjengelig, og å skape noe sosialt rundt måltidet). Det er også funnet at andelen unge som oppgir at de daglig spiser frokost faller med økende alder (fra ca. 80 % blant 11-åringer til ca. 60 % blant 15-åringer) (Haug E, 2020). Dette innebærer at inntil 30-40 % av dagens unge møter til skole og læring uten energiinntak før skolestart (Bakken, 2019b).

Det er vist at inntak av frukt og grønt, samt forbruk av fisk er lavere enn anbefalt hos skolebarn, mens inntak av kjøtt, søtet drikke og godterier bidrar til et høyere inntak av mettet fett og sukker i forhold til anbefalingen (Hansen et al., 2015). Undersøkelser rundt skolematrutiner i grunnskolen viser at et mindretall tar del i melkeabonnementsordningen (30 %), og at det er en fallende tendens over de siste årene (Universitetet i Bergen, 2018).

Det samme lave antallet rapporterer daglig inntak av frukt til skolematen, og rundt ¼ av barna rapporterer å ikke spise opp skolematen sin (Universitetet i Bergen, 2018). Totalt 40 % av barn på 11 år inntar frukt og grønnsaker hver dag, og blant gutter faller inntaket med økende alder (Haug E, 2020). For daglig inntak av vitaminer og mineraler, er kostholdet tilfredsstillende, men for D-vitamin og jern er det mangelfullt hos de fleste, spesielt jentene (Hansen et al., 2015).

Når man ser på utvikling over tid i Norge, viser det seg at det er færre unge i dag enn for fire år siden som evner å etterleve kostholdsanbefalingene (Haug E, 2020). Videre viser forskning at færre 11-årige jenter i dag inntar frukt enn for fire år tilbake, og færre gutter inntar regelmessig frokost (Haug E, 2020). Tilgjengeliggjøring av lommepenger er med på å forme unges matvalg. Norske ungdomsskoleelever som har penger til å kjøpe skolemat ser nemlig ut til å ha mindre helsefremmende kosthold enn unge med medbrakt mat. Av ungdom som kjøper mat i kantinen mer enn to ganger per uke inntas det mer salt snacks, søte bakevarer og søt drikke gjennom skoleuken, og sjeldnere frokost hjemme, sammenlignet med dem som aldri eller sjeldent kjøper mat i kantinen (Chortatos et al., 2018).

Denne norske kartleggingen fant ellers ingen forskjeller i frukt og grønt inntak eller inntak av sjokolade og annet godis. Det viste seg at flere av disse innkjøpene foregikk i butikker eller utsalg i nærheten av skolen før/under/etter skoledagen (Chortatos et al., 2018). Lærerne som ble intervjuet i denne kartleggingen uttrykte forbauselse over hvor mye lommepenger enkelte rådet over, og fortalte at tross skolens forbud mot å gå på butikker i nærheten i friminuttene så kjente de til at flere likevel gjorde det. Prisgunstige alternativer på butikken sammenlignet med skolens kantine, samt det sosiale i å «stikke over» sammen som en gjeng, ble nevnt som trolige insentiver (Chortatos et al., 2018). En annen viktig

erfaring er at mange unge opplever kunnskaps- og ferdighetsmangel når de flytter for seg selv i studielivet (Garfjeld, 2018). Manglende matlagingskunnskap og oversikt over troverdige kilder til informasjon, gjør at unge har vanskelig for å finne ut av sunne matvarevalg i studenttilværelsen.

Disse funn tyder mot at både familien, lokalsamfunnet og skolen har viktige roller i å tilrettelegge for naturlige, sunne valg. Mange familier trenger hjelp til å finne gode rutiner og rammer som hjelper barn til å gjøre gode valg (for eksempel nok søvn, begrensninger rundt bruk eller tilgjengelighet av lommepenger, tilberedning og tilgjengeliggjøring av mat og måltider og samspising). Lokalsamfunnet bør ha gode planer for hvordan samfunnet og skole samarbeider og koordineres i nye arealplaner. Det å unngå nærhet mellom enkle og mindre sunne matutsalgs og skole vil være et viktig virkemiddel. At næringslivet samarbeider mht. prispolitikk, adgangsbegrensninger eller andre tiltak, kan også være mulige løsninger. For skolen vil det være sentralt å kjenne godt til Helsedirektoratets retningslinjer for skolemåltidet (blant annet nok tid og samvær med en voksen), ha regler for bevegelse utover skolens arena i skoletiden (som etterfølges!). Gunstig prispolitikk og sunt matvareutvalg i egne utvalg, vil også være meget sentralt. Det er rimelig å anta at en bedre kostholdsopplæring i skolen vil kunne bidra til at flere kan gjøre sunne kostholdsvalg og selv mestre matlaging når de senere skal håndtere slikt selvstendig.

Tiltak som kan fremme bedre kosthold hos unge i Norge

Dreiningen i fokus fra å ansvarliggjøre individet for helserelaterte valg, til å ansvarliggjøre samfunn og politikk, har medført en rekke strukturelle utprøvinger av eller anbefalinger for tiltak. Det er i dag stor enighet om at fokus på tilrettelegging av sunne valg må skje via samfunnsstrukturelle tiltak dersom vi skal oppnå en sosial utjevning i helseforskjeller. Således har skolen vært en ønsket arena for å oppnå tidlig og bred innsats. En norsk studie fra 2005 viste at tilbud om gratis skolefrukt bidro til økt inntak av frukt og grønt i skoletiden sammenlignet med dem som ikke fikk slikt tilbud, eller dem som fikk tilbud om privat-finansiert frukttilbud (Bere et al., 2005).

Det var også en interessant observasjon at blant den andel som har foreldre med lavere sosioøkonomisk status, oppnådde man samtidig en reduksjon i inntak av sukkerholdige varer (Bere et al., 2005). I samme studie fant de at når skolefruktordningen tilbys via betalt abonnement, var det hovedsakelig elever fra familier der frukt og grønt inntak allerede var høyt, der inntak av sukret vare var lav, og der andelen røykende foreldre var lav, som ønsket ta del i slik ordning. Elevene i intervensjonsskolen økte sin sunnhetsscore for matinntak, hovedsakelig på bakgrunn av økt inntak av frukt, grønt og fisk i forhold til kontrollskolen (IlløKken et al., 2017). En langtidsoppfølging av denne kohorten viste at de som hadde fått gratis frukt på skolen, tre år etterpå fremdeles spiste mer frukt enn dem som ikke fikk slik tilbud (Bere et al., 2007). Til tross for disse funn, som viser hvordan tilbud og pris kan utjevne sosiale forskjeller, valgte regjeringen å ikke subsidiere slik skolefrukt ordning fra 2014 (Bere, 2017).

En annen norsk studie har vurdert effekten av gratis skolemat basert på de norske kostholdsradene gjennom et skoleår (F. N. Vik et al., 2019). Resultatet viste at andelen som spiste sunn mat på skolen økte, og spesielt effektivt var det i gruppen elever som kom fra familier med lavere sosioøkonomisk status (F. N. Vik et al., 2019). På den annen side så man ingen endring i måltidsfrekvens hos de som fikk gratis skolemat, i forhold til en skole som ikke hadde tatt del i tilbudet (Frøydis N. Vik et al., 2019). Dette sammenfaller med funn fra en firemåneders pilotintervensjon, der man så at tilbud om gratis skolemat, som var basert på helsefremmende valg, ikke gav utslag i bedre sunnhetsscore for mat og måltider i forhold til en kontrollskole uten gratis matservering (Ask et al., 2010).

Sistnevnte studies resultater var dog noe preget av at oppfølgingsmålingen ble avholdt i mai måned, som er en tid mange i Norge tradisjonelt inntar en del festmat i

Pris er uten tvil et viktig virkemiddel, spesielt når fokus er utjevning av sosiale forskjeller i helse.

forbindelse med høytider. Disse studiene diskuterte også muligheten for at gratis skolelunsj kanskje har mindre effekt en gratis skolefrokost, spesielt om man ser på måltidsfrekvens, fordi en for høy andel unge i dag møter på skolen uten mat i magen (Haug E, 2020; Opplysningskontoret i Landbruket & sjømatråd, 2020).

Pris er uten tvil et viktig virkemiddel, spesielt når fokus er utjevning av sosiale forskjeller i helse. Skolearenaen er i så måte en ideell arena å operere på, ikke bare fordi vi når alle barn og unge i Norge, men fordi vi når dem tidlig, og kan dermed både fremme sunne, livsvarige valg som også kan ha en positiv effekt på deres læringsutbytte. Det er derfor viktig at stat og kommune sammen kommer fram til gode løsninger som kan tilrettelegge for at flere barn og unge får mulighet til å spise sunnere mat i skolehverdagen. Like viktig er det med følgeforskning, for å avdekke hvilke innsatsområder og virkemidler som har effekt; her er forskningsfeltet enda ungt.

Fysisk aktivitet gjør det mulig å bevare god psykisk helse

Fysisk aktivitet kan være alt fra aktivt husarbeid, til å aktivt transportere seg fra for eksempel hjem til skole, eller å gjennomføre en treningsøkt. Mens fysisk aktivitet i arbeidshverdagen (ofte stressbetont og ensidig bevegelsesmønster og/eller ugunstige arbeidsposisjoner) kan være belastende for helsen, er det meste av frivillig fysisk bevegelse i hverdagen og fritiden med på å fremme god funksjon og livskvalitet.

Sammenheng mellom fysisk aktivitet og psykisk helse

Det foreligger flere litteraturgjennomganger som viser til positiv sammenheng mellom fysisk aktivitet og psykisk helse hos ungdom, og dette er sammenhenger som både er funnet i tverrsnittstudier, longitudinelle studier, og i intervensjonsstudier (Biddle, 2016; Biddle & Asare, 2011; Grasdalsmoen et al., 2020; Rodriguez-Ayllon et al., 2019; Wu et al., 2017). Mentale helseeffekter som nevnes ved regelmessig fysisk aktivitet er mindre depresjon, stress, negativ affekt og totalt sett mindre psykisk lidelse, samtidig som det identifiseres bedre psykisk velvære (for eksempel selvbilde, livstilfredshet og glede) (Grasdalsmoen et al., 2020; Rodriguez-Ayllon et al., 2019; Wu et al., 2017).

Samtidig viser studiene de motsatte helseeffektene med økende grad av fysisk inaktivitet. Disse sammenhengene mellom fysisk aktivitet og psykisk helse antydes å ha et «dose-respons»-forhold i den forstand at jo mer aktivitet, dess bedre effekter (Grasdalsmoen et al., 2020; Wu et al., 2017). Selv om forholdet mellom fysisk aktivitet og psykisk helse kan påstås å være bidireksjonelle (altså at begge faktorer kan like mye være årsak som effekt), er det flere intervensjonsstudier som viser til resultater der igangsatt fysisk aktivitet forårsaker positive psykiske helseeffekter.

Det kan være viktig å samtidig evaluere motivene for å drive fysisk aktivitet når man ser på slike sammenhenger. Med økende alder ser vi at flere norske unge faller fra organisert idrett, men at stadig flere forflytter seg over i treningscenterarenaen. Dette er en viktig arena som kan tilby fysisk aktivitet for dem som ikke finner seg til rette i organisert idrett. Men selv om dette er en arena som tilbyr mulighet til å ivareta eller fremme helse, finnes det også et sterkt underliggende budskap knyttet til vektregulering og figurforming. Dette er et fokus som både treningscenterbransjen selv har løftet fram (Brown et al., 2017), og som instruktørene selv har både promotert og rapportert som utfordrende for egen trivsel (Bratland-Sanda et al., 2015; Hutson, 2013; Mathisen et al., 2020).

Det å motiveres for fysisk aktivitet for vekt og figuridealiserings er forbundet med stor grad av kroppsmisnøye, spiseforstyrret atferd, depresjon og psykisk stress (Bakken et al., 2019; Gjestvang et al., 2021; Holland & Tiggemann, 2017; Robinson et al., 2017). Blant norsk ungdom som rapporterer stor opplevelse av psykisk stress, er skoleprestasjoner og kroppsfokus de mest rapporterte negative forventningsbelastninger (Bakken, 2019b). En studie som så på bruk av kosttilskudd blant norsk ungdom, fant at blant skolegutter var det dem som hadde

mest kroppsmisnøye, og som trente i treningssenter som brukte mest tilskudd (Svantorp-Tveiten KMD et al., 2021). En annen studie som vurderte forekomst og opplevelse av kroppspress blant norske studenter, fant at treningssenterarenaen var den arena som hyppigst ble rapportert som kilde til opplevelse av kroppspress (Sundgot-Borgen et al., 2021).

Mekanismer som forklarer sammenheng mellom fysisk aktivitet og psykisk helse

Det er flere teorier for de fordelaktige mentale helseeffekter fra regelmessig fysisk aktivitet, og disse kan grovt sett deles i nevrostrukturelle endringer i hjernen, psykososiale teorier og atferdsteorier (Lubans et al., 2016). Førstnevnte handler om strukturelle endringer i hjernevevet (økning av hjerneceller, bedre forgrening og derav kontaktflate mellom hjerneceller) og funksjonelle endringer (bedre kommunikasjon mellom hjerneceller).

De psykososiale teoriene baserer seg i hovedsak på endring av selvbilde og humør/sinnsstemning, og opplevelse av verdi og tilhørighet i samspillet med andre under aktivitet, mens adferdsteorier handler om bedre søvnrhythme, mestring og selvregulering (Lubans et al., 2016). Og selv om det er få studier som har vurdert nevrostrukturelle endringer hos mennesker, finnes det flere dyrestudier som har lovende/mulige forklaringer.

Muskulatur er funnet å være et høyst metabolsk vev, som skiller ut flere signalstoffer (mykoiner) som kan interagere med annet vev i kroppen (Delezie & Handschin, 2018; Severinsen & Pedersen, 2020). Slike signalstoffer har konkrete vektstimulerende effekter som kan bidra til vevsendring. Slike signalstoffer er nevnt å være *Brain Derived Neurotrophic Factor* (BDNF), *Vascular Endothelial Growth Factor* (VEGF), irisin, cathepsin-B, men også produkter fra muskelcellens stoffskifte, laktat (melkesyre!) (Delezie & Handschin, 2018; Morland et al., 2017; Severinsen & Pedersen, 2020).

Disse signalstoffene er knyttet til effekter som økt levetid hos hjerneceller, vekst og utvikling av hjerneceller (økt antall dendritter og synapser, dvs. kontaktflater mellom celler, og nydannelse av nerveceller), endret signalaktivitet mellom nerveceller, endring av aktivitet i signalbaner etter spesifikke stimuli/triggere, og også økt blodårevekst i hjernevevet (Delezie & Handschin, 2018; Morland et al., 2017; Severinsen & Pedersen, 2020).

Funn fra norske kartlegginger

Mindre enn halvparten av dagens unge tilfredsstillende anbefalingen for daglig fysisk aktivitet, hvilket har vært et stabilt funn de siste elleve årene (Bakken, 2019b). Andelen som oppgir at de trener, er i dag lik som for 30 år siden; 8 av 10 trener minst én gang fast i uken (Bakken, 2019b).

Disse funnene er like mellom kjønn, men det er et noe lavere nivå av fysisk aktivitet blant elever på videregående skole enn på ungdomsskolen. Dette sistnevnte sammenfaller også med at flere i ungdomsårene går over fra å drive trening i organisert idrett til å benytte seg av treningssentre (Bakken, 2019a, 2019b). Dette frafallet fra organisert idrett synes tydeligst blant jenter, og innehar også en betydelig sosial gradient.

Den sosiale forskjellen i hvem som tidligere slutter med organisert idrett antas å ha sammenheng med økte kostnader for å kunne delta, og tid og ressurser det krever av foreldre mht. kjøring og henting (Bakken, 2019b).

Blant dem som faller fra organisert idrett, er argumenter som tidspress, at andre venner sluttet, opplevelsen av at det ble for seriøst, at det ikke er moro lenger, eller skader blant de mest hyppig rapporterte (Bakken, 2019a). Og motsatt viser det seg at det er venner som gjør at man starter i idrett og at man fortsetter i idrett (Bakken, 2019a).

Familiens interesser er også avgjørende, da det viser seg å være større sjanse for å holde seg i idretten dersom dette er en interesse som står sterkt i familien (Bakken, 2019a).

Tiltak som kan fremme bedre fysisk aktivitet hos barn og unge i Norge

Det er familien som har det grunnleggende ansvaret for at barna får anledning til å være

fysisk aktive, men fordi de fleste små barn tilbringer store deler av sin våkentid i barnehagen, har barnehagen også stor innflytelse på barns aktivitetsvaner. Fysisk aktivitet bør innarbeides i barnehagens årsplaner og forankres hos alle ansatte og foreldre; og mens noen barnehager tilbyr et idrettsaktivt fokus (såkalte idrettsbarnehager), er fokus på bevegelsesglede noe alle barnehager kan få til (Lillehammer kommune, 2018).

I dette arbeidet er det viktig at barnehagen legger til rette for at barnas bevegelsesglede og motoriske utvikling fremmes, hvilket kan kreve spesiell kunnskap om hvordan tilpasse aktivitetstilbudet til de enkelte barn ut fra deres funksjonelle behov, og etter hvert også ut fra deres preferanser. Erfaring viser at det er avgjørende at ansatte og foreldre er gode rollemodeller for at alle barn blir deltakende i de fysiske aktivitetene.

I motsetning til forslaget til regjeringen i 2021 om å fjerne kroppsøving som fellesfag (Ertesvåg & Røsvik, 2021), vil det å beholde kroppsøving som obligatorisk fag på alle trinn være helt sentralt for å forebygge inaktivitet og uhelse hos barn og unge. Når det er sagt, så er det behov for en stadig utvikling av innhold og presentasjon av kroppsøvingsfaget slik at enderesultatet knyttet til undervisningen ikke blir uheldige erfaringer ved det å ikke å mestre (Aftenposten mening, 2016; Aamli, 2019).

Endringen av kroppsøvingen, der øving og evaluering av idrettsferdigheter nedtones, og fokus på helse og bevegelsesglede fremmes, er et etterlenget skritt i riktig retning (Utdanningsdirektoratet). Det er viktig at skolearenaen legger til rette for opplevelse av glede, funksjon og mestring knyttet til aktivitet, slik at det å være fysisk aktiv forblir en naturlig del av hverdagen. Det må også bli enklere å være aktiv i hverdagen. Det betyr at myndighetene må legge til rette for aktivitet i nærmiljøet og trygge skoleveier, slik at barn og unge kan benytte aktiv transport og finne aktive fritidstilbud.

Norges idrettsforbund skal ha en sentral rolle når det gjelder å legge til rette for aktivitet/utøvelse av idrett for alle; uavhengig av foreldrenes inntekt, kulturelle bakgrunn, barnets funksjonsnivå, talent, etnisitet eller seksuell legning. I dag er frafallet alt for høyt i den viktige aldersgruppen 13-16 år. I denne aldersgruppen er det også en tydelig gradient i frafallet mht. sosioøkonomi og immigrasjonsstatus.

Dette antyder at Norges idrettsforbund har en stor oppgave i å finne metoder og tilbud som holder flere unge i aktivitet lenger.

Alle foreldre ønsker å gjøre det beste for sine barn, og det er tydelig i undersøkelser at foreldre og venners vaner er sentrale for barn og unges valg når det gjelder aktivitet/inaktivitet (Dahl E et al., 2014).

Det betyr at for unge som kommer fra familier hvor fysisk aktivitet ikke er en naturlig del av hverdagen, må det finnes stimuleringsiltak som gjør det mulig for barn og unge å oppleve motivasjon og lystbetont aktivitet. I dette ligger betydningen av at barnehage og skole skaper et godt forhold til og en god opplevelse av aktivitet, at lokalsamfunnet skaper muligheter for aktiv fritid, og at idrettsforbundet utarbeider tiltak og insentiver som gjør at lokale klubber kan ha et utvidet aktivitetstilbud – ikke bare for unge som ønsker satse og prestere i idrett.

«Tap for all del ikke lysten til å gå: jeg går meg til det daglige velbefinnende hver dag og går fra enhver sykdom; jeg har gått meg til mine beste tanker og jeg kjenner ingen tanke så tung at man ikke kan gå fra den. Selv om man gikk slik etter sin helbred at den bestandig var en stasjon foran – ville jeg likvel si: gå! Det er jo også så åpenbart at man dog ved å gå kommer velbefinnende så nær som deet er mulig, selv om man ikke når det helt – men ved å sitte stille, og jo mer man sitter stille, desto nærmere kommer illebefinnendeet. Bare i bevegelsen er sunnheten og helsen og finne.»

– Søren Kirkegård

FYSISK AKTIVITET

- **Anbefalt:** Unge er anbefalt å redusere sin daglige stillesittende tid, å være i aktivitet som tilsvarer moderat til intensiv intensitet i minst 60 minutter daglig, og sørge for at minst to økter pr uke involverer styrkende øvelser. (World Health Organization, 2020)
- **PRAKTISERT:** Unge i Norge tilbringer flere enn 90 % av sin dag stillesittende eller i svært lavintensiv bevegelse, og mens nær 70 % av unge under ni år klarer å etterleve anbefalingen om moderat til intensiv aktivitet, er det under 50 % av de over 15 år som mestrer dette (Bakken, 2019b; Haug E, 2020; World Health Organization, 2005).
- **Effekter:** Fysisk aktivitet har dokumenterte effekter på selvfølelse, selvtillit, selvbilde, mestringsopplevelse, livskvalitet, depresjon, og på kognitive egenskaper som for eksempel impulsregulering og læring.

KOSTHOLD

- **Anbefalt:** Kostholdet bør i hovedsak være variert, i større grad plantebasert, og med fokus på (lokale) råvarer framfor prosesserte matprodukter.
- **Praktisert:** Norske kostholdsundersøkelser og kartlegging av matvareforbruk antyder at unge bør øke inntaket av frukt og grønt, dreie inntaket fra mye kjøtt til mer fisk, spise grovere kornprodukter, og redusere daglig inntak av sukret drikke. Pris, tilgang og rollemodeller er viktige virkemidler.
- **Effekter:** Å følge de tolv norske kostholdsrådene skal sikre god helse og utvikling, og forebygge sykdom og lidelse. Enkelt studier viser at kosthold som er basert på matvarer som gjenfinnes i nasjonale kostholds anbefalinger kan forebygge eller også bidra til å behandle ulike mentale lidelser, slik som depresjon.

-

Referanser

- Adan, R. A. H., van der Beek, E. M., Buitelaar, J. K., Cryan, J. F., Hebebrand, J., Higgs, S., Schellekens, H. & Dickson, S. L. (2019). *Nutritional psychiatry: Towards improving mental health by what you eat*. *European Neuropsychopharmacology*, 29(12), 1321-1332. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2019.10.011>
- Aftenposten mening. (2016). *Karakter i gym er karakter på kropp*. Aftenposten. <https://www.aftenposten.no/meninger/sid/i/WOQJK/karakter-i-gym-er-karakter-paa-kropp>
- Ask, A. S., Hernes, S., Aarek, I., Vik, F., Brodahl, C. & Haugen, M. (2010). *Serving of free school lunch to secondary-school pupils - a pilot study with health implications*. *Public Health Nutrition*, 13(2), 238-244. <https://doi.org/10.1017/s1368980009990772>
- Bakken, A. (2019a). *Idrettens posisjon i ungdomstiden*. (ISBN 978-82-7894-689-3). (NOVA, Issue. <https://fagarkivet.oslomet.no/bitstream/handle/20.500.12199/1298/NOVA-Rapport-2-2019-Idrettens-posisjon-i-ungdomstida-25-februar-2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bakken, A. (2019b). Ungdata. *National results on adolescent mental health 2019*, NOVA report 9/19. NOVA, OsloMet. O. NOVA. <https://fagarkivet.oslomet.no/en/item/asset/dspace:15946/Ungdata-2019-Nettversjon.pdf>
- Bakken, A., Sletten, M. & Eriksen, I. (2019). *Generation performance?* *Tidsskrift for ungdomsforskning*, 18(2), 30. <https://journals.hioa.no/index.php/ungdomsforskning/article/view/3151>
- Bere, E. (2017). *Få tilbake skolefrukten!* blogg.Forskning.no. <https://blogg.forskning.no/helsebloggen/fa-tilbake-skolefrukten/1096991>
- Bere, E., Veierød, M. B. & Klepp, K.-I. (2005). *The Norwegian School Fruit Programme: evaluating paid vs. no-cost subscriptions*. *Preventive Medicine*, 41(2), 463-470. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2004.11.024>
- Bere, E., Veierød, M. B., Skare, Ø. & Klepp, K.-I. (2007). *Free school fruit - sustained effect three years later*. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 4(1), 5. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-4-5>
- Biddle, S. (2016). *Physical activity and mental health: evidence is growing*. *World Psychiatry*, 15(2), 176.
- Biddle, S. J. & Asare, M. (2011). *Physical activity and mental health in children and adolescents: a review of reviews*. *British Journal of Sports Medicine*, 45(11), 886-895. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2011-090185>
- Bratland-Sanda, S., Nilsson, M. P. & Sundgot-Borgen, J. (2015). *Disordered eating behavior among group fitness instructors: a health-threatening secret?* *Journal of Eating Disorders*, 3(1), 22. <https://doi.org/10.1186/s40337-015-0059-x>
- Brown, T. C., Miller, B. M. & Adams, B. M. (2017). *What's in a name? Group fitness class names and women's reasons for exercising*. *Health Marketing Quarterly*, 34(2), 142-155. <https://doi.org/10.1080/07359683.2017.1309212>
- Chortatos, A., Terragni, L., Henjum, S., Gjertsen, M., Torheim, L. E. & Gebremariam, M. K. (2018). *Consumption habits of school canteen and non-canteen users among Norwegian young adolescents: a mixed method analysis*. *BMC Pediatrics*, 18(1), 328. <https://doi.org/10.1186/s12887-018-1299-0>

- Dahl E, Bergsli H & KA, v. d. V. (2014). *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt*. Høgskolen i Oslo og Akershus. H. i. O. o. Akershus. http://handling.forebygging.no/Global/Sosial%20ulikhet%20i%20helse%20En%20norsk%20kunnskapsoversikt_Hovedrapport.pdf
- Delezie, J. & Handschin, C. (2018). *Endocrine Crosstalk Between Skeletal Muscle and the Brain* [Review]. *Frontiers in Neurology*, 9(698). <https://doi.org/10.3389/fneur.2018.00698>
- Ertesvåg, F. & Røsvik, E. (2021, 22.04.2021). *Sender bekymringsbrev til Melby: Gym-kutt kan føre til mer sykdom*. VG. <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/0K8gMg/sender-bekymringsbrev-til-melby-gym-kutt-kan-foere-til-mer-sykdom>
- Garfjeld, M. (2018). *Unge mangler kunnskap om sunn livsstil: - Jeg skal bli flinkere, sier Annelin (19)*. Nrk.no. https://www.nrk.no/tromsogfinnmark/unge-mangler-kunnskap-om-sunn-livsstil_-_jeg-skal-bli-flinkere_-sier-annelin_19_-1.13848842
- Gebremariam, M. K., Henjum, S., Hurum, E., Utne, J., Terragni, L. & Torheim, L. E. (2017). *Mediators of the association between parental education and breakfast consumption among adolescents : the ESSENS study*. *BMC Pediatrics*, 17(1), 61. <https://doi.org/10.1186/s12887-017-0811-2>
- Gjestvang, C., Bratland-Sanda, S. & Mathisen, T. F. (2021). *Compulsive exercise and mental health challenges in fitness instructors; presence and interactions*. *Journal of Eating Disorders*, ((in press)).
- Głąbska, D., Guzek, D., Groele, B. & Gutkowska, K. (2020). *Fruit and vegetables intake in adolescents and mental health: a systematic review*. *Roczniki Panstwowego Zakladu Higieny*, 71(1), 15-25. <https://doi.org/10.32394/rpzh.2019.0097>
- Grasdalsmoen, M., Eriksen, H. R., Lønning, K. J. & Sivertsen, B. (2020). *Physical exercise, mental health problems, and suicide attempts in university students*. *BMC Psychiatry*, 20(1), 175. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02583-3>
- Guzek, D., Głąbska, D., Groele, B. & Gutkowska, K. (2020). *Role of fruit and vegetables for the mental health of children: a systematic review*. *Roczniki Panstwowego Zakladu Higieny*, 71(1), 5-13. <https://doi.org/10.32394/rpzh.2019.0096>
- Hansen, L., Myhre, J., Johansen, A., Paulsen, M. & Andersen, L. (2015). *UNGKOST 3. Landsomfattende kostholdsundersøkelse blant elever i 4. og 8. klasse i Norge, 2015*. Avdeling for ernæringsvitenskap ved Universitetet i Oslo, Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og Mattilsynet .
- Haug E, R.-W. C., Helland T, Jåstad A, Torsheim T, Fismen AS, Wold B, Samdal O. (2020). *Barn og unges helse og trivsel. Forekomst og sosial ulikhet i Norge og Norden*. Universitetet i Bergen, Institutt for helse, miljø og likeverd - HEMIL. [https://filer.uib.no/psyfa/HEMIL-senteret/HEVAS/HEVAS%20rapport%202020%20\(V4\).pdf](https://filer.uib.no/psyfa/HEMIL-senteret/HEVAS/HEVAS%20rapport%202020%20(V4).pdf)
- Helsedirektoratet. (2013). *Anbefalinger om kosthold ernæring og fysisk aktivitet (IS-2170)*. Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/anbefalinger-om-kosthold-ernaering-og-fysisk-aktivitet/Anbefalinger%20om%20kosthold%20ern%C3%A6ring%20og%20fysisk%20aktivitet.pdf/_attachment/inline/2f5d80b2-e0f7-4071-a2e5-3b080f99d37d:2aed64b5b986acd14764b3aa7fba3f3c48547d2d/Anbefalinger%20om%20kosthold%20ern%C3%A6ring%20og%20fysisk%20aktivitet.pdf
- Holland, G. & Tiggemann, M. (2017). *"Strong beats skinny every time": Disordered eating and compulsive exercise in women who post fitspiration on Instagram*. *International Journal of Eating Disorders*, 50(1), 76-79. <https://doi.org/10.1002/eat.22559>
- Hutson, D. J. (2013). *"Your body is your business card": Bodily capital and health authority in the fitness industry*. *Social Science and Medicine*, 90, 63-71. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.05.003>
- Illøkken, K. E., Bere, E., Øverby, N. C., Høiland, R., Petersson, K. O. & Vik, F. N. (2017). *Intervention study on school meal habits in Norwegian 10-12-year-old children*. *Scandinavian Journal of Public Health*, 45(5), 485-491. <https://doi.org/10.1177/1403494817704108>
- Khanna, P., Chattu, V. K. & Aeri, B. T. (2019). *Nutritional Aspects of Depression in Adolescents - A Systematic Review*. *International Journal of Preventive Medicine*, 10, 42. https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_400_18
- Lassale, C., Batty, G. D., Baghdadli, A., Jacka, F., Sánchez-Villegas, A., Kivimäki, M. & Akbaraly, T. (2019). *Healthy dietary indices and risk of depressive outcomes: a systematic review and meta-analysis of observational studies*. *Molecular Psychiatry*, 24(7), 965-986. <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0237-8>
- Lillehammer kommune. (2018). *Plan for fysisk aktivitet og kosthold for aldersgruppen 0-6 år i Lillehammer*. <https://www.sinn.no/wp-content/uploads/Plan-for-fysisk-aktivitet-og-kosthold-i-barnehagen-2019.pdf>
- Lubans, D., Richards, J., Hillman, C., Faulkner, G., Beauchamp, M., Nilsson, M., Kelly, P., Smith, J., Raine, L. & Bidle, S. (2016). *Physical Activity for Cognitive and Mental Health in Youth: A Systematic Review of Mechanisms*. *Pediatrics*, 138(3). <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1642>
- Marx, W., Lane, M., Hockey, M., Aslam, H., Berk, M., Walder, K., Borsini, A., Firth, J., Pariante, C. M., Berding, K., Cryan, J. F., Clarke, G., Craig, J. M., Su, K. P., Mischoulon, D., Gomez-Pinilla, F., Foster, J. A., Cani, P. D., Thuret, S., Staudacher, H. M., Sánchez-Villegas, A., Arshad, H., Akbaraly, T., O'Neil, A., Segasby, T. & Jacka, F. N. (2021). *Diet and depression: exploring the biological mechanisms of action*. *Molecular Psychiatry*, 26(1), 134-150. <https://doi.org/10.1038/s41380-020-00925-x>
- Mathisen, T. F., Aambø, J., Bratland-Sanda, S., Sundgot-Borgen, C., Svantorp-Tveiten, K. M. & Sundgot-Borgen, J. (2020). *Body figure idealization and body appearance pressure in fitness instructors*. *Frontiers in Psychology*, (in press).
- Morland, C., Andersson, K. A., Haugen, Ø. P., Hadzic, A., Kleppa, L., Gille, A., Rinholm, J. E., Palibrk, V., Diget, E. H., Kennedy, L. H., Stølen, T., Hennestad, E., Moldestad, O., Cai, Y., Puchades, M., Offermanns, S., Vervaeke, K., Bjørås, M., Wisløff, U., Storm-Mathisen, J. & Bergersen, L. H. (2017). *Exercise induces cerebral VEGF and angiogenesis via the lactate receptor HCAR1*. *Nature Communications*, 8(1), 15557. <https://doi.org/10.1038/ncomms15557>
- Nasjonalt råd for ernæring. (2011). *Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer. Metodologi og vitenskapelig kunnskapsgrunnlag*. (IS-1881). Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kostrad-for-a-fremme-folkehelsen-og-forebygge-kroniske-sykdommer-metodologi-og-vitenskapelig-kunnskapsgrunnlag/Kostr%C3%A5d%20for%20C3%A5%20fremme%20>

- folkehelsen%20og%20forebygge%20kroniske%20sykdommer%20%E2%80%93%20metodologi%20og%20vitenskapelig%20kunnskapsgrunnlag.pdf/_/attachment/inline/2a6293e0-169e-41bd-a872-f3952dbb22c2:0d09926111d614e6059e804b7f9b21c17bd0c1cd/Kostr%C3%A5d%20for%20%C3%A5%20fremme%20folkehelsen%20og%20forebygge%20kroniske%20sykdommer%20%E2%80%93%20metodologi%20og%20vitenskapelig%20kunnskapsgrunnlag.pdf
- Nordic Council of Ministers. (2012). *Nordic Nutrition Recommendations 2012 - integrating nutrition and physical activity* (N. D. o. Health, Red. & Overs. 5. utg.). The Nordic Council of Ministers. <http://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:704251/FULLTEXT01.pdf>
- Opplysningskontoret i Landbruket & sjømatråd, N. (2020). *Status Ungdom og Kosthold. 3 årig prosjekt oppsummert i undersøkelser og refleksjoner rundt unges kosthold*. Opplysningskontoret for Meieriprodukter, Matprat, Opplysningskontoret for frukt og grønt, Brød og korn. <https://www.sunnungsdomsmat.no/wp-content/uploads/2020/09/Status-Ungdom-og-kosthold-digital-rapport.pdf>
- Robinson, L., Prichard, I., Nikolaidis, A., Drummond, C., Drummond, M. & Tiggemann, M. (2017). *Idealised media images: The effect of fitspiration imagery on body satisfaction and exercise behaviour*. *Body Image*, 22, 65-71. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.06.001>
- Rodriguez-Ayllon, M., Cadenas-Sanchez, C., Estevez-Lopez, F., Munoz, N. E., Mora-Gonzalez, J., Migueles, J. H., Molina-Garcia, P., Henriksson, H., Mena-Molina, A., Martinez-Vizcaino, V., Catena, A., Lof, M., Erickson, K. I., Lubans, D. R., Ortega, F. B. & Esteban-Cornejo, I. (2019). *Role of Physical Activity and Sedentary Behavior in the Mental Health of Preschoolers, Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis*. *Sports Medicine*, 49(9), 1383-1410. <https://doi.org/10.1007/s40279-019-01099-5>
- Sabet, J. A., Ekman, M. S., Lundvall, A. S., Risérus, U., Johansson, U., Öström, Å., Adamsson, V., Cao, Y., Mshghina, M. & Brummer, R. J. (2021). *Feasibility and Acceptability of a Healthy Nordic Diet Intervention for the Treatment of Depression: A Randomized Controlled Pilot Trial*. *Nutrients*, 13(3), 902. <https://doi.org/10.3390/nu13030902>
- Severinsen, M. C. K. & Pedersen, B. K. (2020). *Muscle-Organ Crosstalk: The Emerging Roles of Myokines*. *Endocrine Reviews*, 41(4), 594-609. <https://doi.org/10.1210/edrv/bnaa016>
- Sundgot-Borgen, C., Sundgot-Borgen, J., Bratland-Sanda, S., Kolle, E., Klungland Torstveit, M., Svantorp-Tveiten, K. & Mathisen, T. F. (2021). *Body appreciation and body appearance pressure in university students: a cross-sectional study comparing exercise science students and other students* (under review).
- Svantorp-Tveiten KMD, O. F., Torstveit MK, Mathisen TF, Sundgot-BorgenC, Rosenvinge J, Bratland-Sanda S, Pettersen G & J. S.-B. (2021). *Sports- and dieting supplements; use and association with eating disorder risk factors, exercise- and sports participation and immigrant status in adolescents*. (in review).
- Universitetet i Bergen. (2018). *Sjekk skolematen - forskningskampanje 2011/2018*. Skolelaboratoriet i realfag. https://www.miljolare.no/aktiviteter/skolematen/resultater/?ka_id=107
- Utdanningsdirektoratet. *Kroppsøving (KRO01-05). Gyldighet og innføring*. <https://www.udir.no/lk20/kro01-05/gyldighet-og-innfoering>
- Vik, F. N., Næss, I. K., Heslien, K. E. P. & Øverby, N. C. (2019). *Possible effects of a free, healthy school meal on overall meal frequency among 10-12-year-olds in Norway: the School Meal Project*. *BMC Research Notes*, 12(1), 382. <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4418-6>
- Vik, F. N., Van Lippevelde, W. & Øverby, N. C. (2019). *Free school meals as an approach to reduce health inequalities among 10-12-year-old Norwegian children*. *BMC Public Health*, 19(1), 951. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7286-z>
- World Health Organization. (2005). *Promoting mental health : concepts, emerging evidence, practice: a report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne* [Internet]. (9241562943). World Health Organization. W. H. Organization. <http://www.who.int/iris/handle/10665/43286>
- World Health Organization. (2013). *Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020*. WHO. WHO. <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>
- World Health Organization. (2020). *WHO Guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. World Health Organization. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>
- Wu, X. Y., Han, L. H., Zhang, J. H., Luo, S., Hu, J. W. & Sun, K. (2017). *The influence of physical activity, sedentary behavior on health-related quality of life among the general population of children and adolescents: A systematic review*. *PloS One*, 12(11), e0187668. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187668>
- Wu, X. Y., Zhuang, L. H., Li, W., Guo, H. W., Zhang, J. H., Zhao, Y. K., Hu, J. W., Gao, Q. Q., Luo, S., Ohinmaa, A. & Veugelers, P. J. (2019). *The influence of diet quality and dietary behavior on health-related quality of life in the general population of children and adolescents: a systematic review and meta-analysis*. *Quality of Life Research*, 28(8), 1989-2015. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02162-4>
- Aamli, K. (2019). *En sekser i kroppsøving krever at du er god i idrett*. Utdanningsforskning.no. <https://utdanningsforskning.no/artikler/2019/-en-sekser-i-kroppsøving-kraver-at-du-er-god-i-idrett/>

Søvnens betydning for psykisk helse i oppvekstløpet

Av Mari Hysing og Børge Sivertsen



Mari Hysing er professor i samfunnspsykologi ved Universitetet i Bergen og spesialist i klinisk nevropsykologi. Hun har jobbet klinisk med søvnvansker hos barn og unge og har lang erfaring i å forske på sammenhengen mellom søvn og psykisk helse fra de minste barna til unge voksne.

Børge Sivertsen er seniorforsker og søvnspesialist ved Folkehelseinstituttet. Han har i en årrekke forsket mye på søvn og psykisk helse i ulike aldergrupper, og har ledet flere store kliniske og epidemiologiske undersøkelser på temaet.

Søvn og psykisk helse er nært forbundet gjennom hele utviklingen fra den nyfødte babyen til ungdom og unge voksne. Samtidig vil det være stor endring i søvnmønster, de typiske søvnvanskene og deres sammenheng med psykisk helse på tvers av de ulike utviklingstrinnene. Kunnskapen om hvordan søvn og psykisk helse påvirker hverandre gjennom utviklingen er et viktig grunnlag for å legge til rette for god søvn og god psykisk helse, og viser viktigheten av god behandling av søvnvansker når de oppstår.

Søvn er en grunnleggende funksjon, og sentralt for fysisk og psykisk helse og utvikling. Både søvnstruktur og søvnlengde er i stadig endring fra spedbarnsperioden til inn i voksenlivet, og likeså forekomst av ulike søvnvansker. Hva som defineres som en søvnvanske må derfor sees opp mot forventet søvnmønster på de ulike utviklingstrinnene. Felles for alle utviklingstrinn er at søvn og psykisk helse påvirker hverandre gjensidig. God og tilstrekkelig søvn er et viktig bidrag til god psykisk helse for barn og unge, og søvnvansker vil i mange tilfeller fungere både som en risiko og konsekvens av psykisk uhelse.

Sped- og småbarns søvn og psykiske helse

De første ukene og månedene vil et spedbarn vanligvis tilbringe storparten av døgnet sovende. Fragmentert søvn preger de første ukene, før barnet gradvis etablerer en døgnrytme og mer sammenhengende søvn i løpet av de første seks månedene.

Denne overgangen kan være krevende, og det er dermed naturlig at vansker med innsovning og hyppige oppvåkninger er spesielt utbredt for de yngste. Alle- rede i denne prosessen ser vi at tilstrekkelig søvn og god døgnrytme er viktig og bidrar til å utvikle god emosjonell regulering (Mindell et al. 2017). Dette kan vise

I tillegg til den umiddelbare påvirkningen på dagtidfungeringen hos de minste, har store søvnvansker vist seg å være en risikofaktor for utvikling av psykiske vansker over tid

seg ved at de minste barna blir roligere, blidere og mer fokusert når de har fått tilstrekkelig søvn. Både god nattesøvn og dagtidssovning er avgjørende de første leveårene for en optimal emosjonsregulering, og de minste bør ikke ha for lang tid mellom soveøktene (Bacaro et al 2020). I barnehagene kan dette for eksempel vise seg ved at trøtte barn blir mindre aktive i lek og kan ty lettere til tårene, dersom de ikke har fått luren sin på dagtid. I tillegg til den umiddelbare påvirkningen på dagtidfungeringen hos de minste, har store søvnvansker vist seg å være en risikofaktor for utvikling av psykiske vansker over tid. Dette har blitt vist i både internasjonale og norske studier som har fulgt barn over lengre tid, der spedbarn med store søvnvansker hadde større sannsynlighet for å utvikle senere psykiske vansker, og da spesielt emosjonelle vansker (Cook et al. 2020, Sivertsen et al. 2015).

God kunnskap om den nære sammenhengen mellom tilstrekkelig og god søvn og emosjonsregulering, danner også grunnlaget for mange av de tiltakene man gjerne benytter for å bedre både søvnen og den psykiske helsen hos de minste. For å bistå i barnets selvregulering, er metoder der voksne tilpasser grad av ytre støtte for å regulere både fysiologiske og emosjonelle tilstander, en veletablert forståelsesramme. Denne tilnærmingen benyttes gjerne når man gradvis skal bistå barnet i å finne søvnen selv. Noen barn vil trenge mye ytre støtte for å kunne sove, som for eksempel byssing, en hånd på magen eller en beroligende stemme fra en voksen. Etterhvert vil barnets evne til selvregulering øke. Dette gjenspeiler seg også i søvntiltakene for denne aldersgruppen, ved at man kartlegger hvilken ytre støtte barnet trenger for å finne søvnen selv, og gradvis vil man da redusere støtten/involveringen fra en voksen, samtidig som man øker grad av selvregulering.

Barn

Fra førskolealder og i barneskolealder ser man ofte en positiv utvikling i barnets søvnmønster, karakterisert av gode og etablerte leggerutiner og mer sammenhengende nattesøvn. Samtidig oppstår det nye utfordringer for en god døgnrytme. Den raske kognitive utviklingen og bedrede resonneringsevnen har også en slagside, nemlig økt bekymring og engstelse hos barnet. På samme måte som hos voksne er bekymringer hos barn en sterk motor for opprettholdelse av søvnvansker. Fysiologisk aktivering fører til økt våkenhet, samtidig som våkenhet gir grunnlag for bekymringer. Hos de yngste kan vanlige bekymringer være redsel for mørket, tanker om døden, eller det kan være at når kvelden kommer klarer ikke barnet å hindre negative tanker om skole, familie eller fritid.

Med dette som bakteppe er det ikke overaskende at søvnvansker ofte opptrer samtidig med angst. Foreldre bidrar med rammene for gode søvnvaner og døgnrytme på dette utviklingstrinnet ved faste og forutsigbare leggetider, måltider og aktivitet for å sikre en god døgnrytme. Samtidig bør de voksne også være oppmerksomme på bekymringer hos barnet. Når barnet strever med innsovning i denne aldersgruppen, kan de voksne sjekke hva det tenker på når de ikke får sove om kvelden og snakke om det som er vanskelig. For barn med angst, kan det være nødvendig med en grundig kartlegging av søvnvanskene, som ved behov etterfølges av spesifikke intervensjoner rettet mot disse søvnvanskene (Haugland et al 2021).

Ungdom

Ungdomstid er en viktig utviklingsperiode med enorme endringer i både fysiologi, søvn og psykisk helse. I denne alderen blir døgnrytmens og søvnlengdens betydning for psykisk helse tydeliggjort. Forsinket søvnfase, lengre innsovningstid, kortere søvnlengde, og en høy forekomst av insomni er typiske kjennetegn på søvnvanskene i denne perioden (Hysing, Sivertsen 2013). Samspeillet mellom biologiske,

Ungdomstiden er ofte debutalder for depresjon, og flere studier har vist at økningen i depressive symptomer er nært relatert til utvikling og opprettholdelse av søvnvansker

psykologiske og sosiale forhold bidrar til at disse søvnvanskene både utvikles og opprettholdes. Et eksempel er den lengre innsovningstiden hos ungdom som drives av biologiske endringer, og som forsterkes av mer organisert og sosial aktivitet på kveldstid, noe som samlet gjør at det stilles større krav til ungdommens selvregulering for å få tilstrekkelig søvn. Selv om ungdommen får stadig større medbestemmelse og ansvar også for søvn og rutiner, så ser man at der ungdommen og foreldre har avtaler om leggetid, og der foreldre bidrar til å tilrettelegge for god søvn, bidrar dette positivt for å få tilstrekkelig søvn og en god døgnrytme også i denne alderen.

Den nære relasjonen mellom søvnvansker i ungdomstiden og dårlig psykisk helse, blir enda tydeligere når vi studerer ungdom som er i kontakt med psykisk helsevern. Selv om søvnvansker er hyppige på tvers av psykiske diagnoser og symptomer, er det likevel ytterst få som får en diagnose for søvnvanskene sine innen psykisk helsevern (Hysing et al. 2020). Sammenhengen med psykiske vansker har en del fellestrekk på tvers av diagnoser, og søvnen kan derfor sees på som et transdiagnostisk problem. Samtidig viser nyere, norsk forskning at det finnes unike sammenhenger mellom spesifikke søvnvansker og ulike typer psykiske lidelser. Et eksempel er den høye forekomsten av søvnvansker ved ADHD/hyperkinetisk forstyrrelse. Søvnvanskene kan være relatert til grunnsymptomene som hyperaktivitet og impulsivitet, som blant annet kan gjøre det utfordrende å roe ned om kveldene og å sette til side umiddelbare positive aktiviteter for en positiv konsekvens lenger fram i tid. Økte vansker med å finne roen om kveldene, kan være et resultat av medikamentell behandling av grunntilstanden, der søvnvansker er en kjent bivirkning.

Ungdomstiden er ofte debutalder for depresjon, og flere studier har vist at økningen i depressive symptomer er nært relatert til utvikling og opprettholdelse av søvnvansker (Tochigi et al 2016). Ett eksempel på hvordan depressiv tankegang kan være pådriver for søvnvansker, er katastrofering. Det vil si et tankemønster med overdrevent negativt fokus på mulige negative konsekvenser. Katastrofering forekommer oftere når man har sovet lite, og det er også funnet støtte for at ungdommer er mer sårbare for dette tankemønsteret når de sover lite, sammenlignet med andre aldersgrupper (Talbot et al. 2010).

Når søvnvansker og psykiske vansker opptrer samtidig, så er grundig kartlegging av begge tilstandene en forutsetning for god behandling. Om man velger å ha fokus på søvn eller den psykiske vansken samtidig eller sekvensielt, vil være avhengig av den kliniske vurderingen inkludert alvorlighetsgrad og funksjonsnedsettelse.

Unge voksne

Norske longitudinelle data viser at forekomsten av insomni øker betydelig i overgangen fra ungdom til ung voksen, og samtidig at det er høy grad av stabilitet av søvnvansker blant dem som allerede sov dårlig i ungdomsalderen (Hysing et al. 2020). I tillegg til de utviklingsmessige endringene har også forekomsten av søvnvansker blant unge voksne økt de siste ti årene. Med dette som bakteppe så kan søvn være en svært viktig påvirkningsfaktor for psykisk helse blant unge voksne. Også i denne aldersgruppen er søvn og psykisk helse nært relatert, og unge studenter med psykiske lidelser har betydelig økt risiko for insomni og redusert søvnlengde (Sivertsen et al. 2021).

Selvskading og selvmord er eksempler på alvorlige tilstander som er forbundet med søvn i denne aldersgruppen. Søvnvansker opptrer ofte samtidig med selvskadingsatferd og suicidalitet (Russell 2019), men har også vist å være en viktig og varselsignal og risikoindikator for senere suicidalitet (Ribeiro 2012).

Ofte er det motstridende signaler mellom organisering av samfunnet og mulighetene for å oppnå tilstrekkelig søvn

Hva som ligger bak en slik sammenheng er fremdeles ikke avklart, men emosjonell dysregulering, økt impulsivitet og bekymring som følge av søvnvansker er fremmet som mulige mekanismer.

Hva kan gjøres?

Samlet så ser vi at søvn og psykisk helse har en gjensidig og tett sammenheng gjennom utviklingsløpet. Gode søvnrutiner og effektiv og god hjelp for søvnvansker kan derfor være et viktig bidrag for god psykisk helse. For å bedre søvn og tilrettelegge for god psykisk helse bør forebyggingen inkludere både universelle tiltak og spissede tiltak mot individer i større risiko. Det bør også legges til rette for å kunne tilby kliniske intervensjoner for dem som har større vansker.

For å forebygge søvnvansker kan mye gjøres på systemnivå. Ofte er det motstridende signaler mellom organisering av samfunnet og mulighetene for å oppnå tilstrekkelig søvn. Dette kan sette barn og unge i en krevende situasjon der det er forventet at de skal sove tilstrekkelig, samtidig som de blir møtt med kryssende krav og økte forventninger. Et godt utgangspunkt vil være å sette søvnen som et fast punkt når man organiserer skole- og fritidsaktiviteter. Er for eksempel aktiviteter for unge lagt på et tidspunkt på kvelden som muliggjør tilstrekkelig søvn? Her må man også huske å ta med tiden kroppen trenger å roe seg ned før man er klar til å sove. Har vi en søvnvennlig skole der innleveringsfrister er på dag eller ettermiddagstid, og er skolestarten er på et tidspunkt som gjør at ungdommene kan oppnå tilstrekkelig søvn, skolevegen tatt i betraktning?

For de enkelte barn og unge vil søvnforebygging som helsefremmende tiltak og behandling av søvnvansker være komplementære metoder. Å etablere gode søvnvaner vil være en kontinuerlig prosess fra spedbarnets etablering av døgnrytme, til å få på plass god døgnrytme etter puberteten samt å opprettholde tilstrekkelig og god søvn når man skal ut i voksenlivet. Gode rutiner for måltider, felles avtale mellom ungdom og voksne om regler for skjermbruk og leggetider, vil både kunne ha en positiv effekt på søvn, men også bidra til å få en god hverdag som legger grunnlaget for god psykisk helse.

For å bidra til god søvn for den enkelte finnes det evidensbaserte tilnærminger som er tilpasset ulike aldersgrupper, mens felles utgangspunkt for effektiv behandling er en grundig kartlegging av søvnen før man starter tilpassede tiltak. Søvn-dagbok eller elektronisk registrering av søvn i én til to uker ved klokke eller telefon (og naturlig nok på flymodus), gir et godt grunnlag for å analysere søvnmønster og er også et godt utgangspunkt for å måle bedring over tid. God motivasjon for den krevende atferdsendringen en søvnbehandling er, vil være en forutsetning for et godt behandlingsresultat, enten det er i regi av helsesykepleier i den videregående skolen eller behandling innen psykisk helsevern. For å sikre at man ikke faller fra over tid, er det viktig å ha realistiske mål og gi muligheter for mestring underveis. Evidensbaserte behandlinger tilpasset utviklingstrinn og søvnvansker, mens man i tillegg har fokus på de samtidige psykiske vanskene, kan gjøre det krevende å manøvrere. For å imøtegå noen av disse utfordringene er det utviklet behandlingsmetoder som er modulbaserte. Et eksempel på en behandlingsmetode som både dekker ulike typer søvnvansker som insomni og døgnrytmeforstyrrelser for unge, er en modulbasert transdiagnostiske behandling utviklet av Allison Harvey og kollegaer (Harvey 2009).

Ungdom bør få god hjelp på rett tiltaksnivå. Når søvnvanskene går utover dagliglivets fungering og foreldre og barnet/ungdommen og familie ikke klarer å nå målet om bedre søvn, er det mange som kan bistå. Helsesykepleiere på helsestasjon og skoler er et naturlig første kontaktpunkt for søvnvansker, som også har

Den tette sammenhengen mellom søvn og psykisk helse kan bli benyttet som viktig kunnskap for å legge til rette for god søvn gjennom utviklingsløpet, og sikre god behandling av søvnvansker når de oppstår

en viktig forebyggende funksjon. I kommunehelsetjenesten og ved skoler er det ofte psykologer som har god kompetanse på søvn og psykisk helse, og fastlegene har også en viktig rolle for oppfølging av søvnvansker. For de som har samtidige psykiske vansker og søvnvansker og får hjelp fra spesialisthelsetjenestene, vil de stadig oftere møte personer som har godt grunnlag for å bistå med både søvn og psykisk helse.

Konklusjon

Den tette sammenhengen mellom søvn og psykisk helse kan bli benyttet som viktig kunnskap for å legge til rette for god søvn gjennom utviklingsløpet, og sikre god behandling av søvnvansker når de oppstår. Da kan søvn være et viktig bidrag til god psykisk helse for barn og unge.

Referanser

- Mindell JA, Leichman ES, DuMond C, Sadeh A. *Sleep and Social-Emotional Development in Infants and Toddlers*. J Clin Child Adolesc Psychol. 2017;46(2) s. 236-46.
- Bacaro V, Feige B, Benz F, Johann AF, De Bartolo P, Devoto A, et al. *The Association between Diurnal Sleep Patterns and Emotions in Infants and Toddlers Attending Nursery*. Brain Sci. 2020;10(11).
- Cook F, Conway LJ, Giallo R, Gartland D, Sciberras E, Brown S. *Infant sleep and child mental health: a longitudinal investigation*. Arch Dis Child. 2020;105(7) s. 655-60.
- Sivertsen B, Harvey AG, Reichborn-Kjennerud T, Torgersen L, Ystrom E, Hysing M. *Later Emotional and Behavioral Problems Associated With Sleep Problems in Toddlers: A Longitudinal Study*. JAMA Pediatr. 2015.
- Haugland BSM, Hysing M, Hoffart A, Haaland AT, Bjaastad JF, Wergeland GJ, et al. *Effect of early intervention for anxiety on sleep outcomes in adolescents: a randomized trial*. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2021.
- Hysing M, Pallesen S, Stormark KM, Lundervold AJ, Sivertsen B. *Sleep patterns and insomnia among adolescents: a population-based study*. J Sleep Res. 2013;22:549-56.
- Hysing M, Heradstveit O, Harvey AG, Nilsen SA, Boe T, Sivertsen B. *Sleep problems among adolescents within child and adolescent mental health services. An epidemiological study with registry linkage*. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2020.
- Tochigi M, Usami S, Matamura M, Kitagawa Y, Fukushima M, Yonehara H, et al. *Annual longitudinal survey at up to five time points reveals reciprocal effects of bedtime delay and depression/anxiety in adolescents*. Sleep Med. 2016;17 s. 81-86.
- Talbot LS, McGlinchey EL, Kaplan KA, Dahl RE, Harvey AG. *Sleep deprivation in adolescents and adults: changes in affect*. Emotion. 2010;10(6) s. 831-841.
- Hysing M, Harvey AG, Boe T, Heradstveit O, Vedaa O, Sivertsen B. *Trajectories of sleep problems from adolescence to adulthood. Linking two population-based studies from Norway*. Sleep Med. 2020;75 s. 411-417.
- Sivertsen B HM, Harvey AG, Petrie KJ. *The epidemiology of insomnia and sleep duration across mental and physical health. The SHOT study*. Frontiers in psychology. 2021;in press.
- Russell K, Allan S, Beattie L, Bohan J, MacMahon K, Rasmussen S. *Sleep problem, suicide and self-harm in university students: A systematic review*. Sleep Med Rev. 2019;44 s. 58-69.
- Ribeiro JD, Pease JL, Gutierrez PM, Silva C, Bernert RA, Rudd MD, et al. *Sleep problems outperform depression and hopelessness as cross-sectional and longitudinal predictors of suicidal ideation and behavior in young adults in the military*. J Affect Disord. 2012;136(3) s. 743-750.
- Harvey AG. *A transdiagnostic approach to treating sleep disturbance in psychiatric disorders*. Cogn Behav Ther. 2009;38 Suppl 1 s. 35-42.

Fellesskap



Innledning Fellesskap

Unge identitetsutvikling skjer i samspill med andre og på arenaer der de kan oppleve fellesskap. Fellesskap gir følelse av tilhørighet, samhold og trygghet, men blir utvalget av arenaer og valgfriheten for stor kan det også føre til at man kan gå seg vill og miste retning.

Unge ansvarliggjøres for egne liv og egen lykke i større grad nå enn tidligere. Ansvar for eget liv gir stor frihet, men finnes det for mye frihet? Kan mulighetene til å forme våre egne liv også oppleves som tyngende og overveldende, spør artikkelforfattere i dette kapitlet. Gjennom erfaringer fra feltarbeid i Stillehavet og i et norsk bygdesamfunn problematiseres balansen mellom å være fri nok og trygg nok.

Kvinner og menn møtes fortsatt på ulike måter i samfunnet. Når det gjelder forholdet mellom psykisk helse og kjønn ser vi at unge kvinner i større grad strever med psykiske lidelser som angst og depresjon og lavere livskvalitet. Menn strever med atferdsforstyrrelser, ADHD og ruslidelser. Det er særlig i tenårene at kjønnsforskjellene i psykisk uhelse øker, en periode som er viktig for identitetsutviklingen generelt. Har ungdom nok frihet til å utforske ulike væremåter – uavhengig av kjønnsidentitet?

Grenser ungdommene etablerer rundt sitt nye jeg uttrykkes i stor grad gjennom kroppen. Hvordan kan betydningen av kropp og seksualitet forstås i spenningen mellom seksualisering og infantilisering? Hvordan kan vi være trygge voksne i samtale med barn og unge om kropp, følelser, normer og verdier – i tillegg til seksuell helse og seksuell folkeskikk? Dette tematiseres i dette kapitlet om fellesskap.

Barn og unge vokser opp i en stadig mer digitalisert verden og finner nye samhandlingsformer og fellesskap på nye arenaer – særlig gjennom sosiale medier og gaming. Sosiale medier utgjør en stor, men uoversiktlig sosial arena, og sammenhengene med psykisk helse og livskvalitet er komplekse, også fordi mange utsettes for digital mobbing. Gaming er en av de vanligste måtene barn og ungdom er i samspill med hverandre på, og fyller etter skole og søvn mesteparten av døgnet. En del ser kanskje på det som en passiv og usosial aktivitet, men gaming diskuteres i dette kapitlet opp mot dataspillenes evne til å tilfredsstille grunnleggende og viktige menneskelige behov. Gaming kan gi en positiv følelse av tilhørighet, et fellesskap med viktige relasjoner, gi mestringsfølelse og utfordre evnen til å samarbeid med andre.

De aller fleste ungdom og unge voksne har i dag co-joint-vennskap, en venns-kapsrelasjon som er etablert og pleies både fysisk og på nett. I artikkelen *Sammen alene* følger vi i 21 år gamle Embla som fikk sin første nettvann da hun var 13 år. Emblas historie tydeliggjør at de to samværsformene kan være likestilte, men samtidig ende i to ulike erfaringer av å være sammen alene.

Frihetsbalansen. Livsrammer og armslag i unges identitetsutvikling i Norge og Vanuatu

Av Thorgeir Kolshus og Tom Bratrud



Thorgeir Kolshus er sosialantropolog ved Fakultet for samfunnsvitenskap og nestleder for Diversity Studies Centre Oslo (DISCO) ved OsloMet. Han har sin doktorgrad fra Universitetet i Oslo og forsker blant annet på religiøs mangfold og etnisitet i Stillehavet og i Norge. For tiden skriver han en bok om forskningsformidling, i tospenn med Ole Jacob Madsen.

Tom Bratrud er sosialantropolog og postdoktor i det NFR-finansierte prosjektet «Privatlivets grenser» ved Sosialantropologisk institutt, Universitetet i Oslo. Han har en doktorgrad fra samme institusjon fra 2018 og har tidligere jobbet som førsteamanuensis i samfunnsfag ved Universitetet i Sørøst-Norge. Bratruds forskning retter seg spesielt mot forholdet mellom verdier, sosial organisasjon og politikk i Norge og Stillehavet.

Finnes for mye frihet? Kan de tilsynelatende endeløse mulighetene til å forme våre individuelle liv også oppleves som tyngende og overveldende? Innebærer forventningen om at vi skal finne våre «unike selv» og skape «vår egen fremtid» også at vi forsaker noe av tryggheten som ligger i å følge i andres fotspor? I dette essayet bruker vi erfaringer fra etnografiske feltarbeid blant folk på to øyer i Stillehavet og i et norsk bygdesamfunn til å problematisere balansepunktet mellom det å være fri nok og trygg nok.

Frihet fra trygghet?

«Ingen er fri før alle er fri!» Dette slagordet fra den amerikanske borgerrettighetskampen uttrykker på en uhyre effektiv måte både utålmodighet og utviklingsstro. Vi kommer til å nå frem! Det vil kanskje ta tid, men det er uavvendelig! Det er ikke underlig at slagordet siden er blitt plukket opp av likhets- og frigjøringsforkjempere av mange slag. Som ethvert virkelig virkningsfullt symbol skaper det et gjensidig forsterkende samspill mellom vår emosjonelle og kognitive pol (Turner 1969): det både er rett og det føles rett. Da antar det snart form av å være det Aristoteles kalte apodiktisk, noe som er så ubestridelig sant at alternativer knapt lar seg forestille. Og å stille spørsmål ved det ubestridelig sanne, slår nødvendigvis tilbake på den som stiller spørsmålet, i form av anklager om manglende moralsk rettesnor eller begrenset etisk gangsyn – eller regelrette idioterklæringer.

Vi er derfor ikke særlig høye i hatten når vi i dette kapitlet småkjettersk pirker i forestillingen om at frihet til å forme våre egne liv er et ubetinget gode. Samtidig har vi troen på at selv det som er innlysende, ja, kanskje nettopp det som er innlysende, har godt av å bli gjort til gjenstand for kritiske blikk – om ikke annet så for å få bekreftet at det faktisk er så grunnleggende som vi trodde. Som sosialantropologer bruker vi krysskulturell sammenligning som et slags fremmedgjøringsverktøy, for å minne

oss på at det meste kunne vært annerledes. Dette er også en påminnelse om at det meste lar seg endre, og av oss selv, siden det er vi selv som har skapt det. Det er denne tilnærmingen som gjør at antropologifaget er blitt kalt filosofi med mennesker på plass (Ingold 1992). I dette kapitlet skal vi bruke fremmedgjøringsverktøyet til å stille følgende store spørsmål: I hvilken grad er det egentlig frigjørende at de fleste nedarvede forventninger – til hvem vi skal være, hva vi skal bli og hva vi skal tro på – er erstattet av den Ene Store Forventningen om at vi skal bruke denne historiske friheten til å forme våre liv slik vi selv ønsker? Klangbunnen for dette er våre etnografiske studier av henholdsvis Mota og Ahamb, to små øysamfunn i staten Vanuatu i den sørvestlige delen av Stillehavet, der fremtiden for de aller fleste i liten grad fortøner seg som en uendelig horisont av valgmuligheter, og der selvrealisering og personlig utvikling foregår innenfor ganske fastlagte rammer.

Disse generelle punktene vil bli supplert med intervjudata fra et pågående feltarbeid i et innlandssamfunn i Sør-Norge, som vi av anonymiseringshensyn kaller Fjelldal. For ordens skyld: vi er begge overbevist om at dagens Norge er det samfunn i historien som har kunnet by på den størst mulige frihet for flest mulig. Vi ønsker heller ikke å romantisere livet på en stillehavsøy, eller på andre mindre steder rundt om i verden der de fleste kjenner hverandres historier og hverandres opphav, og mulighetene til å unnsnippe dem er begrenset. Samtidig er det lettere å peke på hva vi har frihet fra enn hva vi har frihet til. Og innimellom kan det være lurt å stoppe opp og tenke på om noe av det vi har lagt bak oss, er noe som likevel er verdt å ta med oss. For hvis ikke noe var gått tapt på veien, ville det vært i strid med samfunnsvitenskapelige lover. For samfunn er så komplekst sammensatt at endringer på ett felt som oftest vil få utilsiktede konsekvenser på de fleste andre felt. Derfor lar de færreste samfunnsprosjekt seg besvare med et enten/eller. De består snarere bestå av grader av det ene og det andre.

Folk løper i flokk for å finne seg sjæl

Det er i denne sammenheng vi finner det verdt å trekke inn en av sosiologiens nyere klassikere, nemlig Anthony Giddens' analyser av forbindelsen mellom selvet og samfunnet i senmoderniteten (1991), for å belyse det vi kan kalle frihetsparadokset: det faktum at økte muligheter og større handlingsrom later til å sammenfalle med økt selvkritikk og svekket selvfølelse blant barn og unge (se for eksempel Madsen 2018, 2020). For Giddens kjennetegnes senmoderniteten av en større grad av ansvarliggjøring for eget livsprosjekt. Vi er forventet å ha en langsiktig idé om hvem vi vil være og hvor vi skal, og også ganske klare tanker om hvordan vi skal komme oss dit. Tilværelsen kjennetegnes derfor av kronisk selvrefleksjon, der vi litt tabloid sagt ser oss selv mer i lys av hvem vi skal bli enn hvem vi er. Samfunnstrekkene Giddens peker på skaper en slags kronisk, temporal rotløshet, der det eneste sikre er at jeg må være en annen i morgen enn den jeg er i dag. Derfor er det lite å lære av dem som har gått foran oss. Og ettersom forventningen er at den enkelte skal bli sitt hele, fulle og unike jeg, er det heller ingen hjelp i å titte på sidemannen. Vi skal altså ikke bli som våre foreldre, og vi skal heller ikke bli som våre venner. Resultatet er at det blir enda færre fellesnevner, slik at vi faktisk nærmer oss modernitetsforskningens idealtipe om atomistiske tilværelser.

Dette innebærer en unik ansvarliggjøring for egne liv og egen lykke, faktisk i en slik grad at det for første gang i menneskehetens historie blir mulig å forestille seg at et liv kan være mislykket. Den tåler å gjentas: Vi kan forestille oss mislykkede menneskeliv – der «mislykket», ifølge en 20 år gammel informant i Fjelldal er «å sitte i kassa på Rema når en er 40». Begrunnelsen? «Man blir jo fortalt at man kan bli hva man vil. Alle vil jo gjøre det feteste.» Vi mener det ikke er en overdrivelse å kalle dette et eksistensielt paradigmeskifte.

Vi er forventet å ha en langsiktig idé om hvem vi vil være og hvor vi skal, og også ganske klare tanker om hvordan vi skal komme oss dit

Frihetsforestillingen har også en ideologisk blindsoner. For enkelte er bedre stilt til å nyttiggjøre seg friheten enn andre, og har både råd til å gå på trynet og støtte til å reise oss igjen. Vissheten om at det nok vil gå bra til slutt, er altså en følge av sikkerhetssnett og ressurser. Mange nok har erfaring av at det ikke går bra til slutt, og denne erfaringen begrenser deres mulighet til å utnytte friheten. Denne forskjellen i forutsetninger tilsføres av at frihetsdiskursen i liten grad åpner for påpekning av andre hindringer enn de individuelle; og det forsterkes av en norsk kulturell ryggmargsrefleks som ifølge Marianne Gullestad gjør oss likhetsdyrkende i en slik grad at vi unngår situasjoner og samtaleemner der ulikheter blir for påtrengende (2002a, 2002b). En konsekvens av dette er at vi sjelden snakker om klasseforskjeller – rett og slett fordi det vekker ubehag. For oss som forskere er det også snublene lett å skrive fra et ubevisst klasseståsted, der vi tror at det som omgir oss til daglig også kjennetegner andres liv. Slik klassekulturblindhet avkles i romanen *Blind* av Lars Ove Seljestad. Der byr hovedpersonens industriarbeiderfar på følgende kraftsalve i konfirmasjonstalen til sin sønn, som en motvekt til middelklassens individualiseringspreik og higen etter å fremstå som unik: «Helvete er ikkje dei andre. Berre den som sit høgt på sin aristokratiske pidestall kan få seg til å skriva eller seia noe sånt. Dei andre det er sjølve himmelen det. Har du det bra med dei andre, då har du det bra med deg sjølv. Om du ikkje finn deg til rette i kollektivet, blir du ulykkeleg. Det kan komma til å koste deg livet. Husk det.» (2005:45)

Trygghet med rammer

På øyene Mota og Ahamb nord i Vanuatu ville nok de færreste foreldre vært fortvilet over at barna opplevde seg som sterke også utenfor fellesskapet. Noe av dette kan selvsagt henge sammen med at menyen over mulige livsvalg er ganske kort. Riktignok åpner syv års skolegang muligheten for videre utdanning for enkelte. Men all undervisning foregår på engelsk, og blir gitt av lærere som i svært liten grad behersker språket, så de som faktisk kommer seg gjennom eksamen og kvalifiserer seg for mer skole, og kanskje endog studier, er i utgangspunktet særdeles begavede. Fra tolvårsalderen vil de fleste derfor gradvis innlemmes i husholdets mange oppgaver, og lære seg å dyrke hagene som gjør familien selvforsynt.

På Mota ble guttene innlemmet i de hemmelige mannskultene da de var mindre, og har begynt å lære seg dansene som er knyttet til disse. Jentene har allerede danset med de voksne kvinnene siden de var små, så deres overgangsmarkør er gjerne knyttet til at de blir seksuelt aktive – noe som for de fleste sammenfaller med at de blir ferdige med skolegangen. For både gutter og jenter gjelder det at de en eller annen gang i ungdomstiden oppholder seg på en øy med et mer spennende liv, som oftest i «byen» Luganville på øya Espiritu Santo, der det både finnes biler, elektrisitet og antydninger til et natteliv. De aller fleste vender hjem etter et års tid, rik på opplevelser og gode historier og med en mobiltelefon i lomma.

Men også her har de vært avhengige av nettverket som følger av deres slektskap med en av de tre-fire storfamiliene fra Mota som har tilhold i området rundt Luganville. Dette er sikkerhetsnettet. Her vil de alltid få mat og husly om de ikke finner det andre steder. Når de så vender tilbake til Mota, vil de oppsøke sin morbror eller mormor og be om å få et stykke jord der de kan drive hagebruk. Jord er en umistelig rettighet som overføres fra mor til barn gjennom de åtte ulike matrilineære slektene på øya. Mye av identiteten uttrykkes gjennom denne tilhørigheten til landjorda. Den har formødre dine jobbet på. Dit vender også fødselssjelen tilbake når en person dør, for å slå seg til ro i en særegen stein eller et spesielt tre, mens hele øya gråter sammen med din slekt, og det arrangeres fester ti, femti og hundre dager etter din død, samt minnefeiringen ett, fem og ti år etter at du gikk bort. Den aller siste festen kalles Siñ ō qatigo,

Fra tolvårsalderen vil de fleste derfor gradvis innlemmes i husholdets mange oppgaver, og lære seg å dyrke hagene som gjør familien selvforsynt

Dette var det første kjente selvmordet på øya. Ettersom selvmordsraten på andre stillehavsøyer er svært høy, fryktet mange for at dette ville starte en bølge blant de unge

«brenne vandrestokken», og finner sted når slekten selv finner det for godt å markere at ansvaret for å videreføre minnet om den avdøde nå er opp til den enkelte.

Uten familie å forsørge, vil det for unge voksne fortsatt være færre forventninger til hva du skal fylle dagen med. Nattdykking med harpun etter fisk og skalldyr er et kjært tidsfordriv, spesielt for unge menn, mens å bruke mye tid på idrettsaktiviteter, lengre opphold i gapahuker i bushen, fester og dansing er innafor for begge kjønn – i alle fall så lenge det ikke kommer i veien for aktivitetene i kirken, og de sørger for å overholde fasteukene før påske som en tid kjennetegnet av lite adspredelse. For flertallet som ikke tar videre utdanning etter syvendeklasse, begynner alvoret gjerne med barn nummer to. Da vil de fleste gifte seg, vanligvis rundt tyveårsalderen, og gradvis bygge opp et nytt hushold. Som gifte foreldre regnes de som voksne, og er forventet å ta del i fellesprosjekter og i styre og stell. Selv om ungdomssekualiteten er ganske fri og det er vanlig å ha barn med ulike partnere, gjelder ikke den samme friheten i valg av ektefelle. Øyas ættelinjer er inndelt i to hovedgrupperinger, der tilhørighet følger morslinjen, og alle er forventet å finne seg en partner fra sin fars «halvdel». I tillegg er det også enkelte slektskapsrelasjoner som er regnet som for nær til at et forhold kan inngås, selv om partene tilhører hver sin halvdel.

For noen år tilbake fikk disse ekteskapsreglene tragiske følger. En sekstenårig jente hadde et forhold til en jevnaldrende gutt som var hennes fars søstersønn. I henhold til arvelogikken på Mota ble hun da regnet som guttens datter. Hennes mors brødre oppsøkte dem i den provisoriske hytta de hadde bygget i bushen og gjorde det klart at dette var uakseptabelt. Gutten måtte lytte når mennene fra hennes halvdel snakket strengt til ham, og han fulgte gråtende med hjem til landsbyen, mens jenta var stri og stakk til skogs. Hun var kjent for å være mye alene, og ingen tenkte det var noe unormalt i at hun ikke hadde vist seg på noen dager. Men da noen kom tilbake fra hagen sin og fortalte om en lukt av død, uten at noen griser eller andre større dyr var savnet, ble det startet søk etter henne. Hun ble funnet med en liane rundt halsen.

Dette var det første kjente selvmordet på øya. Ettersom selvmordsraten på andre stillehavsøyer er svært høy, fryktet mange for at dette ville starte en bølge blant de unge. «Hun har vist vei», var det en ung mann som hadde sagt, og det tilsynelatende uten straff fra hverken Gud eller mennesker. Når en person på Mota dør, vil fødsels-sjelen forlate kroppen og bevege seg fritt rundt på øya en måneds tid, før den slår seg til ro på matriættelinjens land. Dåpssjelen, derimot, vil stige opp til himmelen tre dager etter at liket er lagt i graven. I dette tilfellet fortalte folk skrekkslagne at de hadde sett dåpssjelen i jentas skikkelse bevege seg rundt på øya på høylys dag. Panikken bredte seg, og det var mange som ikke engang våget å gå til hagene sine for å finne mat. En av prestene på Mota antydte at ettersom jenta ikke var kalt hjem av Gud, kunne dette vedvare til hennes tilmålte tid var omme – og på Mota blir de fleste kvinner godt over åtti år. Da oppsøkte øyas ledere medlemmer av en anglikansk munkeorden kalt Det melanesiske brorskap og ba dem be dåpssjelen død. Ingen så mer til den.

Det er lett å tenke at denne jenta ville hatt det bedre om hun hadde vokst opp på et sted med færre begrensninger og større rom for utfoldelse. Kanskje hun også var plaget av at hun ikke kunne være «bare» seg selv, men alltid ville bli definert ut fra slektskapsrelasjoner. Om hun hadde tatt videre utdanning og flyttet til en øy med mulighet for lønnet arbeid, ville hennes sosiale handlingsrom ha utvidet seg kraftig. Samtidig ville hun nå møte sterke forventninger om å hjelpe slektninger med små og store beløp, ettersom skolepengene ble dekket av storfamilien og hennes utdanning følgelig er ansett som en investering. Presset har med andre ord forflyttet seg. Og om hun skulle vende tilbake til øya og gjøre det alle andre gjør, vil hjemkomsten preges av skuffelsen over at investeringen ikke betalte seg. Utdanning er nemlig ikke et mål i seg selv, men et middel for å få tilgang til inntekter som kan komme mange til gode.

Den vestlig-liberalistiske ideen om selvrealisering kan virke uforenlig med den norske kulturelle ideen om likhet som likeverd, hvor man gjennom å vise seg som lik fremstår som likeverdig

Uttrykket *ni we tōga gap*, «hun/han er bare her», er et hjertesukk over håp som viste seg ikke å være rotfestet. Følelsen av ikke å ha innfridd slektas håp kommer på toppen av skuffelsen over ikke å ha nådd sine egne. Akkurat på dette punktet er det lett å se likhetstrekk mellom unges liv i Vanuatu og Norge.

Selvrealisering, fellesskap og ensomhet i Norge

Den vestlig-liberalistiske ideen om selvrealisering kan virke uforenlig med den norske kulturelle ideen om likhet som likeverd, hvor man gjennom å vise seg som lik fremstår som likeverdig. I antropologiske studier har norske bygdesamfunn blitt ansett som arnestedet for den kulturelle ideen om likhet som likeverd (Broch 2020; Gullestad 1989).

Dette er fordi bygdefolk tradisjonelt har vært avhengig av hverandre for å få livet til å gå rundt. Derfor har man hatt et tydeligere gjensidig ansvar for hverandre – og å stikke seg ut og velge egne veier blir dermed en trussel for den andres trygghet (Hastrup og Löfgren 1992). Gjennom feltarbeid i Fjelldal, har vi sett hvordan endel ungdommer opplever å stå i spenn mellom bygdas forventninger til konformitet og individers ønske om å realisere egne interesser og ønsker.

Noen av informantene våre i Fjelldal skiller seg ut fra majoriteten i bygda ved å drive med aktiviteter som skating og snowboard heller enn ski og fotball. De kler seg også annerledes, typisk med løse bukser og brukte klær fra 90-tallet, heller enn trange bukser og det siste innen sportsklær, som er mer vanlig. Som en 20-årig informant vi kaller Jonas uttalte det: «Ingen turte å gå med baggy jeans i 2016, alle skulle ha smale bukser. Og herregud hvor mye vi ble hata for det!». Men om gutta opplevde motstand blant andre unge for sine valg, fant de bekræftelse via sosiale medier, særlig Instagram og Youtube. Der så de videoer og bilder av skatere i New York og Paris som kledde seg som dem. Disse ble anerkjent som moteikoner i de internasjonale metropolene og omfavnet av pop-stjerner som Rihanna. «Når du ser det på Instagram er det lettere å tenke at 'jeg vet det er det feteste' og at 'jeg driter i hva klassekameraten min sier, fordi jeg vet at dette er det råeste'».

På denne måten muliggjør kanskje sosiale medier selvrealisering og fellesskap på nye måter for en del unge i Norge i dag: selv i konformitetstunge samfunn trenger ikke selvrealisering å innebære en frikobling fra sosiale fellesskap, slik som i Vanuatu. Det er bare at de sosiale fellesskapene tar en annen form – i det at man identifiserer seg, og opplever støtte fra, personer helt andre steder enn i ens fysiske nærrområde.

Friheten til å leve ut sider av seg selv som ikke sammenfaller med bygdas sosiale kodeks kan imidlertid være tveegget sverd: Man frigjør seg kanskje fra bygdas normer og forventninger, men idealene man henvender seg til kan være vanskelige å nå opp til. I tillegg til å være en av Fjelldalbygdenes kuleste karer, har Jonas også slitt med sosial angst. I et intervju forklarte han angsten sin på denne måten: «Jeg mista rett og slett troa på meg selv. Sosiale medier har jo laga et press, ikke sant. Du har en egen konto der du skal pumpe ut ting om deg selv. Du ser på alle andre og tenker 'han her har skjønt alt', mens du ikke har det. Det handler mye om å måle seg selv mot andre. Jeg tror det handler om at telefonen og sosiale medier er så sykt sentrert rundt deg selv. Tidligere hadde man et arbeidsliv hvor man jobba i skogen, hadde et snekkerlag eller et arbeidslag. Mens nå sitter vi med dritmasse fritid. Når man er en ensom ungdom har man bare seg selv. Og så skal man være på plattformene der alt bare handler om en selv, hvor en skal pumpe ut innhold om seg selv til verden.»

Sammenlignet med Vanuatu har ungdommer vi har snakket med i Norge kanskje urealistiske forventninger til seg selv. Dette er forventninger som dannes av foreldre, vennekrets, sosiale medier og Youtube. Som Jonas fortalte: «Det blir en big deal å feile, for man skal liksom ikke feile». Denne frihetens bakside handler om frykten for å

være mislykket, men også kjedelig, siden valg man tar blir handlende om hvem man er. Som Jonas forklarte: «Man setter krav til seg selv om å gjøre noe andre ville sett på som fett. Jeg tror folk er redde for å være kjedelige. Det er ikke mange som drømmer om det vanlige livet. For det er ikke det man ser på filmer eller Instagram. Det er ikke det rapperne rapper om i sangene sine.»

Konklusjon: ungdomsliv i perspektiv

Noe av det som gjør ungdomstiden så sårbar, er tidsforståelsen. Som voksne har vi lett for å tenke og snakke om ungdomstiden først og fremst som noe midlertidig som skal gå over i noe annet. Og om ting er vonde og vanskelige, vet vi at det kommer opp-turer etter nedturer. Det gjør det krevende for oss å forstå at ungdom lett kan tenke at slik de har det og føler det nå, slik vil det også bli for all fremtid. Livserfaring er en god vaksine mot slike tanker.

Men hvordan kan dette budskapet formidles i en annen sammenheng, for eksempel på en stillehavsøy der det meste tilsynelatende er som det alltid har vært? Er det virkelig håp om radikal endring når utdanningsmulighetene er begrenset? Er det realistisk å treffe noen nye og spennende når du kjenner alle på øya, og utsiktene til å kunne reise vekk og begynne noenlunde fra *scratch* er små? Hva hvis kjæresten du nå ikke får være sammen med var den eneste for deg, den eneste som forstod deg, og dere er nektet å være sammen?

Forskjellene mellom unges liv i Vanuatu og Norge er skapt av kultur, klima og andre livsbetingelser. Ved hjelp av en ganske grovkornet sammenligning, har vi sett noen trekk som gjør det lettere å stille spørsmål ved hvorfor ting blir som de blir – fordi vi blir minnet på at alternativer finnes, og dermed at verdiene og målene vi styrer etter er skapt av oss selv, og at vi derfor kan påvirke dem. Vi har sett at selv om de fleste nordmenn vil tenke på valgmulighetene i Vanuatu som svært begrenset, finnes det der ingen forestilling om at et menneskeliv kan være mislykket. Sikkerhetsnettene utgjøres av jorda du har rett til å dyrke.

Med dette som grunnfjell, bygges livet videre gjennom forpliktende forbindelser til nær og fjernere slekt. Det å alltid bli sett og plassert vil for manges del være en skremmende tanke, som gir assosiasjoner til en livsbegrensende sosial kontroll enkelte ynder å kalle «bygdedyret». Men det at du er regnet med, og at noen legger merke til ditt fravær, er også et kjennetegn ved «bygdedyret». Og det er mye trygghet i en slik oppmerksomhet. Den er heller ikke i samme grad gjenstand for inflasjon som den oppmerksomheten som aktivt oppsøkes på digitale flater, og som dermed blir et knapt gode. Og i vår tid er det som teller det som kan telles. Da blir vellykkethet tilsynelatende målbar, i form av «likes» og følgere. I kombinasjon med ungdomstidens hang til å grublerier, ytterligere forsterket av den kroniske selvrefleksjonen som ifølge Anthony Giddens kjennetegner senmoderniteten, blir det lett å forgape seg i tegnene på andres suksess og fortape seg i egen tilkortkommenhet. Da blir kanskje endog meningsskapning et individuelt prosjekt snarere enn et fellesskapsprodukt.

Under slike betingelser er det lett å føle seg både overveldet og alene. Samtidig viser erfaringene fra feltarbeidet i Fjellidal at for mange som ikke opplever seg som fullverdige deltagere i fellesskapet, er de samme digitale arenaene med på å gjøre det mer håndterbart å være «annerledes» på bygda – for der kan talenter som ikke anerkjennes og interesserer som avviker fra flertallets få sitt utløp.

Etter denne sammenligningsøvelsen sitter vi altså igjen med et ganske blandet inntrykk. Likevel kan vi kanskje se konturene av noen klare fellesnevner, tross den store geografiske og kulturelle avstanden. Arenaer der vi kan oppleve fellesskap og oppnå anerkjennelse later til å være en forutsetning for meningsfulle tilværelser, både i Norge og i Vanuatu. Utvalget av slike arenaer vil være enormt mye større for de fleste norske ungdommer.

Vi har sett at selv om de fleste nordmenn vil tenke på valgmulighetene i Vanuatu som svært begrenset, finnes det der ingen forestilling om at et menneskeliv kan være mislykket

Samtidig er det nettopp i denne valgfriheten det går an å gå seg vill og dermed falle ut av syne. Da kan livet fort fortone seg like retningsløst som meningsløst. I en ideell verden vil kanskje frihetsseilasen være utstyrt med en ballast av fellesskapsforpliktelser.

Referanser

- Broch, Tuva Beyer. 2020. *Introduksjon: Hjem(met) i og etter Gullestad*. *Norsk antropologisk tidsskrift* 31 (1/2) s. 5-19
- Giddens, Anthony 1991. *Modernity and self-identity*. Stanford: Stanford University Press.
- Gullestad, Marianne. 1989. *Kultur og hverdagsliv: på sporet av det moderne Norge*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gullestad, Marianne. 2002a. *Det norske sett med nye øyne. Kritisk analyse av norsk innvandringsdebatt*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gullestad, Marianne. 2002b. *Invisible fences: Egalitarianism, nationalism and racism*. *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 8 (1) s. 45-63.
- Hastrup, Kirsten, and Orvar Löfgren. 1992. *Lykkens økonomi*. I Kirsten Hastrup (red.) *Den nordiske verden*, s. 240-257. København: Gyldendal.
- Ingold, Tim 1992. *Editorial*. *Man, n.s.*, 27 s. 693-96.
- Madsen, Ole Jacob 2018. *Generasjon Prestasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
2020. *Livsmestring på timeplanen*. Oslo: Spartacus.
- Seljestad, Lars Ove 2005. *Blind*. Oslo: Cappelen
- Turner, Victor 1969. *The ritual process*. Ithaca, NY: Cornell University Press.

Blir ungdoms psykiske helse påvirket av sosiale medier?

Av Gunnhild Johnsen Hjetland og Jens Christoffer Skogen



Gunnhild Johnsen Hjetland er psykolog utdannet ved Universitetet i Bergen (UiB) og er ansatt som postdoktor ved Avdeling for helsefremmende arbeid ved Folkehelseinstituttet. Hun har vært involvert i prosjektet «Helsefremmende miljø på sosiale medier», og har publisert flere vitenskapelige artikler om sosiale medier og psykisk helse hos ungdom.

Jens Christoffer Skogen er utdannet psykolog ved Universitetet i Bergen og er ansatt som seniorforsker ved Avdeling for helsefremmende arbeid ved Folkehelseinstituttet og Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest. Han er for tiden prosjektleder og involvert i flere prosjekt som ser på barn og unges psykiske helse og trivsel sett opp mot bruk av sosiale medier og gaming.

Unge i dag vokser opp i et digitalisert samfunn hvor sosiale medier spiller en viktig rolle i deres liv. Sosiale medier rommer en lang rekke internett-baserte plattformer, som alle har til felles at de muliggjør samhandling mellom mennesker (se egen tekstboks) og hvor innholdet i stor grad er bruker-generert. Omtrent alle norske barn i 13-14-års alderen har egen mobiltelefon². 90 prosent av barn og unge mellom ni og 18 år har én eller flere kontoer på sosiale medier, hvor YouTube, Snapchat, TikTok og Instagram er de mest utbredte².

Politikere, fagpersoner, foreldre og andre har uttrykt bekymring for at denne omfattende bruken av sosiale medier spesielt, og skjermbruk generelt, kan være skadelig for barn og unges psykiske helse, og fremstillinger av den potensielle negative effekten av slik bruk dominerer det offentlige ordskiftet³.

Andre peker på at vi historisk sett har en tendens til å legge skylden for ungdommers utfordringer på ny teknologi (såkalt «teknologi-panikk» eller «moralsk panikk»⁴). De som støtter «moralsk panikk»-tankegangen viser til at også radio og farge-TV i sin tid ble sett på som trusler for ungdoms psykiske helse og trivsel, uten at vi i dag tenker at disse mediene har vesensbetydning for ungdoms psykiske helse og trivsel.

Men sosiale medier har noen kvaliteter ved seg som andre teknologiske nyvinninger ikke har hatt. For det første er sosiale medier langt mer interaktiv i sin innretning, og oppfordrer til samhandling og samvirke blant aktørene. For det andre er sosiale medier, via smarttelefonen, med oss over alt og dermed allestedsnærværende, i motsetning til for eksempel TV og radio. For det tredje utgjør sosiale medier en ny sosial arena. Litt på samme måte som andre sosiale arenaer, som skole eller fritidsaktiviteter, kan også denne sosiale arenaen romme både positive og negative opplevelser. I tillegg har kanskje sosiale medier sitt eget sett med risikofaktorer en må passe på. Et åpenbart eksempel er mobbing og utestenging, hvor dette ikke nødvendigvis

Samlet sett ser det ut til at bruk av sosiale medier har en svak, men statistisk sikker negativ sammenheng med livskvalitet, angst og depresjon

opphører i det man for eksempel går hjem fra skolen, men kan fortsette døgnet rundt gjennom sosiale medier.

Bekymringen rundt effekten av sosiale medier har også gitt seg til kjenne i en betydelig mengde forskningsartikler. Forskningsfunnene er så langt sprikende, hvor noen finner en sammenheng mellom bruk av sosiale medier og psykiske plager som angst og depresjon⁵⁻⁷, mens andre ikke finner noen sammenheng⁸ eller til og med rapporterer positive effekter av å bruke sosiale medier⁹⁻¹⁰. Noe av uklarhetene rundt effekten av sosiale medier kan knyttes til begrensninger ved den forskningen som er gjort til nå. I denne artikkelen vil vi belyse disse begrensningene, og peke på sentrale aspekter ved sosiale medier som kan se ut til å påvirke ungdoms psykiske helse, både i positiv og negativ forstand.

Definisjon av sosiale medier

Sosiale medier har blitt definert på ulike måter, men vi mener Carr & Hayes¹ definisjon er dekkende: «Sosiale medier er internett-baserte kanaler som lar brukere interagere opportunistisk og presentere seg selv som de vil, enten i sanntid eller asynkront, med et bredt eller smalt publikum, som drar nytte av bruker-generert innhold og opplevelsen av å interagere med andre» [1, s. 50, oversatt av forfattere]. Definisjonen trekker frem element som de fleste er enige om er sentrale kjennetegn ved sosiale medier:

- 1) Internett-baserte plattformer**
- 2) Mulighet for samhandling mellom mennesker**
- 3) Både samtidig og utsatt (asynkron) samhandling**
- 4) Brukergenerert innhold**

Definisjonen dekker en rekke plattformer, både de tradisjonelle som Facebook, Snapchat og Instagram, men også YouTube og onlinegaming.

Avgrensning

I denne artikkelen beskjeftiger vi oss i hovedsak med betydningen av den dagligdagse bruken av sosiale medier på psykisk helse og trivsel hos individer. Det vil si at vi ikke tar for oss mer kollektive eller samfunnsmessige effekter, for eksempel muligheter for informasjonsspredning av helseinformasjon eller mobilisering av massene for å påvirke politiske avgjørelser, uten at vi mener at disse ikke spiller noen rolle for individers psykiske helse. For å gi et overordnet blikk av feltet benytter vi oss også hovedsakelig av kunnskapsoversikter, og i mindre grad av funn fra primærstudier.

Bruk av sosiale medier og psykisk helse og livskvalitet hos ungdom

Samlet sett ser det ut til at bruk av sosiale medier har en svak, men statistisk sikker negativ sammenheng med livskvalitet, angst og depresjon¹¹⁻¹², årsaksforholdet er dog ikke etablert. Den forskningen som foreligger er preget av tverrsnittstudier¹³. I slike studier undersøker man sammenhengen mellom to variabler på ett tidspunkt, for eksempel assosiasjonen mellom gjennomsnittlig daglig tidsbruk av sosiale medier og livskvalitet. Men slike studier kan ikke si noe om kausalitet, altså hva som er årsak og hva som er effekt.

Det kan tenkes at mye bruk av sosiale medier fører til lavere livskvalitet, men det kan også tenkes at lav livskvalitet fører til mer bruk av sosiale medier, og det kan tenkes andre faktorer påvirker både bruk av sosiale medier og livskvalitet.

Det finnes noen studier som har vist en sammenheng mellom bruk av sosiale medier og psykisk helse over tid¹⁴⁻¹⁵. Riehm og kollegaer¹⁵ viste at de som brukte mer enn

De siste årene har flere forskere har undersøkt hvorvidt måten man bruker sosiale medier på har betydning for psykisk helse

tre timer per dag på sosiale medier hadde høyere risiko for å ha psykiske vansker ett år senere. Men noen har argumentert for at sammenhengen mellom sosial mediebruk eller skjermtid og psykisk helse er så svak at den har liten praktisk betydning. I en studie viste Orben og Przybylski¹³ blant annet at sammenhengen mellom bruk av skjermbasert teknologi og livskvalitet («well-being») ikke var stort sterkere enn sammenhengen mellom livskvalitet og det å spise poteter, og at det å bruke briller hadde en 1,5 ganger sterkere negativ sammenheng med livskvalitet enn teknologibruk. Likevel er det ingen som fraråder ungdom å spise poteter eller gå med briller. Men som mye annen forskning på skjermbruk og sosiale medier brukte også denne studien et globalt mål av gjennomsnittlig skjermbruk som utfall, som inkluderte både TV-titting, sosiale medier, bruk av internett, teksting, telefonsamtaler, skolearbeid, med mer. Når man samler ulike atferder under paraplyen «skjermbruk» eller «sosiale medier», er det ikke overraskende at den samlede effekten er nærmest null.

Her er vi inne på en av de viktigste begrensningene med forskning på sosiale medier. I all hovedsak har man benyttet seg av relativt enkle mål av tidsbruk eller frekvensen av bruk av sosiale medier¹⁶⁻¹⁷. Da prøver man å måle en svært kompleks atferd (bruk av sosiale medier) med noen få, enkle spørsmål. Men den tiden man bruker på sosiale medier kan romme svært ulike opplevelser og samhandlingsmønstre, avhengig av hvilke plattformer man bruker, hva man gjør der, og hvem man interagerer med, og det er naturlig å anta at de eventuelle effektene av dette vil være svært varierte¹⁸. Sannsynligvis er den potensielle effekten av sosiale medier avhengig av hvordan og hvorfor man bruker sosiale medier, og ikke minst hvem som bruker dem^{11,19}.

Hvordan sosiale medier brukes: aktiv og passiv bruk

De siste årene har flere forskere undersøkt hvorvidt måten man bruker sosiale medier på har betydning for psykisk helse. En rekke studier har gjort dette ved å skille mellom aktiv og passiv bruk [se for eksempel^{11,16}. Aktiv bruk refererer til aktiviteter på sosiale medier som fremmer utvekslinger med andre, både det å legge ut eget innhold og å interagere med andre. Passiv bruk er det å se på det andre legger ut på sosiale medier uten å interagere med dem direkte^{20,21}.

I en eksperimentell studie viste Verduyn og medarbeidere²² at passiv bruk av Facebook predikerte en nedgang av livskvalitet («well-being») over tid. Aktiv bruk, på den andre siden, hadde ingen effekt på livskvalitet. I en rapport til Nordisk ministerråd, fant man at unge mellom 14-29 år som først og fremst brukte sosiale medier aktivt også var oftere med venner offline og i større grad deltok i organiserte sosiale aktiviteter som frivillig arbeid¹⁹. I samme rapport fant de også at passiv bruk var assosiert med dårligere humør, manglende interesse, og mer ensomhet og skam. Burke og Kraut²³ viste at det å motta meldinger eller lignende fra venner, som var sendt spesifikt til mottakeren, var assosiert med økt livskvalitet («well-being»), mens det å se venners innlegg som var ment for et større publikum eller det å få «ett-klikks feedback» (for eksempel en «like») ikke var det.

Passiv bruk av sosiale medier tenkes å ha en negativ effekt på psykisk helse blant annet fordi det trigger oppadgående sosial sammenligning²⁴. Sosial sammenligning er vår iboende tendens til å sammenligne oss med andre for å vurdere hvordan vi «presterer» eller gjør det vis-a-vis dem rundt oss²⁵. Oppadgående sosial sammenligning går ut på å sammenligne seg selv med noen som gjør det bedre enn oss selv (på for eksempel utseende eller karriere), og nedadgående sosial sammenligning er å sammenligne seg selv med noen som gjør det verre. Særlig tendensen til oppadgående sosial sammenligning kan tenkes å bli forsterket av sosiale medier, hvor man i større grad enn ellers blir eksponert for tilsynelatende «perfekte» og vellykkede individer²⁶.

På sosiale medier kan man fremstille seg selv som man vil, også ved hjelp av digital

**En kunnskaps-
oppsummering av
37 studier fant blant
annet at online kom-
munikasjon med andre
i stor grad under-
støtter vennskap og
relasjoner**

redigering for å forbedre eget utseende. Studier har vist at eksponering for «perfekte» kroppsidealer kan føre til misnøye med egen kropp²⁷⁻²⁹, som igjen øker risikoen for lav selvfølelse og depresjon³⁰. Vi har selv også funnet at ungdom, både gutter og jenter, som har et høyt fokus på hvordan de fremstår på sosiale medier, også rapporterer mer psykiske vansker og lavere livskvalitet sammenlignet med ungdom som fokuserer mindre på dette³¹.

På den annen side er det sannsynlig at aktiv bruk av sosiale medier i større grad gir mulighet til å høste de positive sidene ved sosiale medier, som vennskap, fellesskap, og emosjonell støtte^{19, 32, 33}. Aktiv bruk på sosiale medier er assosiert med større deltakelse i andre offline-fellesskap blant ungdom og unge voksne. En kunnskapsoppsummering av 37 studier fant blant annet at onlinekommunikasjon med andre i stor grad understøtter vennskap og relasjoner gjennom blant annet planlegging av sammenkomster, øker mulighet til å tilbringe tid sammen digitalt, utvikler personlige forhold og til å gi omsorg til hverandre³⁴. Et aktuelt eksempel er bruken av sosiale medier under korona-pandemien.

Videre kan selve typen aktiv bruk på sosiale medier også ha en betydning. Å uttrykke negative følelser eller problemer på sosiale medier har blitt knyttet til høyere nivå av opplevd sosial støtte^{35, 36}, og til lavere nivå av depressive symptomer i respons til negative livshendelser^{37, 38}. Å søke støtte online har også blitt forbundet med bedre psykisk helse («mental well-being») ^{21, 39}.

Andre aktiviteter på sosiale medier har mer åpenbare negative konsekvenser. Et eksempel er når personer med alvorlig spiseforstyrrelse finner hverandre på sosiale medier og deler metoder for å bli tynnest mulig⁴⁰. Mobbing på nett og seksuell trakassering er to andre eksempler.

Når bruk av sosiale medier går på bekostning av annen helsefremmende atferd

Utover slike mer «direkte» effekter av sosial mediebruk, kan det tenkes at bruk av sosiale medier har noen indirekte effekter på psykisk helse og trivsel gjennom å fordrive andre aktiviteter. «Displacement hypothesis», eller oversatt «erstatningshypotesen», går ut på at bruk av internett/sosiale medier har en negativ effekt på livskvalitet fordi bruk av sosiale medier hindrer en å være til stede i «virkeligheten» og erstatter eller forstyrrer sosialisering med venner og familie ansikt-til-ansikt.^{41, 42} Nyere undersøkelser finner imidlertid ikke støtte for at bruk av sosiale medier forringer kvaliteten på eksisterende vennskap⁴³. Det ser heller ut til at sosiale medier i stor grad brukes til å kommunisere med de vennene man allerede har og at sosiale medier kan bidra til å styrke eller opprettholde vennskap.^{19, 44, 45}

Selv om sosiale medier ikke ser ut til å erstatte samhandling med venner kan «erstatningshypotesen» være relevant for andre aktiviteter, hvor bruk av sosiale medier forskyver annen viktig atferd. For eksempel er bruk av sosiale medier før man legger seg assosiert med dårligere søvnkvalitet⁷. Tandon og medarbeidere⁴⁶ foreslo at ønsket om å ikke gå glipp av sosiale aktiviteter på sosiale medier (FoMo; «Fear of Missing Out») fører til at man forsømmer god søvnhygiene og får forstyrret søvn. Dårlig søvn kan ha store negative konsekvenser for psykisk og fysisk helse, både på kort og lang sikt.^{47, 48}

Hvorfor man bruker sosiale medier: avhengighet og «FoMo»

Videre er det sannsynlig at effekten av sosiale medier på psykisk helse og trivsel er henger sammen med hvorfor man bruker sosiale medier. I en kunnskapsoppsummering av 29 forskningsartikler fant Webster og kollegaer²¹ at lav selvtillit og depresjon var mer utbredt blant ungdom som er svært investerte i, eller er avhengige av, sosiale medier. Avhengighet av sosiale medier innebærer at man ikke er i stand til

**Blant norsk ungdom
braker jenter mer tid
på sosiale medier
enn gutter, mens
gutter bruker mer
tid på online og
offlinespilling**

å kontrollere bruken av sosiale medier og at bruken går ut over andre livsoppgaver⁴⁹, og det finnes evidens for at en liten andel av brukere av sosiale medier opplever avhengighetslignende symptomer som en konsekvens av sin sosiale mediebruk⁵⁰. Men avhengighet av internett eller av sosiale medier er ikke etablert som en formell lidelse i diagnosemanualene, og det finnes ingen etablerte kriterier for å identifisere slik avhengighet⁵¹. I sin artikkel om mobilavhengighet understreker Pavona og Carbonnell⁵² viktigheten av å ikke blande avhengighet, som er en alvorlig diagnose, med høyt engasjement, lidenskap, eller mangel på selvkontroll relatert til mobilbruk. De foreslår også å bruke begrepet «problematisk» eller «maladaptiv» mobilbruk, som også kan overføres til sosial mediebruk. Andre har brukt begrepet «patologisk bruk»⁵³ om avhengighetslignende bruk av sosial medier.

En mekanisme i problematisk eller patologisk bruk av sosiale medier som har blitt trukket frem i litteraturen er «Fear of Missing Out» (FoMo)⁵⁴. FoMo har blitt definert som «en gjennomgripende følelse av at andre har belønnende opplevelser som man ikke deltar i» og videre at FoMo er karakterisert av et «sterkt ønske om å være kontinuerlig oppdatert på hva andre holder på med»⁵⁵. Mange sosiale media-plattformer viser frem hvilke aktiviteter en går glipp av og dette kan tenkes å forsterke FoMo. FoMo ser ut til å være en sentral faktor som påvirker og motiverer sosial mediebruk, hvor en bruker sosiale medier for å unngå å føle på FoMo^{55, 56}. Grad av FoMo varierer fra person til person, hvor yngre opplever mer FoMo sammenlignet med eldre.⁵⁵

Hvem bruker sosiale medier?

Utover hvordan og hvorfor sosiale medier brukes, kan også individuelle forskjeller, som kjønn, alder, sosioøkonomisk status og personlighet, ha betydning for hvordan psykisk helse og trivsel påvirkes.¹⁶ Så langt mangler kjønnsespesifikke analyser i stor grad i litteraturen¹⁷, men noen enkeltfunn henter om kjønnsforskjeller, hvor jenter ser ut til å oppleve mer negative effekter av sosiale medier enn gutter.^{57, 58} Andre studier har derimot ikke funnet slike sammenhenger.^{59, 60} Blant norsk ungdom bruker jenter mer tid på sosiale medier enn gutter, mens gutter bruker mer tid på online og offlinespilling.⁶¹

Noen enkeltstudier har også indikert at alder har betydning for effekten av sosiale medier. For eksempel viste Tsitsika og medarbeidere⁶² at ungdommer mellom 14 og 16 år med høy bruk av sosiale medier (definert som minst 2 timer daglig bruk) hadde større sannsynlighet for å ha internaliserende symptomer som angst og depresjon sammenlignet med eldre ungdom (16-18 år) med høy bruk av sosiale medier. Andre igjen har ikke funnet en slik sammenheng [for eksempel⁵⁹, og hvorvidt sosiale medier påvirker barn og unge ungdommer i større grad enn eldre ungdommer er noe som må undersøkes videre.

Det er også sannsynlig at sosioøkonomisk status (ofte målt som foreldres utdanning, lønnsnivå og/eller arbeidstid⁶³ har betydning for hvordan ungdom blir påvirket av sosiale medier. Det finnes evidens for en sosial gradient i psykiske plager, hvor barn og ungdom med lav sosioøkonomisk status har to til tre ganger større sannsynlighet for å utvikle mentale helseproblemer enn barn og ungdom med høyere sosioøkonomisk status⁶³. Det finnes lite forskning som spesifikt ser på om forholdet mellom sosial mediebruk og psykisk helse påvirkes av sosioøkonomisk status, men noen studier har funnet ulikheter i bruk. Den norske «Ungdata»-undersøkelsen viste for eksempel at sosial mediebruk er mest utbredt blant unge jenter fra familier med lav sosioøkonomisk status.⁶¹ Denne undersøkelsen viste også at ungdom fra familier med lav sosioøkonomisk status i mindre grad opplever at foreldrene har innsikt i hva de gjør på sosiale medier og at foreldrene i mindre grad er gode rollemodeller for sosial mediebruk. I kombinasjon kan det tenkes at omfattende bruk av sosiale medier og lite forel-

**Det finnes ikke
et enkelt svar på
om sosiale medier
skader barn og unges
psykiske helse
eller ikke**

drekontroll kan gjøre ungdom fra familier med lav sosioøkonomisk status mer sårbare for avhengighet og negative opplevelser på sosiale medier.

Noen har også undersøkt hvordan personlighet spiller inn i sammenhengen mellom sosial mediebruk og psykisk helse. For eksempel har flere enkeltstudier vist en sammenheng mellom ekstrovertsjon (utadvendthet) og avhengighet til sosiale medier og mellom nevrotisisme og avhengighet.^{54, 64}

Til sist kan også mer overordnede forhold som kulturelle faktorer ha betydning. Noen forskere har rapportert forskjeller i sosial mediebruk på tvers av land og har knyttet dette til forskjeller mellom kollektivistiske og individualistiske kulturer.^{51, 65} For eksempel fant Jackson og medarbeidere⁶⁵ at amerikanske studenter (definert som en individualistisk kultur) brukte mer tid på sosiale medier, betraktet dem som viktigere og hadde flere venner på sosiale medier enn kinesiske studenter (definert som en kollektivistisk kultur). Cheng og medarbeidere⁵¹ fant at forekomsten av det forfatterne definerte som avhengighet av sosiale medier var 31 % i kollektivistiske kulturer og 14 % i individualistiske kulturer. Studier som undersøker flere nyanser og detaljer i kulturelle forskjeller utover skillet mellom kollektivism og individualisme er nødvendig for å kunne bedre belyse hvordan kulturelle forhold påvirker dyaden sosiale medier og psykisk helse.

Diskusjon

Det finnes ikke et enkelt svar på om sosiale medier skader barn og unges psykiske helse eller ikke. Effekten av sosial mediebruk er sannsynligvis avhengig av hvordan sosiale medier brukes (for eksempel aktiv og passiv bruk, hvem man samhandler med), hvorfor de brukes (avhengighet, FoMo), og hvem som bruker dem (for eksempel kjønnsforskjeller, aldersforskjeller). Heller enn en spesifikk mengde sosial mediebruk er det sannsynlig at spesifikke atferder eller motiver knyttet til sosial mediebruk har betydning for psykisk helse og trivsel¹², og forskningen må endre fokus fra mengde sosial mediebruk til type sosial mediebruk, samt motiver og opplevelser på sosiale medier.

SoMe spiller sammen med andre ting i livet – og er en viktig del av livet til dagens ungdom. Dette betyr at sosial mediebruk ikke uten videre kan reduseres – ungdoms liv foregår i stor grad på sosiale medier og formaninger om å kutte i bruken kan ha utilsiktede negative konsekvenser. Dette synet overlapper med «The Goldilocks Hypothesis»⁶⁶, som hevder at moderat bruk av sosiale medier ikke er skadelig, men tvert imot fordelaktig i dagens digitale samfunn, mens overdreven bruk er skadelig og forstyrrer andre aktiviteter.

Bruken av sosiale medier utgjør en kompleks sosial arena, og det er lite sannsynlig at det er kun ett aspekt ved sosiale medier som kan forklare en eventuell sammenheng med psykisk helse og livskvalitet. Sosiale medier er en av mange faktorer som kan påvirke ungdoms helse og trivsel. Sammenhengene funnet i forskningen er svake¹³, som kan bety at sosiale medier ikke har spesielt store negative eller positive effekter for ungdom flest. Andre faktorer kan spille en mye større rolle for ungdoms psykiske helse enn sosiale medier, som økonomiske og sosiale rammer, familie, sosial støtte, skoleforhold og lignende.⁴ For eksempel fører forbedring av sosioøkonomisk status til nedgang i mentale helseplager blant unge⁶³, og det kan argumenteres for at innsatsen for å bedre ungdoms psykiske helse i hovedsak bør fokusere på slike samfunnsmessige forhold.

For forskningen fremover blir det viktig å finne mer relevante måter å måle sosial mediebruk for å kunne si noe om sammenhengen med psykisk helse og trivsel. Videre må en også benytte data som gir informasjon om sammenhenger over tid for å kunne si mer om årsaksforhold, kontekstuelle faktorer og hvilke aspekter ved bruk av sosiale

medier som kan være sentrale med tanke på utvikling av forebyggende og helsefremmende tiltak. Men uavhengig av nåværende kunnskapsstatus er det viktig å ikke gå i fellen av moralsk panikk, men heller ikke uforbeholdent bejæ teknologisk utvikling som et fremskritt for menneskeheten. Og i mellomtiden er vår anbefaling at voksne i større grad må søke å forstå og engasjere seg i barn og unges bruk av alle typer digitale medier, inkludert sosiale medier.

Referanser

1. Carr CT, Hayes RA. Social media: *Defining, developing, and divining*. *Atlantic journal of communication*. 2015;23(1):46-65.
2. Medietilsynet. Barn og medier 2020: *En kartlegging av 9-18-åringers digitale medievaner*. 2020.
3. Bell V, Bishop DV, Przybylski AK. The debate over digital technology and young people. *BMJ*. 2015;351(h3064).
4. Orben A. *The Sisyphean Cycle of Technology Panics*. *Perspect Psychol Sci*. 2020;15(5):1143-57.
5. Brunborg GS, Andreas JB. *Increase in time spent on social media is associated with modest increase in depression, conduct problems, and episodic heavy drinking*. *Journal of adolescence*. 2019;74:201-9.
6. Twenge JM, Campbell WK. Media use is linked to lower psychological well-being: Evidence from three datasets. *Psychiatric Quarterly*. 2019;90(2):311-31.
7. Woods HC, Scott H. # Sleepyteens: *Social media use in adolescence is associated with poor sleep quality, anxiety, depression and low self-esteem*. *Journal of Adolescence*. 2016;51:41-9.
8. Coyne SM, Rogers AA, Zurcher JD, Stockdale L, Booth M. *Does time spent using social media impact mental health?: An eight year longitudinal study*. *Computers in Human Behavior*. 2020;104:106160.
9. Ellison NB, Steinfield C, Lampe C. *The benefits of Facebook "friends": Social capital and college students' use of online social network sites*. *Journal of Computer-Mediated Communication*. 2007;12(4):1143-68.
10. Valenzuela S, Park N, Kee KF. *Is there social capital in a social network site?: Facebook use and college students' life satisfaction, trust, and participation*. *Journal of computer-mediated communication*. 2009;14(4):875-901.
11. Kross E, Verduyn P, Sheppes G, Costello CK, Jonides J, Ybarra O. *Social media and well-being: Pitfalls, progress, and next steps*. *Trends in Cognitive Sciences*. 2020.
12. Keles B, McCrae N, Grealish A. *A systematic review: the influence of social media on depression, anxiety and psychological distress in adolescents*. *International Journal of Adolescence and Youth*. 2020;25(1):79-93.
13. Orben A, Przybylski AK. *The association between adolescent well-being and digital technology use*. *Nature Human Behaviour*. 2019;3(2):173.
14. Twenge JM. *Increases in Depression, Self-Harm, and Suicide Among US Adolescents After 2012 and Links to Technology Use: Possible Mechanisms*. *Psychiatric Research and Clinical Practice*. 2020:appi.prp. 20190015.
15. Riehm KE, Feder KA, Tormohlen KN, Crum RM, Young AS, Green KM, et al. *Associations between time spent using social media and internalizing and externalizing problems among US youth*. *JAMA psychiatry*. 2019;76(12):1266-73.
16. Orben A. *Teenagers, screens and social media: a narrative review of reviews and key studies*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2020;55:1-8.
17. Schønning V, Hjetland GJ, Aarø LE, Skogen JC. *Social Media Use and Mental Health and Well-Being Among Adolescents—A Scoping Review*. *Frontiers in Psychology*. 2020;11:1949.
18. Orben A. *Digital Diet: A 21st century approach to understanding digital technologies and development*. *Infant and Child Development*. 2021:e2228.
19. Birkjær M, Kaats M. *Er sosiale medier faktisk en trussel for unges trivsel*. 2019.
20. Verduyn P, Gugushvili N, Kross E. *The impact of social network sites on mental health: distinguishing active from passive use*. *World Psychiatry*. 2021;20(1):133.
21. Webster D, Dunne L, Hunter R. *Association between social networks and subjective well-being in adolescents: A systematic review*. *Youth & Society*. 2021;53(2):175-210.
22. Verduyn P, Lee DS, Park J, Shablack H, Orvell A, Bayer J, et al. *Passive Facebook usage undermines affective well-being: Experimental and longitudinal evidence*. *Journal of Experimental Psychology: General*. 2015;144(2):480.
23. Burke M, Kraut RE. *The relationship between Facebook use and well-being depends on communication type and tie strength*. *Journal of computer-mediated communication*. 2016;21(4):265-81.
24. Verduyn P, Ybarra O, Résibois M, Jonides J, Kross E. *Do social network sites enhance or undermine subjective well-being? A critical review*. *Social Issues and Policy Review*. 2017;11(1):274-302.
25. Collins RL. *For better or worse: The impact of upward social comparison on self-evaluations*. *Psychological bulletin*. 1996;119(1):51.
26. Firth J, Torous J, Stubbs B, Firth JA, Steiner GZ, Smith L, et al. *The "online brain": how the Internet may be changing our cognition*. *World Psychiatry*. 2019;18(2):119-29.
27. Barlett CP, Vowels CL, Saucier DA. *Meta-analyses of the effects of media images on men's body-image concerns*. *Journal of social and clinical psychology*. 2008;27(3):279-310.
28. Dittmar H. *How do "body perfect" ideals in the media have a negative impact on body image and behaviors? Factors and processes related to self and identity*. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2009;28(1):1-8.
29. Grabe S, Ward LM, Hyde JS. *The role of the media in body image concerns among women: a meta-analysis of experimental and correlational studies*. *Psychological Bulletin*. 2008;134(3):460.

30. Holsen I, Kraft P, Røysamb E. *The relationship between body image and depressed mood in adolescence: A 5-year longitudinal panel study*. Journal of Health Psychology. 2001;6(6):613-27.
31. Skogen JC, Hjetland GJ, Bøe T, Hella RT, Knudsen AK. *Through the Looking Glass of Social Media. Focus on Self-Presentation and Association with Mental Health and Quality of Life. A Cross-Sectional Survey-Based Study*. Oslo: Norwegian Institute of Public Health; 2021. Contract No.: 6.
32. Burke M, Marlow C, Lento T, editors. *Social network activity and social well-being*. Proceedings of the SIGCHI conference on human factors in computing systems; 2010.
33. Best P, Manktelow R, Taylor B. *Online communication, social media and adolescent wellbeing: A systematic narrative review*. Children and Youth Services Review. 2014;41:27-36.
34. Yau JC, Reich SM. *Are the qualities of adolescents' offline friendships present in digital interactions?* Adolescent Research Review. 2018;3(3):339-55.
35. Huang H-Y. *Examining the beneficial effects of individual's self-disclosure on the social network site*. Computers in human behavior. 2016;57:122-32.
36. Park J, Lee DS, Shablack H, Verduyn P, Deldin P, Ybarra O, et al. *When perceptions defy reality: the relationships between depression and actual and perceived Facebook social support*. Journal of Affective Disorders. 2016;200:37-44.
37. Zhang R. *The stress-buffering effect of self-disclosure on Facebook: An examination of stressful life events, social support, and mental health among college students*. Computers in Human Behavior. 2017;75:527-37.
38. Apaolaza V, He J, Hartmann P. *The effect of gratifications derived from use of the social networking site Qzone on Chinese adolescents' positive mood*. Computers in Human Behavior. 2014;41:203-11.
39. Best P, Manktelow R, Taylor BJ. *Social work and social media: Online help-seeking and the mental well-being of adolescent males*. The British Journal of Social Work. 2014;46(1):257-76.
40. Bert F, Gualano MR, Camussi E, Siliquini R. *Risks and threats of social media websites: twitter and the proana movement*. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking. 2016;19(4):233-8.
41. Kraut R, Patterson M, Lundmark V, Kiesler S, Mukophadhyay T, Scherlis W. *Internet paradox: A social technology that reduces social involvement and psychological well-being?* American psychologist. 1998;53(9):1017.
42. George MJ, Odgers CL. *Seven fears and the science of how mobile technologies may be influencing adolescents in the digital age*. Perspectives on psychological science. 2015;10(6):832-51.
43. Hall JA, Kearney MW, Xing C. *Two tests of social displacement through social media use*. Information, Communication & Society. 2019;22(10):1396-413.
44. Valkenburg PM, Peter J. *Online communication and adolescent well-being: Testing the stimulation versus the displacement hypothesis*. Journal of Computer-Mediated Communication. 2007;12(4):1169-82.
45. Odgers CL, Jensen MR. *Annual Research Review: Adolescent mental health in the digital age: facts, fears, and future directions*. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2020;61(3):336-48.
46. Tandon A, Kaur P, Dhir A, Mäntymäki M. *Sleepless due to social media? Investigating problematic sleep due to social media and social media sleep hygiene*. Computers in Human Behavior. 2020;113:106487.
47. Simon EB, Vallat R, Barnes CM, Walker MP. *Sleep loss and the socio-emotional brain*. Trends in cognitive sciences. 2020.
48. Itani O, Jike M, Watanabe N, Kaneita Y. *Short sleep duration and health outcomes: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression*. Sleep medicine. 2017;32:246-56.
49. Ryan T, Chester A, Reece J, Xenos S. *The uses and abuses of Facebook: A review of Facebook addiction*. Journal of behavioral addictions. 2014;3(3):133-48.
50. Griffiths MD. *Social networking addiction: Emerging themes and issues*. Journal of Addiction Research & Therapy. 2013;4(5).
51. Cheng C, Lau Y-c, Chan L, Luk JW. *Prevalence of social media addiction across 32 nations: Meta-analysis with subgroup analysis of classification schemes and cultural values*. Addictive Behaviors. 2021:106845.
52. Panova T, Carbonell X. *Is smartphone addiction really an addiction?* Journal of behavioral addictions. 2018;7(2):252-9.
53. Holmgren HG, Coyne SM. *Can't stop scrolling!: pathological use of social networking sites in emerging adulthood*. Addiction Research & Theory. 2017;25(5):375-82.
54. Blackwell D, Leaman C, Tramosch R, Osborne C, Liss M. *Extraversion, neuroticism, attachment style and fear of missing out as predictors of social media use and addiction*. Personality and Individual Differences. 2017;116:69-72.
55. Przybylski AK, Murayama K, DeHaan CR, Gladwell V. *Motivational, emotional, and behavioral correlates of fear of missing out*. Computers in Human Behavior. 2013;29(4):1841-8.
56. Elhai JD, Levine JC, Dvorak RD, Hall BJ. *Fear of missing out, need for touch, anxiety and depression are related to problematic smartphone use*. Computers in Human Behavior. 2016;63:509-16.
57. Neira CJ, Barber BL. *Social networking site use: Linked to adolescents' social self-concept, self-esteem, and depressed mood*. 2014;66(1):56-64.
58. Frison E, Eggermont S. *Exploring the relationships between different types of Facebook use, perceived online social support, and adolescents' depressed mood*. Social Science Computer Review. 2016;34(2):153-71.
59. Banjanin N, Banjanin N, Dimitrijevic I, Pantic I. *Relationship between internet use and depression: Focus on physiological mood oscillations, social networking and online addictive behavior*. Computers in Human Behavior. 2015;43:308-12.
60. Barry CT, Sidoti CL, Briggs SM, Reiter SR, Lindsey RA. *Adolescent social media use and mental health from adolescent and parent perspectives*. Journal of adolescence. 2017;61:1-11.
61. Bakken A, Frøyland LR, Sletten MA. *Sosiale forskjeller i unges liv. Hva sier Ungdata-undersøkelsen?* 2016.
62. Tsitsika AK, Tzavela EC, Janikian M, Ólafsson K, Iordache A, Schoenmakers TM, et al. *Online social networking in adolescence: patterns of use in six European countries and links with psychosocial functioning*. Journal of adolescent health. 2014;55(1):141-7.

63. Reiss F. *Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review*. *Social science & medicine*. 2013;90:24-31.
64. Andreassen CS, Griffiths MD, Gjertsen SR, Krossbakken E, Kvam S, Pallesen S. *The relationships between behavioral addictions and the five-factor model of personality*. *Journal of behavioral addictions*. 2013;2(2):90-9.
65. Jackson LA, Wang J-L. *Cultural differences in social networking site use: A comparative study of China and the United States*. *Computers in human behavior*. 2013;29(3):910-21.
66. Przybylski AK, Weinstein N. *A large-scale test of the goldilocks hypothesis: quantifying the relations between digital-screen use and the mental well-being of adolescents*. *Psychological Science*. 2017;28(2):204-15.

Gaming, digitale plattformer og identitetsbygging i ulike utviklingsfaser

Av Stian Overå



Stian Overå er forsker og spesialrådgiver ved KORUS¹ Øst - Sykehuset Innlandet og har doktorgrad i sosialantropologi fra Universitetet i Oslo. Han har mye erfaring med forskning på barn- og ungdomstid, skole og digital mediebruk.

Stian er oppvokst med Nintendo på 1980-tallet og har siden spilt jevnt og trutt frem til voksen alder. I dag er han hobbygamer, gamerforelder og spillforsker.

¹KORUS Øst er et av syv regionale kompetansesentre innen rusfeltet i Norge.

Helt siden dataspillene fikk sitt gjennombrudd som underholdning på 1970-tallet, har spillene ført til både begeistring og bekymring i befolkningen. I løpet av de siste tiårene har dataspill blitt en vanlig måte barn og unge er i kontakt med hverandre på, en tendens som har blitt enda tydeligere de siste årene under korona når andre aktiviteter har blitt satt pause. Mens dataspill for et par tiår siden var forbundet med «nerdekultur», er «gamer» i dag en identitet som mange unge trykker stolt til brystet. Her til lands spiller 96 prosent av gutter og 76 prosent av jenter i alderen 9-18 år dataspill, enten på PC, Playstation, mobil, nettbrett eller lignende (Medietilsynet, 2020). I dag omfatter dataspill alt fra spill som kan «rundes» i løpet av busstur, til digre rollespill som kan spilles i årevis. De siste årene har også dataspill, eller elementer fra spill, funnet veien til skole, arbeidsliv og helsesektoren (ofte omtalt som «gamification»), samt til idrettsarenaen gjennom elektronisk sport (e-sport).

Det er gjort mye forskning på dataspill, fra undersøkelser som ser på tidsbruk til studier som ser på ulike konsekvenser av gaming, og studier av spilleres egne erfaringer, praksiser og kulturer. I en nylig litteraturgjennomgang av dataspillforskningen (Persico et al., 2018) påpekes det at fokuset på negative sider ved spilling, slik som avhengighet, depresjon, aggresjon og vold, har dominert mye av 'forskningen. De siste årene har det imidlertid blitt utført stadig flere undersøkelser som også har satt søkelys på ulike mulige positive sider ved gaming (Kowert & Quandt, 2020 gir en god beskrivelse av denne utviklingen).

I denne artikkelen presenteres kunnskap fra forskningslitteraturen om dataspillenes betydning i barn og ungdoms liv og oppvekst. Ambisjonen er å gi et nyansert og helhetlig bilde av forskningsfeltet, og løfte frem noen forhold som jeg mener har vært lite fremme i det offentlige ordskiftet om dataspill, slik som spilleres egne motivasjoner for å spille og opplevelsene de gjør i spillverdenen. I artikkelen brukes selvbestemmelses-

Over tjue år med forskning viser at det relasjonelle behovet er en sentral motivasjonsfaktor for mange som gamer.

teorien som et utgangspunkt for å presentere og diskutere relevant forskning på dette området.

Ifølge selvbestemmelsesteorien² (Deci & Ryan, 1985, 2000), som har vært en toneangivende teori innen samfunnsvitenskapen de siste tiårene, er alle mennesker utrustet med tre grunnleggende psykologiske behov. For å oppleve personlig vekst, motivasjon og tilfredshet sier teorien at vi må tilfredsstille et relasjonsbehov (oppleve at vi betyr noe for andre og at andre betyr noe for oss), et autonomt behov (oppleve at vi tar frie og meningsfulle valg) og et kompetansebehov (oppleve at vi mestrer og utvikler oss).

Ved å undersøke spillenes evne til å tilfredsstille disse behovene kan vi både oppnå en dypere forståelse av hvorfor gaming er så populært blant dagens unge, samt hvorfor enkelte personer utvikler et problematisk forhold til dataspilling.

Kapitlet er organisert i to hoveddeler. I første del skal vi undersøke dataspill i «barnehøyde» ved å se nærmere på spilleres motivasjoner og opplevelser knyttet til gaming. I tur og orden skal vi se nærmere på spillenes evne til å tilfredsstille behovene for relasjoner, autonomi og kompetanse. I denne delen skal vi se at dataspill først og fremst er en sunn og berikende aktivitet som mange har mye glede av. Samtidig, fra forskning og behandlingsapparatet vet vi at enkelte kan utvikle et problematisk forhold til spillingen. I andre del flyttes fokuset over på noen spørsmål og temaer som ofte opptar foreldre og andre personer i omgivelsene rundt spilleren. I del to skal vi blant annet se på hva som kjennetegner problematisk spilling og avhengighet, og betydningen av tidsbruk og voldelig innhold i spill.

Del I: Dataspill sett i «barnehøyde»

Relasjonsbehovet - å oppleve at vi betyr noe for andre og at andre betyr noe for oss

Spør du en gamer om hvorfor han eller hun liker å spille dataspill, får du kanskje til svar: «Fordi det er gøy!» eller noe i den duren. Men nøyaktig hva ved spillingen er det som oppleves gøy? Over tjue år med forskning viser at det relasjonelle behovet er en sentral motivasjonsfaktor for mange som gamer - barn som voksne (se f. eks. Arbeau, Thorpe, Stinson, Budlong, & Wolff, 2020; Bartle, 1996; Kowert, 2020; Yee, 2007)

Flere studier viser at dataspill kan være sentrale i unge menneskers vennskap, fordi spillene utgjør en arena for felles aktivitet og kommunikasjon (Domahidi, Festl, & Quandt, 2014; Overå, 2013). I mange av dagens spill er det også en underskog av spillrelaterte aktiviteter, som for eksempel «streaming», «modding» og «theorycrafting»³, som er arenaer for kreativ utfoldelse og diskusjon rundt spill og spillkultur.

Blant gutter i alderen 9-18 år er det nettopp brukere som tar for seg dataspill som er de mest populære på plattformer som Youtube og Twitch (Medietilsynet, 2020). At barn liker å se på andre som spiller dataspill, er et fenomen som forbauser mange foreldre jeg har snakket med. Samtidig er det få voksne som forundrer seg over at barn som spiller fotball også liker å se fotballkamper på TV.

Når det gjelder behovet for sosial tilhørighet, er det også studier som tyder på at gutter og jenter foretrekker ulike digitale arenaer for å dekke dette behovet.

² På engelsk omtalt som «Self-determination theory», forkortet med SDT.

³ «Streaming» betyr at du ser på andre personer som spiller dataspill på nettet, eller at du selv deler spillvideoer på nettet, enten direktesendt eller i opptak. «Modding» er avledet fra det engelske ordet «modify», og betyr at du bidrar til å endre eller skape nytt innhold, funksjoner eller muligheter i et spill. «Theorycrafting» innebærer grundige analyser av hvilke handlinger og strategier i et spill som er de beste for å lykkes. Det finnes mange nettsider, blogger og fora på nettet der spillere deler sine analyser og tips om ulike spill.

Tiden gutter bruker på dataspilling påvirker ikke deres sosiale ferdigheter over tid.

I en studie jeg utførte i samarbeid med Marja Leonhardt (Leonhardt & Overå, 2021) intervjuet vi et tyvetalls elever på ungdomstrinnet om deres skjermvaner⁴. Vi analyserte også ungdommers svar fra den nasjonale spørreundersøkelsen Ungdata⁵. Der svarte 69 % av guttene og 16 % av jentene at det er veldig viktig for dem å ha kontakt med venner gjennom gaming. Videre svarte flere gutter enn jenter (43 % mot 12 %) at de hadde følt seg utenfor hvis de ikke fikk spille de samme spillene som vennene deres. Disse resultatene tyder på at dataspill er et spesielt sentralt omdreiningspunkt i gutters relasjoner, et trekk som også kom tydelig frem i intervjuene med elevene.

Slik guttene beskrev det, var dataspill en viktig arena for fellesskapsopplevelser både på skolen og i fritiden. En gutt i 9. klasse fortalte oss: «Jeg spiller hver dag. For tiden er det mye Minecraft, Grand Theft Auto og Counter Strike: Global Offensive. Jeg spiller med folk fra klassen og noen ganger med folk jeg har blitt kjent med online».

En annen gutt fortalte at han gjennom spilling holdt kontakt med venner og familie som holdt til andre steder i landet. Også en god del av jentene spilte dataspill, men for mange av dem ble sosiale medier, som Snapchat og Instragram, beskrevet som en viktigere sosial arena enn dataspill. En jente i 9. klasse uttrykte det slik: «Jeg synes egentlig at det er gøy å spille, men nå som jeg har Snapchat og sånn, så har jeg liksom begynt å snakke mye mer med folk der». Slik jentene beskrev det, var sosiale medier en bedre egnet arena enn spill for å skape og pleie vennskap, for eksempel gjennom «snapstreaks» og ved å «like» hverandres bilder og statuser.

Et spørsmål som stadig løftes, er om barns dataspilling virker negativt inn på deres sosiale ferdigheter og relasjoner. Her er det verdt å trekke frem en norsk studie som også har fått stor oppmerksomhet i utlandet. I studien «Tidlig trygg i Trondheim» fulgte en gruppe forskere ved NTNU 873 barn fra de var 6 til de ble 12 år. Forskerne ønsket blant annet å se på hvordan forholdet mellom dataspilling og sosiale ferdigheter utvikler seg over tid (Hygen et al., 2020). Resultatene viste at tiden gutter bruker på dataspilling, ikke påvirker deres sosiale ferdigheter over tid. For jenter, derimot, var mønsteret et annet. Jenter som brukte mye tid på spilling, utviklet dårligere sosiale ferdigheter to år senere sammenlignet med jenter som brukte mindre tid på gaming. At gaming har større sosial aksept og betydning blant gutter, er en mulig forklaring på at jenter som spiller mye utvikler dårligere sosiale ferdigheter, ifølge forskerne bak studien.

Studier har også funnet at det å være del av et spillfellesskap kan virke positivt inn på følelsen av sosial tilhørighet (Kaye, 2021; Kowert & Oldmeadow, 2015). Den norske gameren Mats «Ibelin» Steen er her et godt eksempel. Mats ble født med den livstruende sykdommen Duchennes muskeldystrofi og var avhengig av rullestol fra ung alder. Mye av ungdomsårene, og til foreldrenes store bekymring, tilbrakte han mye tid i kjellerstua og spilte rollespillet «World of Warcraft».

I spillet inngikk Mats i et «laug»⁵ med en dansk kvinnelig frisør i 40-årene, en britisk kvinnelig advokat i 50-årene, samt jevnaldrende gutter og jenter fra hele Europa. Da Mats som følge av sykdommen døde 25 år gammel, mottok foreldrene plutselig e-poster fra mange av medspillerne hans hvor de beskrev hva Mats hadde betydd for dem. Flere av medspillerne – som Mats bare hadde møtt i spillet – kom også i bisetelsen hans. Disse opplevelsene fikk foreldrene til Mats til å tenke over sønnens liv på nytt: «Det var et helt samfunn, et helt lite folk, som var fra en verden og av en dimensjon vi ikke hadde hatt anelse om» (Steen & Opedal, 2020, p. 162).

⁴ Ungdata er lokale barn- og ungdomsundersøkelser der skoleelever over hele landet svarer på spørsmål om hvordan de har det, og hva de driver med på fritiden. Undersøkelsene er tilpasset barn og ungdom på mellomtrinnet (5.-7.-trinn), ungdomstrinnet og i videregående opplæring.

⁵ Et «laug» («guild» på engelsk) er en gruppe spillere som over tid samarbeider om å løse ulike oppdrag og utfordringer i spillverdenen.

Som påpekt av flere er det viktig å ikke undervurdere sosiale relasjoner i spill og anta at de er mindre betydningsfulle enn relasjoner utenfor spillet (Køltzow, 2019; Steen & Opedal, 2020). Andre studier som har sett på barn og ungdoms digitale mediebruk, viser at de unge selv sjelden snakker om et tydelig skille mellom den «digitale» og «virkelige» verdenen, slik mange voksenpersoner ofte gjør (se f.eks Kaye, 2021; Østmo, 2020).

Behovet for autonomi - å oppleve å ta frie og meningsfulle valg

Antropologen Michael Jackson (2008) bruker begrepet «mestringslek» for å beskrive hvordan mennesker ofte tyr til ulike former for lek for å styrke følelsen av kontroll når livet oppleves som krevende, forvirrende eller rutinepreget. Dette stemmer godt overens med hvordan mange beskriver spilling som en god måte «koble av på», slik blant annet Erna Solberg har uttrykt sitt forhold til spill som «Candy Crush». På lignende vis var ønsket om å tømme hodet for tanker en vanlig motivasjon for å spille blant ungdommene vi snakket med i gaming og kjønn-studien (Leonhardt & Overå, 2021).

Flere studier har sett på hvordan gamere forholder seg til sine spillkarakterer i spill (Green, Delfabbro, & King, 2021; Sioni, Burleson, & Bekerian, 2017; Yee, 2014). Mye av denne forskningen viser at dataspill er et av stedene der unge mennesker finner byggeklosser til sine «hvem er jeg?»-prosjekter. Mange dataspill gir spillere muligheten til å teste ut ulike identiteter og roller i fellesskap med andre. Dataspill gir deg mulighet til å innta rollen som en fotballproff («FIFA»), eventyrer («Zelda»), byplanlegger («Sims»), småkriminell («GTA») elitesoldat («CS:GO»), alv, trollmann eller magiker («WoW») og mye, mye mer! Karakteren du spiller kan følgelig ha et annet kjønn eller legning, alder, fysikk, stil og fremtoning enn deg selv. I mange av dagens spill kan spillere også forme sin spillkarakter ytterligere ved å kjøpe «skins» (antrekk, våpen og annet utstyr) eller «lootbokser» (digitale forandringspakker). Cirka seks av ti norske barn i alderen 9-17 år har kjøpt slikt innhold i spill for ekte penger (Medietilsynet, 2020).

Som beskrevet av Cheryl K. Olson (2010) kan spillere teste hvordan det føles å ikke bare se annerledes ut, men også å ta på seg en annen personlighet eller en ny rolle i et lag og se hvordan omgivelsene reagerer. På den måten kan avatarene i spillet bli til «objekter til å tenke med» (Turkle, 2007) om hvem man er og hvem man ønsker å bli. En britisk studie (Przybylski, Weinstein, Murayama, Lynch, & Ryan, 2012) fant at mange spillere motiveres av mulighetene spillverdenen gir til å prøve ut forskjellige egenskaper (som humor, selvtillit, mot), som ikke er like enkelt for alle å uttrykke i skolegården eller andre arenaer utenfor spillet. I miljøer som utøver stor grad av sosial kontroll kan dette trekket ved spill være spesielt viktig.

En studie fra Pakistan viser at unge muslimske kvinner bruker e-sport, det vil si konkurransedrevet spilling, som en måte å oppnå større grad av personlig frihet i et mannsdominert samfunn (Hussain, Yu, Cunningham, & Bennett, 2021). Å delta i e-sport er enklere for muslimske kvinner enn å delta i fysisk sport, forteller en av informantene i denne studien. Siden samhandlingen med andre spillere foregår gjennom avatarer og du kan være anonym, kan selvbevisstheten rundt eget kjønn, alder, etnisitet eller utseende minskes, hevder forskerne.

For personer med sykdom og funksjonsnedsettelse kan spillene også åpne en dør inn til en verden der fysiske begrensninger kan nedtones eller oppheves. Her er tidligere nevnte Mats «Ibelin» Steen igjen et godt eksempel. I dagboka skriver Mats: «Det er så mange ting som jeg har lyst til å gjøre, men lenkene holder meg tilbake. Heldigvis har jeg funnet en utvei. Gaming. Jeg fyrer opp maskina, og så forlater jeg denne verden. Det er ikke en skjerm, men en port til hvor enn ditt hjerte måtte ønske» (Steen & Opedal, 2020, p.: 112). Som historien med Mats uttrykker, kan dataspill være

For personer med sykdom og funksjonsnedsettelse kan spillene også åpne en dør inn til en verden der fysiske begrensninger kan nedtones eller oppheves.

Jenter ser ut til å ha et mer snevert handlingsrom enn gutter til å delta og uttrykke sin individualitet i spill.

en inkluderende aktivitet hvor alle utgangspunktet kan løpe like fort og hoppe like høyt, uavhengig sykdom og andre begrensninger.

Dataspillene tilbyr altså et vell av muligheter når det kommer til ulike roller, historier og verdener du som spiller kan fordype deg i. Likevel, det er godt dokumentert at det er langt flere mannlige enn kvinnelige spillfigurer (Lopez-Fernandez, Williams, Griffiths, & Kuss, 2019), og at de kvinnelige karakterene ofte fremstilles i seksualiserte bi-roller (Cote, 2017). I gaming- og kjønn-studien (Leonhardt & Overå, 2021) fortalte en av jentene i 9. klasse: «Rollene i spillene er mest sånn gutter, da, det er mange krigsspill. Jeg spiller faktisk ingen spill der gutter har hovedrollen». Denne jenta beskrev dataspill som en hobby. Samtidig virket hun oppgitt over at det er så få kvinnelige hovedkarakterer i spill. Både jentene og guttene vi snakket med ønsket mer nyanserte og varierte spillkarakterer. De mente det både ville gjøre spillene bedre, men også at flere kule jentekarakterer vil kunne få flere jenter til å føle seg «hjemme i spillene», som en gutt uttrykte det.

Vår konklusjon i gaming og kjønn-studien er at jenter ser ut til å ha et mer snevert handlingsrom enn gutter til å delta og uttrykke sin individualitet i spill. Likevel, det at andelen av jenter som spiller dataspill har økt de seneste årene (Medietilsynet, 2020), kan tyde på at handlingsrommet er i ferd med å utvides.

Kompetansebehovet - å oppleve mestring og utvikling

I boken *The Art of Failure* peker Jesper Juul (2013) på det som ved første øyekast kan synes å være et paradoks ved dataspill. Gjennom dataspilling deltar spillere i en aktivitet som i stor grad innebærer å feile og prøve på nytt, om og om igjen. Juul reiser derfor spørsmålet om hva som motiverer spillere til å oppsøke den tilsynelatende ubehagelige følelsen det er å mislykkes.

For Juul er svaret at spillene har en unik evne til å inspirere oss til å finne frem det beste i oss selv og teste grensene for våre ferdigheter i trygge omgivelser. Spilleren lærer av mislykkede forsøk og nederlag, som ofte er underholdende eller spektakulære, men aldri ydmykende for spillerens selvfølelse. Hvis spilleren i tillegg blir følelsesmessig investert i fortellingen i spillet forsterkes «kallet» om å lykkes ytterligere. Mulighetene for å prøve og feile uten alvorlige eller langvarige konsekvenser bidrar til å motivere spillere til å forsøke helt til de mestrer en oppgave i spillet. På lignende måte hevder McGonigal (2011) at ulike aktiviteter og gjøremål – enten det er snakk om i spill, på skolen eller i jobb – oppleves mest engasjerende når vi kan bruke og utvikle vår kompetanse.

Følelsen vi får når vi mestrer og utvikler oss, ligger tett på tilstanden som psykologen Mihaly Csikszentmihalyi (1990) kaller «flow», eller flyt. Flyt kjennetegnes ved at du er så oppslukt av en aktivitet at du glemmer tid og sted. Et viktig poeng hos Csikszentmihalyi er at hverdagen for mange i liten grad er preget av flyt. I sin forskning på musikere og idrettsutøvere fant han at flytopplevelsen ofte kom etter mange år med trening. Til sammenligning gir dataspill ofte spillere muligheten til å oppleve flyt nesten umiddelbart (se f.eks Madigan, 2016). Dette har blant annet å gjøre med at dataspill består av selvvalgte mål, tilpassede utfordringer og kontinuerlige tilbakemeldinger på egen innsats og progresjon (McGonigal, 2011).

Flere forskere hevder at skolen - og samfunnet ellers - har mye å tjene på å hente inspirasjon fra måten spill strukturer læring, utfordringer og mestring på (Gee, 2005; Kowert, 2020; McGonigal, 2011). McGonigal (2011) omtaler gode spill som et «multivitamin av positiv psykologi». Er det noe spillutviklere kan, er det kunsten å motivere spillere gjennom gode belønningssystemer. Samtidig, og som understrekes av forfatterne bak boken *Spillpedagogikk : dataspill i undervisningen* (Skaug, Husøy, Staaby, & Nøsen, 2020), er ikke spill i klasserommet en magisk kur for økt læring og

All forskning tilsier at gaming for den store majoriteten av spillere er en positiv berikelse i livet.

senket kjedsomhet hos elevene. Som for all pedagogisk praksis bør kompetansemål og læreplanen også være styrende i planleggingen av spillbasert undervisning, skriver forfatterne av boka.

Også arbeidslivet har i økende grad fått øynene opp for at gamere kan besitte verdifulle kompetanser. I 2018 utvidet bemanningsselskapet Manpower CV-registreringsskjemaet sitt, slik at jobbsøkere også kan fylle ut et punkt med spillerfaring, på lik linje med erfaringer fra verv i politikken eller idrettslag. Så dersom du er ung, god i gaming og på jobb jakt, bør du ifølge Manpower vurdere å sette spillerfaring på CV-en og skrive at du har ferdigheter som er relevante i arbeidslivet, som for eksempel å være snartenkt, nøyaktig og besluttsom.

En metastudie (som sammenligner resultatene fra mange undersøkelser) viser at gaming kan forbedre et bredt spekter av kognitive evner (Bediou et al. 2017). Med tanke på CV-eksemplet over er det mye som tyder på at det spesielt er action- og skytespill som oppøver disse ferdighetene. Studier gjort av e-sportsutøvere har funnet at disse kognitive evnene er nært forbundet med gode prestasjoner i spillet. E-sport har av enkelte forskere blitt betegnet som det 21. århundrets svar på sjakk (Pluss et al., 2019), og elitespillere har blitt omtalt som «kognitive atleter» (se f.eks Campbell, Toth, Moran, Kowal, & Exton, 2018)

Mange av guttene som deltok i gaming og kjønn-studien var opptatt av e-sport (Leonhardt & Overå, 2021). Flere av dem ga uttrykk for at de kunne tenke seg å starte på en spillrelatert utdanning (enten innen e-sport, spillutvikling eller lignende) og de visste om flere skoler som tilbyr slike utdanninger. På den måten forestilte guttene seg en fremtid der spill fortsatt ville være en del av deres liv, ikke bare som en hobby, men også som en mulig utdanning eller karriere.

Del II: Når dataspilling skaper bekymring og problemer

Så langt i artikkelen har vi sett mest på normalbruken av dataspill. All forskning tilsier at gaming for den store majoriteten av spillere er en positiv berikelse i livet. Slik er det imidlertid ikke for alle som spiller. For en liten prosentandel, men likevel et betydelig antall personer, kan spillingen av forskjellige grunner være problematisk. Isteden for å tilføre livet noe positivt, slik vi så mange eksempler på i første del, blir spillingen noe som virker negativt inn på helse, utdanning, familieliv eller andre områder i livet. I den kommende delen av artikkelen skal vi se nærmere på tilfeller der dataspilling skaper ulike bekymringer og problemer.

Dataspillavhengighet

Mens pengespillavhengighet har vært en diagnose siden 1980-tallet, er det først i de senere årene at dataspillavhengighet har blitt trukket inn i de to internasjonale diagnosesystemene, DSM og ICD⁶. I 2013 ble «Internet gaming disorder» foreslått som en diagnose i DSM-5 og fem årene senere ble «Gaming disorder» inkludert i ICD-11. DSM og ICD-manualene oppgir flere kriterier som må oppfylles over en periode på 12 måneder eller mer for få diagnosen dataspillavhengig. Ser vi kriteriene under ett kan vi si at dataspillavhengighet innebærer at spilleren er varig ute av stand til å kontrollere spillingen og at han/hun prioriterer spillingen fremfor andre ting, til tross for negative konsekvenser.

I både forskning og media har diskusjonene om diagnosen vært opphetet og polariserte. Mange forskere er positive til diagnosen (se f.eks Saunders et al., 2017). De mener at forskning har påvist at dataspillavhengighet forekommer som et isolert pro-

⁶ DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder) utarbeides av American Psychiatric Association, mens Verdens helseorganisasjon står bak ICD (International Classification of Diseases). DSM-5 og ICD-11 er de to nåværende versjonene av de to diagnosesystemene.

blem hos enkelte, og at disse personene bør ha rettigheter til kvalifisert behandling (Saunders et al., 2017). Andre forskere er kritiske til diagnosen og mener at dataspill er gjenstand for en «moralsk panikk»⁷ (Pryzbylski et al. 2017), at problemspilling heller skyldes underliggende psykiske utfordringer (Billieux et al. 2017), eller at diagnosen overser hvordan ulike faser i livet påvirker spillingen, slik som sykdom, skilsmisse, flytting, arbeidsledighet eller andre hendelser som medfører store endringer i hverdagen (Domahidi & Quandt, 2015; Karlsen, 2018).

Faglige uenigheter gjør at det er betydelige forskjeller i måten forskere har målt spillrelaterte problemer og hvilke begreper som har blitt brukt.⁸ Dette poengterer Frank Paulus og kolleger (2018) som har analysert 252 studier av dataspillavhengighet som er utført i ulike deler av verden i perioden 1991-2016. Alle studiene sett under, fant de at prosentandelen av dataspillavhengige ligger på et sted mellom 2-5,5 % på verdensbasis. Hva vet vi om utbredelse av dataspillavhengighet i Norge?

I den siste befolkningsundersøkelsen av nordmenns spillevaner (Pallesen et al., 2020) ble 0,9 % av respondentene kategorisert som dataspillavhengige (vs. 0,5% i 2015) og 5,5 % som problemdataspillere (vs. 2,8% i 2015). Forskerne fant at tilhørighet til disse gruppene var relatert til mannlig kjønn, lav alder, lav utdanning, lav inntekt, å være arbeidsledig/ufør og å ha fødested utenfor Europa. Annen forskning som har sett på kjennetegn ved problemspillere har funnet at eskapisme – det vil si å spille for å unnsnippe vanskelige ting i livet – er et annet viktig kjennetegn hos personer med problematisk spilleatferd (Ballabio et al., 2017; Bányai, Griffiths, Demetrovics, & Király, 2019; Kardefelt-Winther, 2014). De engasjerte spillerne kan spille like mye som problemspillerne, men uten negative konsekvenser. Med andre ord, motivasjonen bak spillingen er et viktigere skille mellom de to gruppene enn tidsbruk på spilling, som ofte har vært kilde til mye uenighet og konflikt i hjemmet.

Tidsbruk

I en undersøkelse Ipsos (2021) har gjennomført for Blå Kors oppgir 59 % av foreldrene at det er tidsbruken som bekymrer dem mest ved barnas spilling. Det synes imidlertid å være bred enighet i fagfeltet om at spilltid, isolert sett, ikke er et presist mål på spilleproblemer.

En britisk studie av omkring 5000 tenåringer i alderen 10-15 år fant svært små forskjeller i tilfredshet ut ifra ungdommenes tidsbruk på spilling (Przybylski, 2014). Sammenlignet med andre forhold som påvirker barns liv og trivsel – slik som sosiale forskjeller, familieforhold, vennskap og skolesituasjon – mener forskeren bak studien at betydningen av tidsbruk på spilling er forsvinnende liten (se også Kardefelt-Winther, 2017).

Selv om problemspilling ikke kan måles i tidsbruk, og det heller ikke finnes et universelt svar på hva som er «passe» mengde, kan klokka likevel være et nyttig redskap i reguleringen av spillingen. Forebyggingsaktører som Medietilsynet, Barnevakten og KORUS Øst – anbefaler forutsigbare rammer rundt spillingen, som blant annet kan innebære regler rundt varighet og tidspunkt for spilløktene (se også Eidem & Overå, 2020; Heitner, 2016; Køltzow, 2019).

⁷Begrepet «moralsk panikk» viser til at nye medier og teknologier ofte skaper bekymring og redsel i deler av befolkningen for at samfunnets moral og normer skal brytes ned. En gang var det rocken (70-tallet), så var det TV og video (80- og 90-tallet), og utover 1990-tallet overtok dataspill langt på vei rollen som «farlig medie», sett fra storsamfunnet ståsted.

⁸Og mens enkelte studier har satt søkelys på en bestemt aldersgruppe (for eksempel ungdom) eller spillsjanger (for eksempel online-spill), har andre undersøkelser vært rettet mot befolkningen som helhet og dataspill i bred forstand.

De fleste forskere i dag er enige om at det ikke finnes belegg for å si at dataspill fører til vold.

Voldsinnhold i spill

Sammenlignet med tidsbruk på spill er det færre foreldre som er bekymret for at barna deres blir aggressive (13 %) eller voldelige (9 %) av å spille dataspill (Ipsos, 2021). Likevel, spørsmålet om voldsinnhold i dataspill preger spillere har vært gjenstand for mye debatt i media og forskning de siste tiårene. I USA og Kina har det vært diskusjoner om spill med voldsinnhold bør forbys eller sensureres.

La oss først stoppe opp ved begrepene aggresjon og vold, som i dagligtale ofte brukes om hverandre, men som i virkeligheten er to vidt forskjellige fenomener. Selv om aggresjon kan oppfattes som upassende i mange situasjoner, trenger ikke aggressiv atferd i seg selv å være noe negativt eller lede til voldelige handlinger. For eksempel, under en fotballkamp kan vi ofte se mange eksempler på aggresjon (spillere som kjefter og krangler ved stygge taklinger, tabber, dommertabber eller lignende). Slik spontane følelsesuttrykk tolkes ofte som tegn på spilleres innlevelse i spillet og motivasjoner for å vinne. Få vil derimot hevde at spillernes spontane reaksjoner på fotballbanen utgjør et godt mål for deres tilbøyelighet til å over tid utøve faktisk vold i samfunnet. Mine erfaringer tilsier at vi ikke alltid skiller like tydelig mellom mål på aggresjon og vold når det kommer til diskusjoner om dataspill.

Når vi ser avisoverskrifter om studier som har funnet en kobling mellom dataspill og aggresjon, er det derfor viktig å huske på at det ofte er snakk om spontane og kortvarige reaksjoner. Forskningen på dette området er heller ikke entydig. Ifølge spillforsker Chris Ferguson (2018) kan dette spriket forklares av at målemetodene som er brukt er for upresise eller for forskjellige til at funnene kan sammenlignes med hverandre, noe vi tidligere har sett at også var en utfordring i studier av avhengighet.⁹

De fleste forskere i dag er enige om at ikke finnes belegg for å si at dataspill fører til vold. Slik konkluderer også American Psychological Association (APA) i en resolusjon der de blant annet skriver: «Å tilskrive samfunnsmessig vold til dataspill er ikke vitenskapelig forsvarlig og trekker oppmerksomheten bort fra andre faktorer» (APA, 2020, p. 1. Min oversettelse). Andre faktorer forskning har pekt på som sentrale er blant annet familieforhold, sosial ulikhet, psykisk helse, genetikk og personlighetstrekk (se f. eks. Copenhaver & Ferguson, 2018; Halbrook, O'Donnell, & Msetfi, 2019; Markey & Markey, 2010).

Begrep som «voldsspill» eller «voldelige dataspill» har også blitt kritisert for å være upresise. Spill som «Fortnite», «Grand Theft Auto» og «Counter Strike» omtales ofte som voldsspill, men de er svært forskjellige fra hverandre når det gjelder både form og innhold. Selv et og samme dataspill kan som regel spilles på mange ulike måter, enten alene eller med eller mot andre spillere. For en utenforstående er det ofte det spektakulære i spillene som blir spesielt iøynefallende, slik som våpen, eksplosjoner, blod og gørr. Likevel, og som vi så i første del, under denne fargesprakende overflaten kan spillene inneholde mange andre meningslag som er viktigere for spillerne enn voldsinnholdet i seg selv.

I store deler av verden har voldskriminaliteten blant ungdom gått ned over de siste tiårene samtidig som dataspill har blitt mer utbredt og innholdet i spillene har blitt

⁹ I en gjennomgang av den internasjonale forskningen på feltet fant norske forskere (Bjerkan, Mossige, Winsvold, & Frøyland, 2010) over 30 forskjellige mål på aggresjon. Noen studier har bygget på kriminalitetsstatistikk, andre har sett på fysiske tegn på aggresjon (blodtrykk, puls, svetteproduksjon). Atter andre har bygget på assosiasjonstester mellom ulike ord og bilder, eller selvrapporinger fra spillere om hvordan de føler seg etter å ha spilt. I det såkalte «hot sauce»-eksperimentet spiller deltakerne først et dataspill med voldsinnhold. Deretter skal de bestemme styrken på maten til en annen person som ikke liker sterk mat, men som deltakeren tror må spise maten. Målet på aggresjon i disse studiene er hvor sterk mat deltagerne velger å gi. I likhet til eksemplet med fotball er det vanskelig å trekke koblinger mellom et slikt mål på aggresjon og faktisk vold. Sagt på en annen måte: hvor mye chilisaus du krydrer maten til en fiktiv person etter å ha spilt et dataspill, trenger ikke å være en god indikator for å utøve faktiske voldshendelser.

mer virkelighetsnært. Denne utviklingen trenger ikke å bety at dataspill fører til mindre vold, men enkelte forskere peker på at dataspill fører til at mange unge tilbringer mer tid hjemme enn tidligere og at de på den måten distanserer seg fra aktiviteter og miljøer som er forbundet med problematferd og vold (Markey, Ferguson, & Hopkins, 2020; Suziedelyte, 2021).

Oppsummert er det altså lite som tyder på voldsinnhold i spill utgjør et folkehelseproblem. Likevel, og som Maddigan (2016) understreker, er ikke det ensbetydende med at det bør være fritt fram for at barn skal spille dataspill med voldsinnhold. Både forskning og egne erfaringer fra skolebesøk tyder på at mange barn i ung alder spiller spill med anbefalt 18-årsgrense¹⁰. Blant norske barn svarer cirka en av tre gutter og en av ti jenter i alderen 9-10 år at de har spilt spill med 18-årsgrense. Aldersanbefalingene bygger ikke bare på en vurdering av voldsinnholdet i spillene, men også om spillene inneholder seksualisert innhold, grovt språk, diskriminering, gambling og muligheter for å gjøre digitale kjøp. En god leveregel kan være å forholde seg til aldersmerkingen, med mindre man har undersøkt spillet og vurderer det som egnet for sitt barn.

Avslutning

I denne artikkelen har vi sett på betydningen av dataspill i barne- og ungdomsårene med utgangspunkt i selvbestemmelsesteorien (Deci & Ryan, 1985). Ifølge denne teorien er alle mennesker utrustet med tre grunnleggende behov: behovet for sosiale relasjoner, autonomi og kompetanse som må tilfredsstilles for at vi skal oppnå vekst, motivasjon og tilfredshet i livet. Ved å se på spillenes evne til å gi behovstilfredsstillelse på disse tre områdene var målet med artikkelen å beskrive hvorfor gaming er så populært blant dagens unge (del 1), samt hvorfor enkelte personer kan utvikle problematisk forhold til dataspilling (del 2).

Første del av artikkelen tok for seg spilleres egne motivasjoner for å spille og opplevelsene de gjør i spillverdenen. Med et tastetrykk eller to kan spillene frakte oss til en virtuell verden fulle av eventyrlige muligheter og episke opplevelser. Spillmediet tilbyr en stor variasjon av ulike sjangre, historier, roller og verdener som spilleren kan fordype seg i. Sammenlignet med bøker og filmer som har en definert historie og avslutning, tilbyr spill ofte langt mer handlingsfrihet. Og nettopp opplevelsen av å kunne aktivt leve seg inn i spillkarakteren og påvirke historien, er trekk ved spill som appellerer til mange spillere (autonomibehovet). Dragingen mot spill henger også sammen med spillenes enestående evne til å inspirere oss til å finne fram det beste i oss selv og utvikle oss (kompetansebehovet). Sist, men ikke minst, og som vi så i eksemplet med Mats «Ibelin» Steen, kan sosiale fellesskap i spill gi næring til følelsen av at vi betyr noe for andre og at andre betyr noe for oss (relasjonsbehovet).

All forskning tilsier at det store flertallet av spillere – barn som voksne – klarer å kombinere gaming med andre aktiviteter og forpliktelser på en god måte. Dette kan uttrykkes som at de har en god balanse mellom behovstilfredsstillelse i og utenfor spill. For disse spillerne kan dataspill gi mange meningsfulle og fine opplevelser. For eksempel, mange av ungdommene i kjønn og gaming-studien – og spesielt guttene – kunne fortelle mange historier om mestring, vennskap og samarbeid i spill (Leonhardt & Overå, 2021). For en liten prosentandel, men likevel et betydelig antall spillere, kan spillingen derimot ta for mye plass i livet.

¹⁰ I Europa merkes alle dataspill med anbefalte aldersgrenser fra The Pan European Game Information (PEGI). Hensikten med systemet er å gi veiledning til foreldre rundt kjøp av dataspill.

De har nådd et punkt der spillingen begynner å virke negativt inn på andre områder, slik som skole, helse og familieliv.

I andre del av artikkelen så vi på tilfeller der spillingen skaper ulike former for bekymringer og problemer. Begrepet har blitt brukt i flere tiår, men det er først i de siste årene at dataspillavhengighet har blitt anerkjent som en diagnose. Av nordmenn i alderen 17-74 år kategoriseres 0,9 % som avhengige og 5,5 % som problemdataspillere (Pallesen et al., 2020). Dataspillavhengighet er en alvorlig lidelse som betyr at en person er varig ute av stand til å kontrollere spillingen. Det er ikke uvanlig at foreldre omtaler barna sine som «avhengige», eller at gamere bruker begrepet om seg selv. Selv om det kan ligge humor i slike uttalelser – spesielt fra gamere selv – bør omgivelsene være varsomme med å bruke diagnostiske begreper om barna når spillingen ikke er grundig kartlagt av lege eller andre profesjonelle.

Mange foreldre bekymrer seg for barnas tidsbruk på spilling. Det er imidlertid bred enighet i fagfeltet om at klokka ikke er et godt måleinstrument på spilleproblemer. For å vurdere om en spilleatferd er problematisk eller ikke, er motivasjonen bak spillingen mer sentral enn spilletid. Forenklet kan vi si at engasjerte spillere spiller for å søke positive opplevelser i spillet, slik vi så mange eksempler på i første del av artikkelen, mens problemspillere i større grad spiller for å unngå problemer utenfor spillet (se f.eks Bányai et al., 2021; Paulus et al., 2018). For problemspillere kan spillingen være en stemningsstabiliserende aktivitet som trekker oppmerksomheten bort fra det som er vanskelig i livet. Å bruke spill – eller for den saks skyld musikk, litteratur eller trening – for å regulere egne følelser, er ikke uvanlig og trenger ikke å være noe problematisk i seg selv. Likevel, og som Magnus Eidem vektlegger, kan denne strategien utvikle seg til en negativ spiral for enkelte: «Spillingen kan i starten oppleves som et behagelig fristed og trygg havn, men hvis det blir oppslukende over tid og gir ubalanse med tanke på andre aktiviteter og gjøremål, kan det utvikle og etablere seg som et tvangsmessig og overdrevent mønster (Eidem & Overå, 2020, p. 13).

For enkelte kan det være krevende å finne en god balanse mellom behovstilfredsstillelse i spillverdenen og i livet utenom. Spesielt for personer med ulike sosiale eller følelsesmessige utfordringer kan spillene ha en gravitasjonsliknende kraft. Denne kraften kan ligge i at spillene tilbyr en form for forutsigbarhet og et belønningssystem som den virkelige verden sjelden kan måle seg med. De gode følelsene i spillet kan gjøre at spilleren omfavner den virtuelle verdenen, og at han/hun vegrer seg for å konfrontere problemene som ligger utenfor spillverdenen.

Mange spillende ungdommer som kommer i kontakt med hjelpeapparatet forteller om erfaringer med mobbing, familiekonflikter, ensomhet, sosial angst, manglende motivasjon eller skolevegning. Når det oppstår bekymringer om overdreven spilling må omgivelsene derfor ha i mente at spillatferden kan henge nært sammen med en manglende behovstilfredsstillelse utenfor spillet, slik som for eksempel mobbing (relasjonsbehovet), manglende mestring på skolen (kompetansebehovet), eller et fravær av muligheter til å påvirke egen hverdag på meningsfulle måter (autonomibehovet). Sett utenfra er spillingen ofte langt mer synlig enn for eksempel mobbing på skolen, noe som kan gjøre at dataspillet ofte utpekes som problemet av omgivelsene. Likevel er det ikke slik at mobbingen, eller et annet bakenforliggende problem, opphører hvis omgivelsene retter all oppmerksomheten mot å endre på ungdommens spillevaner. Både de som forsker på spillere og de som jobber i behandlingsapparatet, vektlegger at det i endringsarbeid er viktig å finne fram til sammenhengen mellom dataspillingens årsaker og konsekvenser.

Referanser

- APA. (2020). *APA Resolution on Violent Video Games*. Retrieved from
- Arbeau, K., Thorpe, C., Stinson, M., Budlong, B., & Wolff, J. (2020). *The meaning of the experience of being an online video game player*. *Computers in Human Behavior Reports*, 2, 100013. doi:<https://doi.org/10.1016/j.chbr.2020.100013>
- Ballabio, M., Griffiths, M. D., Urbán, R., Quartiroli, A., Demetrovics, Z., & Király, O. (2017). *Do gaming motives mediate between psychiatric symptoms and problematic gaming? An empirical survey study*. *Addiction Research & Theory*, 25(5), 397-408. doi:10.1080/16066359.2017.1305360
- Bányai, F., Griffiths, M. D., Demetrovics, Z., & Király, O. (2019). *The mediating effect of motivations between psychiatric distress and gaming disorder among esports gamers and recreational gamers*. *Comprehensive Psychiatry*, 94, 152117. doi:<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2019.152117>
- Bányai, F., Zsila, Á., Kökönyei, G., Griffiths, M. D., Demetrovics, Z., & Király, O. (2021). *The Moderating Role of Coping Mechanisms and Being an e-Sport Player Between Psychiatric Symptoms and Gaming Disorder: Online Survey*. *JMIR Ment Health*, 8(3), e21115-e21115. doi:10.2196/21115
- Bartle, R. (1996). *Hearts, clubs, diamonds, spades: Players who suit MUDs*.
- Bjerkan, K. Y., Mossige, S., Winsvold, A., & Frøyland, L. R. (2010). "Medievold avler vold" : reell frykt eller moralsk panikk? (Vol. 8/2010). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Campbell, M. J., Toth, A. J., Moran, A. P., Kowal, M., & Exton, C. (2018). *eSports: A new window on neurocognitive expertise?* *Prog Brain Res*, 240, 161-174. doi:10.1016/bs.pbr.2018.09.006
- Copenhaver, A., & Ferguson, C. J. (2018). *Selling violent video game solutions: A look inside the APA's internal notes leading to the creation of the APA's 2005 resolution on violence in video games and interactive media*. *International Journal of Law and Psychiatry*, 57, 77-84. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2018.01.004>
- Cote, A. C. (2017). *I Can Defend Myself: Women's Strategies for Coping With Harassment While Gaming Online*. *Games and culture*, 12(2), 136-155. doi:10.1177/1555412015587603
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow : the psychology of optimal experience*. New York: HarperPerennial.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). *The "What" and "Why" of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior*. *Psychological inquiry*, 11(4), 227-268. doi:10.1207/S15327965PLI1104_01
- Domahidi, E., Festl, R., & Quandt, T. (2014). *To dwell among gamers: Investigating the relationship between social online game use and gaming-related friendships*. *Computers in Human Behavior*, 35, 107-115. doi:<https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.02.023>
- Domahidi, E., & Quandt, T. (2015). "And all of a sudden my life was gone...": A biographical analysis of highly engaged adult gamers. *New Media & Society*, 17(7), 1154-1169. doi:10.1177/1461444814521791
- Eidem, M., & Overå, S. (2020). *Gaming og skjermbruk i et familieperspektiv*. *Forebygging.no*, 6. doi:DOI: <https://doi.org/10.21340/c6k7-cb30>
- Ferguson, C. J. (2018). *Video Game Influences on Aggression, Cognition, and Attention*(1st ed. 2018. ed.).
- Gee, J. P. (2005). *Why video games are good for your soul : pleasure and learning*. Melbourne: Common Ground.
- Green, R., Delfabbro, P. H., & King, D. L. (2021). *Avatar identification and problematic gaming: The role of self-concept clarity*. *Addictive Behaviors*, 113, 106694. doi:<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106694>
- Halbrook, Y. J., O'Donnell, A. T., & Msetfi, R. M. (2019). *When and How Video Games Can Be Good: A Review of the Positive Effects of Video Games on Well-Being*. *Perspect Psychol Sci*, 14(6), 1096-1104. doi:10.1177/1745691619863807
- Heitner, D. (2016). *Screenwise: Helping Kids Thrive (and Survive) in Their Digital World*: Taylor & Francis.
- Hussain, U., Yu, B., Cunningham, G. B., & Bennett, G. (2021). "I Can be Who I Am When I Play Tekken 7": *E-sports Women Participants from the Islamic Republic of Pakistan*. *Games and culture*, 0(0), 15554120211005360. doi:10.1177/15554120211005360
- Hygen, B. W., Belsky, J., Stenseng, F., Skalicka, V., Kvande, M. N., Zahl-Thane, T., & Wichstrøm, L. (2020). *Time Spent Gaming and Social Competence in Children: Reciprocal Effects Across Childhood*. *Child Dev*, 91(3), 861-875. doi:10.1111/cdev.13243
- Ipsos. (2021). *Unge spillevaner - oppfølgende målgruppeundersøkelse*.
- Jackson, M. (2008). *Existential anthropology : events, exigencies and effects* (1st ed., 1 ed. Vol. 11, 11.). New York: New York: Berghahn Books.
- Juul, J. (2013). *The Art of Failure: An Essay on the Pain of Playing Video Games*: The MIT Press.
- Kardefelt-Winther, D. (2014). *The moderating role of psychosocial well-being on the relationship between escapism and excessive online gaming*. *Computers in Human Behavior*, 38, 68-74. doi:<https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.05.020>
- Kardefelt-Winther, D. (2017). *How does the time children spend using digital technology impact their mental well-being, social relationships and physical activity? An evidence-focused literature review*. UNICEF Innocenti Discussion Paper.
- Karlsen, F. (2018). *Life phase and meaningful play*. In J. Enevold, A. M. Thorhauge, & A. Gregersen (Eds.), *WHAT'S THE PROBLEM IN PROBLEM GAMING?* (pp. 81-88): Nordicom.
- Kaye, L. K. (2021). *Understanding the "social" nature of digital games*. *Entertainment Computing*, 38, 100420. doi:10.1016/j.entcom.2021.100420
- Kowert, R. (2020). *Video Games and Well-being* : Press Start(1st ed. 2020. ed.).
- Kowert, R., & Oldmeadow, J. A. (2015). *Playing for social comfort: Online video game play as a social accommodator for the insecurely attached*. *Computers in Human Behavior*, 53, 556-566. doi:10.1016/j.chb.2014.05.004
- Kowert, R., & Quandt, T. (Eds.). (2020). *The Video Game Debate 2: Revisiting the Physical, Social, and Psychological Effects of Video Games*. New York: Routledge.

- Køltzow, I.-L. (2019). *Barnet mitt gamer for mye*. Oslo: Figenschou forlag.
- Leonhardt, M., & Overå, S. (2021). *Are There Differences in Video Gaming and Use of Social Media among Boys and Girls?—A Mixed Methods Approach*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 6085. Retrieved from <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/11/6085>
- Lopez-Fernandez, O., Williams, A. J., Griffiths, M. D., & Kuss, D. J. (2019). *Female Gaming, Gaming Addiction, and the Role of Women Within Gaming Culture: A Narrative Literature Review*. *Frontiers in psychiatry*, 10, 454. doi:10.3389/fpsy.2019.00454
- Madigan, J. (2016). *Getting gamers : the psychology of video games and their impact on the people who play them*. Lanham, Md.: Rowman & Littlefield.
- Markey, P. M., Ferguson, C. J., & Hopkins, L. I. (2020). *Video Game Play: Myths and Benefits*. *American journal of play*, 13(1), 87.
- Markey, P. M., & Markey, C. N. (2010). *Vulnerability to Violent Video Games: A Review and Integration of Personality Research*. *Review of General Psychology*, 14(2), 82-91. doi:10.1037/a0019000
- McGonigal, J. (2011). *Reality is broken : why games make us better and how they can change the world*. London: Jonathan Cape.
- Medietilsynet. (2020). *Barn og medier-undersøkelsen*. Retrieved from Fredrikstad:
- Olson, C. K. (2010). *Children's Motivations for Video Game Play in the Context of Normal Development*. *Review of General Psychology*, 14(2), 180-187. doi:10.1037/a0018984
- Overå, S. (2013). *Kjønn - barndom - skoleliv : faglige og sosiale inkluderings- og ekskluderingsprosesser i barne-skolen*. (no. 410). Sosialantropologisk institutt, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Pallesen, S., Mentzoni, R. A., Torsheim, T., Erevik, E. K., Molde, H., Morken, A. M., & Universitetet i Bergen Institutt for, s. (2020). *Omfang av penge- og dataspillproblemer i Norge 2019*.
- Paulus, F. W., Ohmann, S., von Gontard, A., & Popow, C. (2018). *Internet gaming disorder in children and adolescents: a systematic review*. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 60(7), 645-659. doi:<https://doi.org/10.1111/dmcn.13754>
- Persico, D., Bailey, C., Buijtenweg, T., Dagnino, F., Earp, J., Haggis-Burridge, M., . . . Pozzi, F. (2018). *Final Research Report. Gaming Horizons Deliverable D 1.8. In Gaming horizons : alternative framings for a new role of gaming in education and society : deliverables: Horizon 2020 research and innovation programme*
- Pluss, M. A., Bennett, K. J. M., Novak, A. R., Panchuk, D., Coutts, A. J., & Fransen, J. (2019). *Esports: The Chess of the 21st Century*. *Frontiers in Psychology*, 10(156). doi:10.3389/fpsyg.2019.00156
- Przybylski, A. K. (2014). *Electronic Gaming and Psychosocial Adjustment*. *Pediatrics*, 134. doi:10.1542/peds.2013-4021
- Przybylski, A. K., Weinstein, N., Murayama, K., Lynch, M. F., & Ryan, R. M. (2012). *The ideal self at play: the appeal of video games that let you be all you can be*. *Psychol Sci*, 23(1), 69-76. doi:10.1177/0956797611418676
- Saunders, J. B., Hao, W., Long, J., King, D. L., Mann, K., Fauth-Bühler, M., . . . Poznyak, V. (2017). *Gaming disorder: Its delineation as an important condition for diagnosis, management, and prevention*. *J Behav Addict*, 6(3), 271-279. doi:10.1556/2006.6.2017.039
- Sioni, S. R., Burlison, M. H., & Bekerian, D. A. (2017). *Internet gaming disorder: Social phobia and identifying with your virtual self*. *Computers in Human Behavior*, 71, 11-15. doi:10.1016/j.chb.2017.01.044
- Skaug, J. H., Husøy, A. I., Staaby, T., & Nøsen, O. (2020). *Spillpedagogikk : dataspill i undervisningen* (1. utgave. ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Steen, R., & Opedal, H. (2020). *Om natten lyser stjernene : historien om vår sønn Mats*. Oslo: Aschehoug.
- Suziedelyte, A. (2021). *Is it only a game? Video games and violence*. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 188, 105-125. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jebo.2021.05.014>
- Turkle, S. (2007). *Evocative objects : things we think with*. Cambridge, Mass: MIT Press.
- Yee, N. (2007). *Motivations for Play in Online Games*. *Cyberpsychology & behavior : the impact of the Internet, multimedia and virtual reality on behavior and society*, 9, 772-775. doi:10.1089/cpb.2006.9.772
- Yee, N. (2014). *The Proteus Paradox: How Online Games and Virtual Worlds Change Us—and How They Don't*. Østmo, S. O. (2020). *Skjermbruk hos barn og utvikling av sosial kompetanse - en systematisk litteraturgjennomgang*. In.

Sammen alene - kroppslige erfaringer i en digital hverdag

Av Tuva Beyer Broch



Tuva Beyer Broch er ansatt ved Norsk institutt for naturforskning, Lillehammer. Hun er psykologisk antropolog med doktorgrad om urban ungdom, natur og følelser.

For tiden er Broch tilknyttet sosialantropologisk institutt (Universitetet i Oslo) gjennom prosjektet *Privatlivets grenser; Sosialitet og tilhørighet i digitale hverdagsliv*, finansiert av Norges forskningsråd, hvor hun forsker på emosjonelt og digitalt identitetsarbeid blant unge kvinner i Norge.

De aller fleste ungdom og unge voksne har i dag co-joint-vennskap. Det vil si vennsapsrelasjoner som er etablert og pleies både fysisk og på nett. Gjennom denne artikkelen følger vi 21 år gamle Embla som fikk sin første nettvend da hun var 13 år. Hennes nettvenskap har økt i antall, de springer hovedsakelig ut fra nettsamfunn og holder seg der. Embla synliggjør likheter og forskjeller mellom fysiske og virtuelle vennskap, noe som for mange forblir ureflektert fordi co-joint-vennskap har flytende grenser mellom fysisk og virtuelt samvær. Emblas historie tydeliggjør at de to samværsformene kan være likestilt, men samtidig ende i to ulike erfaringer av å være sammen alene.

Emblas blick pendler mellom mobilen hun holder i venstre hånd og laptop-skjermen på skrivebordet. Høyrehånden jobber flittig på tegnebrettet knyttet til laptopen. På mobilen vises et bilde av en ung jente fra et Fantasy-spill. Hun gjør figuren til sin egen komposisjon via tegnebrettet. Jeg ble kjent med Embla i 2013, for snart åtte år siden nå. I en toårsperiode var jeg med Embla og andre ungdommer som deltok i organisert friluftsliv. Fra å bidra i forskning om opplevelser i og med natur blant ungdom (2020), har flere av dem nå blitt med videre i et nytt forskningsprosjekt om unge kvinners (digitaliserte) hverdagsliv.

Denne artikkelen trekker tråder mellom erfaringer av¹ å være fysisk sammen med andre, men alene: Embla har alltid med seg skisseblokk, også på turer. Så fort bålet var tent satt hun der med blokken sin og tegnet, mens andre pratet og holdt på med andre ting rundt henne. Embla var alene, men samtidig sammen med de andre i gruppen. Tegningene som ble til ved bålet hadde tilknytning til Fantasy-spill Embla spilte.

I dag fletter hun sin store lidenskap; dataspill og tegning, til utdannelsen. Hennes liv på nett er ufravikelig sammenfiltret med hennes bevegelser, tanker og valg i hverdagen. Drømmene og tankene hennes, mye av hverdagsgleden og nesten all tid er knyttet til å spille selv, observere andre spille og deltagelse i nettbaserte samfunn

Vi vet at digitalt samvær kan være fysisk i den forstand at en berøres om ikke fysisk, så følelsesmessig.

knyttet til spill. Embla gir oss slik et innblikk i² å være sammen på nett, men alene i rommet. Små øyeblikksbilder av å være fysisk sammen alene¹, danner et bakgrunnsteppe for forståelsen av artikkelens omdreiningspunkt, nettvennskap².

Teksten belyser og diskuterer også tidligere forskning om digital påvirkning, men hovedfokuset er på Embla. Gjennom Emblas erfaringer får vi et innblikk i hvordan hun opplever og beskriver nettvennskap og fysiske vennskap som likeverdige, men ikke identiske. Hennes ordlegging er til tider motstridende når nettvennskap tilsynelatende undergraves. Dette synliggjør hvordan hun dras av rådende formuleringer om hva som er ekte og uekte. Slike rådende formuleringer utfordrer også forskere og spillverdenen. Eksempelvis betegnes livet på nett som motsatsen til termen «In real life/ IRL». Embla ordlegger seg i tråd med en slik dualistisk tankegang, helt til hun forstår at jeg ser bak ordene hun har brukt. På tross av inkonsekvente ordleggelser, tydeliggjør Embla at de to samværsformene kan være likestilt, men samtidig ende i to ulike erfaringer av å være sammen alene.

En sammenfiltret digital og fysisk hverdag

Det er ikke lenger slik at det digitale univers bare er en del av arbeidshverdagen og noen avgrensede timer på fritiden. Med smarttelefonen har vi internett i lomma (Eriksen, 2021; Waltorp, 2020), det fysiske og digitale er blitt uløselig sammenfiltret og til dels en ureflektert selvfølgelighet. Noen går så langt som å si at smarttelefonen er blitt en forlengelse av kroppen. Og vi kan si vår nå, for internett og smarttelefoner er ikke lenger forbeholdt de få eller den voksne befolkningen. Ifølge Medietilsynet (2020) er 90 % av Norges niåringer på sosiale medier, og tall fra Norsk mediebarometer (SSB 2020¹) viser at tilnærmet alle er på sosiale medier fra 13 år og oppover. I alderen 16-24 år oppgir 100 % av de spurte kvinnene å være på nett, med gjennomsnitt skjermtid på rundt 4 timer og 50 minutter. Aktiviteten på sosiale medier ser ut til å avta noe med alder, dette stemmer også med mitt materiale.

Når det gjelder dataspill i samme aldersgruppe skårer menn over dobbelt så høyt som kvinner. Hadde Embla deltatt i undersøkelsen er jeg usikker på hvordan hun hadde svart på antall spilletimer. Hun spiller, men ser også på andre og deltar aktivt i sosiale nettsamfunn knyttet til spillene - såkalte fandom (et domene for de mest hengivende fans knyttet til en hobby, sport, serie osv.). Ifølge Medietilsynet har nesten ni av ti 13-18-åringer mye kontakt med vennene sine i sosiale medier. Halvparten sier at de møter folk med samme interesser som seg selv, mens nesten fire av ti deler ting som er viktige for dem i sosiale medier. Embla fikk sitt første nettvennskap i en alder av 13 år, da knakk hun den engelske chat-koden. I dag har hun mange og nære nettrelasjoner. Vi vet at digitalt samvær kan være fysisk i den forstand at en berøres om ikke fysisk så følelsesmessig. Feltnotatene viser at digital tilstedeværelse påvirker kroppslige prosesser som sinne, kjærlighet, engasjement, latter og tretthet. De fleste berøres kroppslig av ulike former for digitalt samvær, men ifølge Embla er det vesentlige forskjeller i hvordan nærhet oppstår, oppleves og spilles ut.

Nettvennskap

I mars 2020 stenger Norge ned grunnet pandemi. Dette gjør at feltarbeidet fra april til begynnelsen av juni foregår over Zoom eller Messenger, begge kommunikasjons-tjenester som muliggjør videosamtaler. Samtalene våre dreide seg om (studie)livet, karantene og mimring om tiden da de deltok i organisert friluftsliv. De syv² unge

¹ <https://www.ssb.no/statbank/table/12947/tableViewLayout1/>

² Studien startet ut med syv prosjektdeltagere som følges videre fra doktorgradsstudiet (Broch, 2018). Undersøkelsen er utvidet med 18 nye deltagere i alderen 19-28 år, fordelt på fem vennekretser ulike steder i Norge.

Jeg spør om de savner å sitte ved siden av hverandre. Svaret er nei. Embla sier kjekt at karantene er det beste som har skjedd henne.

Hun liker ikke å være ute. Nå kan hun leve livet slik hun ønsker, hjemme og helst foran skjermen, spille, tegne og chatte.

kvinnene er jevnt over enige: digitalt samvær tilfredsstillende behovet de har for å treffe venner og familie. Å henge ut og prate over nett er det samme som å møtes fysisk hevder de. Jeg får innblikk i digitale spill- og filmkvelder, samt virtuelle bli-kjent-studentfester. Jeg spør om de savner å sitte ved siden av hverandre. Svaret er nei. Embla sier kjekt at karantene er det beste som har skjedd henne. Hun liker ikke å være ute. Nå kan hun leve livet slik hun ønsker, hjemme og helst foran skjermen, spille, tegne og chatte.

Tidlig sommeren 2020 åpnes Norge igjen, og jeg sitter på sofaen hjemme hos Tiril. Fingrene hennes glir rask og rytmisk over tastaturet. Med jevne mellomrom brytes rytmen av en stemme som overdøver tastetrykk. En studievenninne dukker opp nede i hjørnet av pc-skjermen for korte utvekslinger om deres fellesprosjekt. Tiril, som absolutt alle de unge prosjektdeltagerne, har det Zalk, Kerr og Sattin (2014) kaller co-jointvennskap. Det vil si vennsapsrelasjoner som er basert og pleies både fysisk og på nett. Tiril og Selma, som begge kjenner Embla, beundrer hennes evne til å danne nettsvennskap. De forstår ikke hvordan hun klarer det, og Embla vet at de beundrer henne litt for dette. «Jeg har prøvd å få nettsvenner, men jeg bare får det ikke til», smiler Tiril. Embla, derimot, hun beundrer venninnenes evne til å småprate med hvem som helst. De får venner og bekjentskap overalt, det klarer ikke hun. Embla tror de mangler en lidenskap, som spill, som er det som ofte gir liv til nettsvennskap. Embla må oppleve en felles interesse for å klare å prate med andre. Dette gjør at hun har flere utelukkende nettsvennskap (van Zalk et al., 2014), venner hun aldri har møtt fysisk.

Allerede i en alder av åtte til ti år står spørsmål om aksept, popularitet og gruppetilhørighet sterkt blant både gutter og jenter. Evnen til å reflektere rundt interaksjons-spill leder ofte til gruppetilhørighet knyttet til interessefellesskap i ungdomsårene. Det å høre til blir en identitetsskapende og seriøs beskjeftigelse (Broch, 2020; Corsaro, 2015). Ikke alle lykkes, og Zalk et al (2014) trekker frem at behovet for minimum ett nært vennskap er viktig tidlig i tenårene. Det var nettopp da Embla for alvor ble aktiv i ulike nettforum. Hun finner vennskap hun sier gjør dagene lysere. Å ha venner med felles interesser virker avgjørende for hennes selvfølelse. Det var ingen på skolen eller i omgangskretsen som forstod hennes dype og inderlige interesse for spill. Det å kjempe for sosial aksept kan oppleves som en kamp om «liv og død». Redselen for sosial død (Broch, 2020), det å falle utenfor fellesskapet, kan sette store begrensninger på unge menneskers utfoldelse. Jevnaldrende blikk kan fort bli truende, og redselen for å gjøre noe feil eller ikke se bra nok ut kan bli påtrengende. Embla er usikker og tilbakeholden, og kan derfor virke hard og uinteressert.

Tilbakeholdenhet og sjenanse kan vanskeliggjøre nære vennskap og bli et hinder i en fysisk hverdag, men en motivasjon for å søke nettsvennskap. Nettsvennskap kan ifølge Zalk et al (2014) gi en økt følelse av kontroll. For dem som føler mindre støtte i den fysiske hverdagen, kan gamingverdenen bli en komfortsone (Prochnow, Patterson, & Hartnell, 2020), men det eksisterer lite kunnskap om kvaliteten på nettsvennskap (Frederick & Zhang, 2021). Henderson og Gilding (2004) trekker frem hvordan den umiddelbare tilstedeværelsen av et annet menneske blir borte over nett. Særlig om kontakten starter i chatterom slik den alltid gjør for Embla. Fremtoning og kroppsspråk i fysiske møter kan i noen tilfeller skape avstand og usikkerhet, i en chat er det ordene som blir viktigst. Embla forklarer meg stegene i hvordan nettsvennskap oppstår. Først kommenterer hun for eksempel noens illustrasjon fra et spill. Kommer det et svar, diskuteres kanskje illustrasjonen. Flyter samtalen, flyttes den inn i en privat chat, vennskap er da i etableringsfasen.

Vennskap holder seg og utvikler seg i chatrommet, forklarer Embla. Og ifølge Henderson og Gilding (2004) oppnås intimitet raskt i slike nettfora. Deres studie bygger på intervjuer av 17 chatrombrukere med gjennomsnittsalder på 28 år. En gamer sier han

Vennskap kan forstås som en interpersonlig relasjon mellom individer med gjensidig hengivenhet og tilknytning. Følger vi denne definisjonen har Embla helt klart ordentlige venner både på og utenfor nettet.

deler trollmansproblemene sine på nett, men når han selv har problemer deles de ansikt til ansikt. En jente forteller hvordan hun føler seg friere i chatten og tar flere sjanser. Om noe uønsket oppstår kan hun bare logge av. Historiene sammenfaller med Emblas. Vennene på nett er først og fremst nære gjennom felles spillentusiasme og tegning, og det er enkelt å logge av.

Embla sier hun aldri utleverer og sjeldent uttaler seg i et offentlig chatterom, men hun dras med inn i intense diskusjoner om spillkarakterenes legning, etniske opphav og kjærlighetsliv. De nære relasjonene, for Emblas del, utfolder seg privat og bygger på en felles lidenskap. En lidenskap de fleste som er fysisk til stede rundt Embla ikke klarer å følge henne i, noe som tilsynelatende har ført til tidvis ensomhet. I dag har hun etablert bånd på tvers av landegrensener og tidssoner basert på felles interesser. Hun understreker at følelser knyttet til alt som skjer utenfor spillverdenen deler hun først og fremst med Tiril og Selma. Når hun ikke får tak i dem, hender det hun tyr til chatten. I tunge perioder fordeler hun problemene sine mellom forskjellige nettvenner, men er redd det kan bli for mye, at de skal føle de blir hobbypsykologene hennes.

Det er gjerne i det øyeblikket hobbypsykologen trengs, at behovet for fysisk nærhet og trygge relasjoner trer frem. Slike øyeblikk synliggjør graden av tilknytning en relasjon rommer (Bowlby, 1972). Det blir etter hvert klart for meg at Embla også deler sårbarheter med nettvenner, men de er ikke førstevalget. Førstevalget er Tiril og Selma. De deler ikke interesser, men utstråler trygghet i sitt nærvær. Hun vet de ringer om hun skriver i chatten at hun har det vondt. Om det tar tid og hun trenger å ventilere er det alltid noen på nett. Hun har seks nære nettvenner, to hun chatter med daglig i alt fra ti minutter til flere timer. At de alltid er der «betyr jo at de også er hjemme», sier hun. Slik jeg forstår Embla, er det godt å vite at hun ikke er alene om det, å være hjemme. Slik er nettvenner viktige, men behovet for fysiske venner er tilstedeværende.

Fysiske vennskap

En augustdag krysser Embla og jeg gata ved Operahuset etter noen timer sammen på biblioteket. Hun sier at nettvenner ikke er som «ordentlige venner». Jeg lurte på hvem som er hennes ordentlige venner. Hun har ingen. «Jo, hva med Tiril og Selma?» foreslår jeg. «Nei, de er som familie og har sine egne liv. De prater mye og er sosiale, de går på kafe og fester og sånn. Jeg drar hjem». Vennskap kan forstås som en interpersonlig relasjon mellom individer med gjensidig hengivenhet og tilknytning (Frederick & Zhang, 2021). Følger vi denne definisjonen har Embla helt klart ordentlige venner både på og utenfor nettet. Det har hun tydelig vist, uten å bruke begrepet venn. Ordbruken reflekterer at nettvennskap er ikke helt det samme som fysiske vennskap, og nære fysiske vennskap er en mangel for Embla.

Biblioteket er et møtested for henne, her sitter hun ofte sammen med tre studievenninner og leser eller tegner. Det fine med biblioteket er også at «det er ikke så nøye om vi ikke prater hele tiden», skyter hun inn. Når de først kommer prater de kanskje litt. Også sitter de der ved siden av hverandre og gjør det de selv liker. Det er fint å være sammen om å gjøre det en liker. Sitte der ved siden av hverandre. «Det er annerledes enn å møtes gjennom nettet», sier hun. «Det er godt å være i nærheten av andre [kropper]. Det er så fint å være der sammen, «det er annerledes enn å sitte der [biblioteket] alene», gjentar hun.

Folkebibliotekene er viktige og kjærkomne samlingssteder på tvers av generasjoner og kulturell bakgrunn. Sosialantropolog Fagerlid (2016, p. 110) omtaler biblioteket som et sted en er skjermet sammen, det er «litt hjemme, litt jobb og litt offentlig på en gang». Videre beskriver hun hvordan det å møte de samme menneskene over tid i kjente omgivelser, kan skape relasjoner også til mennesker en ikke kjenner. Ved Universitetsbiblioteket trekker studenter frem hvordan de påvirkes av lyd, lys og lukt fra de materielle omgivelsene og andre menneskers nærvær (Fagerlid, 2017).

Med Embla i minnet tenker jeg at hun opplever en sameksistens, hun blir en del av det pulserende livet som omgir henne på biblioteket. Hun opplever det når hun er der alene, men enda sterkere sammen med venninnene. Det er ikke samtalene med venninnene hun trekker frem, men den kroppslige nærheten. Hun kan være alene i sin egen verden, om hun tegner, spiller eller jobber med en innlevering: Alene, allikevel sammen.

Også da vi var på turer sammen satt Embla ofte litt for seg selv ved bålet med tegneblokken, men det var alltid andre deltagere og aktivitetsledere som kom bortom, tittet og pratet litt (Broch, 2020). Hver tegning, hver figur hadde sine historier og ofte satte hun dem sammen til tegneserier. Livet online skapte liv på blokken som ble ivrig delt med enhver som ville se og lytte. Det er litt som på biblioteket. Embla er mye alene, men likevel sammen med andre. Kanskje motsatt av når hun er på nett. Der kreves det at hun gjør seg synlig gjennom tastetrykk, ordene etablerer bånd mens hun fysisk sett sitter alene.

«Med Tiril og Selma er det enklest å møte dem, så de kan se hele meg. Du chatter ikke med dine ekte venner, du snakker med dem. Samme med klassekamerater, du chatter ikke med dem. Jeg chatter ikke med venner. Å chatte med nettvenner krever et helt annet språk enn å snakke sammen muntlig».

Embla beskriver nære vennskap både på nett og fysisk. Men hva gjør noe til ekte vennskap? Tilknytningen forsterkes tilsynelatende av fysisk nærhet, en utilgjengelig faktor i nettvennskap. Menneskers samhandling påvirkes av kontekstuelle tegn. Tanker, bevegelser og impulser er ofte responser på øyeblikkets omgivelser. Nevrovitenskap har avdekket at et eget bevegelses-kontrollsystem aktiveres av andres bevegelser (Streeck, 2015). Chatterom, men også digitalt visuelt samvær forlater mellommenneskelig persepsjon fordi samhandlingen reduseres til den hørbare og visuelle dimensjonen. Taktile stimuli forsvinner.

Bevegelser beveger, skriver Skårderud (2020, p. 11), kroppslige bevegelser «er også forflytninger i det sosiale og psykologiske». Han argumenterer for at mennesker ikke har kropper, de er kropper. Ifølge Collins (2020) kan det oppstå en likesinnet energi og rytmisk kroppslig aktivitet når kropper beveger seg i nærheten av hverandre. Videre fremhever Collins at god kommunikasjon innebærer felles fokus og oppbygning av delte emosjoner, noe som igjen kan føre til rytme og flyt i samspill og tilstedeværelse. Dette, hevder han, oppleves sterkest når hele kroppen deltar, ikke bare syn eller hørsel.

I fysisk nærvær oppstår energistrømmer som bidrar til opplevde stemninger (Stewart, 2011), som utløser sanseopplevelser. Det sensoriske repertoar sitter i huden, i ledd og muskler og påvirker pust og hjerterytmene. Samspillet med andre kroppslige prosesser, som utskillelse av kjemikalier påvirker sinnstilstanden, som sammenbinder det hele til komplekse føyte erfaringer (Collins, 2020). Slik kommuniserer kropper også uten ord.

Da Embla satt alene ved bålet var hun likevel sammen med og absorberte kommunikasjon fra andre kropper som satt eller beveget seg i nærheten av henne. Når en kropp blir helt stille i et nettmøte forsvinner den ut av bildet, chatten krever at du produserer ord. Først når det blir mer bevegelse eller en griper ordet får en plass på skjermen igjen. Ved bålet var Embla til stede selv når hun ikke deltok i samtalen. Også naturen har en tilstedeværelse gjennom vind, bølgeskulp, lukten av sjø, myr eller skog og lyder som fuglekvisper. Dette er felles signaler fra omgivelsene som de ulike kroppene sanser selv om de tas inn ulikt. Sanseblanding gir grunnlag for felles opplevelser som ofte forblir ureflekterte.

Pandemien har vist oss at studenter ikke liker å ha kamera på ved digital undervisning (Møller, 2020). Embla er enig. I fysiske rom flytter blikket seg etter ulike signaler, du forsvinner inn i andre bevegelser og delte oppfatninger av hva som foregår i rommet. Skjermen krever en strengere tilstedeværelse i undervisningsrommet og et blikk som virrer blir tydelig og en oppfattes raskt som ukonsentrert. Alle studiens deltagere gjenkjente situasjonen ett drøyt år inn i pandemien. Også i digitale vennsamtaler blir tilstedeværelsen fjernere og deltakerne raskere ukonsentrerte.

«Med Tiril og Selma er det enklest å møte dem, så de kan se hele meg. Du chatter ikke med dine ekte venner, du snakker med dem. Samme med klassekamerater, du chatter ikke med dem.

Jeg chatter ikke med venner. Å chatte med nettvenner krever et helt annet språk enn å snakke sammen muntlig».

Dette kan henge sammen med at det digitale bildet alltid er noe forsinket og direkte øyekontakt aldri oppnås fullt ut (Collins, 2020). Hvem ser på hvem på delte skjermer? Collins understreker at det er utmattende å ha seg selv i skjermbildet, det er ingen naturlig del av samtaler med andre. En får ikke gitt seg hen til det som skjer, eller muligheten til dyp innlevelse i samtalen med andre minsker. Å være sammen digitalt er ikke det samme som å være sammen fysisk, ingen prosjektdeltagere mener det nå. De lengter etter det fysiske møterom, og ønsker å være sammen digitalt når de selv føler for det. Embla elsker, og elsker fortsatt, sitt digitale liv - for henne medførte ikke pandemien en digital omveltning. Embla skiller seg ut fra de andre fordi hun har utviklet rene nettvennskap og har få co-joint-vennskap. Nettvennskapene er en stor og viktig del av hverdagen hennes, men noe mangler i de digitale møtene som ikke handler om hvor ekte vennskapet er eller hvor dypt. Det handler om opplevelsesforskjeller.

Likestilte vennskspsformer, men nettet alene er ikke nok

«Noen ganger blir hodet for fullt, og da kan en blåse det ut. Det er noe av grunnen til å få meg nettvenner. Jeg ble gladere av å møte noen som likte det samme som meg. De forstod tegningene mine. Også da jeg satt med eksamen, da var det nettvennene som fulgte meg gjennom det. Jeg jobbet gjennom natta, og da sover jo alle her, da tittet de innom og sa hei. Det var en veldig god følelse, jeg var liksom ikke alene».

Embla vet jeg skal skrive hennes historie, og det rører noe ved henne. Øynene hennes møter mine og blikket er festet. Det er ikke så ofte slik, hun kaster som regel raske blikk eller viser ivrig frem nettlivet. Jeg gjentar noe av det jeg har lært av henne om nettvennskapets gleder og mangler. Hun reiser seg, nesten hopper, med blanke øyne: «Jeg er så glad», utbryter hun. «Du har forstått det, at nettvennskap er EKTE!»

Embla er den første unge kvinnen i den pågående studien om digitalt hverdagsliv som satte ord på lengselen etter fysiske møter, noe andre deltagere tok for gitt da studien startet 4. april 2020. Dette året ble livet for de aller fleste preget av et skifte fra fortrinnsvis fysisk sosialitet til digitale samvær. Forståelsen av det digitale er nå i endring hos flere prosjektdeltagere, de har fått erfaringer som Embla allerede var seg kroppslig bevisst. En påtvunget økt digitalisert hverdag har berørt mange unge voksne, og tydeliggjort betydningen av kroppslig bevegelse i naturområder (Venter, Barton, Gundersen, Figari, & Nowell, 2021) og betydningen av å være fysisk sammen med andre. Nå setter de aller fleste prosjektdeltakerne ord på hva digitale samvær ikke tilfredsstillter. Kvinnene er bevisgjort manglende kroppsspråk, økt fokus på seg selv (grunnet skjermbildet) og savnet etter kroppslig nærhet og de mangfoldige signalene som eksisterer i fysisk delte rom.

De aller fleste i dag har co-joint-vennskap. Collins (2020) viser til at det var en tendens blant unge å kommunisere via tekst heller enn muntlig også før pandemien. Embla og de andre unge kvinnene viser at noe skjer med relasjoner når én dimensjon overtar kommunikasjonen og nærmest utsletter den andre, når det ikke lenger er et mulig valg mellom å møtes fysisk eller digitalt.

Embla har visualisert hvordan fysiske og digitale vennskap kan være likestilte og begge «ER EKTE». Men hennes skille mellom de to formene gir grunn til en liten uro, for det kan se ut som om digitalt samvær, uansett hvor intimt og nært det kan utvikle seg, ikke kan erstatte behovet for nærvær av fysiske kropp. Å være alene sammen med folk rundt seg, kan ikke erstattes av å være digitalt sammen, men alene bak skjermen. Samværsformene kan derimot utfylle hverandre.

Å være alene sammen med folk rundt seg, kan ikke erstattes av å være digitalt sammen, men alene bak skjermen. Samværsformene kan derimot utfylle hverandre.

Referanser

- Bowlby, J. (1972). *Attachment and loss : vol. 1 : Attachment*. Middlesex, UK: Pelican book.
- Broch, T. B. (2018). *Equilibrium Poems: An ethnographic study on how experiences in and with Norwegian friluftsliv challenge and nurture youths' emotion work in everyday life*. (PhD). Norges Idrettshøgskole, Oslo.
- Broch, T. B. (2020). *Urbant ungdomsliv, natur og følelser*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Collins, R. (2020). *Social distancing as a critical test of the micro-sociology of solidarity*. *American journal of cultural sociology*, 8(3), s. 477-497. doi:10.1057/s41290-020-00120-z
- Corsaro, W. A. (2015). *The sociology of childhood* (4th ed. ed.). Los Angeles: Sage.
- Eriksen, T. H. (2021). *Appenes planet: hvordan smarttelefonen forandret verden*. Oslo: Aschehoug.
- Fagerlid, C. (2016). *Skjermet sammen - sameksistens på folkebiblioteket*. *Norsk antropologisk tidsskrift*, 26(2), s. 108-120. doi:10.18261/issn.1504-2898-2016-02-03
- Fagerlid, C. (2017). *Et godt sted å arbeide. Drømmer og disiplinering på biblioteket*. In A. Anderson, C. Fagerlid, H. Larsen, & I. Straume (Eds.), *Det åpne bibliotek : forskningsbibliotek i endring* s. 171-192. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Frederick, C. M., & Zhang, T. (2021). *Friendships in gamers and non-gamers*. *Current psychology* (New Brunswick, N.J.), doi:10.1007/s.12144-020-01121-4
- Henderson, S., & Gilding, M. (2004). *'I've Never Clicked this Much with Anyone in My Life': Trust and Hyperpersonal Communication in Online Friendships*. *New media & society*, 6(4), s. 487-506. doi:10.1177/146144804044331
- Medietilsynet. (2020, 11.02). *Barn og medier 2020: Halvparten av norske niåringer er på sosiale medier*. Retrieved from <https://www.medietilsynet.no/om/aktuelt/barn-og-medier-2020--halvparten-av-norske-niaring-er-er-pa-sosiale-medier/>
- Møller, K. B. (2020, 28.04). *Gode grunner til svarte skjermer. Kan man kreve at studentene er med på digital undervisning via video?* Khrono. Retrieved from <https://khrono.no/gode-grunner-til-svarte-skjermer/483367>
- Prochnow, T., Patterson, M. S., & Hartnell, L. (2020). *Social support, depressive symptoms, and online gaming network communication*. *Mental Health and Social Inclusion*, 24(1), s. 49-58.
- Skårderud, F. (2020). *Forord: Selvbyggerne*. In T. B. Broch (Ed.), *Urbant ungdomsliv, natur og følelser* s. 11-14). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Stewart, K. (2011). *Atmospheric attunements*. *Environment and Planning D: Society and Space*, 29(3), s. 445-453.
- Streeck, J. (2015). *Embodiment in Human Communication*. *Annual review of anthropology*, 44(1), s. 419-438. doi:10.1146/annurev-anthro-102214-014045
- van Zalk, M. H. W., Zalk, N. V., Kerr, M., & Stattin, H. (2014). *Influences Between Online-Exclusive, Conjoint and Offline-Exclusive Friendship Networks: The Moderating Role of Shyness*. *Eur. J. Pers*, 28(2), s. 134-146. doi:10.1002/per.1895
- Venter, Z. S., Barton, D. N., Gundersen, V., Figari, H., & Nowell, M. S. (2021). *Back to nature: Norwegians sustain increased recreational use of urban green space months after the COVID-19 outbreak*. *Landscape and urban planning*, 214, 104175. doi:10.1016/j.landurbplan.2021.104175
- Waltorp, K. (2020). *Why Muslim Women and Smartphones: Mirror Images*. London: Taylor and Francis.

Barn og unge som blir utsatt for tradisjonell og digital mobbing

Av Ida Risanger Sjørso



Ida Risanger Sjørso jobber for tiden som førsteamanuensis i pedagogisk psykologi ved Læringsmiljøsentret ved Universitetet i Stavanger. Hun er utdannet spesialpedagog og og disputerte for doktorgraden 29 januar 2021 om emosjonelle problemer hos dem som er utsatt for tradisjonell og digital mobbing og deres opplevelse av støtte fra kontaktlæreren sin. Sjørso underviser om mobbing blant annet på både barnehagelærer og lærerutdanningen ved Universitetet i Stavanger og på videreutdanningen for AKS i Oslo kommune.

Dagens barn og unge vokser opp i en stadig mer digitalisert verden noe som ble satt på spissen under koronapandemien. Det å være logget på blir sett på som en viktig del av livet. Spør man dagens barn og unge hva de har gjort i løpet av en dag er sjansen stor for at de både vil fortelle deg om hendelser som har skjedd med venner ansikt til ansikt og hendelser som har skjedd digitalt. Ettersom begge arenaer er viktige i barn og unges liv er de også med på å gjøre deres sosiale liv enda mer komplekst. Tall fra Medietilsynet viser at 87 % av norske barn i alderen 9-10 år har sin egen mobiltelefon og i alderen 13-14 år eier praktisk talt alle en mobiltelefon (Medietilsynet, 2020).

Den teknologiske utviklingen gjør det for eksempel enklere å vedlikeholde allerede eksisterende vennskap så vel som å etablere nye. Ettersom barn og unge bruker mye tid på å være sosiale på den digitale arenaen, er det naturlig at også sosiale konflikter og mobbing infiltrerer denne arenaen og vice versa. Med bakgrunn i dette vil denne artikkelen se nærmere på hvilke emosjonelle problemer som rapporteres av elever som opplever tradisjonell og / eller digital mobbing og hva disse elevene selv rapporterer at de trenger fra de voksne rundt seg når de opplever mobbing.

En definisjon av tradisjonell mobbing som blir bukt både nasjonalt og internasjonalt er at mobbing er en repetert negativ handling utført mot noen som har vanskelig for å forsvare seg i den gitte situasjonen (Olweus & Roland, 1983, Smith, 2005; Olweus & Limber, 2018). Digital mobbing kan defineres som mobbing på digitale arenaer (Smith et al., 2008). Det er blant annet denne definisjonen av mobbing som brukes i Elevundersøkelsen.

De ferskeste tallene fra Elevundersøkelsen viser at tallene for det man kan kalle for tradisjonell mobbing har gått ned. Det er derimot ikke fokusert like mye på at andelen som rapporterer at de har opplevd digital mobbing har økt fra 1,9 til 2,2 % (Wendelborg, 2021). Dette vil altså si at det er ca. 10 000 flere elever som rapporterer at de har opplevd å bli mobbet digitalt enn året før.

Bruken av digitale medier i mobbing involverer tre sentrale aspekter som gjør digital mobbing enda mer kompleks og vanskelig å håndtere enn tradisjonell mobbing; anonymitet, publisitet og spredning

Ser man nærmere på hvilket trinn økningen befinner seg på, er det også grunn til bekymring da det meste av økningen befinner seg på femte trinn - de yngste barna i undersøkelsen. Dette er kanskje ikke et overraskende funn da både foreldre og barn har blitt mer digitale under koronapandemien og dermed også utsatt seg for mer risiko. En viktig grunn til at dette er bekymringsverdig er for eksempel at vi per dags dato ikke har noen nasjonale undersøkelser som kan si oss noe om forekomsten av opplevd tradisjonell og digital mobbing blant elevene fra første til fjerde trinn. Man vet da heller ikke om tallene på femte trinn egentlig presenterer den høyeste forekomsten blant norske elever eller om elevene på for eksempel fjerde trinn har opplevd å bli utsatt for mer digital mobbing enn elevene på femte trinn.

Bruken av digitale medier i mobbing involverer tre sentrale aspekter som gjør digital mobbing enda mer kompleks og vanskelig å håndtere enn tradisjonell mobbing; anonymitet, publisitet og spredning. Forskning finner for eksempel at muligheten for anonymitet ved bruken av digitale medier øker følelsen av maktesløshet og frustrasjon (Dooley, Pyzalski & Cross, 2009; Slonje & Smith, 2008).

I tillegg finner man at offentlig digital mobbing defineres som den verste formen for digital mobbing (Menesini et al., 2012). Et viktig spørsmål relatert til barn og unges psykiske helse blir da om denne digitale utviklingen også bidrar til endringer i de emosjonelle problemene en ser er relatert til det å bli utsatt for mobbing. Det har lenge vært kjent at det å bli utsatt for tradisjonell mobbing kan få store følger for dem det gjelder som for eksempel symptomer på depresjon (Reijntjes, Kamphuis, prinzie & Telch, 2010, Ttofi, Farrington, Lösel & Löber, 2011) og symptomer på angst (Grills & Ollendick, 2002; Hawker & Boulton, 2000; Nishina, Juvoven & Witkow, 2005; Reijntjes, 2010).

I tillegg til dette har det blant annet blitt funnet en sammenheng mellom det å bli utsatt for tradisjonell mobbing og suicidale tanker (Holt m. fl., 2015; Van Geel, Vedder & Tanilon, 2014) og skolevegring (Egger, Costello & Angold, 2003; Havik, Bru & Ertesvåg, 2015). Sammenhengen mellom det å bli utsatt for tradisjonell mobbing og symptomer på angst og depresjon har også blitt rapportert i flere studier som har fulgt de samme personene over tid, noe som indikerer at det å bli utsatt for tradisjonell mobbing bidrar til økte symptomer på angst og depresjon (Copeland, Wolke, Angold, Costello, 2013; Takizawa, Maughan & Arsenaault, 2014). En studie fant for eksempel mer angst og depresjon hos 50-åringene som hadde blitt utsatt for mobbing som barn sammenliknet med deltakere som ikke hadde blitt mobbet som barn (Takizawa, Maughan & Arsenaault, 2014).

Selv om forskningen på barn og unge som har blitt utsatt for digital mobbing ikke har vært utført over like lang tid, finner studiene som ser på dette også en sammenheng mellom det å bli utsatt for digital mobbing og eksempelvis symptomer på depresjon (Olenik-Shemesh, Heiman & Eden, 2012) og symptomer på angst (Kowalski et al, 2014; Shenk & Fremouw, 2012).

I tillegg til studier som tar for seg enten tradisjonell eller digital mobbing og emosjonelle problemer finnes det også flere og flere studier som ser på hvilken effekt de ulike typene mobbing har på emosjonelle problemer. Her rapporteres det om noe ulike funn. Campell med flere (2012) finner for eksempel en sterkere sammenheng mellom både symptomer på depresjon og angst og det å bli utsatt for digital mobbing sammenliknet med disse symptomene og tradisjonell mobbing.

En norsk studie finner derimot kun en sterkere sammenheng mellom symptomer på angst og det å bli utsatt for digital mobbing sammenliknet med symptomer på angst og det å bli utsatt for tradisjonell mobbing (Sjørød, Fandrem & Roland, 2016). Disse funnene indikerer at det å bli utsatt for digital mobbing kan gi dem som blir utsatt for det større emosjonelle problemer i form av for eksempel flere symptomer på angst som at de blir plutselig reddet uten grunn og konstant engstelige eller redde.

Ettersom mange av elevene som rapporterer at de blir mobbet digitalt også blir utsatt for tradisjonell mobbing, er det ekstra viktig at man undersøker hvordan eleven har det på skolen

Det kan også argumenteres for at det å bli utsatt for mobbing kan oppleves som et traume. Flere studier foreslår at de emosjonelle problemene man får av det å bli utsatt for mobbing på skolen kan sammenliknes med dem som har blitt utsatt for overgrep i barndommen (Arsenault, 2018; Carlisle & Rofes, 2007; Terr, 1991). Det har også blitt funnet en sammenheng mellom det å bli utsatt for mobbing og symptomer på post-traumatisk stress både i arbeidslivet (Matthiesen & Einarsen, 2004; Tehrani, 2004) og på skolen (Idsøe, Dyregrov & Idsøe, 2012; Rivers, 2004). Dette kan være symptomer som en sterk unngåelsestrang til det stedet eller den digitale enheten de har opplevd å bli mobbet på, en sterk frykt knyttet til det stedet der de har blitt mobbet, konsentrasjonsproblemer og kroppslig aktivering som for eksempel problemer med å puste.

I forebyggingen og ikke minst håndteringen av digital mobbing er det viktig å erkjenne at dette ofte er noe som foregår samtidig som tradisjonell mobbing. Det er derfor viktig at man som voksen er årvåken og undersøker hvordan relasjonene mellom de involverte er på skolen og om barn og unge forteller om negative hendelser som har skjedd digitalt. Forskning har studert hvor mye overlapp det finnes mellom disse to formene for mobbing, tallene som rapporteres her er fra 43,7 - 93 %. Dan Olweus finner i sin studie at 93 % av de elevene som rapporterer at de blir mobbet digitalt også rapporterer at de har blitt mobbet tradisjonelt (Olweus, 2012). Andre internasjonale studier finner for eksempel et overlapp på 44 % (Ybarra & Mitchell, 2004) til 75 % (Smith m. fl., 2008). De siste tallene fra Elevundersøkelsen viser at 43,7 % av norske elever som svarer at de blir mobbet digitalt også svarer at de blir mobbet tradisjonelt (Wendelborg, 2021).

Disse elevene blir såkalte dobbelteksponeerte. Det kan skje hendelser på skolen som senere blir kommentert på, eller fulgt opp digitalt. Denne vekslingen mellom det man kan kalle for tradisjonelle og digitale negative hendelser, gjør at det kan være enda vanskeligere for voksne og oppfatte hva som skjer da de kanskje bare får med seg noen av de hendelsene som skjer på for eksempel skolen. Disse enkelthendelsene i seg selv trenger ikke nødvendigvis være av en svært krenkende karakter, men summen blir voldsom for dem det gjelder. For barn og unge kan denne dobbelteksponeeringen være en stor påkjenning da de er tilgjengelig for den som utsetter dem for mobbing når som helst. Forskning finner for eksempel at de som opplever både tradisjonell og digital mobbing rapporterer om lavere selvtilitt i tillegg til at de har større risiko for depresjon og ensomhet sammenliknet med de som kun rapporterer at de har blitt utsatt for tradisjonell mobbing (Brigi m. fl., 2012; Canas m. fl., 2020).

Ettersom mange av elevene som rapporterer at de blir mobbet digitalt også blir utsatt for tradisjonell mobbing, er det ekstra viktig at man undersøker hvordan eleven har det på skolen. Noen vil kanskje tenke at dette ikke er skolens ansvar, men i og med at det ofte er en skolerelasjon i bunn vil det være viktig at det er et godt samarbeid mellom skole og hjem i disse sakene. At man sammen tar et ansvar for at norske elever skal ha det trygt og godt uavhengig av om de befinner seg i den digitale eller analoge verden og ikke bruker tid på å diskutere hvem sitt ansvar det er.

Samarbeidet mellom skole og hjem må være aktivt og gjensidig. Aktivt på den måten at man får foreldrene aktivt med i arbeidet med nettvett for eksempel. I stedet for å skrive i informasjonsdelen av lekseplanen at denne uken har vi om nettvett, kan man oppfordre foresatte til hva man kan snakke med barna sine om hjemme og ikke minst hvordan. Et gjensidig samarbeid er også viktig, og her vil det si at dialogen mellom skole og hjem - og ikke minst blant foresatte - om barnas digitale liv kan bli satt enda mer på agendaen enn det den er i dag ved mange av landets skoler.

Men det nytter ikke om det er et godt skole/hjem-samarbeid dersom eleven ikke har tillit til at de kan fortelle om det de har opplevd til noen. For at man som voksen skal kunne hjelpe barn og unge som blir utsatt for tradisjonell og digital mobbing må de føle at de kan fortelle om det som har skjedd til noen som kan hjelpe dem.

Digital mobbing er ekstra vanskelig å oppdage for både foreldre og lærere uten at den som har opplevd det selv eller medelever tar kontakt og forteller om det

I hjemmet er det for eksempel viktig at foreldrene anerkjenner barn og unges digitale liv og viser interesser for det som skjer også på denne arenaen. På skolen trenger man i tillegg til gode relasjoner til elevene også gode verktøy som gjør det enklere å følge med på barn og unges sosiale liv både i skolegården og digitalt. Her kan man kombinere flere metoder som for eksempel samtaler, observasjon, sosiogram og ikke-anonyme spørreskjema i arbeidet med å prøve å danne seg et best mulig bilde.

Dette bør brukes både i det forebyggende arbeidet for å følge med, men også i nærmere undersøkelser av saker som blir meldt fra om. I Elevundersøkelsen rapporterer 34,8 % av dem som ble mobbet at skolen ikke visste om det. I tillegg rapporterer 14,4 % av dem som ble mobbet at skolen visste om det, men ikke gjorde noe, og 19,4 % at skolen prøvde å stoppe mobbingen, men at det ikke fungerte (Wendelborg, 2021). Det er altså en stor andel av de elevene som oppgir at de blir mobbet som opplever at dette ikke blir oppdaget. Det kan være spesielt krevende å oppdage digital mobbing ettersom denne kan oppleves som mer skjult for de voksne rundt. Her kan også medelever ses på som viktige i arbeidet med å oppdage og stoppe digital mobbing ettersom det er en arena de voksne sjelden er til stede på.

Digital mobbing er ekstra vanskelig å oppdage for både foreldre og lærere uten at den som har opplevd det selv, eller at medelever tar kontakt, forteller om det. I rapporten *Ungdom og digitale medier* (Barneombudet, 2019) kommer det blant annet fram at for barn og unge er det viktig å vite hva som skjer før de sier ifra, at de ønsker å medvirke i prosessen, at de som ber om hjelp blir informert om konsekvensene, at voksne ikke overreagerer, at de ikke nødvendigvis ønsker at den som har utsatt dem for mobbing skal straffes, men at det skal stoppe og at de skal få det bedre med hjelp fra den voksne de forteller det til.

I en studie av langvarige mobbesaker med elever som hadde blitt utsatt for både digital og tradisjonell mobbing, kom det fram at for å føle trygghet og forutsigbarhet i håndteringen av en mobbesak, var det viktig for elevene å møte en lærer som både lyttet og trygget dem samtidig som læreren stilte tydelige krav til dem som har mobbet om at mobbingen må ta slutt (Sjørus, Fandrem, O'Higgins Norman & Roland, 2019). Man trenger derfor god kompetanse i skolen på hvordan man skal få mobbing til å stoppe. For elever som opplever mobbing, forsvinner imidlertid ikke de emosjonelle utfordringene nødvendigvis den dagen mobbingen opphører. Det bør derfor også rettes større fokus mot oppfølgingen etter mobbingen både på et individuelt plan for alle de involverte, men også for klassen som helhet.

Fokuset i denne artikkelen har i stor grad vært på de elevene som har opplevd tradisjonell og digital mobbing, emosjonelle konsekvenser og støtte fra voksne. Avslutningsvis ønsker jeg å oppsummere noen videre tanker om hva som er viktig i arbeidet med å forebygge og håndtere digital mobbing.

Først og fremst er det viktig å anerkjenne at digital mobbing ikke er et fenomen som kun påvirker barn og unges fritid, men i aller høyeste grad også hvordan de har det på skolen. For det andre må skolen ta digitale hendelser på alvor og følge med og undersøke dem i sammenheng med det som skjer på skolen. For det tredje må man på skolen, i tillegg til å ha en god relasjon til elevene, ha gode verktøy for å følge med på det som for oss voksne er vanskelig å følge med på. For det fjerde må fokuset på forebygging begynne allerede fra første klasse som en felles strategi fra skolens side. Dette kan ikke avhenge av i hvilken grad skolen eller læreren anerkjenner barn og unges digitale liv. For det femte må man i forbindelse med ny rammeplan for SFO også se på dette som en viktig arena inn i arbeidet for å forebygge og håndtere mobbing.

Og sist, men ikke minst, må skolen invitere foresatte inn til et aktivt og gjensidig samarbeid med fokus på elevenes digitale liv.

Referanser

- Barneombudet (2019). *Ungdom om digitale medier*. Ungdom-om-digitale-medier.pdf (barneombudet.no)
- Brighi, A., Melotti, G., Guarini, A., Genta, M. L., Ortega, R., Mora-Merchán, J., Smith, P.K. & Thompson, F. (2012). *Self-esteem and loneliness in relation to cyberbullying in three European countries*. In Li, Q., Cross, D., & Smith, P.K. (Red.), *Cyberbullying in the global playground: Research from international perspectives*, (s. 32-56). UK: Wiley-Blackwell.
- Canas, E., Esteves, E., Martínez-Monteagudo, C & Delgado, B. (2020). *Emotional adjustment in victims and perpetrators of cyberbullying and traditional bullying*. *Social Psychology of Education*, (23), s. 917-942.
- Carlisle, N. & Rofes, E. (2007). *School bullying: Do adult survivors perceive long-term effects?* *Traumatology*, 13(1), s. 16-26. DOI: 10.1177/1534765607299911
- Copeland, W. E., Wolke, D., Angold, A. & Costello, E. J. (2013). *Adult psychiatric outcomes of bullying and being bullied by peers in childhood and adolescence*. *JAMA Psychiatry*, 70(4), s. 419-426. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.504.
- Dooley, J.J., Pyzalski, J., & Cross, D. (2009). *Cyberbullying versus face to face bullying: A theoretical and conceptual review*. *Journal of Psychology*, 217(4), s.182-188. <https://doi.org/10.1027/0044-3409.217.4.182>
- Egger, H. L., Costello, J. E. & Angold, A. (2003). *School refusal and psychiatric disorders: A community study*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(7), s. 797-807. <https://doi.org/10.1097/01.CHI.0000046865.56865.79>
- Grills, A. E. & Ollendick, T. H. (2002). *Peer victimization, global self-worth, and anxiety in middle school children*. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 31(1), s. 59-68. https://doi.org/10.1207/S15374424JC-CP3101_08
- Havik, T., Bru, E. & Ertesvåg, S. (2015). *School factors associated with school refusal - and truancy related reasons for school non-attendance*. *Social Psychology of Education*, 18 (2), s. 221 - 240. <https://doi.org/10.1007/s11218-015-9293-y>
- Holt, M. K., Vivolo-Kantor, A. M., Polanin, J. R., Holland, K. M., DeGue, S., Matjasko, J. L., ... & Reid, G. (2015). *Bullying and suicidal ideation and behaviors: A meta-analysis*. *Pediatrics*, 135(2), s. e496-e509. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1864>
- Idsøe, T., Dyregrov, A. & Idsøe, E. (2012). *Bullying and PTSD Symptoms*. *Journal of Abnorm Child Psychology*, 2012,40, s. 901-911. <https://doi.org/10.1007/s10802-012-9620-0>
- [Kowalski, R. M., Giumetti, G.W., Schroeder, A.N., & Lattanner, M. R. \(2014\). Bullying in the digital age: A critical review and meta-analysis of cyberbullying research among youth. Psychological Bulletin, 140\(4\), 1073-1137. http://dx.doi.org/10.1037/a0035618](http://dx.doi.org/10.1037/a0035618)
- Matthiesen, S.B. & Einarsen, S. (2004). *Psychiatric distress and symptoms of PTSD among victims of bullying at work*. *British Journal of Guidance and Counselling*, s. 335 - 356. <https://doi.org/10.1080/03069880410001723558>
- Medietilsynet (2020). *Barn og medier 2020*. *Barn og medier 2020 (medietilsynet.no)*
- Menesini, E., Nocentini, A., Palladino, B. E., Frisé, A., Berne, S., Ortega-Ruiz, R., ... & Naruskov, K. (2012). *Cyberbullying definition among adolescents: A comparison across six European countries*. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 15(9), s. 455-463. <https://doi.org/10.1089/cyber.2012.0040>
- Nishina, A., Juvonen, J., & Witkow, M. R. (2005). *Sticks and stones may break my bones, but names will make me feel sick: The psychosocial, somatic, and scholastic consequences of peer harassment*. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(1), s. 37-48. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3401_4
- Olenik-Shemesh, D., Heiman, T. & Eden, S. (2012). *Cyberbullying victimization in adolescence: Relationships with loneliness and depressive mood*. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 17(3-4), s. 361-374. <https://doi.org/10.1080/13632752.2012.704227>
- Olweus, D & Roland, E. (1983). *Mobbing: Bakgrunn og tiltak*. *Bullying: Background and measures*. Kirke og undervisningsdepartementet.
- Olweus, D. (2012). *Cyberbullying: An overrated phenomenon?* *European Journal of Developmental Psychology*, 9(5), s. 520 - 538. <https://doi.org/10.1080/17405629.2012.682358>
- Olweus, D. & Limber, S. P. (2018). *Some problems with cyberbullying research*. *Current opinion in psychology*, 19, s. 139-143. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.04.012>
- Reijntjes, A., Kamphuis, J. H., Prinzie, P. & Telch, M. J. (2010). *Peer victimization and internalizing problems in children: A meta-analysis of longitudinal studies*. *Child abuse & neglect*, 34(4), s. 244-252. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.07.009>
- Rivers, I. (2004). *Recollections of bullying at school and their long-term implications for lesbians, gay men, and bisexuals*. *Crisis*, 25(4), s. 169-175. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.25.4.169>
- Schenk, A. M. & Fremouw, W. J. (2012). *Prevalence, psychological impact, and coping of cyberbully victims among college students*. *Journal of school Violence*, 11(1), s. 21-37. <https://doi.org/10.1080/15388220.2011.630310>
- Sjørød, I., Fandrem, H., Roland, E. (2016). *Emotional problems in traditional and cyber victimization*. *Journal of school violence*, 15(1), s. 114-131. <https://doi.org/10.1080/15388220.2014.996718>
- Sjørød, I., Fandrem, H., O'Higgins Norman, J. & Roland, E. (2019). *Teacher Authority in Long-Lasting Cases of Bullying: A Qualitative Study from Norway and Ireland*. *International Journal of Environmental Research and Public Health* s.16. doi: 10.3390/ijerph16071163
- Slonje, R. & Smith, P. K. (2008). *Cyberbullying: Another main type of bullying?* *Scandinavian Journal of Psychology*, 49, s. 147-154. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2007.00611.x>
- Smith, P., Mahdavi, J., Carvalho, M., Fisher, S., Russell, S. & Tippett, N. (2008). *Cyberbullying: its nature and impact in secondary school pupils*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(4), s. 376 - 385. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01846.x>

- Takizawa, R., Maughan, B. & Arseneault, L. (2014). *Adult health outcomes of childhood bullying victimization: evidence from a five-decade longitudinal British birth cohort*. *American journal of psychiatry*, 171(7), s. 777-784. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13101401>
- Tehrani, N. (2004). *Bullying: a source of chronic post traumatic stress?* *British journal of guidance & counselling*, 32(3), s. 357-366. <https://doi.org/10.1080/03069880410001727567>
- Terr, L. (1991). *Childhood Traumas: An Outline and Overview*. *Focus*. 1(3), s. 332-334.
- Tofi, M. M., Farrington, D. P., Lösel, F. & Loeber, R. (2011). *Do the victims of school bullies tend to become depressed later in life? A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies*. *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research*, 3(2), s. 63-73. <https://doi.org/10.1108/17596591111132873>
- Van Geel, M., Vedder, P. & Tanilon, J. (2014). *Relationship between peer victimization, cyberbullying, and suicide in children and adolescents: a meta-analysis*. *JAMA Pediatrics*, 168(5), s. 435-442. doi:10.1001/jamapediatrics.2013.4143
- Wendelborg, C (2021). *Mobbing og arbeidsro i skolen. Analyse av Elevundersøkelsen skoleåret 2020/2021. NTNU Samfunnsforskning*.
- Ybarra, M. L. & Mitchell, K. J. (2004). *Online aggressor/targets, aggressors, and targets: A comparison of associated youth characteristics*. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 45(7),s. 1308-1316. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00328.x>

Spenningen mellom seksualisering og infantilisering

Av Harriet Bjerrum Nielsen



Harriet Bjerrum Nielsen er professor emeritus ved Senter for tverrfaglig kjønnsforskning ved Universitetet i Oslo. Hun har forsket på kjønn i tre generasjoner og på kjønn i skolen.

Kropp og seksualitet spiller en viktig rolle i de psykologiske og relasjonelle prosessene omkring det å bli voksen. De grenser ungdommene holder på å etablere omkring sitt nye jeg uttrykkes i høy grad gjennom kroppen. Betydningen av den kjønnede kropp og seksualitet kan ikke forstås i et økonomisk og kulturelt tomrom, men den kan heller ikke forstås i et psykologisk og relasjonelt tomrom¹.

Ungdoms opptatthet og misnøye med sin kropp har økt dramatisk de senere årene. Det gjelder især vestlig ungdom, men det sprer seg også til andre verdensdeler via globalisering og transnasjonale medier (Holmqvist og Friséen 2010; Friséen et al. 2014; Holmqvist Gattario et al. 2014; Ricciardelli og Yager 2016; Sletten og Bakken 2016). Tall fra Ungdata viser at 35 % av unge norske jenter og 10 % av unge norske gutter, opplever mye, eller svært mye, press når det gjelder å se bra ut eller ha en fin kropp (Bakken 2019). Forestillingen om den perfekte kropp har blitt langt mer dominerende og ensartet i løpet av de siste årtier, og er i økende grad basert på medieskapt illusjoner som får især jentene til å oppfatte enhver uperfekthet som unaturlig (Frost 2005).

Jentene vil først og fremst være tynnere, mens guttene vil ha mer muskler. Jentene legger vekt på de estetiske aspekter av kroppen, guttene mer på de funksjonelle så som å bli sterke og gode i sport. Ungdomsforskere har pekt på at det muskuløse og bredskuldrede gutteidealet er bedre i samsvar med den fysiologiske utvikling hos gutter i ungdomsalderen, enn det tynne jenteidealet er det med jenters kroppslige utvikling. For jentene starter utilfredsheten med egen kropp dessuten tidligere enn for guttene og de har også et mer selvobjektiverende og skamfullt blikk på egen kropp (Holmqvist Gattario et al. 2014; Kvalem 2017; Løkke 2014).

¹ Denne teksten er en lett forkortet og redigert utgave av en artikkel med samme tittel fra Nordisk tidsskrift for ungdomsforskning 1/2020, s.73-79.

Mens kropp og utseende for de to eldre generasjoner i vår undersøkelse i høy grad handlet om hva slags kvinne eller mann man ønsket å være, hadde kroppsprosjektet i den yngste generasjonen, født på starten av 1970-tallet, kommet til å handle mer om individualitet enn om kjønn - det er gjennom kroppen man viser hvem man er eller gjerne vil være

Et annet område hvor norske ungdommer ifølge Ungdata opplever mye, eller svært mye, press er på det å gjøre det godt i skolen. Her finner vi hele 45 % av jentene og 24 % av guttene. Ser vi kroppspresset og skolepresset i sammenheng, tegner det seg altså konturene til et paradoks: jenter har aldri hatt større muligheter enn i dag for å ta utdanning og karriere, og de har gått forbi guttene i skoleprestasjoner og utdanningsfrekvens - samtidig som de aldri har vært mer misfornøyde med seg selv og sin kropp. Hvordan henger dette sammen? Hva er misnøyen uttrykk for?

Kroppen som prosjekt

Betydningen av den kjønnete kropp og seksualitet kan ikke forstås i et økonomisk og kulturelt tomrom, men den kan heller ikke forstås i et psykologisk og relasjonelt tomrom. Kropp og seksualitet spiller en viktig rolle i de psykologiske og relasjonelle prosessene omkring det å bli voksen. De grenser ungdommene holder på å etablere omkring sitt nye jeg uttrykkes i høy grad gjennom kroppen. I en undersøkelse av ungdomstiden i tre generasjoner, og hvor alle tre generasjoner ble intervjuet omkring 1990 da de var henholdsvis omkring 75, 45 og 18 år gamle, fant Monica Rudberg og jeg at opplevelsen av egen kropp og kjønn i ungdomsalderen hadde nær sammenheng med den type av separasjons- og identifikasjonsprosesser i forhold til foreldre som var nødvendig i de ulike historiske perioder og med den måten disse prosesser virket sammen med samtidens kulturelle strømninger og vilkår (se Nielsen og Rudberg (2006) og Nielsen (2017)). I vår tid har kroppen gradvis blitt det ultimate uttrykk for selvet (Brumberg (1997,104)). Den økende betydning av kroppen i identitetskonstruksjonen blir tydelig i et generasjonsperspektiv. Mens kropp og utseende for de to eldre generasjoner i vår undersøkelse i høy grad handlet om hva slags kvinne eller mann man ønsket å være, hadde kroppsprosjektet i den yngste generasjonen, født på starten av 1970-tallet, kommet til å handle mer om individualitet enn om kjønn - det er gjennom kroppen man viser hvem man er eller gjerne vil være.

Eller kanskje er det riktigere å si at kroppsprosjektet i vår yngste generasjon (født omkring 1970) omfattet både individualitet og kjønn. Historisk sett har menn blitt oppfattet som individer, mens kvinner har blitt oppfattet som kjønn. Den moderne integrering av kjønn og individualitet stiller derfor kvinner og menn overfor noe ulike utfordringer. For de unge mennene i vår undersøkelse betød kjønningen en større objektivisering av kroppen enn det deres fedre og bestefedre hadde opplevd. I motsetning til sine forfedre, som så opptatthet av utseendet som noe feminint, forholdt den yngste generasjonen av unge menn seg overraskende avslappet til det - men de understreket samtidig at det var viktig å markere kjønnsforskjell i kropp og væremåte. De unge kvinnene strevde mer med å kombinere skjønnhetsarbeid, forelskelse og seksualitet med det å innta posisjonen som nye, selvstendige jenter. I denne generasjon er frykten for å være «et fallent individ» større enn frykten for å være «en fallen kvinne». Mens de to eldste kvinnegenerasjoner omtalte jenter som hadde for mye og feil sex som «billige jenter», snakket især middelklassejentene i yngste generasjon heller om «uselvstendige» og «utsatte jenter», det vil si jenter som ikke klarte å sette sine egne grenser overfor guttene. Det som ikke hadde endret seg var klasseposisjonen: henvisningen til både billige og utsatte jenter hadde en klar adresse til jenter fra lavere sosiale lag.

Denne spenningen mellom kjønn og individualitet i kroppsprosjektet, især for jentene, ser ut til å ha fått en ny utforming i den generasjon som er unge i dag, altså de som er født på 1990-tallet og senere. Jeg vil peke på to kulturelle trender som har endret seg siden vi gjorde våre generasjonsundersøkelse i 1990 og som kan tenkes å ha betydning for kroppsildet både når det gjelder normer og forventninger og de unges psykologiske relasjoner til andre. Mitt fokus vil være på jentene, både fordi det er de som sliter mest med kroppsildet, og fordi de er best beskrevet i forskningslitteraturen.

Den første trenden er den økte seksualisering av især unge kvinners kropp som fant sted i løpet av 1990-tallet

Økt seksualisering

Den første trenden er den økte seksualisering av især unge kvinners kropp som fant sted i løpet av 1990-tallet. Sammenlignet med 1970- og 80-tallet, ble stil og mote mer seksualisert og fikk overtoner og symbolske referanser til både pornografi, vold, misbruk og anoreksi (Aapola et al. 2005; Gill 2007; Tiggermann 2012; Frisé et al. 2014; Holmqvist Gattario et al. 2014).

Mens de unge jentene vi intervjuet i 1990 ønsket å være tynne og i form, ønsker dagens unge kvinner å være enda tynnere og samtidig fremstå som sexy med store bryster og svulmende lepper. Hvor de unge middelklassejenter omkring 1990 var oppmerksomme på at en seksualisert klesstil risikerte å plassere dem som uselvstendige og utsatte jenter med tvilsom klassebakgrunn, har det å framstå med et tydelig seksuelt image blitt ikke bare en integrert del av vellykket moderne middelklassefemininitet, men faktisk et krav: Du kan være så flink du bare vil, men hvis du ikke samtidig ser fantastisk ut og utstråler seksuell attraktivitet og suksess er du ikke blant vinnerne.

Hvis vi sammenligner med tidligere perioder med utpreget seksualisering av kvinnekroppen gjennom stil og mote, f.eks 1950- og 1960-tallet, er det nye ved den seksualisering av kropp og mote som vinner frem i løpet av 1990-tallet at den gjøres gjeldende som norm og forventning, også for kvinner med ambisjoner og karriere. Det har f.eks. blitt vanskeligere idag å være maktfull karrierekvinne, eller bare å være eksponert f.eks på tv, uten samtidig å iføre seg sminke, ettersittende klær og høye heler. Denne seksuelle selviscenesettelse, også blant maktfulle kvinner, har midt i likestillingsæraen, bidratt til å gjenopplive forestillingen om kjønnsforskjell som viktig og naturlig – noe vi også ser i livsstil, estetikk, romantiske brylluper og kjønnning av barns klær og leker. Dette forsterkes selvfølgelig av reklamer, massemedier og sosiale medier som bombarderer unge mennesker, men især jenter, med retusjerte bilder av perfekte, sensuelle kropp (Holmqvist Gattario et al. 2014).

Det har også gitt en ny kontekst for feminisme hvor kvinners rett til frihet og selvbestemmelse i stigende grad har blitt forstått som den enkelte kvinnes frie valg på markedet. Den engelske ungdomsforskeren Angela McRobbie (2009), har beskrevet dette som «en ny seksuell kontrakt» som på den ene siden gir unge kvinner adgang til utdanning og karriere i et hittil usett omfang, og som på den andre siden forsterker kjønnsforskjeller og heteronormativitet. Det siste skjer gjennom en tilbakevenden til mote og skjønnhetsstandarder som stilmessig understreker kvinners skrøpeligheit, ufarlighet og underordning. Dette kulturelle bilde av det kvinnelige signaliserer altså, på et symbolsk plan, maskulin makt og heteroseksuelt begjær i en situasjon hvor kvinner har blitt mindre økonomisk og personlig avhengige av menn enn noensinne tidligere (McRobbie 2009, 62; se også Kehily 2008).

Mens jentene vi intervjuet i 1990 prøvde å holde den kjønnede kroppen i sjakk for å kunne fremtre som suksessfulle individer, er markering av kjønnsforskjell og seksuell attraktivitet blitt en del av hva det betyr for en ung kvinne å være vellykket, også i arbeidssammenheng. Og da er det å tone ned kjønn ikke noe opplagt svar.

Så på selve arnestedet for den moderne selvkonstruksjon – altså kroppsprosjektet – er de unge kvinner, på en helt annen måte enn de unge mennene, blitt fanget i en felle som henter sin kraft fra den seige kulturelle og kjønnede motsetning mellom å være subjekt og å være objekt (Beauvoir 1949; Bordo 1993, Davis 1995). De er henvist til å navigere mellom fortellinger om at kjønn ikke betyr noe og at «jenter kan alt», og fortellinger om individualitet med kjønnede undertekster (jenter kan være subjekter – hvis de samtidig fremstiller seg som objekter).

Økt infantilisering

Den andre trenden jeg vil peke på handler om prestasjons- og perfeksjonspresset som denne generasjon også opplever, der de som ikke blir vinnere er tapere fordi det ikke

Dette presset på å få suksess under stadig hardere vilkår har hatt en disiplinerende effekt på ungdom og det ser også ut til å ha økt de voksnes overvåking og kontroll med både barn og ungdom

finnes noe imellom. Det gjelder både utseende, utdanning og karriere. Som den engelske kjønnsforskere Liz Frost har formulert det: «Det normale har blitt en fantasi» (2005, 80). Presset på karakterer, på test-, målings- og evalueringsregimer, og på riktige yrkes- og karriere- og familievalg, har økt. Og som tallene fra Ungdata viser, opplever mange ungdommer, men især jentene, et skolepress. Det skyldes neppe en epidemisk utbredelse av det såkalte «flink-jente-syndrom», men speiler en helt realistisk erkjennelse av at det faktisk er slik at man må ha høye karakterer for å komme inn på de utdanninger som jenter oftest ønsker seg (Nielsen & Henningsen 2018).

Dette presset på å få suksess under stadig hardere vilkår har hatt en disiplinerende effekt på ungdom og det ser også ut til å ha økt de voksnes overvåking og kontroll med både barn og ungdom. Hjelp og kontroll med lek, venner, lekser, sport, fritidsinteresser, utdanning og arbeid er økende, spesielt i middelklassefamilier (Vincent and Ball 2007; Stefansen og Aarseth 2011; Lareau 2015; Hegna et al. 2017). Noe kan nok handle om et større partnerskap mellom barn og voksne i dag - Ungdata gir oss også et bilde av en snill og hjemmekjær generasjon - men middelklasseforeldre i dag må i stigende grad gjøre en innsats for å sikre at barna deres blir de vinnerne de ønsker de skal bli. Det går ikke helt av seg selv som i gamle dager hvis bare utgangspunktet var bra nok. Som flere har pekt på, kan også ungdomsforskningen selv f.eks. i form av de årlige målinger fra Ungdata og den oppmerksomhet disse undersøkelser får i media og blant politikere, i seg selv sees som et bidrag til denne kontinuerlige og tette overvåking av ungdom (se f.eks. Madsen 2018). Altså en ganske altomfattende tendens mot en «pedagogisering» eller «infantilisering» av middelklasseungdom fra mange hold (Hegna et al. 2017; Sefton-Green og Erstad 2019). Samtidig er de ikke mere, som tidligere, klassemessig skjermet fra kravet om seksualisering.

Denne pedagogisering og infantilisering står i et ganske dramatisk spenningsforhold til den økte seksualisering. Misforholdet mellom å bli seksualisert gjennom mote- og medieindustrien, og å bli infantilisert gjennom de voksnes styring, kan føre til både forvirring og skam (for slett ikke å snakke om de pedofile overtoner som den kan gi seksualiseringen). Man kan i denne sammenheng spekulere på om den økte voksenstyring med ungdom i en aldersfase hvor de holder på å finne sin identitet, og utvikle sin evne til å stå på egne ben, også vil kunne endre betingelsene for denne generasjonens autonomiutvikling. Hvilke konsekvenser vil en slik eventuell endret autonomiutvikling ha for kravet til jentene om å iscenesette seg selv som seksuelt objekt fra stadig yngre alder? Selv om forholdet mellom voksne og barn er mer positivt enn noensinne (Bakken 2019), så er det også tydelige tegn på at især middelklasseungdom holder på å bli mer avhengige av sine foreldre både psykologisk og økonomisk.

Per Are Løkke, som har lang erfaring med ungdom og deres foreldre i terapi, har pekt på at avhengigheten går begge veier - altså at også foreldre i dag i mindre grad tåler den smerte og forvirring hos sine barn som løsrivelsen innebærer (Løkke 2016). Den ideale ungdom skeier ikke ut, er ikke opposisjonell, blir med foreldrene på ferie, forteller dem alt og tar fornuftige utdanningsvalg. Alt imens de føler seg mer og mer presset og misfornøyd med seg selv. Man kan altså spørre seg om denne forsterkede og forlengede foreldre-barn-symbiose kan hemme utviklingen av grenser og autonomi og dermed mer modne tilknytningsforhold - og det i en samfunnsmessig kontekst hvor grenser, autonomi og moden tilknytning kanskje er viktigere enn noensinne før?

Responser fra ungdommene?

Ungdommer er ikke bare passive ofre for sine omgivelser, de gir også gjensvar til sin tid. Det er derfor viktig å undersøke om disse paradokser mellom individualitet og kjønn og mellom seksualisering og infantilisering, kan åpne opp for nye typer av responser og handlingsmønstre fra de unge selv (Frost 2005; Kehily 2008; Nielsen 2017).

Den påtrengende seksualisering av deres kropp kan også oppfattes som en spesiell type av infantilisering av dem, denne gang ikke fra foreldre og lærere, men fra eldre mannlige sjefers og gatekeepers

Siden 2012 har det vært en liten, men konsistent øking i antallet av ungdommer som kjeder seg eller ikke trives i skolen, i de som bruker cannabis eller som begår regelbrudd (Bakken 2019). Det kan være uttrykk for en polarisering i ungdomsgruppen mellom de som blir tapere og de som blir vinnere. Men kunne det også være et første signal om at ungdom ikke riktig orker mere av all denne målrettede og konkurransepregede instrumentaliteten og den infantilisering som følger med på lasset? Per Are Løkke skriver om sin kliniske erfaring med de flinke jenters «stumme raseri» over at deres grenser overskrides av voksnes krav og forventninger til dem (Løkke 2014).

Når det gjelder de unge jenters særlige krysspress mellom individualitet og seksualitet, kunne vi spørre om det eksplosive sinnet vi har sett med #Metoo-bevegelsen også henter noe av sin kraft fra den forsterkede spenningen i unge kvinners selvbilde mellom å skulle være sterke subjekter og samtidig inviterende objekter. Den påtrengende seksualisering av deres kropp kan også oppfattes som en spesiell type av infantilisering av dem, denne gang ikke fra foreldre og lærere, men fra eldre mannlige sjefers og *gatekeepers*. Gjenlyden som #Metoo-debatten har fått også blant yngre voksne jenter, kan muligens tyde på at de nye middelklassejenter er på vei til å ta et oppgjør med seg selv som de utsatte jentene.

Referanser

- Aapola S, Gonick M, and Harris A (2005) *Young Femininity: Girlhood, Power and Social Change*. Basingstokes: Palgrave Macmillan.
- Bakken, A (2019) *Ungdata 2019. Nasjonale resultater*. Oslo, NOVA-rapport 9.
- Beauvoir, S de (1949/1979) *The Second Sex*. Middlesex: Penguin.
- Bordo S (1993) *Unbearable Weight: Feminism, Western culture, and the body*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
- Brumberg, J J (1997) *The Body Project: An Intimate History of American Girls*. New York.
- Davis K (1995) *Reshaping the Female Body: The Dilemma of Cosmetic Surgery*. New York: Routledge.
- Eriksen I M, Sletten M A, Bakken A, and von Soest T (2017) *Stress og press blant unge*. Oslo: NOVA.
- Frisén A, Holmqvist Gattario K, and Lune C (2014) *Projekt perfekt. Om utseendekultur och kroppsuppfattning*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Frost L (2005) *Theorizing the Young Women in the Body*. *Body & Society* 11(1) s. 63-84.
- Gill R (2007) *Gender and the Media*. Cambridge: Polity Press.
- Hegna K, Eriksen I M, Sletten M A, Strandbu Å, and Ødegård G (2017) *Ungdom og psykisk helse - endringer og kontekstuelle forklaringer*. In Bunting M, Moshuus G H (eds) *Skolesamfunnet. Kompetansekrav og ungdomsfellesskap*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Holmqvist Gattario K, Frisé A, and Anderson-Fye, E (2014) *Body Image and Child Well-Being*. In Ben-Arieh A et al. (eds) *Handbook of Child Well-Being*. Dordrecht: Springer Science+Business Media.
- Holmqvist K, Frisé A (2010) *Body Dissatisfaction Across Cultures: Findings and Research Problems*. *European Eating Disorders Review* 18(2) s. 133-146.
- Kehily M J (2008) *Taking Centre Stage? Girlhood and the Contradictions of Femininity across Three Generations*. *Girlhood Studies* 1(2):51-71.
- Kvalem I L (2007) *Ungdom og kroppsbilde*. In Kvalem I L, Wichstrøm, L (eds) *Ung i Norge*. Oslo: Cappelen.
- Lareau, A (2015) *Cultural Knowledge and Social Inequality*. *American Sociological Review*, 80(1) s. 1-27
- Løkke P A (2014) *Jenters stumme raseri - i diagnosens tidsalder*. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 51 s. 767-72
- Løkke P A (2016) *Å hakke seg ut av egget*. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 53 s. 200-206
- Madsen O J (2018) *Generasjon prestasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- McRobbie A (2009). *The Aftermath of Feminism: Gender, Culture and Social Change*. London: Sage.
- Nielsen H B (2017). *Feeling Gender. A generational and psychosocial approach*. London: Palgrave Macmillan.
- Nielsen H B, Henningsen I (2018) *Guttepanikk og jentepress - paradokser og kunnskapskrise*. *Tidsskrift for Kjønnforskning* 42(1-2)
- Nielsen H B, Rudberg M (2006) *Moderne jenter. Tre generasjoner på vei*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ricciardelli L A, Yager Z (2016). *Adolescence and Body Image*. Oxon, UK, and NY: Routledge.
- Sefton-Green J, Erstad O (eds) (2019) *Learning Beyond the School: International Perspectives on the Schooled Society*. London and New York: Routledge.
- Sletten M A, Bakken A (2016) *Psykiske helseplager blant ungdom - tidstrender og samfunnsmessige forklaringer*. Oslo: NOVA.
- Stefansen K, Aarseth H (2011) *Enriching intimacy: the role of the emotional in the 'resourcing' of middle-class children*. *British Journal of Sociology of Education* 32 s. 389-405.
- Tiggemann M (2012) *Sociocultural perspectives on the body*. In Cash T F (ed) *Encyclopedia of body image and human appearance*, vol.2. London: Elsevier.
- Vincent C, Ball S J (2007) *Making up' the middle-class child: Families, activities and class dispositions*. *Sociology* 41(6) s. 1061-1077.

Den positive barneseksualiteten

Av Birgit Hegge



Birgit Hegge er Høyskolelektor ved Fakultet for helsefag, Spesialist i sexologisk rådgivning (NACS), Klinisk vernepleier, MA sosialfag.

Mange års arbeid innenfor psykisk helse og barnevern har gitt henne en spesialisering i vold og seksuelle overgrep. Hun er særlig opptatt av det forbyggende aspektet ved en god seksuell utvikling og helse.

Tidligere utgivelser: *Trafikklyset; seksualitet hos barn og unge* (2017) og *Med hjerte for seksualiteten* (2018).

Seksualitet handler om mer enn sex. For å kunne utvikle et sunt forhold til seg selv og andre, er det nødvendig å kommunisere om kropp, følelser, normer og verdier - i tillegg til seksuell helse og seksuell folkeskikk. For barn og unge er veiledning fra trygge voksne spesielt viktig, for å få fram styrke til å være seg selv. Artikkelen presenterer holistisk seksualitetsforståelse som rammeverk for dette arbeidet.

Psykisk og seksuell helse påvirker hverandre gjensidig, og er gjeldende i et livsløpsperspektiv. Hvordan du definerer, og hvilken betydning du gir seksualiteten er avgjørende for hvorvidt det tas med i betraktning i observasjon og samtale med barn, unge og voksne. Profesjonelle og pårørende er blitt bedre på å avdekke overgrep. Bevisstheten omkring forebygging er økt. Det gjenstår imidlertid å skape forståelse for seksualiteten slik at barn og unge kan få hjelp til å styrke sin individuelle kraft av å være seksuelle. Bevissthet om egne ønsker, behov og preferanser fra tidlig alder - vil styrke muligheten for å stå stødig i egen identitet uavhengig av andres oppfatning, hvilket er helsefremming på individnivå. En sunn seksuell helse vil fremme trygghet i samhandling, samt ivaretagelse og beskyttelse i intime relasjoner senere. Dette vil igjen kunne bidra til at krenkende atferd minsker og en sunn seksuell folkehelse gjøres mulig.

Forståelsesramme

Barneseksualiteten, og utviklingen av den, er basen for all seksualitet. Den gjenspeiler betydningen av relasjonell kontakt, trygghet og tilknytning, men også den tilhørende sårbarheten. Den er en grunnleggende og dyptgripende kraft (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016; World Health Organization & Federal Center for Health Education, 2010; World Health Organization, 2006; World Association for Sexual Health, 2008) som preger alle menneskers liv uavhengig av livsfase, hvordan vi velger å fremstå som seksuelle individ, eller hvordan våre preferanser uttrykkes. Derfor er seksualiteten også

En holistisk seksualitetsforståelse fordrer en positiv, ikke-dømmende tilnærming

svært utsatt for skam, noe professor Brené Brown (2006; 2012) fant i sin forskning på sårbarhet. Seksualskam kan vise seg i form av redsel for ikke å prestere, være bra nok, fin nok – eller som en frykt for å være feil i andres øyne.

Den kan ta form i barn fra tidlig alder, og hos voksne kan den ha slått rot og vokst seg sterk i næringen fra manglende tro på egen verdi. Akkurat her i sårbarhetens grobunn ligger den essensielle betydningen av at seksualiteten møtes, aksepteres og gis relevans av fagpersoner og foresatte. Dette er gjeldende for alle arenaer barn, unge og voksne søker utdanning, støtte eller hjelp. Seksualiteten er en del av oss, og kan ikke prioriteres vekk til fordel for andre sider av livet. Den er like viktig og utvikles parallelt med øvrige behov, funksjoner og emosjoner. Forsøk på å forenkle eller operasjonalisere vil derfor kunne medføre at viktige aspekt utelates, og helheten glipper.

Holistisk seksualitetsforståelse

Federal Center for Health Education (BZgA) introduserte tanken om en holistisk tilnærming til seksualitet da de utarbeidet en europeisk standard for seksualitetsundervisning (se figur 1) (WHO & BZgA, 2010). Standarden er et bidrag for å tydeliggjøre barn og unges rett på undervisning i temaet, hvilket samsvarer med menneskerettighetene (United Nations, 1945), FN-konvensjonen om rettighetene til personer med funksjonsnedsettelse (CRPD) (United Nations, 2006) og seksuelle rettigheter formulert av World Association for Sexual Health (World Association for Sexual Health, 1999; World Association for Sexual Health, 2014). Standarden bidrar imidlertid også til tydeliggjøring av hvordan seksualiteten kan forstås, og hvordan den kan komme til uttrykk. Videre påpeker standarden hvordan prioritering av opplæring og veiledning har direkte konsekvens for utvikling av et tryggere samfunn ved å sette søkelys på seksuell folkehelse, normer og dannelse (se figur 2 på slutten av dette kapitlet).

Intensjonen med å gi barn og unge informasjon ut fra et holistisk perspektiv, er å fremme en forståelse for seksualiteten som et menneskelig potensial, en ressurs. Ved å gradvis tilegne seg kunnskap, erfaring og positive verdier vil de lettere være i stand til å forstå seg selv og egen seksualitet. Dette vil gi dem mulighet for positive og likeverdige relasjoner preget av glede, lyst og tilfredsstillelse også senere i livet. Relasjoner der de tar ansvar for eget og andres velvære. En holistisk seksualitetsforståelse fordrer en positiv, ikke-dømmende tilnærming, og inkluderer oppmerksomhet på det sosiale, psykiske, følelsesmessige og verbale i tillegg til et fysisk, atferdsmessig aspekt (World Health Organization & Federal Center for Health Education, 2010).

Vår tilnærming til barn og unge, informasjonen som gis og vår reaksjon på det som blir sagt og gjort er preget av vår egen oppdragelse, kunnskap og erfaring. Eksempelvis har barnehageansatte lettere for å oppfatte barns atferd som seksuell, enn å tolke deres verbale utsagt inn i en sexologisk referanseramme (Cacciatore, et al., 2020; Skundberg, 2020). Videre fremstår seksualiteten kjønnnet i den forstand at rettigheter, frihet og sanksjoner defineres ulikt ut fra om barnet oppfattes som jente eller gutt (WHO, 2006; UN, 2015). Når voksne gir barns verbale og fysiske uttrykk seksuell relevans med utgangspunkt i egen seksuelle erfaring og forståelse, kan det være utfordrende å skulle se på barneseksualiteten ut fra et barns utviklingsmessige ståsted. Selv om betydningen av å samtale om seksualitet vurderes viktig, utsettes det dermed lett på grunn av eget ubehag (Cacciatore, et al., 2020; Li, 2020; Skundberg, 2020; Vildalen, 2014; World Health Organization & Federal Center for Health Education, 2010).

Barneseksualiteten

Seksualiteten settes på dagsorden i *Strategiplan for seksuell helse* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016) og barneseksualiteten i særdeleshet er et tema det forskes på (Cacciatore et al., 2020; Li, 2020; Skundberg, 2020). Det er behov for å tydeliggjøre forståelse for

Voksne uten formell seksuell helsekompetanse baserer sin vurdering på en privat - og dermed ofte begrenset - forståelsesramme

den positive seksualiteten, å synliggjøre helheten for å unngå oppstyking og problematisering. Strategiplanen poengterer at et bevisst og reflektert forhold til egne holdninger og erfaringer er nødvendig for å kunne være fordomsfri og imøtekommende i kommunikasjon om seksualitet og seksuell helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s.27). Nettopp egne holdninger og erfaringer, i tillegg til teoretisk kunnskap, danner grunnlaget for vurderingene når voksne samtaler med, eller veileder barn og unge (World Health Organization & Federal Center for Health Education, 2010; Aasland, 2014; Vildalen, 2014; Hegge, 2018; Langfeldt, 2000; Øvreeide, 2009). Forståelsen den enkelte har for barneseksualitetens betydning, og hvordan den kan komme til uttrykk, er toneangivende for hvordan en reagerer i en gitt situasjon.

Et mulig scenario kan være et barn - uavhengig av alder - som viser sin seksualitet på en måte som uroer, forvirrer eller skremmer voksne. Det kan være situasjoner der voksne opplever egne grenser krenket eller egen private sone overskredet. Imidlertid kan også situasjoner der barn i sin iver tydelig viser gleden over å utforske egen kropp fremkalle et ubehag så stort at voksne reagerer på impuls uten en stopp/tenk respons i forkant for å regulere egne følelser (Hegge, 2018). På tross av at slike situasjoner oppstår, er det ikke gitt at det drøftes med kollegaer eller andre kontekstuelle relevante, noe som kan resultere i at barnet ikke får sine behov møtt, validert og ivaretatt (Aasland, 2015; Hegge, 2018; Langfeldt, 2000; Vildalen, 2014; Øvreeide, 2009). En drøfting omkring grunnlaget for at en handling eller væremåte i det hele tatt blir vurdert inn i en seksuell ramme, og dermed blir karakterisert som seksuell atferd etterlyses (Skundberg, 2020). En slik debatt kan være svært nyttig for å fremme barn og unges rett til å uttrykke seg seksuelt, og samtidig kunne forvente positiv støtte.

Det kan stilles spørsmål ved hvor mange av barn og unges uttrykk vi observerer som ikke vurderes inn i en sexologisk ramme. Eksempelvis ungdom som utvikler angst og mottar behandling - uten at ungdommens egen forståelse av å bryte med normer for seksuell preferanse eller identitet vektlegges. Barn som forstyrrer ved å fremstå normbrytende i sin trygghet på egen kropp og nakenhet, og lett kan oppfattes å være ukritisk. Smerteuttrykk som tolkes inn i en kontekst av psykisk helse, men som med rette ville hatt nytte av et seksualvennlig blikk dersom bevisstheten om en holistisk tilnærming var til stede. Har vi en forståelse av den sexologiske rammens innhold - og dernest betydningen det kan ha for barnet om vi tolker uttrykket dithen, eller lar det være?

Er fagpersoner sikre på at barns uttrykk vurderes likt, og at vi har samme forståelse av barneseksualitet? I følge O'Carroll (2019) er felles definisjon av barneseksualiteten fraværende selv i The Cambridge Handbook of Sexual Development: Childhood and Adolescence, noe redaktøren påpeker i forordet. Variasjon i forståelse vil kunne resultere i at barn får ulik og potensielt motstridende respons på sin uttrykte seksualitet, og at responsen ikke møter barnets behov. Det samme er gjeldende for ungdom. Likedan påpeker WHO (2006) i tilknytning til sin definisjon av seksuell helse, at hva som ansees sunt varierer mellom ulike samfunn, familier og individ, samt kjønn og alder. Seksualiteten er hverken statisk eller fordomsfri, og en selvstendig rett til å definere seg som seksuell er ikke gitt.

Voksne uten formell seksuell helsekompetanse baserer sin vurdering på en privat - og dermed ofte begrenset - forståelsesramme. Enkelte vegrer seg for å ta opp temaet eller forholde seg til seksualiteten i sin helhet (Aaberg, 2016; Areskoug-Josefsson et al., 2019; Cacciatore et al., 2020; Hegge, 2018; World Health Organization & Federal Center for Health Education, 2010).

Alternativt vurderes temaet ikke som relevant (World Health Organization & Federal Center for Health Education, 2010) gitt andre presserende eller betydningsfulle fokusområder i barnets liv. Spørsmålet er hvorvidt det å løfte seksualiteten fram i lyset, stille noen enkle spørsmål til personen det gjelder og fremme et seksualvennlig miljø ville kunne bidra til bedret helse også psykisk (Fusar-Poli et al., 2020; Langfeldt, 2000).

I den nære relasjonen vokser det gradvis fram en bevissthet om egne preferanser, ønsker og grenser som alle er aspekt av det å være seksuell

Barneseksualitetens uttrykk og betydning

Barnet utforsker egen kropp, med alt det som skjer i den og med den, ut fra egen modenhet. Den alltid tilstedeværende kroppen er tilgjengelig i alle situasjoner som frembringer følelser, både de som oppleves gode og de som assosieres med å være vonde (Kirken- gen, 2011). Den er derfor også lett tilgjengelig som verktøy til stressregulering og trøst, men også stimulering til aktivering (Hegge, 2018). Kroppens respons og opplevelsen av glede, spenning og opphisselse som oppstår, kan for noen fremstå som overveldende, kaotiske sensasjoner. Barnets store oppgave er å skape mening knyttet til kroppslige og sosiale erfaringer, etablere en forståelse for det som skjer for deretter å utvikle en væremåte som både tilfredsstillende egne behov og samfunnets normer (Hegge, 2018; Hermansen & Augusti, 2020). Til dette prosjektet kreves øvelse som direkte påvirker barnets mulighet for gode sosiale relasjoner, hvor også evnen til å regulere følelser og utvikle egen personlighet påvirkes (Hart, 2020).

For å hjelpe barnet i utviklingen til en sunn seksuell helse defineres tre avgjørende faktorer; trygghet i forhold til ivaretagelse av basisbehov, anerkjennelse av følelser og tilgang på lek som arena for læring (World Health Organization & Federal Center for Health Education, 2010; Cacciatore et al., 2020). Helt fra fødselen er barnet i samspill med en eller flere omsorgspersoner. Når barnet gråter, responderer den voksne ved å tolke barnets gråt med påfølgende tilfredstillende av behov (Øvreeide, 2009). I starten relateres dette i stor grad til regulering av mat, temperatur, søvn eller stell, og utvides i takt med barnets individuelle tempo. Relasjonen legger til rette for læring av dialog, nærhet, intimitet og tillitt, områder som er anerkjent viktige for barnets utvikling (Øvreeide, 2009), og samtidig har en vesentlig sexologisk relevans for å understøtte barnet i prosessen med tolking av egne og andres behov. Når barnets gråt blir lyttet til, tolket og besvart - gis barnet tilgang på forståelse av kommunikasjonens funksjon (Øvreeide, 2009). I den nære relasjonen vokser det gradvis fram en bevissthet om egne preferanser, ønsker og grenser som alle er aspekt av det å være seksuell.

Når barnet så i en familiær selskapssetting nekter å gi klem til alle de tilstedeværende, markerer det et skille mellom seg og andre. Tillatelsen til å definere hvem som ønskes innenfor en privat sone, samt mulighet for å teste dette ut i en trygg og anerkjennende ramme av nære personer, styrker barnet i prosessen med å kunne inngå i gode og nærende relasjoner senere. De voksne som nektes klem bidrar positivt til barnets utvikling dersom de selv evner å regulere egen skuffelse og eventuelle skam ved å bli avvist. Det er imidlertid ikke en avgjørende faktor ettersom de foresatte anerkjenner barnets behov, støtter barnets signal og gyldiggjør dette ved å kommunisere barnets valg til selskapet (Hart, 2020).

Barns hverdag består av utallige slike betydningsfulle øyeblikk der voksne gis mulighet til å støtte, informere og trygge barnet i sin seksuelle utvikling (Hegge, 2017; Øvreeide, 2009). Deler av dette skjer i uvurderlig lek med jevnaldrende, der barna utforsker seg selv og hverandre, blir kjent med seg selv, egne og andres reaksjoner og grenser - alt innen en kontekst der bevissthet om regler og normer øker. Voksne som observerer leken gis tilgang på informasjon som omhandler barnas forståelse, interesser og læringsbehov (Cacciatore, et al., 2020). Ved å lytte til barnas vokabular og fokus kan informasjon og støtte bedre tilpasses barnas modningsnivå, hvilket vil kunne sikre barnas forståelse (Cacciatore et al. 2020; Skundberg, 2020; World Health Organization & Federal Center for Health Education, 2010; Øvreeide, 2009). De samme situasjonene gir imidlertid også anledning til å frata barnet gleden og læringen som ligger i utforskning, nysgjerrig utspørring og testing av reaksjoner fra omverdenen. Responsen fra de voksne kan komme verbalt, men ofte skjer dette via våre nonverbale reaksjoner som barna registrerer og adopterer, det være seg aksept, irritasjon, avvisning eller til og med avsky. Barnas forståelse av seg selv som seksuelle påvirkes av den responsen de får.

**For at barn skal motta
nødvendig hjelp og
støtte, må først de
voksne lære å regulere
seg selv**

Voksnes respons av ydmykende, avvissende eller straffende karakter påfører barnet en opplevelse av at noe er feil. Uten mulighet for å begripe hva som er feil blir en naturlig slutning at feilen er i dem – at barnet selv er feil. Barnet påføres seksualskam som utgjør en ekstra belastning for barn i utvikling ved at det gir et grunnleggende ustabil bilde av hvem de er. Det påvirker identitetsutviklingen og evnen til følelsesregulering, motet til å inngå i relasjoner og til slutt fysisk, psykisk og seksuell helse (Kirkengen, 2011; Hart, 2020). Overlates barnet til seg selv uten støtte fra omgivelsene kan det resultere i manglende kontakt med egen kropp, egne følelser og behov - med tilhørende skam, angst, selvdestruktivitet eller grenseoverskridelser. Dette er uttrykk som lett blir tolket inn i rammen for psykisk helse uten at seksualiteten som en underliggende faktor tas med i betraktning.

Behovet for utvidet forståelse

Når utviklingen av barneseksualiteten beskrives benyttes også betegnelsen barns psykoseksuelle utvikling (World Health Organization & Federal Center for Health Education, 2010). Koblingen er logisk og understreker at barnet utvikler sin seksualitet i stadier som sammenfaller med stadiene beskrevet i utviklingspsykologien. Slikt sett aktualiseres også positiv utviklingssexologi som betegnelse for en naturlig og likeverdig del av barns utvikling. Uavhengig av faglig ståsted og teoretisk referanseramme er voksne personer i barnets nettverk viktige bidragsyttere til at barnets seksuelle utvikling skal bli av en slik karakter at god helse er oppnåelig. Det er imidlertid også viktig at fagpersoner som har direkte kontakt med barn og unge på ulike arenaer, samt politikere og andre med beslutningskompetanse og myndighet, anerkjenner betydningen av barneseksualiteten som en selvstendig og viktig del av et overordnet folkehelseperspektiv.

Med en grunnforståelse av barneseksualiteten som forstyrrende eller problematisk er faren stor for at voksne vurderer synlig seksualitet som avvikende, med det resultat at feil tiltak settes i verk. Barnets uttrykte seksualitet må alltid tolkes inn i en kontekst der alder, modenhet, normer og forventninger spiller inn (Hegge, 2017; Hegge, 2018). Dette er gyldig uavhengig av om barnet er 3 år eller 15 år. Barn er i utvikling og lærer i samspill med andre (Hart, 2020; Urnes, 2018; Øvreide, 2009).

Derfor er det viktig at den veiledning eller den nødvendige korrigeringen de får er meningsbærende på en slik måte at barnet evner å endre strategi, endre sitt uttrykk og dermed unngår stigmatisering eller skjevutvikling. Det betyr imidlertid ikke at barnet skal tåle å bli irettesatt for en seksualitet som er vanlig, sunn og gledesfylt basert på de voksnes manglende evne til å tåle uttrykket. For at barn skal motta nødvendig hjelp og støtte, må først de voksne lære å regulere seg selv før de kan være i stand til emosjonell inntoning. Makter vi ikke det, risikerer vi å ydmyke, stoppe, avvise eller overse seksualiteten som vises. Det betyr at arbeidet voksne legger ned i å øke bevisstheten om eget reaksjonsmønster og evne til selvregulering, er avgjørende for å kunne tilby en trygg, støttende og ikke-dømmende relasjon for utvikling av følelsesregulering – og derigjennom seksualiteten (Thommessen & Neumann, 2019).

Studenter og nyutdannede opplever manglende kompetanse og usikkerhet med tanke på å skulle ta opp temaet seksualitet og seksuell helse (Aaberg, 2016; Areskoug-Josefsson, 2019; Areskoug-Josefsson & Gard, 2015; Lunde, G. H., Bakke, A., Areskoug-Josefsson, K., 2020). Det samme uttrykker fagpersoner (Hegge, 2018; Li, 2020; NOU 2016:17, s.163; World Health Organization & Federal Center for Health Education, 2010).

En hypotese kan være at manglende tydelighet omkring barneseksualitetens uttrykk samt betydningen den har for barns utvikling bidrar til usikkerhet. Likedan fravær av tydelighet når det kommer til å synliggjøre seksualitetens relevans inn i eksisterende fagdisipliner. Til tross for myndighetenes ønske om synliggjøring (HOD, 2016; NOU 2016:17), kreves en aktiv tilrettelegging for at fagpersoner på tvers av etater og nivå utvikler en tilnærmet felles grunnforståelse av seksualiteten som fenomen. Heri ligger et lederansvar.

Barns forståelse av seg selv utformes av voksnes respons og læres i dialogen som preger samspillet. Det som erfares påvirker om barnet oppsøker eller unngår nødvendig hjelp, støtte og råd (Øvreeide, 2009). Personlige erfaringer kroppsliggjøres, og kan i verste fall organiseres i et barnesinn som skam og selvforakt (Kirkengen, 2011; Øvreeide, 2009). Avvisning, ydmykelse og krenkelse av grenser og integritet kan få store konsekvenser for et barns helse senere (Feletti et.al, 1998; Kirkengen, 2011). Dette videreføres til ungdom og unge voksne. Elementene i barneseksualitetens videreutvikles gjennom hele livet. Når den positive barneseksualiteten løftes, ved å sette den på dagsorden som en ressurs i barnets utvikling, vil språk og en felles grunnforståelse kunne etableres. Ved å skape rom for refleksjon med kollegaer og samarbeidspartnere, vil vi kunne fremme åpenhet både om seksualitetens sårbarhet og glede.

Seksualiteten gjelder oss alle, og endringen må starte hos den enkelte. Alle kan reagere emosjonelt på uttrykt seksualitet, spesielt dersom det uttrykte strider med våre egne verdier eller holdninger. Seksualiteten er ikke nøytral, den berører oss. Det endrer imidlertid ikke barns avhengighet av en adekvat respons for å kunne skape mening. Veien til sunn seksuell helse ligger i prosessen mot økt emosjonell trygghet og mestring.

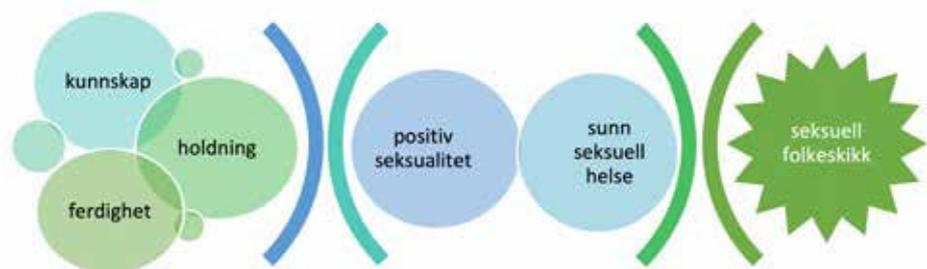
Figur 1 Holistisk seksualitetsforståelse. Utdrag av tema: Seksualitet (kropp, intimitet og seksuell erfaring). Dette er et av åtte tema i Standarden, og viser progresjon i tilnærming fra fødsel til ung voksen. Oversatt fra Standard for Sexuality Education in Europe. WHO & BZgA (2010)

| Tema | Seksualitet (kropp, intimitet og seksuell erfaring) | | |
|------------|---|---|---|
| Alder (år) | Kunnskap Gi barn informasjon om: | Ferdighet Gjøre det mulig for barn å: | Holdning Hjelp barn å utvikle: |
| 0-4 | <ul style="list-style-type: none"> • egen kropp og kjønnsorgan • tilfredshet ved å ta på egen kropp og kjønnsorgan • at glede ved fysisk nærhet er en naturlig • ømhet og berøring som uttrykk for hengivenhet og kjærlighet | <ul style="list-style-type: none"> • utvikle bevissthet om kjønnsidentitet • snakke om (u)behagelige sensasjoner i kroppen • uttrykke behov, ønsker og grenser, eks. ved doktorlek | <ul style="list-style-type: none"> • positivt forhold til egen kropp med alle dens funksjoner = positivt kroppsbilde • respekt overfor andre • nysgjerrighet rettet mot egen og andres kropp |
| 4-6 | <ul style="list-style-type: none"> • betydningen av og uttrykk for kjærlighet (eks. uttrykke varme følelser) • passende seksuelt språk • seksuelle følelser (nærhet, nytelse og lyst) som del av alle følelser; de skal ikke inneholde krenkelse eller tvang | <ul style="list-style-type: none"> • prate om seksuelle tema (kommunikative ferdigheter) • styrke egen kjønnsidentitet • benytte seksuelt språk uten å krenke andre | <ul style="list-style-type: none"> • et positivt kroppsbilde • respekt overfor andre |

| | | | |
|--------------|---|---|---|
| 6-9 | <ul style="list-style-type: none"> • kjærlighet, å være forelsket • ømhet • fremstilling av kropp, kjønn og sex i sosiale media (inkl. på nett) • glede og lyst ved å ta på egen kropp (onani/selvstimulering) • passende seksuelt språk • samleie/sex | <ul style="list-style-type: none"> • aksept av eget og andres behov for privatliv • håndtere fremstilling av kropp, kjønn og sex i sosiale media • benytte seksuelt språk uten å krenke andre | <ul style="list-style-type: none"> • en forståelse av akseptabel sex (gjensidig samtykkende, ønsket, jevnbyrdig, respektfull og passende ut fra alder og situasjon) • bevissthet om medias fremstilling av seksuelle tema |
| 9-12 | <ul style="list-style-type: none"> • første seksuelle erfaring • kjønnsidentitet/kjønnsuttrykk • seksuell atferd hos unge (ulike uttrykk) • kjærlighet og forelskelse • tilfredsstillelse, onani og orgasme • forskjell på biologisk kjønn og kjønnsidentitet | <ul style="list-style-type: none"> • kommunisere om og forstå ulike seksuelle følelser, samt snakke om seksualitet i på en akseptabel måte • foreta et bevisst valg om å ha / ikke ha seksuelle opplevelser • avvise uønskede seksuelle erfaringer • skille mellom seksualitet slik den oppleves og fremstilt i medier • bruke mobil, iPad, Playstation etc. og samtidig være bevisst fordeler og risiko ved å gjøre det | <ul style="list-style-type: none"> • aksept, respekt og forståelse for mangfold i seksuelle uttrykk, preferanse og tiltrekning • forståelse av seksualitet som en læringsprosess • aksept av forskjellige måter å uttrykke seksualitet (kyss, berøring, kjærtegn, etc.) • forståelse for at alle utvikler sin seksualitet i sitt eget tempo |
| 12-15 | <ul style="list-style-type: none"> • rolleforventning/atferd knyttet til seksuell tenning og kjønn • kjønnsidentitet og seksuell orientering, inkludert å komme ut • hvordan seksualiteten kan nytes i på en adekvat og bekvem måte (i eget tempo) • første seksuelle erfaring • tilfredsstillelse, onani, orgasme | <ul style="list-style-type: none"> • utvikle ferdigheter i intim kommunikasjon og forhandling • gjøre selvstendige og ansvarlige valg basert på en vurdering av fordeler og mulige ulemper (partner, seksuell atferd) • nyte seksualitet på en respektfull måte • skille mellom seksualitet i virkeligheten og i media | <ul style="list-style-type: none"> • forståelse av seksualitet som en læringsprosess • aksept, respekt og forståelse for mangfold i seksuelle uttrykk, preferanse og tiltrekning (sex skal være ønsket, gjensidig samtykkende, jevnbyrdig, respektfull, passende ut fra kontekst) |

| | | | |
|-----|--|--|--|
| 15+ | <ul style="list-style-type: none"> • sex som mer enn samliv • betydning av sex ved ulike livsfaser, kjønnsforskjeller • seksualitet ved funksjonsnedsettelse, hvordan sykdom kan påvirke (diabetes, kreft, psykisk helse, etc.) • seksuelle tjenester (prostitusjon, men også sex i bytte for gaver, klær, mobil, mat, inngang på utested), porno, seksuell avhengighet • variasjon i seksuell motivasjon, tenningsvariasjoner, tiltrekning | <ul style="list-style-type: none"> • diskutere ulike former forhold kan ha, grunnlag for å ha sex - eller ikke ha • «komme ut» til andre (gjelder både kjønn og orientering) • tåle vansker med å knytte kontakt, håndtere motstridende lyster • respektfullt uttrykke egne ønsker og grenser, evne å ta hensyn til andres • reflektere over seksualitetens maktaspekt • | <ul style="list-style-type: none"> • en positiv holdning til sex og nytelse • aksept av kjønn- og seksualitetsmangfold • aksept av seksualitetsvariasjon i et livsløpsperspektiv • endring fra mulig negative følelser, avsky og hat til aksept for kjønn- og seksualitetsmangfold |
|-----|--|--|--|

Figur 2 Holistisk seksualitet i et livsløpsperspektiv. Hegge (2021)



Referanser

- Aaberg, V. (2016). The state of sexuality education in baccalaureate nursing programs. *Nurse Education Today*, (44), s. 14-19. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0260691716300673>
- Aasland, M.W. (2015). *Barna og seksualiteten*. Cappelen Damm Akademisk.
- Areskoug Josefsson, K., Rolander, B., Bülow, P. (2019). *Swedish Social Work Students' Attitudes Toward Addressing Sexual Health Issues in Their Future Profession*. *Sexuality and Disability* (2019)) 37) s. 161-173. <https://doi.org/10.1007/s11195-019-09563-w>
- Areskoug-Josefsson, K., Gard, G. (2015). *Sexual Health as a Part of Physiotherapy: The Voices of Physiotherapy Students*. *Sex Disabil* (2015) (33) s. 513-532. <https://doi.org/10.1007/s11195-015-9403-y>
- Brown, B. (2006). *Shame Resilience Theory: A Grounded Theory Study on Women and Shame*. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services* | www.familiesinsociety.org | Copyright 2006 Alliance for Children and Families. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1606/1044-3894.3483>
- Brown, B. (2012). *The Power of Vulnerability. Teachings on Authenticity, Connection & Courage*. Audiobook by Audible.
- Cacciatore, R. S.-M., Ingman-Friberg, S. M.-L., Lainiala, L. P., Apter, D. L. (2020). *Verbal and Behavioral Expressions of Child Sexuality Among 1-6-Year-Old as Observed by Daycare Professionals in Finland*. *Archives of Sexual Behavior*. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01694-y>
- Feletti, V. J., Anda, R. A., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., Marks, J. S. (1998). *Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. The Adverse Childhood Experience Study (ACE) Study*. *American Journal of Preventive Medicine*, Volume 14 (4), s. 245-258 [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Fusar-Poli, P., Salzar, P. G., Micheli, A. D., Nieman, C. V. C., Kessing, L. V., Pfennig, A., Bechdorf, A., Borgwadt, S., Arango, C., Amelsvoort, T.v. (2020). *What is good mental health? A scoping review*. *European Neuropsychopharmacology*, Volume 31 s. 33-46. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2019.12.105>
- Hart, S. (2020). *De følsomme relationer. Neuroaffektiv utviklingspsykologi for pædagoger*. Hans Reitzels Forlag.
- Hegge, B. (2017). *Trafiklyset. Seksualitet hos barn og unge* (3. utg.). Hertervig forlag.

- Hegge, B. (2018). *Med hjerte for seksualiteten. Veiledning til sunn seksuell helse hos barn og unge*. Hertervig Forlag.
- Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). (2016). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022)* https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf
- Hermansen, T. K., Augusti, E-M. (2020). *Samspill mellom emosjoner og kognisjon i barns utvikling*. I Tamnes, C. K. (2020). *Nevrokognitiv utviklingspsykologi*. Gyldendal.
- Kirkengen, A. L. (2011). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Langfeldt, T. (2000). *Barnas seksualitet* (2. utg.). Pedagogisk forum.
- Li, G. (2020). *Sexuality Development in Childhood*. [doktorgradsavhandling] New York University Shanghai. (In Press) VanderLaan., D.P.; Wong, W.I. (red.). *Gender and sexuality development: Contemporary theory and research*. New York, NY: Springer. https://www.researchgate.net/profile/Gu-Li-12/publication/345982853_Sexuality_Development_in_Childhood/links/5fb3f0d392851cf24cd8f5f9/Sexuality-Development-in-Childhood.pdf
- Lunde, G. H., Bakke, A., Areskoug-Josefsson, K. (2020) *Piloting a research-oriented teaching model in a Bachelor programme for social educators - a way to increase competence in research methodology and sexual health?* UNIPED, E-ISSN 1893-8981, Vol.43, nr. 3, s. 260-274 <https://doi.org/10.18261/issn.1893-8981-2020-03-08>
- NOU 2016:17. (2016). *På lik linje - Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming*. Barne- og likestillingsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-17/id2513222/>
- O'Carroll, T. (2019). Book Review: Sharon Lamb & Jen Gilbert (Eds.): *The Cambridge Handbook of Sexual Development: Childhood and Adolescence. Sexuality and Culture* (2020) (24) s. 345-354. <https://doi.org/10.1007/s12119-019-09677-5>
- Skundberg, Ø. (2020). *Hvordan forstå barns aldersnormale seksualitet i barnehagen?* Nordisk tidsskrift for pedagogikk og kritikk, Volum 6 | 2020 | s. 1-13. <https://doi.org/10.23865/ntpk.v6.1646>
- Thommessen, C. S., Neumann, C. B. (2019). *Gode hjelpere kjenner seg selv. Traumebevisst omsorg i arbeid med barn og unge*. Cappelen Damm Akademisk.
- United Nations (UN). (1945). *Universal declaration of Human Rights*. <https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/adhr.pdf>
- United Nations (UN) (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD)*. <https://www.un.org/development/dsa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>
- United Nations (UN). (2015). *Sustainable Development Goals*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/development-agenda/>
- Urnes, A-G. (red) (2018). *Den interaktive hjernen hos barn og unge. Forståelse og tiltak ved neuroutviklingsforstyrrelser og nevropsykiatriske tilstander*. Gyldendal.
- Vildalen, S. (2014). *Seksualitetens betydning for utvikling og relasjoner med utgangspunkt i Thore Langfeldts tenkning og arbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- World Health Organization (2006). *Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002*. Geneva. https://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf
- WHO Regional Office for Europe and Federal Centre for Health Education (BZgA) (2010). *Standard for Sexuality Education in Europe*. [https://www.bzga-whocc.de/en/publications/standards-in-sexuality-education/WorldAssociationforSexualHealth.\(1999,26.august\).DeclarationofSexualRights.AdoptedinHongKongatthe14thWorldCongressofSexology,August26,1999.https://worldsexualhealth.net/wp-content/uploads/2013/08/declaration-of-sexual-rights.pdf](https://www.bzga-whocc.de/en/publications/standards-in-sexuality-education/WorldAssociationforSexualHealth.(1999,26.august).DeclarationofSexualRights.AdoptedinHongKongatthe14thWorldCongressofSexology,August26,1999.https://worldsexualhealth.net/wp-content/uploads/2013/08/declaration-of-sexual-rights.pdf)
- World Association for Sexual Health (WAS), (2014) *Declaration og Sexual Rights*. The WAS Advisory Council. <https://worldsexualhealth.net/wp-content/uploads/2013/08/Declaration-of-Sexual-Rights-2014-plain-text.pdf>
- Øvreide, H. (2009) *Samtaler med barn. Metodiske samtaler med barn i vanskelige livssituasjoner* (3. utg.) Høyskoleforlaget.

Et kjønnsperspektiv på psykisk helse hos ungdom og unge voksne

Av Reidar Schei Jessen



Reidar Schei Jessen er psykolog og for tiden ansatt som forsker ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo. Han var i perioden 2018-2021 stipendiat ved Oslo universitetssykehus/Universitetet i Oslo, og tema for doktorgraden var ungdom med kjønnsinkongruens.

Blant relevante publikasjoner er artikkelen *Negotiating gender in everyday life: Toward a conceptual model of gender dysphoria* (2021) om ung-dommers subjektive opplevelse av kjønnsinkongruens, basert på eget doktorgradsprosjekt. Jessen har tidligere skrevet om forholdet mellom kjønn og psykologi, blant annet i *Psykiatriboken* (2018) og i et introduksjonskapittel om skeiv teori i *HBTQ+: Psykologiska perspektiv och bemötande* (2017).

Forholdet mellom psykisk helse og kjønn har lenge vært av interesse. Tradisjonelt har man innen psykologien operert med antagelser om fundamentale forskjeller mellom kvinner og menns tanke- og følelsesliv, hypoteser som i senere tid har blitt grundig tilbakevist. Til tross for manglende evidens for kjønnsforskjeller i psykologisk fungering, indikerer studier at blant de unge strever kvinner i større grad med psykiske lidelser som angst og depresjon og lavere livskvalitet, mens menn strever mer med atferdsforstyrrelser, ADHD og ruslidelser. Det finnes ulike forsøk på å forklare disse forskjellene; felles for de ulike perspektivene er at kvinner og menn fortsatt møtes på ulike måter i dagens samfunn, til tross for økt likestilling. Det kan virke som at dagens unge kvinner fortsatt forventes å ta mer ansvar for omsorgsarbeid, samtidig som de skal prestere innen arbeid og utdanning. Økt kroppspress kan også spille en rolle. En viktig utfordring for politikere, fagfolk og andre som jobber med ungdom i Norge i dag, er derfor å tematisere disse kjønnsforskjellene, samtidig som man jobber for at ungdom skal føle seg frie til å utforske ulike væremåter – uavhengig av kjønnsidentitet.

De siste årene har det vært populært å bekymre seg for gutter og menns psykiske helse. Skolen er ikke tilpasset gutters utvikling og temperament, hevder for eksempel lektor Torstein Torgner i et intervju med *Utdanningsnytt*; samfunnet har blitt for feminisert, og gutter og unge menn får ikke boltre seg like fritt som de kunne tidligere (Vedvik, 2017). Et mer akademisk fundert eksempel på en slik bekymring er Stoltenbergutvalget som undersøkte kjønnsforskjeller i skolen (NOU 2019: 3). Der uttrykker utvalgsmedlemmene bekymring knyttet til ulik utvikling mellom gutter og jenter i tidlig skolealder. Samtidig viser de siste tiårene med forskning at det er særlig de unge kvinnene som strever mest med psykisk uhelse og lavere livskvalitet, sammenlignet med sine jevnaldrende menn (Rosenfiled & Mouzon, 2013). Tendensen ser heller ikke ut til å bedre seg nevneverdig i takt med økt likestilling og kjønnsfrigjøring (Campbell et al., 2021).

De siste årene har vi dessuten sett at den tradisjonelle tokjønnsmodellen – altså antagelsen om at det finnes kun to kjønn, og at mennesker er låst til den kjønnskategorien man ble tildelt ved fødsel – har blitt utfordret

Når vi snakker om kjønn er det lett å glemme at variasjonen innad i kjønnskategoriene er store (Hyde, 2005). Dessuten kan de forestillingene som til enhver sirkulerer ute blant folk lett bli selvpoppfyllende profetier fordi de påvirker personers selvforståelse (Bolsø, 2010). De siste tiårene har tradisjonelle antagelser om at det finnes visse fundamentale forskjeller mellom kvinner og menn blitt utfordret, samtidig som at kvinner har fått større tilgang til arenaer som tidligere var forbeholdt menn (Nielsen, 2020). Likhetene mellom kjønnene har blitt fremhevet heller enn forskjellene. Samtidig er det liten tvil om at kjønn påvirker oss på ulike måter gjennom oppveksten; det påvirker hvordan vi tenker om oss selv, relasjonene vi inngår i, og mulighetene vi har til å utvikle oss. De betydelige forskjellene i psykisk helse og livskvalitet som forskerne fortsetter å identifisere, indikerer at unge kvinner og menn møter verden med ulike forutsetninger (Campbell et al., 2021; Priess et al., 2009).

Kunnskap om hva som driver utviklingen av disse forskjellene vil kunne forbedre mange unge menneskers hverdag. For å tenke kritisk om kjønnforskjeller og psykisk helse kan det være nyttig å hente teoretisk hjelp fra feministisk teori og kjønnsforskning. Slik kan vi ideelt sett belyse forskjeller uten å reprodusere antagelser om at kvinner og menn er fundamentale. I det følgende skal jeg først ta for meg kunnskapen om kvinner og menns psykiske helse, med særlig fokus på ungdomstiden. For å forstå hvordan forholdet mellom kjønn og psykisk helse utspiller seg trenger vi imidlertid tanker om hvordan kjønnsidentitetsutvikling foregår og prosessene bak den subjektive opplevelsen av å være mann og kvinne, begge deler eller tilhøre en annen kjønnskategori. Dette blir tema for kapitlets andre del.

De siste årene har vi dessuten sett at den tradisjonelle tokjønnsmodellen – altså antagelsen om at det finnes kun to kjønn, og at mennesker er låst til den kjønnskategorien man ble tildelt ved fødsel – har blitt utfordret (Stryker, 2017). Flere ungdommer identifiserer seg som trans – en samlebetegnelse for personer som på ulike måter identifiserer seg med et annet kjønn enn de ble tildelt ved fødsel. Ikke-binær viser til personer som på ulike måter identifiserer seg som verken kvinne eller mann, mens cis brukes om personer som identifiserer seg med det kjønn de ble tildelt ved fødsel – altså majoriteten av befolkningen. I tillegg til kunnskap om kvinner og menns psykiske helse skal jeg derfor også redegjøre kort for situasjonen til kjønnsminoritetene.

Kjønnforskjeller og psykisk helse

Systematiske oversiktsstudier viser at kvinner og menn som gruppe er like på grunnleggende psykologiske karakteristikk som intellektuelle og kognitive ferdigheter, personlighetstrekk og kommunikasjon (Hyde, 2005). Det er når det kommer til psykisk helse og livskvalitet at forskjellene er tydelige, både i Norge og resten av verden (Campbell et al., 2021). For å kunne måle eventuelle forskjeller i psykisk helse er vi imidlertid nødt til å avklare hva vi legger i begrepene. Det er vanlig å skille mellom (1) tilfredshet med livet (*life satisfaction*), (2) tilstedeværelse av psykologisk stress (*psychological distress*), som viser til hvor ofte man føler seg nedfor og engstelig, (3) hvor ofte man er lykkelig og stolt (*hedonia*), og (4) hvorvidt livet har mening (*eudaemonic*) (Campbell et al., 2021).

De største kjønnforskjellene finner vi når man måler tilfredshet med livet og psykologisk stress, mens forskjellene er noe mindre når det gjelder lykke og opplevelse av mening i livet (Bakken, 2020; Campbell et al., 2021; Suren et al., 2018). Forskjellene mellom jenter og gutter tiltar i puberteten. Oppsiktsvekkende nok viser den samme forskningen at økt velstand i landet – målt i brutto nasjonalprodukt – er forbundet med lavere livskvalitet. Det er et kjent fenomen at økt velstand ofte fører til økte materielle behov og en opplevelse av å ikke være tilfreds (Campbell et al., 2021). I tillegg tyder mye på at land som skårer høyt på likestilling har de største kjønnforskjellene i psykisk uhelse og livskvalitet (Campbell et al., 2021).

Internasjonale studier viser at unge transpersoner som gruppe rapporterer flere psykiske vansker enn jevnaldrende cispersoner

Internasjonale studier indikerer altså at forskjellene i unge kvinner og menns psykiske helse blir større i begynnelsen av tenårene; kvinner har en tendens til å utvikle det man kaller for internaliserende vansker som angst og depresjon, altså at man vender vonde følelser innover mot seg selv. De skylder på seg selv og opplever lite kontroll over sin egen situasjon. Menn, på den andre siden, har større sannsynlighet for å utvikle eksternaliserende vansker. Dette betyr at man oppfører seg aggressivt overfor andre og skaper trøbbel for omgivelsene. Ruslidelser og antisosial personlighetsforstyrrelse er typiske eksempler på eksternaliserende vansker (Rosenfield and Mouzon, 2012). Det er likevel kvinner som gruppe som bærer den største belastningen av psykisk uhelse, totalt sett (Campbell et al., 2021).

Den samme tendensen ser man i Norge; resultatene fra Ungdata-undersøkelsen, som bygger på svarene fra norske skoleelever, viser at jenter i ungdomsskolen er mer plaget av stress enn jevnaldrende gutter (Bakken, 2020). Resultatene fra samme studie viser i tillegg at det er en overhyppighet av depresjon, angstlidelser, tilpasningsforstyrrelser og spiseforstyrrelser hos jenter fra puberteten av (Suren et al., 2018). Gutter har på sin side størst risiko for atferdsforstyrrelser og utviklingsforstyrrelser som debuterer tidlig i livet, som ADHD, autismespekterforstyrrelser og Tourettes syndrom (Suren et al., 2018). Den internasjonale tendensen til at jenter i større grad strever med internaliserende vansker, mens guttene eksternaliserer, ser altså ut til å eksistere i Norge også. I tillegg har andelen angst og depresjon hos tenåringsjenter vært økende i Norge de siste årene (Suren et al., 2018).

Når tenårene er unnagjort rapporterer altså betydelig flere kvinner lavere livskvalitet (well-being) enn sine mannlige jevnaldrende. Forskningen de siste tiårene har indikert at jenter som gruppe blir mer depressive i tenårene enn gutter. Det er noe som skjer i løpet av pubertetsårene som fører til at kvinner utvikler mer psykiske plager enn menn (Morken et al., 2018). Den økte andelen psykiske lidelser som vi ser blant kvinner sammenlignet med menn ser altså ut til å oppstå i løpet av tenårene (Campbell et al., 2021).

Hvordan står det så til med den psykiske helsen til kjønnsminoriteter, altså personer som bryter med normer for kjønn, for eksempel transpersoner eller ikke-binære? Internasjonale studier viser at unge transpersoner som gruppe rapporterer flere psykiske vansker enn jevnaldrende cispersoner. Det er særlig vansker knyttet til angst, depresjon, spiseforstyrrelser og traumelidelser som skiller seg ut (Kaltiala-Heino et al., 2018; Carmichael et al., 2021). Forskning på unge transpersoner viser, i likhet med kunnskapen vi har om forskjeller i psykisk helse mellom unge kvinner og menn, at det er stor variasjon innad i gruppen.

Noen forskere argumenterer for at den økte forekomsten av psykiske vansker må forstås i lys av minoritetsstress, altså at personer som opplever diskriminering og forskjellsbehandling vender ubehaget innover og føler på skam og mindreværdighet (Chodzen et al., 2019). Dette perspektivet støttes av forskning som viser at ikke-kjønnsnormative barn og ungdom som får lov til å utforske kjønn uten å møte fordømmelse fra familie og venner, ikke strever mer med psykiske vansker enn flertallet blant sine jevnaldrende (Yunger et al., 2004).

Den norske levekårsundersøkelsen blant lesbiske, homofile, bifile, transpersoner og interkjønnpersoner fra 2021 viser samme tendens: transpersoner som gruppe skårer signifikant dårligere enn cispersoner (Anderssen et al., 2021). Den samme undersøkelsen viser også at transpersoner er mer utsatte for diskriminering, for eksempel negativ omtale på arbeidsplassen og trakassering i det offentlige rom. Det kan dessuten virke som at ungdomsårene er særlig utsatte i så måte, mens levekårene på gruppenivå blir noe bedre i voksen alder, særlig for dem med høy inntekt og utdanning (Anderssen & Malterud, 2013).

Den såkalte stresseksponeringshypotesen (på engelsk *Stress Exposure Hypothesis*) foreslår at unge kvinner generelt utsettes for mere stress, noe som fører til et negativt kroppsbilde og en nedvurdering av seg selv og sine evner

Perspektiver på kjønn og psykisk helse

Hvordan forklarer forskerne at det finnes kjønnsforskjeller i psykisk helse? Forskningen som undersøker forholdet mellom kjønn og psykisk helse opererer med ulike teorier som kan belyse de dokumenterte kjønnsforskjellene. Den såkalte stresseksponeringshypotesen (på engelsk *Stress Exposure Hypothesis*) foreslår at unge kvinner generelt utsettes for mere stress, noe som fører til et negativt kroppsbilde og en nedvurdering av seg selv og sine evner (Morken et al., 2018). Pubertetsutviklingen fører mange jenter bort fra de rådende kroppsidealene for hvordan kvinnekroppen skal se ut. Den såkalte kjønnsforsterkningshypotesen (*Gender Intensification Hypothesis*) foreslår at ungdommer opplever et økt press i begynnelsen av tenårene til å føye seg etter og omfavne tradisjonelle kjønnsroller (Priess et al., 2009). Jenter og unge kvinner tenderer mot å bli mer selvbevisste, opptatt av eget utseende og væremåte i møte med andre og utvikle lavere selvfølelse.

Forskning har blant annet vist at jenter blir oppfordret til å være mer hjelpesøkende og oppmerksomme på andres behov, på bekostning av selvstendighet og det å stå opp for egne behov (Priess et al., 2009; Rosenfield & Mouzon, 2013). Dette kan blant annet utspille seg i form av at jenter som vokser opp i familier med tradisjonelle kjønnsroller opplever mer varme hos mødre og mindre hos fedre etter hvert som de blir eldre.

Både stresseksponeringshypotesen og kjønnsforsterkningshypotesen bygger på teorier om kjønn som et samfunnsfenomen. Kjønn har tradisjonelt blitt sett på som ensbetydende med biologi, som et selvsagt fenomen bestående av to kategorier. De siste tiårene har imidlertid feministene og kjønnsforskere i økende grad tematisert og problematisert de sosiale og kulturelle aspektene ved kjønn. Sosialt kjønn, på engelsk *gender*, viser til forestillinger om kjønn i samfunnet og hvordan kvinner og menn skal oppføre seg; kvinner skal være feminine og menn skal være maskuline (Unger & Crawford, 1993).

Kjønnsroller viser til forventninger knyttet til hvordan kvinner og menn skal identifisere og uttrykke seg, for eksempel oppførsel og utseende (Stryker, 2017). I psykologien har man derfor vært opptatt av prosessene som fører til at barn etter hvert utvikler en forståelse av seg selv som gutt eller jente. Sentralt i slike teorier er utvikling av tenkning og evnen til å kategorisere, på fagspråket omtalt som kognitive skjema. Etter hvert som barnet vokser til så begynner det å utvikle ulike skjema om seg selv, som inneholder relevant kunnskap om hvem man er, sin egen kropp og forventninger knyttet til kjønn og andre forhold (Kohlberg, 1966). Tradisjonelt har forventningen vært at kvinner skal oppføre seg feminint, ofte assosiert med personlighetstrekk som underdanighet, varme og sensitivitet i møte med andre.

Menn, derimot, skal være maskuline; de skal være uavhengige, tydelige og konkurranselystne. En viktig antagelse innen dette perspektivet er at mennesker som utfordrer disse forventningene ofte vil bli møtt med motstand (Rosenfield & Mouzon, 2013). Oppmerksomheten er rettet mot hvordan barn sosialiseres inn i sitt kjønn, altså hvordan de tilegner seg kunnskap om kjønnsroller, anser ulike forventninger som relevante for en selv og begynner å handle, tenke og føle i henhold til disse (Maccoby, 1998). En viktig antagelse er at gutter og jenter lærer av å se på eldre rollemodeller, og slik fanger opp relevant kunnskap fra andre om hvordan kvinner og menn oppfører seg (Maccoby, 1998).

Et annet perspektiv er at gutter og jenter blir møtt med ulike forventninger og behandles deretter. Foreldre og andre i omgivelsene har en tendens til å oppfordre jenter til å være mer opptatt av andres følelser og behov, noe som kan føre til at de i mindre grad får erfaring med å være selvstendige og lytte til egne behov. Gutter, på den andre siden, blir ofte oppfordret til å være uavhengige og mindre opptatt av

En mulig årsak til at økt likestilling ikke nødvendigvis reduserer kjønnsforskjellene i psykisk uhelse kan skyldes at økt frigjøring samtidig øker forventningene, altså at mange kvinner fortsatt opplever at kjønnsnormene er for trange og at tilgangen til mannlige arenaer er begrenset

å knytte bånd til medmennesker og relatere seg til andres behov. Tanken er at disse forskjellene i hvordan gutter og jenter blir møtt skjer på et tidlig stadium i livet, og at kjønnsnormene derfor internaliseres og oppleves som om de kommer innenfra (Corbett, 2009).

Innen kjønnsforskning er man også opptatt av hvordan kjønn er viklet inn i større samfunnsforhold, slik som lover, regler og rettigheter og tilgang til arbeidsmarkedet (Wharton, 2012). De siste hundre årene har særlig den vestlige verden opplevd en gradvis bedring i kvinners levekår, og økt formell innflytelse i samfunnet og tilgang til makt og ressurser (Wharton, 2012).

Det har skjedd store endringer i hvordan menn og kvinner lever sine liv, særlig i retning av økt likestilling i arbeidslivet og retten til utdanning (Nielsen, 2020). Tradisjonelle normer for hvordan kvinner og menn skal oppføre seg har blitt kraftig utfordret, og kvinner har fått økt tilgang til sosiale arenaer som tidligere var forbeholdt menn (Wharton, 2012). Samtidig er det fortsatt slik at kvinner som gruppe gjør for eksempel mer husarbeid hjemme, begynner i dårligere betalte jobber, og står i fare for å bli utsatt for mer stress. Dette blir ofte kalt for strukturelle forhold som preger folks liv.

På grunn av fremskrittene innen likestilling de siste tiårene er mange forundret over at kjønnsforskjellene i psykisk helse fortsatt er såpass tydelige, og da særlig den økte sykdomsbyrden blant kvinner (Campbell et al., 2021). En mulig årsak til at økt likestilling ikke nødvendigvis reduserer kjønnsforskjellene i psykisk uhelse kan skyldes at økt frigjøring samtidig øker forventningene, altså at mange kvinner fortsatt opplever at kjønnsnormene er for trange og at tilgangen til mannlige arenaer er begrenset.

Det kan altså være viktig å huske på at økt likestilling ikke nødvendigvis betyr at all forskjellsbehandling er borte. Forventninger om likestilling kan tvert imot føre til et manglende samsvar mellom hva den enkelte kvinne har blitt forespeilet og en opplevelse av å ikke lykkes (Campbell et al., 2021).

En annen tendens som har gjort seg gjeldende i vestlige land de siste tiårene, i takt med at likestillingen skjøt fart på 1970-tallet, er at kvinner er nødt til å prestere både på jobb og i familien (Nielsen, 2020). Mye kan tyde på at selv om kvinner i økende grad har tilgang til tradisjonelt maskuline arenaer, så er menn fortsatt mindre deltagende i omsorgsarbeid (Cambell et al., 2021). I tillegg har unge kvinner de siste tiårene i økende grad blitt utsatt for kroppspress, seksualisering og forventninger om å ta seg bra ut, samtidig som de også skal prestere på skole og senere i arbeidslivet (Nielsen, 2020).

Det kan altså virke som at unge kvinner i dag lever med et dobbelt forventningspress; de skal utfolde seg og prestere på arenaer som inntil for få tiår siden var forbeholdt menn, samtidig som de skal se bra ut og være seksuelt attraktive (Nielsen, 2020). I tillegg kan økt bruk av sosiale medier og eksponering for ulike kroppsideal også spille en rolle, særlig siden digital teknologi de siste årene har blitt en nærmest integrert del av ungdommers sosiale liv (Smahel et al., 2020). Vi vet også at ungdomstiden er en særlig sensitiv fase for utvikling av psykososiale, emosjonelle og kognitive ferdigheter.

Tilbakemeldinger fra jevnaldrende blir for mange i økende grad viktig i tenårene, i takt med at de skal relatere seg mer seriøst og forpliktende til omverdenen og innta en voksen og ansvarlig rolle i samfunnet (Crone & Konijn, 2018). Det er også mulig at de svakere kjønnsnormene som kjennetegner samfunn med likestilling på ulike måter, fører til rollekonflikter og motstridende krav som rammer mange unge kvinner på vei inn i voksenlivet (Nielsen, 2020).

Det er altså særlig i tenårene at kjønnsforskjellene i psykisk uhelse øker, en periode som er viktig for identitetsutviklingen generelt (Campbell et al., 2021). Ungdommer

Uansett årsak kan det virke som om kvinner og kjønnsminoriteter i særlig grad må håndtere samfunnets trøblete og kompliserte forhold til kjønn, og at det for noen går utover psykisk helse og levekår

skal håndtere mange ulike behov i løpet av tenårene; de skal gradvis innta en posisjon i voksenlivet, samtidig som de skal forholde seg til romantiske, vennskapelige og seksuelle forventninger og normer. Det er mulig at endrede kjønnsnormer har skapt økte forventninger til kvinners prestasjoner i skole og arbeidslivet, samtidig som gamle kjønnsrollemønstre knyttet til utseende og kropp fortsatt står sterkt (Campbell et al., 2021). Mye kan dessuten tyde på at kroppspresset som kvinner lever under har blitt sterkere siden 1970-tallet (Nielsen, 2020). Uansett årsak kan det virke som om kvinner og kjønnsminoriteter i særlig grad må håndtere samfunnets trøblete og kompliserte forhold til kjønn, og at det for noen går utover psykisk helse og levekår. Når vi snakker om kjønn så er det viktig å holde tungen rett i munnen for å forstå det doble budskapet; forestillinger om kjønn eksisterer i samfunnet blant mennesker, men de er ikke relevante for alle hele tiden og vi kan forholde oss kritisk til dem. Denne spenningen mellom samfunnets forestillinger om kjønn på den ene siden, og den enkelte persons forhold til disse forestillingene på den andre siden, gir oss rom til å tenke kritisk og utvikle nye og mer livgivende handlingsmønstre. Utviklingstrekk i samfunnet kan endres, hvis det finnes vilje til det. Kjønnsforskjeller i psykisk helse springer altså ut fra et komplisert nett av forventninger som er spesifikke for ungdomstiden, kjønnsnormer knyttet til kropp og utseende, og økt likestilling i arbeidslivet. For noen kan summen av disse forholdene skape trøbbel som gir seg utslag i psykiske vansker.

Referanser

- Anderssen, N., Eggebø, H., Stubberud, E. & Holmelid, Ø. (2021). *Seksuell orientering, kjønns mangfold og levekår*. Resultater fra spørreundersøkelsen 2020. Universitetet i Bergen.
- Anderssen, N. & Malterud, K. (2013). *Seksuell orientering og levekår*. Bergen: Uni Helse/Uni Research AS.
- Bakken, A. (2020). Ungdata 2020. Nasjonale resultater. Oslo:met - Velferdsforskningsinstituttet NOVA.
- Campbell, O. L. K., Bann, D. & Patalay, P. (2021). *The gender gap in adolescent mental health: A cross-national investigation of 566,829 adolescents across 73 countries*. *Social Science & Medicine*, 13. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100742>
- Carmichael, P., Butler, G., Masic, U., Cole, T.J., De Stavola, B.L., Davidson, S., Skageberg, E.M., Khadr, S. & Viner, R.M. (2021). *Short-term outcomes of pubertal suppression in a selected cohort of 12 to 15 year old young people with persistent gender dysphoria in the UK*. *PLOS ONE*, 16(2), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243894>
- Chodzen, G., Hidalgo, M. A., Chen, D., & Garofalo, R. (2019). *Minority stress factors associated with depression and anxiety among transgender and gender-nonconforming youth*. *Journal of Adolescent Health*, 64(4) s. 467-471.
- Crone, E. & Konijn, E.A. (2018). *Media use and brain development during adolescence*. *Nature Communications*, 9, 588. <https://doi.org/10.1038/s41467-018-03126-x>
- Corbett, K (2009). *Boyhoods: Rethinking Masculinities*. New York: Yale University Press.
- Hyde, J. S. (2005). *The gender similarities hypothesis*. *American Psychologist*, 60(6) s. 581-592. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.6.581>
- Kaltiala-Heino, R., Bergman, H., Työljörvi, M., & Frisen, L. (2018). *Gender dysphoria in adolescence: Current perspectives*. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 9, 31-41. Kohlberg
- Kohlberg, L. (1966). *A cognitive-developmental analysis of children's sex-role concepts and attitudes*. In E. E. Maccoby (Ed.), *The development of sex differences*, s. 82 - 173. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Maccoby, E. (1998). *The two sexes: Growing up apart, coming together*. Massachusetts: Harvard University Press.
- Morken, I.S., Røysamb, E., Nielsen, W. & Karevoll, E. (2018). *Body Dissatisfaction and Depressive Symptoms on the Threshold to Adolescence: Examining Gender Differences in Depressive Symptoms and the Impact of Social Support*, *The Journal of Early Adolescence*, 39(6) s. 814-838.
- Nielsen, H. B. (2020). *Spenningen mellom infantilisering og seksualisering*. *Nordisk tidsskrift for ungdomsforskning*, 1(1).
- NOU 2019: 3. (2019). *Nye sjanser - bedre læring - Kjønnsforskjeller i skoleprestasjoner og utdanningsløp*. Kunnskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2019-3/id2627718/>
- Priess, H. A., Lindberg, S. M. & Hyde, J.S. (2009). *Adolescent gender-role identity and mental health: Gender intensification revisited*. *Child Development*, 80(5) s. 1531-1544.
- Rosenfield, S. & Mouzon, D. (2013). *Gender and mental health. I: C.S. Aneshensel, J.C.*
- Phelan & Bierman, A. (red.), *Handbook of The Sociology of Mental Health*, s. 277-296. London: Springer.
- Smahel, D., Machackova, H., Mascheroni, G., Dedkova, L., Staksrud, E., Ólafsson, K., Livingstone, S., and Hasebrink, U. (2020). *EU Kids Online 2020: Survey results from 19 countries*. EU Kids Online. <https://doi.org/10.21953/lse.47fdeqj01of0>
- Stryker, S. (2017). *Transgender History*. Arizona: Seal University Press.
- Suren, P., Furu, K., Reneflot, A., Nes, R.B. & Torgersen, L. (2018). *Livskvalitet og psykiske lidelser hos barn og unge*. Folkehelseinstituttet. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/> (20. august 2021).

- Unger, R. K., & Crawford, M. (1993). *Commentary: Sex and gender: The troubled relationship between terms and concepts*. *Psychological Science*, 4(2) s. 122-124. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1993.tb00473.x>
- Vedvik, K. O. (2017, 14. november). Lektor: - Skolen er for feminin for guttene. *Utdanningsnytt*. <https://www.utdanningsnytt.no/fagartikkel-grunnskole/lektor--skolen-er-for-feminin-for-guttene/170276>
- Wharton, A.S. (2012). *The Sociology of Gender*. London: Wiley-Blackwell.
- Yunger, J. L., Carver, P. R., & Perry, D. G. (2004). *Does Gender Identity Influence Children's Psychological Well-Being?* *Developmental Psychology*, 40(4) s. 572-582. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.40.4.572>

Relasjoner



Innledning Relasjoner

Store deler av identiteten vår dannes i ungdomstiden. Det skjer mye inni oss selv, men også i omgivelsene våre og i relasjon til andre som er med på å forme oss til den vi blir og hvem vi identifiserer oss som.

Barn og unge har grunnleggende behov som skal ivaretas slik at de kan oppleve mestring og utvikling på de ulike arenaene de har i livet sitt, som i familien, med venner, i skole, barnehage, på fritiden og i nærmiljøet. I dette kapittelet ser vi nærmere på hva som påvirker de utviklingspsykologiske overgangene i oppveksten og hvordan barnas relasjonserfaringer former dem.

Gjennom hele oppveksten oppstår psykologiske overgangsfaser som stort sett gjelder for alle på vers av sosiokulturelle betingelser. Ulike faktorer gjør allikevel at noen barn er spesielt sensitive, mens andre er mer hardføre. Gir utviklingen grunn til bekymring er det viktigste at barnets sensitivitet og kvaliteten på omsorgsmiljøet blir vurdert, heller enn å se om de gjør som forventet på bestemte alderstrinn, sier en av artikkelforfatterne i dette kapittelet.

Omsorgsmiljø og familiesamspill kan representere én av flere risikofaktorer i barns utvikling av psykiske vansker, men dette er samtidig faktorer som kan endres. En tilknytningsperson står i en unik posisjon til å hjelpe barn med følelser og tilstander, og på motsatt side påvirkes barnets sosioemosjonelle utvikling negativt. I artikkelen om tilknytning trekkes perspektiver om hvordan tilknytningspersoner kan fremme god emosjonell fungering og hvordan nære relasjoner påvirker oss.

I dette kapittelet om relasjoner stilles spørsmålet: Hva er de utviklingspsykologiske mekanismene som forener familiesamspill og ulike psykiske vansker hos barn? Hvordan påvirkes barna av et hjem preget av konflikter mellom foreldrene? Hva skjer med barna som tar omsorgsansvar for foreldre eller søsken som er syke eller har funksjonsnedsettelse? Og hvilke helsekonsekvenser har det for de barna som sviktes av sine omsorgspersoner, der hvert traume øker alvorlighetsgraden inn i voksen alder? I avsnittet om omsorgssvikt ser artikkelforfatteren nærmere på hvordan livsbelastning kan gi negative følger for framtidige vansker og lidelser - og om hjelpetilbudet står i forhold til de konsekvenser vedvarende traumatisering i barndommen kan føre til. Når det viktigste vi gjør som samfunn er å beskytte våre barn, gjør vi det godt nok?

Stadig flere barn og unge vokser opp i en familie med lav inntekt. I dette kapittelet tematiseres også effekten av levekårsrelaterte utfordringer. Hvordan påvirker foreldrenes sosioøkonomiske status barnas psykisk helse, og hvilke tilnærminger er best egnet for å håndtere disse utfordringene?

Som gruppe er innvandrere overrepresentert blant lavinntektsfamilier med flere sosioøkonomiske utfordringer. Barn og unge med innvandrerbakgrunn kan ha økt risiko for psykiske helseplager, men oppgir allikevel lavere bruk av psykiske helse-tjenester. Vil det føre til at mange unge mennesker lever med ubehandlede psykiske helseplager som igjen kan føre til en ytterligere økning av de sosiale ulikhetene i Norge?

Barn av foreldre med psykiske lidelser har en forhøyet risiko for selv å utvikle psykiske helseplager eller utviklingsmessige vansker. Fødselsdepresjon blant barselkvinner har lenge vært diskutert, og nå inkluderes også fedrene i forskning. Et perspektiv som trekkes opp her er viktigheten av et helhetlig familiefokus og å inkludere fedre i tiltak når en eller begge foreldre har psykiske vansker.

Det er en rekke faktorer rundt barn og unge som alle kan utløse både risiko og beskyttelse. Hvordan kan relasjoner, familie, vennskap, skole og barnehage bidra til positiv utvikling og resiliens blant barn og unge, og hvordan kan vi styrke tilstedeværelse av beskyttende faktorer for barn og unge i risiko?

Samspill i familien og psykiske vansker hos barn

Av Truls Tømmerås og John Kjøbli



John Kjøbli har kompetanse innen kunnskapsbasert praksis, evalueringsforskning, implementering, foreldreveiledning og virksomme elementer i intervensjoner. Han har i mange år jobbet som evalueringsforsker, og har gjennomført flere randomiserte kontrollerte studier for å evaluere effekten av intervensjoner rettet mot å redusere barns atferdsvansker og styrke deres sosiale kompetanse.

Truls Tømmerås er forsker ved Nasjonalt utviklingscenter for barn og unge hvor han forsker på forebygging og behandling av psykiske vansker hos barn. Truls har kompetanse på eksperimentelle forskningsmetoder, implementeringsforskning og er spesielt opptatt av kjernekomponenter i intervensjon og sosiale forskjeller i forebygging og behandling av psykiske vansker.

Nær 50% av barn og unge opplever psykiske vansker i løpet av oppveksten. Familie-miljøet, i form av samspillet mellom foresatte og barn, er en viktig faktor i barns utvikling også når vi snakker om psykiske vansker. Foreldrepraksis i samspillet med barn ser ut til å påvirke både internaliserte og eksternaliserte vansker hos barn. Mangelfull foreldrepraksis er dermed en transdiagnostisk risikofaktor. Det vil si at foreldrepraksis har multifinalitet ved at det kan gi forskjellig symptomuttrykk hos barn og harmonerer med at de fleste barn som opplever psykiske vansker sliter med komorbiditet. De opplever ofte samtidige og/eller sekvensielle vansker på tvers av symptomkategorier. Dette bør få konsekvenser for tidlig intervensjon.

Å identifisere én diagnose eller ett problemområde gir i mange tilfeller ikke det fulle bildet som trengs for å hjelpe barn. Årsakene er ofte sammensatte og delte mellom symptomkategorier og barn med psykiske vansker kan mangle ulike ferdigheter i det daglige. Intervensjoner må derfor åpne for bredere tilnærminger, transdiagnostisk forebygging, når man skal hjelpe barn. I dette kapitlet presenterer vi teorier som vektlegger ulike faktorer i familiesamspillet til å forklare generell utvikling og spesifikt utvikling av internaliserte og eksternaliserte vansker hos barn. Vi fremhever hvordan en kombinasjon av forskjellige teoretiske tilnærminger er nødvendig når man skal tilpasse intervensjon til individuelle behov, og dette omtaler vi som transteoretisk intervensjon.

«En god barndom varer livet ut» heter det i regjeringens tiltaksplan fra 2014 for å motvirke mangelfull omsorg av barn og ungdom. På samme måte kan også en vanskelig barndom vare livet ut. Et trygt og stimulerende familiemiljø og god psykisk helse er gjerne en forutsetning for å nå sitt potensiale som menneske. Ferdigheter avler ferdigheter, så i tidlige og formative år hvor mange grunnleggende individuelle egenskaper utvikles, er trygghet og positiv stimulering spesielt viktig (Heckman, 2006).

**Med psykiske
vansker mener vi
tegn eller symptomer
som oppleves som
belastende og
funksjonsnedsettende
både over og under
diagnostiske grenser**

Forskning har vist at familiemiljø i form av samspillet mellom barn og de nærmeste omsorgspersonene, som vi gjerne omtaler som familiesamspill, har stor betydning for barns sosiale, psykiske og kognitive utvikling (Morris, Criss, Silk, & Houlberg, 2017). Familiesamspill kan være både en faktor som fremmer positiv utvikling, en risikofaktor, og en beskyttende faktor for barns psykiske helse (Sameroff, Gutman, & Peck, 2003). Dette medvirker til at familiesamspillet er en nøkkelfaktor i intervensjoner (dvs. tiltak, metoder og programmer) rettet mot tidlig forebygging og behandling av barns psykiske vansker.

Med psykiske vansker mener vi tegn eller symptomer som oppleves som belastende og funksjonsnedsettende både over og under diagnostiske grenser. Psykiske vansker deles ofte inn i tre dimensjoner: eksternaliserende vansker (f.eks. atferdsvansker og uoppmerksomhet), internaliserende vansker (f.eks. angst og depresjon) og tankeforstyrrelser (f.eks. psykose og vrangforestillinger; Caspi et al., 2020). Det er symptomene til de to førstnevnte som er vanligst hos barn og unge og det er disse vi hovedsakelig kommer til å fokusere på i dette kapittelet. Videre handler teksten om familiesamspill og hvordan familiesamspillet er en felles underliggende transdiagnostisk risikofaktor som påvirker utvikling av flere symptomkategorier, som for eksempel internaliserende og eksternaliserende vansker. Vi vil presentere teorier som beskriver hvordan samspillsprosessen påvirker barns psykiske vansker og drøfte hvordan vi kan kombinere kunnskap fra ulike teoretiske tilnærminger når vi skal skreddersy det vi kaller for transteoretiske intervensjoner til sårbare barn og familier.

Risikofaktorer og familiesamspill

Hvis man tenker på hvilke omgivelser og arenaer – ofte omtalt som systemer – barn og unge vokser opp i, så er det flere som er viktige. Her inngår både familien, barnehage, skole, venner og fritidsarenaer (Bronfenbrenner, 1977). Alle disse systemene virker inn på barns utvikling. I likhet med andre faktorer som er utenfor barnet, som for eksempel foreldres sosioøkonomiske status og psykiske helse, kan disse systemene karakteriseres som kontekstuelle risikofaktorer. Barns sårbarhet, eller individuell risiko, handler om medfødte eller tidlig utviklede egenskaper hos barnet, som for eksempel genetiske disposisjoner og temperament. Familiesamspillet og foreldrepraksis, som er foreldres bidrag inn i samspillsprosessen (Patterson, 1982), kan karakteriseres om en prosessuell risikofaktor. Når vi skriver foreldre i denne teksten inkluderer det også andre signifikante foresatte i barns liv, som for eksempel steforeldre o.l., men for enkelthets skyld omtaler vi alle typer foresatte som foreldre.

Effekten av risikofaktorer virker ofte sammen (Evans, Li, & Whipple, 2013) og mange av risikofaktorene påvirker flere psykiske vansker (Sameroff et al., 2003). For ulike personer kan altså en og samme risikofaktor føre til ulike psykiske vansker, og dette omtales ofte som multifinalitet. Dette innebærer for eksempel at internaliserte og eksternaliserte vansker kan knyttes til den samme risikofaktoren. Samspill i familien er nettopp en slik risikofaktor som er funnet å ha bred påvirkning på barns utvikling og psykiske vansker (Carver, Johnson, & Timpano, 2017; Morris et al., 2017). Foreldrepraksis, som for eksempel lite sensitivitet og overdreven streng grensesetting, er risikofaktorer som har vist seg å påvirke både internaliserte og eksternaliserte psykiske vansker hos barn (Fraire & Ollendick, 2013).

Med andre ord er familiesamspill en delt og underliggende risikofaktor for både internaliserte og eksternaliserte vansker, og er dermed det vi omtaler som en transdiagnostisk faktor eller risiko. Dette underbygges av den høye forekomsten av komorbiditet i psykiske vansker. Komorbiditet betyr at ett og samme individ sliter med flere vansker eller diagnoser samtidig eller etter hverandre (sekvensielt). Komorbide problemer har vist seg å være normen heller enn unntaket (Caspi et al., 2020; Reneflot

et al., 2018), noe forskningen i økende grad har tatt inn over seg i de senere årene (Aldao, Gee, De Los Reyes, & Seager, 2016).

Transdiagnostisk risiko kan være en av forklaringene bak den høye forekomsten av komorbiditet. Kort oppsummert kan familiesamspill som transdiagnostisk risiko ses i sammenheng med multifinalitet og komorbiditet i barns psykiske vansker. Hvordan dette foregår og hvilke prosesser som er involvert i familiesamspill og utviklingen av psykiske vansker hos barn er viktige spørsmål. Teorier som fremhever mekanismer og prosesser i familiesamspill kan således være nyttige verktøy for å utvikle virksomme intervensjoner for å forebygge og redusere psykiske vansker hos barn.

Transaksjonsmodellen

Transaksjonsmodellen, som er utviklet av Sameroff og kollegaer (Sameroff, 2009), er en sentral modell i utviklingspsykologien. Modellen fremhever hvordan individuelle, kontekstuelle og prosessuelle risikofaktorer spiller inn, og hvor familiesamspill inngår som et viktig element. For å forstå transaksjonsmodellen er det viktig å skjønne hva transaksjoner er og hva som skiller transaksjoner fra interaksjoner (eller samspill). Kort sagt er transaksjoner interaksjoner som skaper endringer hos de som inngår i interaksjonen(e). Eksempelvis kan et barn som får raserianfall når hun blir bedt om å rydde rommet endre seg selv ved at hun lærer at hun kan unngå å måtte rydde rommet når hun blir rasende. Dette kan gjøre at hun senere vil få raserianfall når hun får krav om noe, og det kan også endre foreldrene som slutter å be barnet om å gjøre rydde rommet for å unngå at hun skal få raserianfall. Med andre ord: Transaksjoner har funnet sted, både hos barnet og foreldrene.

Et sentralt poeng i transaksjonsmodellen er hvordan barns utvikling kan forstås ut fra en kontinuerlig dynamisk prosess hvor barnets individuelle egenskaper og dets miljø påvirker hverandre gjensidig over tid. Modellen vektlegger særlig at barnet har en aktiv rolle i det gjensidige samspillet med sine omgivelser. Til grunn for modellen ligger antakelsen om at barns temperament, selvregulering og atferd fungerer som et filter som påvirker hvordan de oppfatter, tolker og erfarer omverdenen og sosiale hendelser (reaktive person-miljø-mekanismer), hvordan de aktivt velger sine omgivelser (proaktive person-miljø-mekanismer), og hva slags responser de vekker hos andre rundt seg (evokative person-miljø mekanismer). I sin tur vil responsene fra personene i barns omgivelser (f.eks. foreldre), samt erfaringene fra miljøet som barnet velger ut fra sine egenskaper, bidra til å opprettholde eller forsterke disse egenskapene og atferdene ytterligere – en transaksjon har funnet sted.

Transaksjonsmodellen antar at prosessene som ligger til grunn for normalutvikling og utvikling av psykopatologi kan være de samme, men at retningen på utviklingen styres av graden av sårbarhet hos barnet og av hvilke og hvor mange risiko- og beskyttelsesfaktorer barnet eksponeres for i sitt miljø. Eksempelvis vil barn som har tendenser til å være sint og utålmodig generelt utløse flere negative responser fra omsorgspersoner enn barn med mindre utfordrende atferd (Saarni, 2006). De negative responsene fra omverdenen vil i sin tur bidra til en negativ spiral som opprettholder eller forsterker den negative atferden hos barnet (Eisenberg et al., 1999). Det negative samspillet mellom barnet og omverden kan over tid øke risikoen for at barnet utvikler eksternaliserte vansker, og hvis det skjer da har det skjedd en eller flere transaksjoner.

Tilsvarende har engstelige barn en større tilbøyelighet til å være varsomme og tilbakeholdne i sosiale situasjoner enn mindre engstelige barn (Coplan et al., 2013). Disse reaksjonene øker både sannsynligheten for å oppleve negative responser fra jevnaldrende og bekrefter barnets sosiale frykt som dermed forsterker barnets tendens til å være forsiktige sammen med andre (Coplan et al., 2013).

Et sentralt poeng i transaksjonsmodellen er hvordan barns utvikling kan forstås ut fra en kontinuerlig dynamisk prosess hvor barnets individuelle egenskaper og dets miljø påvirker hverandre gjensidig over tid.

Tilknytningsrelaterte utfordringer i barndom kan knyttes til flere negative langsiktige konsekvenser, som emosjonell dysregulering, internaliserte og eksternaliserte vansker

Dette kan videre øke barnets risiko for utvikling av internaliserende vansker. Oppsummert kan man si at transaksjonsmodellen danner et rammeverk for teoriene eller modellene vi nå skal presentere nedenfor, som retter seg mer spesifikt mot utvikling av ulike psykiske vansker hos barn. Felles for modellene er at de har vært sentrale i utviklingen av intervensjoner for barn og unge.

Tilknytning og samspill i familien

En sentral teori som tar utgangspunkt i samspillet mellom voksne og barn er tilknytningsteori. Teorien setter søkelys på prosesser som involverer individuelle behov, voksen-barn-relasjonen og hvordan transaksjoner dem imellom er med på å forme livskvalitet og individuell utvikling (Bowlby, 2008; Bowlby, 1973). Teorien hviler på en biologisk antakelse om barns tilbøyelighet til å søke trygghet og støtte hos voksenpersoner i utrygge situasjoner. Transaksjonene mellom foresatte og barn i slike situasjoner er med på å forme barns interne arbeidsmodeller (dvs. mentale representasjoner av om de kan stole på sine foreldre), selvoppfatning og samspill med andre. Barn som opplever en utfordrende omsorgssituasjon preget av negativt samspill står i fare for å erfare problematisk og utrygg tilknytningen til foresatte, preget av ambivalens, unngåelse, desorganisert frykt for omsorgspersonen i tilfeller hvor barnets frykt- og tilknytningssystem er aktivert samtidig (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978; Bernard et al., 2012; Main & Solomon, 1990).

Tilknytningsrelaterte utfordringer i barndom kan knyttes til flere negative langsiktige konsekvenser, som emosjonell dysregulering, internaliserte og eksternaliserte vansker. For eksempel fant Fearon og kolleger (2010) at barn som viste desorganisert tilknytning hadde større sjans for eksternaliserte vansker. Andre har fremhevet sammenhenger mellom mangelfull tilknytning og emosjonsreguleringsferdigheter som igjen øker sjansen for psykiske vansker (Cicchetti & Toth, 2016; Sheeber, Hops, & Davis, 2001). Mangelfull tilknytning og regulering har også blitt knyttet til biologiske prosesser i form av atypiske kortisolverdier hos barn. Barn som viser desorganisert tilknytning har større sjans for å ha for lave (avstumpet) eller for høye (reaktiv) verdier av kortisol i stressende situasjoner (Gunnar & Herrera, 2013; Luijk et al., 2011).

Sammenhengene mellom familiemiljø, tilknytningsvansker og psykiske vansker hos barn har ført til at det har blitt satt et søkelys på tilknytning i intervensjoner for barn og unge (Cyr & Alink, 2017). Et vanlig fokus i familiefokuserte tilknytningsintervensjoner er ofte å styrke foresattes praksis og evne til å gi sensitivt og oppmerksomt nærvær for å fremme trygg tilknytning og barns reguleringsevne i stressede situasjoner. Intervensjonene kan også rette seg mot foreldres egne representasjoner i stressede situasjoner og deres foreldrepraksis (Bakermans-Kranenburg, Van IJzendoorn, & Juffer, 2005). Evidensen for intervensjonene har vært variabel og det er en tendens til at foreldretreningsprogrammer som retter seg mot konkret foreldrepraksis, som for eksempel å øke sensitiv foreldrepraksis, er mer effektive enn tiltak som i større grad er støttende og fokuserer på foreldres representasjoner (Bernard et al., 2012; Euser, Alink, Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg, & van IJzendoorn, 2015).

Et eksempel på et tiltak som har vist positive effekter er Attachment and biobehavioral catch-up (ABC), hvor målet er å trene foreldre i å gi sensitive responser i stressede situasjoner, å følge barns initiativ og ikke å opptre på skremmende måter i samspill med barnet (Bernard et al., 2012). Et annet eksempel på et program for å fremme sensitive relasjoner gjennom å endre foreldrepraksis er Filming interactions to nurture development (FIND) hvor målet er å endre foreldres sensitive kommunikasjonsferdigheter gjennom turtaking og utviklingsfremmende responser, samtidig som man adresserer foreldres egen emosjonsregulering og mentaliseringsevne (dvs. evnen til å vurdere mentale tilstander hos seg selv og andre) i samspill med barnet (Fisher, Frenkel, Noll, Berry, & Yockelson, 2016).

Barn som kommer fra familier hvor aggressivt og negativt samspill er dominerende vil i mange tilfeller vise mangelfulle sosiale ferdigheter og utfordrende oppførsel

Modell for sosial interaksjon og læring

Modell for sosial interaksjon og læring (SIL-modellen) beskriver hvordan sosiale interaksjoner og sosial læring bidrar til utvikling av eksternaliserte vansker hos unge (Patterson, 1982, 2016). I følge Sameroff (2009) er SIL-modellen en transaksjonsmodell med særlig søkelys på atferdsvansker. SIL-modellen beskriver hvordan mikrososiale prosesser i familiesamspillet opprettholder og forsterker eksternaliserte vansker og vektlegger hvordan man skal endre negative utviklingsspiraler. Det gjensidige negative samspillet består typisk av fiendtlige og aggressive ytringer fra barna, og negativ, inkonsekvent og overdreven streng foreldrepraksis fra foreldrene. Til sammen fører dette til tvangspregget samspill (engelsk: *coercion*) og en spiralliknende eskalering av konfliktnivå (Patterson, 2016).

Dette betyr at en part i foreldre-barn-dyaden initierer en fiendtlig væremåte som blir møtt med et negativt og fiendtlig motsvar fra den andre part. Hvis foreldre og barn fortsetter dette gjensidige tvangspregede samspillet vil konflikten fortsette å eskalere inntil en av dem enten gir seg eller det ender med raseriutbrudd, hyling og skriking, og i verste fall med voldelige utfall. Tvingende samspill handler altså om at to parter forsøker å presse eller tvinge sin vilje gjennom som svar på den andres initiativ ved bruk av fiendtlige og aggressive handlinger. Over tid vil foreldre ofte unngå situasjoner eller gi etter for barnets fiendtlige handlinger. Dette fører til en negativ forsterkning av barnets eksternaliserte atferd og vil typisk påvirke relasjonen mellom foresatte og barn negativt. Når et slikt samhandlingsmønster får utvikle seg over tid og sette seg, vil det etter hvert bli innlært og automatisert – en transaksjon har funnet sted (Sameroff, 2009).

I likhet med transaksjonsmodellen og Bronfenbrenners teori (Bronfenbrenner, 1977; Sameroff, 2009) har SIL-modellen (Patterson, 1982) et økologisk perspektiv ved at den vektlegger betydningen av ulike systemer rundt barnet. Barn som kommer fra familier hvor aggressivt og negativt samspill er dominerende vil i mange tilfeller vise mangelfulle sosiale ferdigheter og utfordrende oppførsel. Dette kan føre til konflikt og utstøting når de begynner på skolen, både blant voksne og barn (Forgatch & Patterson, 2010). Dette gjør at flere blir skolefaglige underdytere, som medfører at de lett trekkes mot likesinnede jevnaldrende og gjerne blir isolert fra et normalt oppvekstmiljø.

Det er god evidens for at SIL-baserte foreldretreningsprogrammer forebygger og reduserer atferdsvansker hos barn (Forgatch & Kjøbli, 2016). SIL-modellen danner det teoretiske grunnlaget både for Parent Management Training Oregon (PMTO), som er utviklet av Gerald Patterson og hans kollegaer, og De Utrolig Årene (DUÅ) som er utviklet av Webster-Stratton og hennes kollegaer (Forgatch & Patterson, 2010; Webster-Stratton, Reid, & Hammond, 2004). Følgelig inneholder også begge intervensjonene mange av de samme elementene (dvs. innhold og komponenter). Dette inkluderer elementer for å øke positivt samspill (f.eks. én-til-én-tid og positiv involvering) og atferdsregulerende elementer (f.eks. ros, oppmuntring og forutsigbare grenser) som bidrar til å dempe emosjonseskalerende og tvangspregget samspill. Målet i de SIL-baserte intervensjonene er å redusere foreldres negative praksis og erstatte denne med positiv og utviklingsfremmende praksis for å bedre relasjon og samhandling mellom foreldre. Dette reduserer konfliktnivået i familiene og barns eksternaliserte vansker (Patterson, 2016).

Uhensiktsmessig familietilpasning

Uhensiktsmessig familietilpasning (UFT; *family accomodation*) er en relativt ny, teoretisk modell som beskriver samspillsprosesser i familien som opprettholder og forsterker internaliserte utfordringer (Shimshoni, Shrinivasa, Cherian, & Lebowitz, 2019).

Forskningen på sammenhenger mellom familiesamspill og engstelse hos barn har ført til at UFT har blitt løftet frem som en viktig teoretisk modell for familiebaserte intervensjoner for å redusere angst hos barn

UFT henviser til endringer familiemedlemmer gjør i sin egen atferd for å unngå eller å dempe symptomer hos andre familiemedlemmer (Lebowitz, Panza, & Bloch, 2016). Slike atferdsendringer handler gjerne om overdreven kontroll og tilpasninger som foresatte gjør i for å (over)beskytte barnet sitt. Det kan dreie seg om å endre familiens rutiner, aktiv deltakelse i barns symptomer eller å legge til rette for unngåelsesatferd hos barnet. Opprinnelig ble UFT satt i sammenheng med tvangslidelser (Calvocoressi et al., 1995), men har i den senere blitt fremhevet i sammenheng med flere symptomer på angstlidelser og spesielt separasjonsangst (Lebowitz et al., 2016; Lebowitz et al., 2013; Shimshoni et al., 2019).

På samme måte som tilknytningsbasert teori og SIL-modellen, fremhever UFT hvordan sykluser av negativt samspill i familien kan føre til uønskede transaksjoner mellom foresatte og barn, som igjen kan føre til en negativ forsterkning av angstsymptomer hos barnet. Med andre ord: UFT retter søkelyset på transaksjonene i familiesamspillet som fører til negativ forsterkning av angstsymptomer hos barnet. Akkomodering av barns følelsesmessige uttrykk er naturlig. UFT fokuserer på den overdrevne kontrollen og beskyttelsen av barnet hvor transaksjonene får negative utviklingsmessige konsekvenser. Eksternaliserte problemer hos barnet er ofte til stede i disse transaksjonene og kan være med på å forsterke uhensiktsmessig samspill (Lebowitz, Storch, MacLeod, & Leckman, 2015). Over tid vil uhensiktsmessig samspill redusere barns mestring av ferdigheter de trenger i sin hverdag og bidra til å redusere utfall av for eksempel kognitiv atferdsterapi (Strauss, Hale, & Stobie, 2015).

Forskningen på sammenhenger mellom familiesamspill og engstelse hos barn har ført til at UFT har blitt løftet frem som en viktig teoretisk modell for familiebaserte intervensjoner for å redusere angst hos barn (Shimshoni et al., 2019). I likhet med SIL-modellen, handler det om å redusere tvangspreget samhandling og å redusere negative transaksjoner som forsterker problematisk utvikling hos barnet. I likhet med SIL- og tilknytningsbasert intervensjon, handler det i UFT om å erstatte negative transaksjoner med positive og utviklingsfremmende transaksjoner. Både i UFT og SIL-modellen er det sentralt at foreldre gjør det man kaller for unngåelsesatferd, for eksempel ved at de unngår bestemte situasjoner eller å følge opp forventninger til barnet for å dempe symptomer.

Et eksempel på et tiltak som bygger på UFT er The supportive parenting for childhood emotions (SPACE) program (Lebowitz, Omer, Hermes, & Scahill, 2014). I SPACE blir foresatte instruert i å redusere kontrollerende og unngåelsesatferd og lært opp i sensitive og positive kommunikasjonsstrategier som fremmer barns mestring av ferdigheter i stressede situasjoner. Effekten av SPACE er blitt sammenliknet med kognitiv atferdsterapi og funnet like effektiv til å redusere angstsymptomer hos barn (Zilcha-Mano, Shimshoni, Silverman, & Lebowitz, 2020). UFT blir også brukt sammen med individuell kognitiv terapi mot angstsymptomer hos barn (Shimshoni et al., 2019) og kan også brukes i tilfeller hvor barnet motsetter seg eller det ikke er formålstjenlig at barnet selv deltar i intervensjon.

Familiesamspill og transteoretisk intervensjon

Det har blitt hevdet at intervensjonsfeltet i større grad bør integrere kunnskap fra utviklingspsykologien (Cicchetti & Toth, 2016). Forskningen og teoriene vi har beskrevet viser hvor sentralt familiesamspill er i barns utvikling og psykiske helse, og kan således være en måte å integrere kunnskap fra utviklingspsykologi og intervensjonfeltet. Som nevnt kan familiesamspill kan ses på som en underliggende transdiagnostisk faktor i barns utvikling. Tilknytningsteori, SIL-modellen og UFT vektlegger alle ulike nyanser og prosesser i transaksjonene i familiesamspillet. På tross av de unike prosessene har teoriene også flere likhetstrekk.

Både i tilknytningsbasert intervensjon, i SIL-modellen og i UFT handler det om å redusere negativt samspill og å fremme utviklingsfremmende samspill gjennom å modifisere foresattes forståelse og foreldrepraksis i stressede situasjoner: å skape utviklingsfremmende transaksjoner. Et mer konkret eksempel på en prosess som går igjen i både SIL-modellen og i UFT er det tvingende samspillet. Dette reiser spørsmålet: Er det slik at tvingende samspill ligger til grunn både for eksternaliserende og internaliserende problemer?

Familiesamspillets funksjon i form av multifinalitet og komorbiditet tyder på at foreldrepraksis kan være en nøkkelfaktor for å fremme positiv utvikling hos barn og for å forebygge psykiske vansker hos barn på tvers av tradisjonelle skillelinjer i intervensjonsfeltet, mellom tiltak som retter seg mot enten internaliserte eller eksternaliserte vansker (Chu, Temkin, & Toffey, 2016; Marchette & Weisz, 2017). I en oversiktsartikkel fremhevet Shonkoff og Fisher (2013) hvordan hybride intervensjoner, hvor en kombinerer tilknytningsbasert kunnskap og SIL-basert kunnskap, representerte en mulighet for innovasjon i intervensjonsfeltet. Vi vil legge til UFT i denne likningen: utviklingsstøttende foreldrepraksis basert på UFT bør kunne integreres og kombineres i en bred transteoretisk intervensjonsmodell sammen med sensitiv og utviklingsfremmende elementer basert på SIL og tilknytningskunnskap.

Like fullt som familiesamspill representerer en underliggende transdiagnostisk faktor, som kan hjelpe barn på tvers av symptomkategorier, trenger vi en bred teoretisk tilnærming til samspill for å forstå og hjelpe familier med sammensatte, komorbide og heterogene vansker. En transteoretisk intervensjonsmodell, som baserer seg på flere teoretiske innfallsvinkler, muliggjør et fokus på den felles underliggende transdiagnostiske faktoren samtidig som en kan kombinere flere årsaker og prosesser til å adressere samspillet innenfor én intervensjonsmodell. En transteoretisk familiebasert tilnærming vil muliggjøre en fleksibel tilpasning i henhold til familiens og barnets behov. Samtidig ligger det et stort potensial i å intervenere på den bakenforliggende sårbarheten for psykiske vansker, fremfor kun å adressere forskjellige symptomuttrykk for denne sårbarheten i ulike intervensjonsmodeller (Meier & Meier, 2018), både for klienter og for hjelpeapparatet. Derfor bør også det å styrke familiesamspill være en nøkkel i arbeidet med å hjelpe flere barn og unge mer effektivt i fremtiden.

Familiesamspill representerer en av flere underliggende faktorer i barns utvikling av psykiske vansker

Konklusjon

Familiesamspill representerer en av flere underliggende faktorer i barns utvikling av psykiske vansker. På mange måter forener prosessuell risiko, i form av familiesamspill, sårbarheten knyttet til individuelle og kontekstuelle risikofaktorer. Prosesser i familien representerer også en risikofaktor som kan endres på. Intervensjoner som er basert på endring av foreldrepraksis er også en tilnærming hvor man kan unngå problemfokus og stigma på barnet. Sammen med det utviklingspsykologiske faktum at barn i tidlige år er spesielt avhengige av sine foresatte, bør familiebasert forebygging av psykiske vansker være spesielt aktuelt. Men det er fortsatt mange store hull å tette i utviklings- og intervensjonsforskningen. Hva er prosessene som forener familiesamspillet med psykiske vansker hos barn? Mer kunnskap om de utviklingspsykologiske mekanismene som forener familiesamspill og ulike psykiske vansker hos barn vil kunne bidra til innovasjon og mer treffsikker intervensjon som er i større samsvar med barn og unges individuelle behov.

Referanser

- Ainsworth, M. D., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment*. In: Hillsdale, nj: erlbaum.
- Aldao, A., Gee, D. G., De Los Reyes, A., & Seager, I. (2016). *Emotion regulation as a transdiagnostic factor in the development of internalizing and externalizing psychopathology: Current and future directions*. *Development and Psychopathology*, 28(4pt1), s. 927-946.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2005). *Disorganized infant attachment and preventive interventions: A review and meta-analysis*. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 26(3), s. 191-216.
- Bernard, K., Dozier, M., Bick, J., Lewis-Morrarty, E., Lindhiem, O., & Carlson, E. (2012). *Enhancing attachment organization among maltreated children: Results of a randomized clinical trial*. *Child development*, 83(2), s. 623-636.
- Bowlby, E. J. M. (2008). *Attachment: Volume One of the Attachment and Loss Trilogy*. Random House.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Volume II: Separation, anxiety and anger*. In *Attachment and loss: Volume II: Separation, anxiety and anger* s. 1-429. London: The Hogarth press and the institute of psycho-analysis.
- Bronfenbrenner, U. (1977). *Toward an experimental ecology of human development*. *American Psychologist*, 32(7), s. 513.
- Calvocoressi, L., Lewis, B., Harris, M., Trufan, S. J., Goodman, W. K., McDougale, C. J., & Price, L. H. (1995). *Family accommodation in obsessive-compulsive disorder*. *The American Journal of Psychiatry*.
- Carver, C. S., Johnson, S. L., & Timpano, K. R. (2017). *Toward a Functional View of the p Factor in Psychopathology*. *Clinical Psychological Science*, 2167702617710037.
- Caspi, A., Houts, R. M., Ambler, A., Danese, A., Elliott, M. L., Hariri, A., . . . Ramrakha, S. (2020). *Longitudinal assessment of mental health disorders and comorbidities across 4 decades among participants in the Dunedin birth cohort study*. *JAMA network open*, 3(4), e203221-e203221.
- Chu, B. C., Temkin, A. B., & Toffey, K. (2016). *Transdiagnostic Mechanisms and Treatment for Children and Adolescents An Emerging Field*. In. *Oxford Handbooks Online*.
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2016). *Child maltreatment and developmental psychopathology: A multilevel perspective*.
- Coplan, R. J., Rose-Krasnor, L., Weeks, M., Kingsbury, A., Kingsbury, M., & Bullock, A. (2013). *Alone is a crowd: social motivations, social withdrawal, and socioemotional functioning in later childhood*. *Developmental psychology*, 49(5), s. 861.
- Cyr, C., & Alink, L. R. (2017). *Child maltreatment: The central roles of parenting capacities and attachment*. *Current opinion in psychology*, 15, s. 81-86.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., Shepard, S. A., Guthrie, I. K., Murphy, B. C., & Reiser, M. (1999). *Parental reactions to children's negative emotions: Longitudinal relations to quality of children's social functioning*. *Child development*, 70(2), s. 513-534.
- Euser, S., Alink, L. R., Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2015). *A gloomy picture: a meta-analysis of randomized controlled trials reveals disappointing effectiveness of programs aiming at preventing child maltreatment*. *BMC public health*, 15(1), s. 1068.
- Evans, G. W., Li, D., & Whipple, S. S. (2013). *Cumulative risk and child development*. *Psychological Bulletin*, 139(6), s. 1342.
- Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H., Lapsley, A. M., & Roisman, G. I. (2010). *The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: a meta-analytic study*. *Child development*, 81(2), s. 435-456.
- Fisher, P. A., Frenkel, T. I., Noll, L. K., Berry, M., & Yockelson, M. (2016). *Promoting healthy child development via a two-generation translational neuroscience framework: the Filming Interactions to Nurture Development video coaching program*. *Child development perspectives*, 10(4), s. 251-256.
- Forgatch, M. S., & Kjøbli, J. (2016). *Parent Management Training—Oregon Model: Adapting Intervention with Rigorous Research*. *Family Process*.
- Forgatch, M. S., & Patterson, G. R. (2010). *Parent Management Training—Oregon Model: An intervention for anti-social behavior in children and adolescents*. *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*, 2, s. 159-178.
- Fraire, M. G., & Ollendick, T. H. (2013). *Anxiety and oppositional defiant disorder: A transdiagnostic conceptualization*. *Clinical psychology review*, 33(2), s. 229-240.
- Gunnar, M. R., & Herrera, A. M. (2013). *The development of stress reactivity: A neurobiological perspective*.
- Heckman, J. J. (2006). *Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children*. *Science*, 312(5782), s. 1900-1902.
- Lebowitz, E. R., Omer, H., Hermes, H., & Scahill, L. (2014). *Parent training for childhood anxiety disorders: the SPACE program*. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21(4), s. 456-469.
- Lebowitz, E. R., Panza, K. E., & Bloch, M. H. (2016). *Family accommodation in obsessive-compulsive and anxiety disorders: a five-year update*. *Expert review of neurotherapeutics*, 16(1), s. 45-53.
- Lebowitz, E. R., Storch, E. A., MacLeod, J., & Leckman, J. F. (2015). *Clinical and family correlates of coercive-disruptive behavior in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder*. *Journal of Child and Family Studies*, 24(9), s. 2589-2597.
- Lebowitz, E. R., Woolston, J., Bar-Haim, Y., Calvocoressi, L., Dauser, C., Warnick, E., . . . Hermes, H. (2013). *Family accommodation in pediatric anxiety disorders*. *Depression and anxiety*, 30(1), s. 47-54.
- Luijk, M. P., Roisman, G. I., Haltigan, J. D., Tiemeier, H., Booth-LaForce, C., Van IJzendoorn, M. H., . . . Hofman, A. (2011). *Dopaminergic, serotonergic, and oxytonergic candidate genes associated with infant attachment security and disorganization? In search of main and interaction effects*. *Journal of child psychology and psychiatry*, 52(12), s. 1295-1307.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). *Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the*

- Ainsworth *Strange Situation*. Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention, 1, s. 121-160.
- Marchette, L. K., & Weisz, J. R. (2017). *Practitioner Review: Empirical evolution of youth psychotherapy toward transdiagnostic approaches*. Journal of child psychology and psychiatry, 58(9), s. 970-984.
- Meier, M. A., & Meier, M. H. (2018). *Clinical implications of a general psychopathology factor: A cognitive-behavioral transdiagnostic group treatment for community mental health*. Journal of Psychotherapy Integration, 28(3), s. 253.
- Morris, A. S., Criss, M. M., Silk, J. S., & Houlberg, B. J. (2017). *The impact of parenting on emotion regulation during childhood and adolescence*. Child development perspectives, 11(4), s. 233-238.
- Patterson, G. R. (1982). *Coercive family process (3)*. Castalia Publishing Company.
- Patterson, G. R. (2016). *Coercion theory: The study of change*. The Oxford handbook of coercive relationship dynamics, s. 7-22.
- Reneflot, A., Aarø, L., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K., & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Retrieved from fhi.no:
- Saarni, C. (2006). *Emotion regulation and personality development in childhood*. Handbook of personality development, s. 245-262.
- Sameroff, A. (2009). *The transactional model*. American Psychological Association.
- Sameroff, A., Gutman, L. M., & Peck, S. C. (2003). *Adaptation among youth facing multiple risks: Prospective research findings*. Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities, 1, s. 364-391.
- Sheeber, L., Hops, H., & Davis, B. (2001). *Family processes in adolescent depression*. Clinical child and family psychology review, 4(1), s. 19-35.
- Shimshoni, Y., Shrinivasa, B., Cherian, A. V., & Lebowitz, E. R. (2019). *Family accommodation in psychopathology: A synthesized review*. Indian journal of psychiatry, 61(Suppl 1), s. 93.
- Shonkoff, J. P., & Fisher, P. A. (2013). *Rethinking evidence-based practice and two-generation programs to create the future of early childhood policy*. Development and Psychopathology, 25(4pt2), s. 1635-1653.
- Strauss, C., Hale, L., & Stobie, B. (2015). *A meta-analytic review of the relationship between family accommodation and OCD symptom severity*. Journal of anxiety disorders, 33, s. 95-102.
- Webster-Stratton, C., Reid, M. J., & Hammond, M. (2004). *Treating children with early-onset conduct problems: Intervention outcomes for parent, child, and teacher training*. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 33(1), s. 105-124.
- Zilcha-Mano, S., Shimshoni, Y., Silverman, W. K., & Lebowitz, E. R. (2020). *Parent-Child Agreement on Family Accommodation Differentially Predicts Outcomes of Child-Based and Parent-Based Child Anxiety Treatment*. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, s. 1-13.

Relasjoner og familie: Utviklingspsykologiske overganger i oppveksten og hva som påvirker dem

Av Lars Smith



Lars Smith er professor emeritus og har arbeidet som forsker og lærer ved Psykologisk institutt i over 40 år. Han har publisert bredt i den internasjonale forskningslitteraturen og vært forfatter av flere norske lærebøker.

Smith var blant initiativtakerne til den prospektive longitudinelle studien Liten i Norge, en oppfølgingsundersøkelse av barn der flere enn 1000 foreldre ble med fra svangerskapet av.

Genenes uttrykk kan bli påvirket av miljømessige forhold både før og etter fødselen. Tidlige erfaringer kommer altså inn under huden og påvirker biologien selv før barn blir født. Den viktigste overgangsperioden i et barns liv finner sted i tiden omkring fødselen. Arvelige egenskaper i tillegg til epigenetiske endringer i svangerskapet og i den første levetiden under påvirkning av miljøet gjør at noen barn er spesielt sensitive, mens andre er mer hardføre. Cirka én av fem babyer er spesielt sensitive og utfordrer derfor lett foreldres omsorgskompetanse. For foreldre, veiledere og hjelpeapparatet er det viktigere å ta hensyn til barnas individuelle sensitivitet enn å se om de gjør som forventet på et bestemt alderstrinn. Denne artikkelen handler om utviklingspsykologiske skifter frem til puberteten og ser på hvordan barnas relasjonserfaringer former dem.

Menneskebarnet kommer ikke til verden som en ubeskrevet tavle ettersom erfaringer kan risse sine tegn inn allerede før fødselen. Det skjer for en stor del gjennom epigenetiske prosesser som gjør at genenes uttrykk kan bli påvirket av miljømessige forhold både før og etter fødselen. Gener kan bli brakt til taushet for kortere eller lengre tid gjennom såkalt DNA-metylering, noe som fører til at en genetisk programmert funksjon blir slått av når en metylgruppe blir heftet på cytosinene i DNA-et. Det vil si at erfaringer, spesielt av den type som er relatert til mødres stress i svangerskapet og som blir formidlet av neurotransmittere og hormoner, kan gjøre at enkelte gener blir brakt til taushet på en mer eller mindre varig måte. Motsatt fører demetylering til at produksjonen av det proteinet som er forbundet med et gitt gen, blir forhøyet. Stress i spedbarnsalderen kan også føre til epigenetisk betingete endringsprosesser hos sensitive barn. For eksempel kan vedvarende fysisk eller emosjonell mishandling føre til kronisk stress med uheldige virkninger på hjernens utvikling og barnets tilpasning (Shonkoff mfl. 2009).

Det er fremmet en hypotese om at barn er forskjellige med hensyn til plastisitet. Den går ut på at de som har en bestemt genotype er mer mottakelige enn andre individer når det gjelder påvirkninger fra miljøet, om disse utgjør en risiko eller en beskyttelse

Helt enkelt kan vi si at epigenetiske modifikasjoner handler om hvordan genenes uttrykk blir programmert av miljømessige påvirkninger - eller hvordan tidlige erfaringer kommer inn under huden og påvirker biologien. Stress i svangerskapet eller i barnets første levetid, assosiert med for eksempel mødres feilernæring, bruk av rusfremkallende medikamenter eller et vanskelig partnerforhold, eller med et barns tidlige oppvekst i en dysfunksjonell familie preget av vedvarende frykt og vanskelige opplevelser, kan ha effekter på barns utvikling før de blir født eller i løpet av de første leveår (se Carey, 2012, særlig kap. 12).

Fakta epigenetikk

Epigenetikk handler om hvordan både arv og miljø former oss og gjør oss til dem vi er. Epigenetikken er altså et bindeledd mellom arv og miljø som forklarer hvordan miljøpåvirkning kan endre uttrykket til de fleste gener. Epigenetikk er vitenskapen om arvbare, reversible endringer i genaktivitet uten at rekkefølgen på DNA-sekvensen endrer seg. Genene inneholder informasjon om egenskapene en organisme potensielt kan ha, men epigenetiske mekanismer styrer om egenskapene kommer til uttrykk eller ikke.

Kilde: Store medisinske leksikon

Det er fremmet en hypotese om at barn er forskjellige med hensyn til plastisitet. Den går ut på at de som har en bestemt genotype er mer mottakelige enn andre individer når det gjelder påvirkninger fra miljøet, og om disse utgjør en risiko eller en beskyttelse (Belsky mfl., 2007). Det vil si at bestemte genotyper kan gjøre at noen barn viser forsterkede negative effekter når de blir utsatt for uheldige miljøforhold, og at de samme barna viser skjerpede positive effekter når de blir eksponert for beskyttende miljøforhold. Hypotesen om differensiell plastisitet har funnet støtte blant annet i en oppfølgingsundersøkelse (The Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study), der flere enn 1000 barn ble fulgt opp fra tre år til voksen alder (Breslau mfl., 2014; Caspi mfl. 2002).

I denne studien ble individuelle forskjeller i et bestemt gen (monoamin oxidase A, det såkalte MAOA-genet) anvendt for å karakterisere genetisk sårbarhet blant barn som hadde vært utsatt for mishandling. Det ble undersøkt om MAOA-genet modifierer effekten av mishandling på guttenes utvikling av antisosial atferd. Dette gen er lokalisert på X-kromosomet og koder et enzym som innvirker på nevrotransmittere (norepinefrin, serotonin og dopamin) og gjør disse inaktive. Deltakerne besto av tre grupper der mishandling kunne ha funnet sted i alderen fra tre til elleve år. 64 prosent av guttene hadde ikke vært utsatt for mishandling, 28 prosent hadde sannsynligvis vært det, mens alvorlig verifisert mishandling hadde funnet sted blant åtte prosent. Resultatene viste at relasjonen mellom mishandlingsstatus og senere antisosial atferd delvis var en funksjon av lav aktivitet i MAOA-genet. Det gjaldt for fire forskjellige utfallsvariabler: atferdsvansker, tiltale for voldelig lovbrudd, voldelig disposisjon og antisosial personlighetsforstyrrelse.

Første skritt

Den viktigste overgangsperioden i et barns liv finner sted i tiden omkring fødselen. Da må den lille tilpasse seg en tilværelse utenfor livmoren, med de utfordringer det representerer for de systemene som har å gjøre med immunforsvar, temperaturregulering og regulering av emosjoner og atferdstilstander. Mennesket er blant de arter der avkommet er temmelig hjelpeløst ved fødselen, noe som krever foreldreomsorg

gjennom et langstrakt tidsrom. Likevel har barnet også sin egen innvirkning på omsorgen som det mottar; reaksjonen på foreldres omsorgsfunksjon er delvis er betinget av egenskaper hos barnet. Arvelige egenskaper samt epigenetiske endringer i svangerskapet og i den første levetiden under påvirkning av miljøet gjør at noen barn er spesielt sensitive, mens andre er mer hardføre. De sensitive barna er vanskeligere å regulere når det gjelder emosjonelle uttrykk - de er for eksempel ofte irritable og lar seg ikke så lett roe når de gråter. De er også vanskeligere å lese når det gjelder hvor de til enhver tid befinner seg på en tilstandsdimensjon fra søvn til rolig eller aktiv våkenhet. Om lag én av fem babyer kan sies å være spesielt sensitive og utfordrer derfor lett foreldres omsorgskompetanse. Når foreldre ikke klarer å håndtere sensitive og urolig barn på en god måte, kan barna lett komme inn i en vond sirkel som kan føre til senere vansker. Hvis foreldrene derimot klarer å mestre slike egenskaper hos barna, har sensitive babyer ofte et stort potensial for en heldig utvikling. Mer hardføre barn er det flere av. De er relativt sett mindre påvirket av de voksnes omsorgsstil og vil som regel ikke utfordre foreldrenes omsorgssystem i så stor grad (Boyce, 2019).

Hva er en utviklingspsykologisk overgang?

Hva er det som karakteriserer et utviklingspsykologisk skifte? I hovedsak er det fire kjennetegn som må vurderes:

1. Vil et barn som har gjennomgått et utviklingsmessig skifte, vise et annet atferdsmønster enn det hadde før overgangen fant sted?
2. Hvis atferden er blitt annerledes, er forskjellen i så fall av kvantitativ eller kvalitativ art?
3. Hvis endringen gjelder nivået av en allerede eksisterende funksjon (dvs. er kvantitativ), skjer den i så fall over et lengre tidsrom eller i løpet av forholdsvis kort tid?
4. Hvis endringen gjelder tilsynekomst av en ny funksjon (dvs. er kvalitativ), er den da resultatet av en reorganisering av funksjoner som allerede fantes eller er det tilsynekomst av nye funksjoner?

Det er ikke full enighet blant utviklingspsykologer om hvor mange overganger som finnes og nøyaktig når de inntreffer. Det er blant annet betinget av ens teoretiske utgangspunkt og i hvilken grad man vil stille en spesiell aldersperiode i fokus. Tilnæringsmåten vil være forskjellig hvis man for eksempel er opptatt av hele livsløpet eller om spørsmålet er begrenset til barnealderen. Angrepsmåten er også avhengig av hvilket utviklingsdomene som man er mest opptatt av. For eksempel kan overgangene være annerledes når det gjelder den kognitive veksten enn når det handler om den sosial-emosjonelle utviklingen. I denne rapporten, som gjelder barns utvikling frem til puberteten, legges vekten på de utviklingspsykologiske overgangene som er knyttet til samshandlingsaktivitet. Det beskrives fire skifter i utviklingen: (1) fra fasen der barnets oppmerksomhet hovedsakelig er rettet mot en sosial partner til det etableres felles oppmerksomhet, (2) fra felles oppmerksomhet til deling av mentale forestillinger (3) fem til sju-års-skiftet, som innebærer nye og store forandringer i tilpassning og atferd og (4) utviklingen ved overgang fra barnealder til kjønnsmoden alder. Spørsmålet er hvordan barnets relasjonserfaringer kan tenkes å påvirke disse overgangene.

Første overgang: fra dyadisk til triadisk interaksjon

I de fem første levemånedene er det hovedsakelig dyadiske samspill ansikt-til-ansikt direkte med en annen person som er hovedtemaet i barnets samhandling med andre mennesker. Barnet kan rette oppmerksomheten mot en sosial partner, men klarer ennå ikke å veksle oppmerksomheten mellom to personer eller mellom person og objekt.

I de fem første levemånedene er det hovedsakelig dyadiske samspill ansikt-til-ansikt direkte med en annen person som er hovedtemaet i barnets samhandling med andre mennesker

Overgangen til triadisk interaksjon (barn-voksen-objekt/hendelse) skjer i 5-6-månedersalderen ved at barnets interesse til en viss grad skifter over fra menneske til objekt, eller at det lettere kan veksle oppmerksomhet mellom objekt og person

Denne måten å fungere på har vært kalt primær intersubjektivitet (Trevarthen, 1977). Allerede i andre levemåned er reaksjonene på gjenstander og personer så forskjellige at man regner med at de tilhører to ulike kategorier i barns bevissthet. Mens fysiske objekter vekker interesse og gir muligheter for handling, er personer tilgjengelige for å stimulere barnet ved hjelp av lyder og ekspressive bevegelser. I de første levemåneder består barnets bidrag av kurrelyder, smil, spesielle bevegelser med leppene og tungen, hodebevegelser, håndbevegelser og øyebevegelser mot og vekk fra den voksnes øye- og munnparti. Barna viser gjennom sine reaksjoner at de er oppmerksomme på og imiterer omsorgspersonens signaler. Den voksne produserer på sin side uttrykk som er tilpasset barnets perseptuelle kapasiteter og interesser. De utfører ofte på en helt intuitiv måte atferd som speiler og utfyller barnets signaler (Smith, 2014).

Rent deskriptivt er det liten grunn til å reise tvil om fenomenet primær intersubjektivitet. Men når det gjelder den teoretiske tolkningen skal man være forsiktig. Noen hevder begrepet innebærer at barn allerede i de første levemånedene forstår andre mennesker som målrettede, mentale og reflekterende personer, og at de kan koordinere denne forståelsen med sin egen oppfatning av selvet. Mange foreldre og noen psykologer vil gjerne tro at små babyer er født med et sosialt program som gjør det mulig for dem å avstemme seg i overensstemmelse med de voksnes emosjonelle uttrykk. Det er gunstig at foreldre har en slik overbevisning og at de er innstilt på å overfortolke barnas atferd. Likevel er det høyst uklart hva barn i de første levemåneder forstår av voksnes sosiale speiling og sammenhengen mellom egen atferd og omsorgspersonens spedbarnsrettete atferd.

Overgangen til triadisk interaksjon (barn-voksen-objekt/hendelse) skjer i 5-6-månedersalderen ved at barnets interesse til en viss grad skifter over fra menneske til objekt, eller at det lettere kan veksle oppmerksomhet mellom objekt og person. Dette er et kvalitativt nytt atferdsmønster som muliggjør ikke-verbale former for kommunikasjon. Den videre utviklingen er likevel en langvarig prosess, og mange av de ikke-verbale kommunikasjonsferdighetene er ikke ferdigutviklet før ut i det andre leveåret.

Det er to prototypiske kommunikasjonsformer i denne fasen: deklorative og imperative gester. De forekommer i situasjoner der barnet forstår at når det gir uttrykk for noe, vil gestene tjene et kommunikativt formål, og signalene er rettet mot en person istedenfor mot selve målobjektet. Det kan være at barnet vil ha tak i en gjenstand eller ønsker at noe skal skje, og derfor prøver å styre den andres atferd for å få hjelp til å nå målet (imperative gester). Eller at det er situasjoner der barnet ønsker at den andre skal bli oppmerksom på noe i omgivelsene, slik at de kan være sammen om opplevelsen (deklorative gester). Disse formene for kommunikasjon forutsetter at barnet er i stand til å oppfatte at et annet menneske er et psykologisk vesen som handler med hensikt og er oppmerksom på noe bestemt i omgivelsene, og at den andres psykologiske tilstand kan bringes i overensstemmelse med hva barnet prøver å oppnå eller er oppmerksom på.

I denne perioden begynner barnet også å bli oppmerksom på samsvaret mellom egne og andre personers uttrykksformer. Et barn i 9-10-månedersalderen kan for eksempel gi et objekt til en annen og vise glede når hun eller han anerkjenner og mottar gjenstanden. Et annet eksempel er en omsorgsperson som viser babyen hvordan den kan utføre en ferdighet; barnet er mottakelig for instruksjonen og ser deretter på den voksne, og begge uttrykker glede. Slike tillitsfulle samhandlingsformer med objekter er blitt kalt sekundær intersubjektivitet (Trevarthen og Hubley, 1978). Barn på dette alderstrinnet kan også når de er usikre på hva de skal gjøre, se etter holdepunkter i den andre personens ansiktsmimikk og på den måten foreta en sosial referanse før de handler.

Når barn kommer opp i 18-månedersalderen inntreffer et nytt skifte i og med at språket blir en bærekraft i den videre utvikling

I overgangen fra dyadisk til triadisk interaksjon viser barnet et annet atferdsmønster enn det hadde før overgangen fant sted. Forskjellen er av kvalitativ art; det er snakk om tilsynekomst av nye funksjoner.

Andre overgang: fra triadisk interaksjon til interaksjon basert på felles mentale forestillinger

Når barn kommer opp i 18-månedersalderen inntreffer et nytt skifte i og med at språket blir en bærekraft i den videre utvikling. I denne perioden er språket ikke bare et viktig kommunikativt redskap, men en vesentlig komponent i den mentale utviklingen. Det betyr at samspill ikke lenger kan forstås uavhengig av bruk av et språk. Etter denne overgangen viser barnet et annet atferdsmønster enn tidligere, men endringene skjer over et lengre tidsrom og er resultat av en reorganisering av det første primitive språket som hadde sin begynnelse allerede rundt ett-årsalderen. At foreldrene snakker med barna om nåværende hendelser vil også påvirke barnas hukommelse.

Et eksempel på denne nye måten å fungere på er felles hukommelse. Foreldre er forskjellige når det gjelder hvordan de bruker hukommelsesbaserte dialoger i samspill med små barn. Det kan skilles mellom to ulike stiler for hukommelsesdialog: en pragmatisk og en utbrodert. Foreldre som bruker den pragmatiske stilen, snakker mest om praktiske ting, for eksempel hvor barnet har lagt fra seg en gjenstand eller hva det kan bruke den til. Når de snakker om felles opplevelser, konsentrerer disse foreldrene seg mest om hvem eller hva, mens foreldre som anvender den utbroderte stilen, prøver få barna til å dele opplevelsene med seg. Noen ganger greier de sistnevnte å få toåringen til å delta i en språklig rekonstruksjon av det som har hendt. Det er en sammenheng mellom foreldres bruk av den utbroderte stilen i treårsalderen og barns hukommelse av tidligere felles opplevelser så sent som ved seks år (Tessler og Nelson, 1994). Når de snakker med barn, velger noen foreldre å legge vekt på å sette navn på ting og beskrive gjenstander, mens andre er mer opptatt av tidsperspektiv, intensjonalitet, årsaksforhold og vurderinger, samt å relatere det de har sett til barnas egne erfaringer. Det er barn av de sistnevnte som senere husker mest av hva de har opplevd. Små barn husker som regel mye mindre av hendelser som de ikke har snakket sammen med foreldrene om.

Et annet eksempel på hvordan barn fungerer etter den andre overgangen er veiledet deltakelse. Barnas mentale vekst kan på dette alderstrinnet ikke lenger forstås uavhengig av de sosiale forhold de lever under. Kognisjon er for en stor del en sosialt konstruert prosess i den betydning at barn først lærer ferdigheter med sosial assistanse før de senere klarer å utføre dem alene. Slik sett er de å betrakte som lærlinger i å tenke og bruke språket (Rogoff, 1990). Veiledet deltagelse er et begrep som brukes for å beskrive måten som voksne og barn (eller eldre og yngre barn) samarbeider på i løsningen av praktiske problemer, der de underveis kommer frem til en felles forståelse. På denne måten får barna hjelp til å tilpasse oppfatningen av nye situasjoner, og få struktur på sine forsøk på å løse utfordrende oppgaver.

Etter at barn har passert det andre utviklingsskiftet står dynamikken som skapes i spenningsfeltet mellom barn og samfunn helt sentralt. Barnets utvikling befinner seg nå i krysningpunktet mellom natur og kultur. Synspunktet er at når barn deltar i sosial aktivitet, inngår de i prosedyrer som gradvis omformer deres evner. Utvikling handler på dette utviklingstrinnet om at barn gjør gyldig for seg selv prosesser som de opprinnelig delte med andre. Som Vygotsky formulerte det: «Enhver funksjon i barnets kulturelle utvikling viser seg to ganger: først på det sosiale plan, og senere på det individuelle nivå; først mellom mennesker (interpsykologisk) og så i barnet (intrapsykologisk)... Alle høyere funksjoner begynner som virkelige relasjoner mellom mennesker.» (Vygotsky, 1978, s. 57).

Overgangen fra fem til sju år innebærer at barnet i større grad fungerer på grunnlag av fornuft og ansvarlighet.

Denne andre overgangsperioden innvarsler tilsynelatende av nye atferdsmønstre hos barnet – handlingsmønstre som i mye større grad enn tidligere er synkronisert med omsorgspersonenes affærer. Det har skjedd et skifte av kvalitativ art som må forstås som en reorganisering av funksjoner som fantes i den forutgående fasen (f.eks. felles oppmerksomhet og sekundær intersubjektivitet).

Tredje overgang: Fem- til sjuårsskiftet

Overgangen fra fem til sju år innebærer at barnet i større grad fungerer på grunnlag av fornuft og ansvarlighet. Endringene er godt merkbare for foreldre, førskolelærere, lærere og andre som har barn i denne alderen tett innpå seg. I alle samfunn og til alle tider begynner barn på dette alderstrinnet å ta del i de voksnes virksomheter så som pass av mindre barn, husarbeid og all slags aktivitet utenfor hjemmet. Rundt omkring i verden har skolesystemene vært basert på at man er klar over de utviklingsmessige forandringene som finner sted på dette alderstrinnet og gjør at barn er lærenemme.

Fem- til sjuårsskiftet innebærer at barn stort sett forlater sitt egosentriske fokus med vekt på eget synspunkt, og begynner å forstå at andre personer har mulighet til å velge mellom flere synsmåter. Det finner også sted en endring i barnets moralforståelse. Mens yngre barn er styrt av en konsekvensmoral, har mange barn i sen førskolealder innsett at det finnes et moralsystem basert på sosial overenskomst.

Fem- til sjuårsskiftet innebærer forandringer innenfor mange atferdsdomener. Disse endringene er som regel innholdsspesifikke og altså ikke uttrykk for en sentral og synkronisert reorganiseringsprosess. Det vil si at overgangene kan finne sted på ulike tidspunkter for forskjellige funksjoner innenfor denne perioden, og at det også er rom for individuelle forskjeller i rekkefølgen av endringer. Skiftet spenner vidt og omfatter barns kognisjon, sosial-emosjonelle atferd og deltakelse i sosiokulturelle aktiviteter. Selv om mange endringer fremtrer tydelig først i alderen fra fem til sju, har noen av disse funksjonsmåtene røtter tilbake til småbarnsalderen. Vi kan likevel være sikre på at fem- til sjuårsskiftet innebærer reelle overganger i barns psykologiske fungering.

Et eksempel er teorien om sinnet (*Theory of Mind*, ToM). I en viss forstand kan man si at barn i tre- fireårsalderen allerede har en sinnsforståelse. Det finner sted et skifte en gang mellom to og et halvt år og fire år i barns forståelse av å være feilaktig overbevist om noe. Likevel er ikke evnen til å forstå andres falske overbevisninger det samme som evnen til å ha en fortolkende ToM, selv om det kan være en nødvendig forutsetning. Å ha en fortolkende ToM vil si at individet evner å forstå at to personer, som begge har tilgang til nøyaktig samme informasjon, likevel kan ende opp med helt forskjellige overbevisninger om det som i utgangspunktet var deres felles erfaring. Barn i fem- til sjuårsalderen, men ikke de som er yngre, vil for eksempel være innforstått med at hva folk liker eller misbilliger kan være avgjørende for hvordan de ser på hendelser som saklig eller moralsk sett kan være tvetydige (Bogdan, 2003).

Fem- til sjuårsskiftet innebærer også at barn blir mer involvert i fellesskapet utenfor familien. I tradisjonelle kulturer er det vanlig at barna fra nå av må delta i familiens daglige aktiviteter i forbindelse med livsoppholdet. I moderne kulturer er skolestart en begivenhet som gjør at barnas roller og forpliktelser endres på en gjennomgripende måte. Atskillelsen fra foreldrene når barna er på skolen skjer i en kontekst der det er mindre rom for individuell omsorg enn det var i barnehagen, og vennsrelasjonene blir viktigere og mer stabile.

Vil barn som har gått gjennom fem- til sjuårs-skiftet vise andre atferdsmønstre enn de som ennå ikke har gjort det? På dette alderstrinnet finner det sted forandringer innenfor mange atferdsdomener, men disse endringene er ikke uttrykk for en sentral og synkronisert reorganiseringsprosess. Skiftet som finner sted er for en stor del av kvalitativ art, og innebærer tilsynelatende av mange nye funksjoner på litt forskjellige tidspunkter innenfor denne overgangsperioden.

Selv om ungdommer stort sett gjør det bedre enn yngre barn på oppgaver for å vurdere kognitive ferdigheter, finner det ikke sted noen brå overgang fra barns tidligere måte å resonnerer på.

Overgangen til ungdomsalder

Puberteten innebærer betydelige endringer i fysisk og mental fungering. Selv om pubertetsalder for jenter kan variere fra 8 til 13 ½ år og gutter fra 9 til 14 ½, har elleve-årsalderen vært regnet som det mest typiske tidspunkt for når det utviklingspsykologiske skiftet finner sted. Man kan si at utviklingen fra nå av er mindre biologisk kanalisert og i større grad er påvirket av sosiale og kulturelle kontekster.

Selv om ungdommer stort sett gjør det bedre enn yngre barn på oppgaver for å vurdere kognitive ferdigheter, finner det ikke sted noen brå overgang fra barns tidligere måte å resonnerer på. Når det gjelder sosial-emosjonelle funksjoner er det enda mer usikkert om man kan si at det skjer noe som strengt tatt kan kalles et elleveårs-skifte. Det som er tydelig, er at barns sosiale relasjoner endres på denne tiden i retning av at de blir mer uavhengige av foreldrene og mer opptatt av vennsrelasjoner med jevnaldrende. Det kan ha noe å gjøre med at barna nå prøver å finne ut hvem de selv er i kontrast til andre mennesker.

Vennskap og relasjoner til jevnaldrende har fått mye større betydning enn tidligere for individets sosiale tilpasning. Mens barn i ni til elleve-årsalderen er mest opptatt av sin plass i vennegruppen og av å ha en følelse av gruppetilhørighet, vil litt eldre barn legge større vekt på å ha spesielle intime venner som de føler likeverdighet overfor. En tett vennsrelasjon er som regel barns første interpersonlige erfaring basert på gjensidighet og samspill mellom jevnbyrdige; det er i slike relasjoner de får sin første anledning til å evaluere seg selv på basis av upartiske tilbakemeldinger der ingen tar spesielle hensyn (Sullivan, 1953).

Etter skiftet i elleve-årsalderen, oppstår det for mange barn en spenning mellom ønsket om å ha mer kontakt med andre utenfor familien og behovet for å stå på egne bein og være selvstendig overfor andre. Utviklingen av emosjonell autonomi innebærer at barnet begynner å føle seg mer uavhengig, særlig i relasjonen til foreldrene. Denne prosessen, som kalles individuering, begynner som regel tidlig i overgangsperioden og styrkes gradvis gjennom hele ungdomstiden. Skiftet i følelsen av gjensidig forpliktelse er særlig relatert til tilknytning og intimitet.

Overbevisningen om at det er foreldrene som er viktigste kilde til trygghet og støtte avtar som regel gradvis utover i ungdomsalderen, og erstattes av den emosjonelle trygghet som venner og kjærester kan gi. Likevel betyr kvaliteten på tilkynningsrelasjonen til foreldrene fortsatt mye for barn også etter overgangen til ungdomsalderen. Den har konsekvenser for individets senere fungering utenfor familien så som dets sosiale kompetanse og relasjoner til nære venner. Overgangen til ungdomsalder handler stort sett om endringer i nivået av allerede eksisterende funksjoner, og skiftet skjer over et mye lengre tidsrom sammenliknet med de utviklingsmessige endringer som fant sted tidligere i barndommen.

Konklusjon

Selv om barns utvikling er en kontinuerlig prosess der tidlige oppnåelser danner grunnlaget for senere ferdigheter, finnes det overganger der endringen er av betydelig kvalitativ eller kvantitativ art. I denne artikkelen er det beskrevet fire kjennetegn på hva som kvalifiserer til å være en utviklingsmessig overgang. Disse skiftene er stort sett gyldige på tvers av forskjellige sosiokulturelle betingelser som barn lever under. Likevel har barn forskjellig grad av plastisitet som virker inn på hvordan erfaringene kommer inn under huden og former det psykologiske innholdet i de ulike utviklingsperiodene. For foreldre, veiledere og hjelpeapparatet er det viktigere å ta hensyn til barnas individuelle sensitivitet enn å se om de gjør som forventet på et bestemt alderstrinn. Alle typiske barn som vokser opp i et normalt forventet miljø vil passere overgangene til anslagsvis samme tid. Det viktigste er at barnets sensitivitet og kvaliteten på omsorgsmiljøet blir vurdert hvis utviklingen gir grunn til bekymring.

Referanser

- Bates, E. (1979). *Intentions, conventions, and symbols I*: Bates, E. mfl. (red.), *The emergence of symbols: Cognition and communication in infancy*. New York: Academic Press.
- Belsky, J., Bakermans-Kranenburg, M.J., og van IJzendoorn, M.H. (2007). *For better and for worse: Differential susceptibility to environmental influences*. *Current Directions in Psychological Science*, 16, s. 300-304.
- Bogdan, R.J. (2003). *Interpreting minds*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Boyce, W.T. (2019). *The orchid and the dandelion: Why sensitive children face challenges and how all can thrive*. New York: Vintage Books.
- Breslau, N., Koenen, K., Swanson, S., Agnew-Blais, M.A., Houts, R., Poulton, R., & Moffitt, T.E. (2014). *Childhood maltreatment, juvenile disorders and adult post-traumatic stress disorder: A prospective investigation*. *Psychological Medicine*, 44, s. 1937-1945.
- Carey, N. (2012). *The epigenetics revolution*. London: Icon Books.
- Caspi, A., McClay, J., Moffitt, T., Mill, J. Martin, J. Craig, I., mfl. (2002). *Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children*. *Science*, 297, s. 851-854.
- Rogoff, B. (1990). *Apprenticeship in thinking*. Oxford: Oxford University Press.
- Shonkoff, J.P., Boyce, W.T., & McEwen, B.S. (2009). *Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities*. *Journal of the American Medical Association*, 301, s. 2252-2259.
- Smith, L. (2014). *Foreldres intuitive omsorgsattferd*. *Scandinavian Psychologist*, 1, doi: 10.15714/scandpsychol.1.e1.
- Sullivan, H.S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Routledge.
- Tessler, M. og Nelson, K. (1994). *Making memories: The influence of joint encoding on later recall*. *Consciousness and Cognition*, 3, s. 307-326.
- Trevarthen, C (1977). *Communication and cooperation in early infancy: A description of primary intersubjectivity*. I: Bullowa, M. (red.), *Before speech: The beginning of interpersonal communication*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Trevarthen, C. og Hubley, P. (1978). *Secondary intersubjectivity: Confidence, confiding and acts of meaning in the first year*. I: Lock, A. (red.), *Action, gesture and symbol: The emergence of language*. London: Academic Press.
- Vygotsky, L.S. (1978). *Mind in society s. 57*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Familie, vennskap, skole og barnehage kan bidra til resiliens og positiv utvikling hos barn og unge

Av Vidar Ulset og Mona Bekkhus



Vidar Ulset er psykologspesialist og postdoktor ved forskningssenteret Promenta ved Universitetet i Oslo.

Hans forskning har til formål å bedre forstå hvordan utemiljø, skole og barnehage henger sammen med barns utvikling, med særlig fokus på utviklingsvansker som ADHD og faktorer som bidrar til resiliens.

Mona Bekkhus er førsteamanuensis i utviklingspsykologi ved Universitetet i Oslo og Promenta forskningssenter. Hun er leder for forskningslaben TRACE, som har til formål å studere utviklingspsykopatologi og resiliens. Spesielt er hun opptatt av hvordan vennskap, søskenrelasjoner og barnehage kan bidra til positiv utvikling hos barn.

Familie, vennskap, skole og barnehage er de næreste institusjonene av samfunnet som alle kan bidra både med risiko, og med beskyttende egenskaper som gjør oss bedre rustet for å komme oss godt gjennom utfordringer og kriser. Denne fagartikkelen tar et overordnet systemperspektiv og setter fokus på forhold som bidrar til positiv utvikling og resiliens blant barn og unge ved å gi eksempler fra forskning. Blant annet drøftes begrepet resiliens, samt hvordan vi kan styrke tilstedeværelse av beskyttende faktorer for barn og unge i risiko.

Resiliens og positiv utvikling

I psykologisk forskning har man vært opptatt av å forstå prosesser som bidrar til individuelle forskjeller, og mye av forskningen har vært sentrert rundt å forstå hva som bidrar til psykisk uhelse. Resiliens handler derimot om å forstå hva som bidrar til positiv utvikling på tross av erfaringer med risiko. Borge (2018) definerer resiliens som «god fungering tross risiko».

Risiko er videre definert som belastninger som blant annet omhandler omsorgssvikt, mishandling, krig eller terror, nød og katastrofer. I resiliensteorien søker man å forklare individuelle forskjeller i møte med belastninger, og resiliens må forstås som en dynamisk interaksjon mellom egenskaper i individet og i miljøet. I forskningen tenker man gjerne at resiliens er til stede der noen viser bedre fungering enn andre, selv om de har opplevd den samme belastningen (Rutter, 2013).

I dag viser forskningen til stor individuell variasjon i hvordan vi har det under koronapandemien. I lys av de belastningene mange unge har opplevd i møte med koronapandemien, kan man tenke seg at forskning på hva som bidrar til resiliens blir særlig viktig i denne sammenhengen. Kunnskap om hva som bidrar til god psykisk helse før en krise rammer, vil kunne bidra til god forebygging av uhelse, fordi beskyttelsesfaktorer allerede er til stede når en krise rammer.

Forskerne fant at ungdommer som opplevde mobbing, men som samtidig hadde foreldre som var støttende og hadde en varm omsorgstil var resiliente

Resiliensforskningen tredde frem på slutten av 70-tallet, da forskerne begynte å studere barn i risiko over tid og fant store individuelle forskjeller i hvordan det gikk med dem (Rutter, 2013; Masten, 2015). En mulig forklaring på hvorfor vi håndterer kriser og vansker forskjellig, er samspillet mellom gener og miljø. For eksempel har forskningen vist at noen individer er mer sårbare for negativ utvikling, under gitte dårlige omstendigheter (Belsky et al., 2007). Denne forskningen viste til et gjensidig samspill mellom gener og miljø. For eksempel kan barn arve foreldrenes intelligens, både direkte via gener og indirekte via miljø.

Det vil si at foreldrenes gener også bidrar til å forme miljøet man vokser opp i (Kong et al., 2018). I dag har nyere forskning gitt banebrytende funn i forståelsen av arv og miljø, og tvilling og adopsjonsstudier har vist at resiliens kan være delvis arvelig (Amstadter et al., 2014). I en studie av amerikanske soldater fant forskerne spesifikke genetiske faktorer som kan ha betydning for resiliens (Stein et al., 2019; Maul et al., 2020). Fang et al., (2020), fant også at individer med lav genetisk risiko for depresjon kunne predikere resiliens under stress. Til sammen viser denne forskningen at resiliens både kan arves, men også styrkes via miljøet. Denne forskningen er sentral i vår forståelse av resiliens, fordi det bidrar til en bedre forståelse av hvilke miljømessige faktorer som kan bidra til positiv utvikling. Kunnskap om hvilke og hvordan forhold i miljøet bidrar til resiliens kan være særlig nyttig i forebygging av uhelse, fordi barn og unge utsatt for risiko kan komme seg godt gjennom utfordringer når beskyttelsesfaktorer er tilstede.

Forhold i familien som bidrar til resiliens

Resiliensforskningen har vist at familien har stor betydning for hvordan barn har det, og familien bidrar både til positiv utvikling og skjevutvikling, via gener og i oppvekstmiljøet. Familierelasjoner og særlig foreldre-barn relasjoner har betydning for både fysisk, psykisk, emosjonell og sosial utvikling (Sanders, 1999). For eksempel har flere studier vist at barn som vokser opp i lavinntektsfamilier, oftere rapporterer om emosjonelle vansker og atferdsvansker (e.g. Reiss 2013). Forskningen viser også at det er betydelig risiko for alvorlige psykiske vansker knyttet til mishandling og omsorgssvikt (Cicchetti, 2013). Denne forskningen viser til hvordan familien kan bidra til uhelse.

Positive relasjoner mellom barn og foreldre har derimot vist seg å beskytte mot skjevutvikling. I en nyere studie av ungdommer som hadde opplevd betydelig og alvorlig mobbing, fant Bowes og kollegaer (2010) at det var flere forhold i hjemmet som var sentralt for de barna som ikke hadde psykologiske vansker. I dette studiet fulgte forskerne en gruppe tvillinger født i 1994-95 i England og Wales fra barna var fem til de var ungdommer. Både ungdommen og mødrene svarte på spørsmål om mobbing og forhold ved hjemmet. Forskerne fant at ungdommer som opplevde mobbing, men som samtidig hadde foreldre som var støttende og hadde en varm omsorgstil var resiliente. Altså en støttende og varm omsorg hjemme, var en viktig beskyttende faktor hos de ungdommene som hadde opplevd alvorlig grad av mobbing, men som ikke utviklet psykiske vansker. De fant også at ett nært og varmt søskenforhold, samt at forhold i hjemmet (for eksempel at det var ryddig, rent og en generell positiv atmosfære) hadde en viktig beskyttende effekt mot psykisk uhelse.

Genetisk risiko og sårbarhet er en av faktorene i familien som bidrar til betydelig risiko for skjevutvikling, men familien har også flere roller som bidrar til resiliens. På den ene siden har forskning vist at resiliens kan være arvelig, og noen studier peker på underliggende gener som kan bidra til resiliens (e.g. Stein et al., 2019). Familien bidrar også med forhold i miljøet som kan styrke positiv utvikling (Masten, 2014). Forhold i familien kan bidra til positiv utvikling, fordi beskyttelsesfaktorer, som for eksempel emosjonell og sosial støtte, er tilstede i familien (Clarke-Stewart & Dunn, 2006).

I en studie gjennomført under koronapandemien, fant Bekkhus og kolleger (2020) at ungdom som rapporterte å ha vært sammen med minst én venn fysisk, var mindre ensomme og hadde færre symptomer på depresjon og angst

Vennskap og sosiale relasjoner

Betydningen av sosiale relasjoner er en grunnleggende drivkraft i alle mennesker. Ifølge Baumeisters og Learys (1995) teori «Need to belong», er opplevelse av tilhørighet og opprettholdelse av stabile gjensidige relasjoner viktig for god psykisk helse. Betydningen av nære relasjoner står også sentralt i resiliensforskningen, og kan beskytte mot uhelse. Vennskap, kjennetegnes av et sterkt emosjonelt bånd, og det er særlig vennskap med jevnaldrende som kan bidra til positiv utvikling og resiliens (Borge 2019), fordi relasjonen med jevnaldrende kjennetegnes av sosial støtte og det å kunne dele tanker og følelser med en annen (Furman & Buhrmester, 1992, Vitaro et al., 2019).

I dag vet vi at barn og unge som har minst én god venn, rapporterer mindre psykisk uhelse (Bukowski, Parker & Asher, 1993; Schmidt & Bagwell, 2007; Bowker, Thomas, Norman & Spencer, 2011; Brengden et al., 2013). I en studie av Brendgen og kolleger (2013) fant de at vennskap beskyttet mot symptomer på depresjon. I denne studien fant de at vennskap særlig beskytter mot depresjon hos jenter som hadde genetisk risiko for å utvikle depresjon. Det kan skyldes at jenter oftere prioriterer mer intime vennerrelasjoner enn gutter, og at for jenter som er sårbare for depresjon vil støttende og emosjonelle relasjoner virke beskyttende. Det ser derfor ut som sosiale relasjoner, som vennskap kan være viktig å styrke spesielt hos barn og unge som er sårbare for å utvikle psykiske vansker.

I en studie gjennomført under koronapandemien, fant Bekkhus og kolleger (2020) at ungdom som rapporterte å ha vært sammen med minst én venn fysisk, var mindre ensomme og hadde færre symptomer på depresjon og angst. Det betyr at også nærhet og fysisk samvær ser ut til å ha en viktig funksjon for god mental helse, og bidrar til resiliens og positiv utvikling. For eksempel, fant Narr og Kolleger (2019) at ungdommer som prioriterte eller foretrakk større jevnaldergrupper, fremfor å etablere nære vennskap i ungdomstiden, rapporterte høyere grad av sosial angst som unge voksne. Det viser at det ikke bare er viktig å ha venner, men også til betydningen av kvaliteten på relasjonen. Noen studier har også vist at relasjoner mellom jevnaldrende kan henge sammen med somatisk sykdom. For eksempel i en nylig studie av Ulset og kolleger (2019), fulgte vi 579 barn over tre år for å finne ut om det var gjensidige sammenhenger mellom barnas popularitet og hvor ofte de ble syke av infeksjoner. Foreldre svarte på spørreskjemaer om barnas infeksjoner (forkjølelse, omgangssyke, influensa, øyebetennelse, halsbetennelse og lungebetennelse), mens barna ble intervjuet om hvem av sine jevnaldrende de oppfattet som populære. Vi fant at barn som ble ansett som populære av jevnaldrende i tidlig barndom, ble rapportert å ha færre infeksjoner året etter. Dette funnet kan indikere at jevnalderrelasjoner spiller en rolle når det gjelder resiliens også mot somatiske tilstander.

Det betyr at støttende sosiale relasjoner, i familien og blant jevnaldrende, kan være særlig viktige beskyttende faktorer som fremmer resiliens hos sårbare barn og unge. Man kan derfor tenke seg at ved å styrke arenaer hvor barn og unge kan etablere gode vennskap kan bidra til god forebygging hos barn og unge i risiko.

Resiliens i skole og barnehage

Forskning har også vist at det er flere forhold ved skole og barnehage som kan fremme resiliens hos barn og unge, også for de som er utsatt for betydelig risiko. Skole og barnehage er sammen med familie og venner en av de sentrale arenaer for barn og unges utviklingsprosesser (Bronfenbrenner & Morris, 2006). Dette er fordi tiden i barnehage og skole strekker seg over mange år og faller sammen med en tid av livet hvor mennesker er spesielt mottagelige for påvirkning av miljøet. I lys av dette må man ta hensyn til at «dosen» av både positive og negative sider ved miljøet blir svært store

I en longitudinell studie hvor vi fulgte 555 barn i overgangen fra barnehage til skole fant vi at de barna som fikk tilbringe mye tid utendørs i barnehagen gjorde det bedre på kognitive tester og at lærerne opplevde barna som roligere og med bedre konsentrasjon, sammenlignet med de som gikk i barnehager med mindre utetid

når de får virke over flere år. Skoler og barnehager er dermed viktige arenaer når det gjelder risiko, resiliens og positiv psykososial utvikling.

Skoler og barnehager kan fremme resiliens på flere måter. Den første måten innebærer at gode skoler og barnehager byr på positive erfaringer som kan veie opp eller kompensere for andre negative erfaringer slik at den samlede risikoen blir mindre for at de negative erfaringene fører til problemer (Masten, 2015). For eksempel der hvor barn og unge lever under negative forhold hjemme, kan en god relasjon med en trygg voksen i skolen eller barnehagen til en viss grad veie opp. Slik som vær og vind tærer på et hus, er lavinntekt og andre typer sosial risiko en av de mest konsistente funnene når det gjelder økning av risiko for både psykiske og somatiske helseplager (Marmot, 2005).

En nylig studie som fulgte tyske barn over tid fant at barn fra familier med lav sosio-økonomisk status hadde høyere nivåer av stresshormoner både når de var hjemme og i barnehagen, men at en trygg tilknytning til personalet i barnehagen beskyttet mot denne sammenhengen (Eckstein-Madry, Piskernik, & Ahnert, 2020). En studie som brukte data fra Den norske mor-, far- og barnundersøkelsen fulgte flere enn 75 000 barn og deres familier med spørreskjemaer igjennom barnehagetiden, og fant at det å gå i barnehage kan beskytte mot de negative effektene av det å bo i en lavinntektsfamilie på barns utvikling når familienes økonomi endret seg til det verre (Zachrisson & Dearing, 2015). Gode barnehager med trygge voksne så altså ut til å kunne fremme resiliens ved at de veier opp for andre risikofaktorer, og har dermed viktige implikasjoner for hvordan vi tenker om forebygging og helsefremming.

Et positiv miljø i skole og barnehage kan også styrke utvikling av beskyttende egenskaper hos barn og unge som gjør at de blir bedre rustet til å møte motstand og håndtere problemer. Individuelle egenskaper slik som sosial kompetanse, intelligens, problemløsning, selvregulering og mestringstro har ofte blitt funnet å henge sammen med resiliens hos barn og unge (Masten, 2015).

Disse psykososiale egenskapene er i sterk utvikling og øker i kompleksitet i barne- og ungdomsårene (von Tetzchner, 2018), og henger sammen med kvaliteter i skole og barnehage (Masten, Herbers, Cutuli, & Lafavor, 2008; Peisner-Feinberg et al., 2001). For eksempel kjennetegnes norske barnehager med høy kvalitet av strukturelle faktorer slik som at barna tilbringer tid i små grupper snarere enn større grupper, at det er god nok plass, at det ikke er for mange barn per voksen, at det er lite gjennomtrekk i personalet, og at de voksne har høy kompetanse og utdanning (Brandlistuen et al., 2015). Antageligvis legger slike strukturelle faktorer til rette for at de voksne kan involverer seg mer og vise nærhet med hvert enkelt barn på gode måter og legge til rette for planlagt og kreativ lek. Dynamikken i barnegruppa blir også tryggere. Barn som tilbringer tid i slike høykvalitets barnehager utvikler bedre kognitive og sosiale ferdigheter sammenlignet med barn som går i barnehager med lavere kvalitet (NICHD Early Child Care Research Network, 2000). Høy kvalitet i barnehager har dessuten vist seg å være spesielt positivt for sårbare barn (Brandlistuen et al., 2015). Med andre ord kan kvalitet i barnehagen fremme utvikling av beskyttende egenskaper hos dem som kanskje trenger det mest.

En annen positiv egenskap ved barnehager og skoler er tiden som barna får tilbringe utendørs og i naturen. I en longitudinellstudie hvor vi fulgte 555 barn i overgangen fra barnehage til skole fant vi at de barna som fikk tilbringe mye tid utendørs i barnehagen gjorde det bedre på kognitive tester og at lærerne opplevde barna som roligere og med bedre konsentrasjon, sammenlignet med de som gikk i barnehager med mindre utetid (Ulset, Vitaro, Brendgen, Bekkhus, & Borge, 2017). I skolesammenheng er det funnet lignende resultater. En studie som brukte satellittbilder for å undersøke sammenhenger mellom grønne områder og kognitiv utvikling fant at barn som

Kvalitet i barnehage og skole kan bidra til å gi barn og unge egenskaper som gjør de mer motstandsdyktige i møte utfordringer, eller veie opp for andre former for risiko

gikk på skoler som var omringet av vegetasjon og grønne områder gjorde det bedre på tester av arbeidsminne og kognitiv kontroll (Dadvand et al., 2015).

Men de mer nærliggende faktorer er minst like viktige: kvalitet i skolen kjennetegnes av god klasseledelse, og at lærerne viser varme og har høye forventninger ovenfor elevene sine (Ann S. Masten et al., 2008). Barn og unge som går på skoler med slike lærere utvikler høyere grad av kognitive og sosiale egenskaper sammenlignet med elever som går på skoler som mangler slike kvaliteter (Doll, LeClair, & Kurien, 2009). I sin tur er gode kognitive ferdigheter en beskyttende faktor sterkt medvirkende til resiliens. Kvalitet i barnehage og skole kan dermed bidra til å gi barn og unge egenskaper som gjør de mer motstandsdyktige i møte utfordringer, eller veie opp for andre former for risiko.

Skoler og barnehager er et sted som gir trygghet, stabilitet og rutiner når det skjer kriser, enten i familie og nærmiljø eller ved større kriser slik som krig og naturkatastrofer. Skolenes og barnehagenes rolle i å ivareta barn og unge ble spesielt tydelig da de måtte holde stengt da covid-19-pandemien rammet vinteren 2020. Skoler og barnehager er et sterkt symbol på normalitet og hverdag, og da dette falt bort skapte det stress og bekymringer, spesielt hos dem som av ulike grunner befant seg i risiko fra før av (Nøkleby, Berg, Muller, & Ames, 2021).

Til likhet med en bygning som beskytter mot vær og vind kan skoler og barnehager beskytte mot risiko ved å fremme beskyttende egenskaper hos barnet i utvikling. Kunnskap om hva som fremmer god psykisk og somatisk helse vil derfor være særlig viktig i forebyggende arbeid, fordi det bidrar med tilstedeværelse av beskyttende forhold når krisen rammer. Til likhet med sprinkelsystemet i huset som slår ut når det oppstår brann, har skoler og barnehager en viktig funksjon i å fange opp barn og unge som av ulike grunner trenger hjelp, enten fordi de ikke utvikler seg som forventet eller kanskje lever under skadelige hjemmeforhold.

Referanser

- Amstadter, A., Myers, J., & Kendler, K. (2014). *Psychiatric resilience: Longitudinal twin study*. *British Journal of Psychiatry*, 205(4) s. 275-280.
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). *The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation*. *Psychological Bulletin*, 117(3) s. 497.
- Belsky, J., Bakermans-Kranenburg, M.J. & van Ijzendoorn, M.H. (2007). *For better and for worse. Differential susceptibility to environmental influences*, *Current Directions in Psychological Science*, 16, s. 300-3004.
- Bekkhus, M., von Soest, T., Fredriksen, E. (2020) *Psykisk helse hos ungdom under covid-19-Ensomhet, venner og sosiale medier*. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 57(7).
- Borge, A. I. H. (2019). *Resiliens: risiko og sunn utvikling*. Gyldendal.
- Bowes, L., Maughan, B., Caspi, A., Moffitt, T.E. & Arseneault, L. (2010). *Families promote emotional and behavioural resilience to bullying: evidence of an environmental effect*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(7) s. 809-817.
- Bowker, J. C., Thomas, K. K., Norman, K. E., & Spencer, S. V. (2011). *Mutual best friendship involvement, best friends' rejection sensitivity, and psychological maladaptation*. *Journal of Youth and Adolescence*, 40(5), 545-555. <https://doi.org/10.1007/s10964-010-9582-x>
- Brandlistuen, R. E., Helland, S. S., Evensen, L. A., Schjølberg, S., Tambs, K., Aase, H., & Wang, M. V. (2015). *Sårbare barn i barnehagen-betydningen av kvalitet*.
- Brendgen, M., Vitaro, F., Bukowski, W. M., Dionne, G., Tremblay, R. E., & Boivin, M. (2013). *Can friends protect genetically vulnerable children from depression?* *Development and Psychopathology*, 25(2) s. 277-289. doi:10.1017/S0954579412001058
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). *The bioecological model of human development*. *Handbook of child psychology*.
- Bukowski, W. M., Laursen, B., & Hoza, B. (2010). *The snowball effect: Friendship moderates escalations in depressed affect among avoidant and excluded children*. *Development and Psychopathology*, 22(4) s. 749-757. doi:10.1017/S095457941000043X
- Clarke-Stewart, A., & Dunn, J. (2006). *Families count: Effects on child and adolescent development*. Cambridge University Press.
- Dadvand, P., Nieuwenhuijsen, M. J., Esnaola, M., Forn, J., Basagaña, X., Alvarez-Pedrerol, M., . . . Su, J. (2015). *Green spaces and cognitive development in primary schoolchildren*. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 112, (7) s. 937-7942.
- Doll, B., LeClair, C., & Kurien, S. (2009). *Effective classrooms: Classroom learning environments that foster school success*. *The handbook of school psychology*, s. 791-807.

- Eckstein-Madry, T., Piskernik, B., & Ahnert, L. (2020). *Attachment and stress regulation in socioeconomically disadvantaged children: Can public childcare compensate?* *Infant Mental Health Journal*, 2020; 1- 12. <https://doi.org/10.1002/imhj.21878>
- Fang, Y., Scott, L., Song, P. et al. *Genomic prediction of depression risk and resilience under stress*. *Nature Human Behaviour* 4, s. 111-118 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41562-019-0759-3>
- Furman, W., & Buhrmester, D. (1992). *Age and sex differences in perceptions of networks of personal relationships*. *Child Development*, 63(1), s. 103-115. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1992.tb03599.x>
- Kong, A., Thorleifsson, G., Frigge, M.L. et al., (2018). *The nature of nurture: Effects of parental genotypes*. *Science*, 359 s. 424-28.
- Marmot, M. (2005). *Social determinants of health inequalities*. *The Lancet*, 365, s. 1099-1104.
- Masten, A. S. (2015). *Ordinary magic: Resilience in development* Guilford Publications.
- Masten, A. S., Herbers, J. E., Cutuli, J. J., & Lfavor, T. L. (2008). *Promoting Competence and Resilience in the School Context*. *Professional School Counseling*, 12(2), 2156759X0801200213.
- Maul, S, Giegling, I, Fabbri, C, Corponi, F, Serretti, A, Rujescu, D. *Genetics of resilience: Implications from genome-wide association studies and candidate genes of the stress response system in posttraumatic stress disorder and depression*. *American Journal of Medical Genetics Part B*. 2020; 183 s. 77- 94. <https://doi.org/10.1002/ajmg.b.32763>
- Narr, R. K., Allen, J. P., Tan, J. S., & Loeb, E. L. (2019). *Close friendship strength and broader peer group desirability as differential predictors of adult mental health*. *Child Development*, 90(1), s. 298-313. <https://doi.org/10.1111/cdev.12905>
- NICHD Early Child Care Research Network. (2000). *Characteristics and quality of child care for toddlers and preschoolers*. *Applied Developmental Science*, 4 s. 116-135.
- Nøkleby, H., Berg, R., Muller, A. E., & Ames, H. M. R. (2021). *Konsekvenser av covid-19 på barn og unges liv og helse: en hurtigoversikt*.
- Peisner-Feinberg, E. S., Burchinal, M. R., Clifford, R. M., Culkin, M. L., Howes, C., Kagan, S. L., & Yazejian, N. (2001). *The relation of preschool child-care quality to children's cognitive and social developmental trajectories through second grade*. *Child Development*, 72, s. 1534-1553.
- Sanders, M. R. (1999). *Triple P-Positive Parenting Program : Towards an Empirically Validated Multilevel Parenting and Family Support Strategy for the Prevention of Behavior and Emotional Problems in Children*. 2(2).
- Schmidt, M. E., & Bagwell, C. L. (2007). *The protective role of friendships in overtly and relationally victimized boys and girls*. *Merrill-Palmer Quarterly* (1982-) s.439-460.
- Stein, MB, Choi, KW, Jain, S, et al. *Genome-wide analyses of psychological resilience in U.S. Army soldiers*. *American Journal of Medical Genetics Part B*. 2019; s.180B; s. 310- 319. <https://doi.org/10.1002/ajmg.b.32730>
- Ulset, V., Vitaro, F., Brendgen, M., Bekkhus, M., & Borge, A. I. H. (2017). *Time spent outdoors during preschool: Links with children's cognitive and behavioral development*. *Journal of Environmental Psychology*, 52. doi:10.1016/j.jenvp.2017.05.007
- von Tetzchner, S. (2018). *Utviklingspsykologi 2*. utgave. In: Gyldendal akademisk: Oslo.
- Vitaro, F., Boivin, M., & Bukowski, W. M. (2009). *The role of friendship in child and adolescent psychosocial development*. In K. H. Rubin, W. M. Bukowski, & B. Laursen (Eds.), *Social, emotional, and personality development in context. Handbook of peer interactions, relationships, and groups* (s. 568-585). The Guilford Press.
- Zachrisson, H. D., & Dearing, E. (2015). *Family income dynamics, early childhood education and care, and early child behavior problems in Norway*. *Child Development*, 86 s. 425-440.

Det sosiale spedbarnet: Psykisk helse og utvikling i de første leveår

Av Vibeke Moe og Lars Smith



Lars Smith er professor emeritus og har arbeidet som forsker og lærer ved Psykologisk institutt i over 40 år. Han har publisert bredt i den internasjonale forskningslitteraturen og vært forfatter av flere norske lærebøker. Smith var blant initiativtakerne til den prospektive longitudinelle studien Liten i Norge hvor barns tidlige utviklingsveier undersøkes.

Vibeke Moe er professor, psykologspesialist og utdanningsleder ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo. Hun er leder for det longitudinelle forskningsprosjektet Liten i Norge og har arbeidet med flere forskningsprosjekter med utgangspunkt i barn av foreldre med rusproblemer og psykiske vansker. Moe har bakgrunn fra Aline spedbarnsenter, Nic Waals institutt og RBUP.

Starten på livet – svangerskap, sped- og småbarnsalder – er en periode preget av særlig rask utvikling. Her legges grunnlaget for ulike utviklingsveier som kan påvirke barnets psykiske helse over lang tid. I denne artikkelen redegjøres det for aspekter ved hjernens tidlige utvikling og hvordan spedbarnet, som et grunnleggende sosialt individ, utvikler seg i samspill med sine omgivelser i de første leveårene. For mange barn og familier er dette en tid full av mye håp og positiv utvikling, mens det for andre kan være en utfordrende periode preget av strev og sårbarhet. I sped- og småbarnsalderen kan utviklingen raskt kan gå i en uheldig retning, samtidig som vi vet vi at det også ligger store muligheter for å rette opp en begynnende skjevutvikling nettopp i denne tiden. For de barna og familiene som strever er det derfor viktig med tidlig innsats, gjerne i form av støtte og hjelp til foreldrene allerede før barnet er født eller i de første sensitive levemåneder og år.

Svangerskap og sped- og småbarnsalder er en tid fylt med mye håp for foreldre og raske endringer hos barna. Det er også en tid preget av sårbarhet. Gjennom fosterlivet og i de første leveårene utvikles hjernen raskt, og i interaksjon med barnets omgivelser legges grunnlaget for barnets videre utvikling. Samtidig med den raske utviklingen av hjernen skjer det store psykologiske endringer når det gjelder hvordan spedbarnet forholder seg til andre.

Den generelle kognitive utviklingen skjer også hurtig, og her står evnen til å regulere følelser og atferd samt språkutvikling sentralt. Det er også i spedbarnsalderen at tilknytningsmønsteret til primære omsorgspersoner blir etablert. På alle disse områdene av utviklingen vil barnets samspill med de nære omsorgspersonene være grunnleggende.

Man kan si at psykisk helse i sped- og småbarnsalderen handler om barnets mulighet for å utvikle nære og trygge relasjoner, til å oppleve, regulere, og uttrykke et spekter av emosjoner, og til å utforske omgivelsene og lære – alt i en kontekst av familien, nærmiljøet og kulturen (Zero to Three, 2017).

Er omstendighetene godt tilrettelagt før fødsel, vil de fleste barn komme til verden med et stort potensial for positiv sosial utvikling og læring

Spedbarnsalderens evolusjon og hjernens utvikling

Når barnet blir født er om lag 100 milliarder nerveceller på plass. Ved fødselen er alle viktige hjernestrukturer ferdig dannet, og isoleringen av hjernens forbindelser (d.e. myeliniseringen) er begynt. Fra siste del av svangerskapet og i løpet av de to første leveårene foregår det en kontinuerlig oppkobling og dannelse av nye forbindelseslinjer (synapser) i hjernen. Samtidig finjusteres oppkoblingen av hjernenettverket gjennom tynning av overfløydige synapseforbindelser. Denne beskjæringen av hjerneforbindelser og dannelsen av de nye synapsenettverkene er i stor grad påvirket av ytre stimulering og omsorgen som barnet får.

Det er i hovedsak tre prosesser som driver den tidlige utviklingen av sentralnervesystemet (Greenough og Black, 2013). For det første er det en genetisk drevet prosess som for en stor del (upåvirket av erfaring) bestemmer hvordan hovedstrukturene i hjernen blir dannet; dette finner sted tidlig i svangerskapet. Den andre prosessen består av såkalte erfaringsforventede påvirkninger, altså miljøpåvirkninger som nesten alle barn blir utsatt for og er avhengige av for at utviklingen skal forløpe best mulig, for eksempel anledning til å se menneskelige ansikter, høre menneskestemmer, samt å delta i nære sosiale samspill. Den tredje prosessen er den erfaringsbaserte etableringen av nye nevralt forbindelser. Denne prosessen starter i spedbarnsalder og pågår gjennom hele livet. Da snakker vi om de nerveforbindelsene som dannes på grunnlag av de unike erfaringene som hvert enkelt barn får i samhandling med sitt spesielle miljø, og som gjør at barnet kan lære forskjellige ting, det være seg ulike språk eller spesielle mestrings-teknikker. Spedbarnet er biologisk forberedt for å utvikle seg i aktiv interaksjon med omgivelsene. Grupper av nerveceller som ofte eller intenst stimuleres gjennom miljøets innvirkning, blir selektivt forsterket slik at de inngår i hjernenettverket, mens de som ikke stimuleres etter hvert tilbakedannes eller tynnes.

Tidlig utvikling - en transaksjonsprosess

Er omstendighetene godt tilrettelagt før fødsel, vil de fleste barn komme til verden med et stort potensial for positiv sosial utvikling og læring. For å utnytte dette potensialet er barnet avhengig av et psykologisk tilgjengelig og sensitivt omsorgsmiljø som responderer adekvat på barnets signaler og behov – et miljø som er i stand til å tone seg inn i og være i resonans med barnets ulike følelsesmessige tilstander.

For å forstå tidlig utvikling er en transaksjonsforståelse til hjelp. Det innebærer å se den psykologiske utviklingen som en prosess der barnet endres i samhandling med sine omgivelser over tid, samtidig som barnet med sine individuelle karakteristika også påvirker og endrer sine omgivelser. Barnet har en effekt på den voksne gjennom sine medfødte egenskaper, og den voksne forholder seg til barnet med omsorgsattferd betinget av individuelle, sosiale og kulturelle faktorer.

Endringer i barnets atferd kan få den voksne til å dreie omsorgen i en annen retning, og omvendt, og forandringer i den voksnes væremåte kan endre barnets atferdstendenser. Ikke alle slike endringer er umiddelbart observerbare. Det er fordi det parallelt finner sted endringer over tid i hvordan omsorgspersonen forstår barnet, og i barnets oppfatning av hvem den voksne er og hvordan hun eller han er forventet å handle. I tillegg til det observerbare samspillet mellom foreldre og barn vil både foreldrenes tidligere relasjonelle erfaringer og de erfaringer barnet gjør i samspillet med foreldrene over tid spille inn og være medvirkende faktorer i de mønstrene som dannes (Sameroff, 2009).

Overgangsperioder i samhandlingen med omsorgsmiljøet

De ulike biososiale atferdsskiftene i de første leveårene faller sammen med faser i utviklingen av relasjon og samspill. I løpet av de første årene deltar et barn i utallige

Fordi barnet helt fra begynnelsen av er et sosialt individ, vil det reagere positivt eller negativt på foreldrenes stimulering og forsøk på å regulere dets aktiveringsnivå

samspillsepisoder med sine nærmeste. På godt eller vondt vil samspillsmønsteret med de nære omsorgspersonene spille en viktig rolle for det videre utviklingsforløpet. I den grad foreldrene klarer å få til gode samspillsepisoder og reparere omsorgsatferd som uroer eller skremmer barnet, vil de komme inn i gode sirkler. I motsatt fall vil stadig mangel på reparasjoner lett føre til stress hos barnet og lite synkronisitet i samhandlingen (Tronick og Gianino 1986).

Den viktigste overgangsperioden finner sted i tiden omkring fødselen når barnet må tilpasse seg et liv utenfor livmoren. Denne tilpasningen krever aktivering av mange indre fysiologiske reguleringsmekanismer, men også prosesseringen av ytre stimulering relatert til emosjonsregulering og oppfatningen av sosiale objekter. Fra barnet er nyfødt og gjennom de første levemånedene, er vekslingen mellom forskjellige atferdstilstander et sentralt element i dets liv. Utviklingen av evnen til regulering av atferd og emosjoner starter allerede tidlig i spedbarnsalderen. En av de viktigste oppgavene en omsorgsgiver har i denne tiden er å være sensitiv i å hjelpe barnet til regulering.

Fordi barnet helt fra begynnelsen av er et sosialt individ, vil det reagere positivt eller negativt på foreldrenes stimulering og forsøk på å regulere dets aktiveringsnivå. Allerede fra starten av kan vi se korte stunder med gjensidig sosialt engasjement i form av ansikt-til-ansikt-kontakt og vokale dialoger, men mye av samspillet mellom barnet og omsorgspersonene i denne tiden foregår også gjennom kroppslig kontakt. Vi berører og holder den lille når han eller hun trenger trøst, mat og stell. Mange av foreldrenes initiativ overfor barnet skjer på grunnlag av den atferdstilstanden som barnet befinner seg i på et gitt tidspunkt (søvn, rolig våkenhet, aktiv våkenhet eller gråt), og man kan derfor si at det i like stor grad er barnet som former den voksne som at den voksne former barnet.

I tomånedersalderen skjer det en viktig overgang, og vi ser en blomstring av det sosiale samspillet som nå er dominert av ansikt-til-ansikt-kontakt. I denne perioden er barnet typisk intenst opptatt av ansiktsmimikk, stemmemelodier og berøringsmønstre. Barnet er forberedt på å respondere sosialt, men er også i større grad en selvstendig initiativtaker i samspillet gjennom sosial atferd som øyekontakt, smil og vokaliseringer. Stillface-eksperimentet¹ viser hvor sosialt responsive spedbarn er i denne fasen, og at de reagerer sterkt på brudd i samspillet. Dobbeltvideo-eksperimentet² er et annet eksperiment som viser hvor sensitive to måneder gamle barn er når samspillet ikke er synkronisert.

I fire- til femmånedersalderen inntreder det et nytt atferdsskifte som henger sammen med barnets økte ferdigheter i forbindelse med øye-hånd-koordinering og finmotorikk. Barnet er ikke lenger så ensidig fascinert av ansikter og stemmer, og samhandlingen er i større grad sentrert om gjenstander og de nære fysiske omgivelsene. Barnets interesse skifter fra å være konsentrert om ansikt-til-ansikt-samspill over til lek med objekter og rytmiske leker med kroppen, slik som det kommer en liten mus, kileleker m.v.

Neste overgang finner sted i seksmånedersalderen når barnet begynner å vise spesi- fikk tilknytning til foreldrene ved aktivt å utføre atferd som øker sannsynlighet for nærhet, og samtidig begynner å bygge opp forventninger (indre arbeidsmodeller) til hvordan omsorgspersonene vil reagere i tilknytningsrelevante situasjoner når barnet har behov for å få trøst eller trenger støtte i utforskningen av omverdenen. Likevel er samspillsmøn- steret mellom barnet og de primære omsorgspersonene også i de første levemånedene annerledes enn det som finner sted når barnet er sammen med mindre nærstående

¹ Still Face-eksperimentet går ut på at omsorgspersonen først har typisk samhandling med babyen, deretter inntar et uttrykksløst ansikt og ikke svarer, for til slutt å gå tilbake til vanlig væremåte.

² Dobbeltvideo-eksperimentet er et oppsett der babyen i sanntid får se et videoklipp av en samspillsekvens som var tatt opp litt tid i forveien, slik at barnets og den voksne handlinger ikke er synkronisert.

For de fleste mennesker er omsorgsferden intuitiv og noe som kommer naturlig når de blir foreldre

voksne; i den forstand kan vi si at det tidlige mønsteret er en forløper for tilknytning. Likevel er det først når barnet i andre levehalvår aktivt begynner å søke trøst hos en trygg havn og utforske omgivelsene ut fra en sikker base at vi bruker begrepet tilknytning om barnets relasjon til de primære omsorgspersonene (se artikler om tilknytning).

I ni- til tolv månedersalderen kommer det som har vært kalt en utviklingspsykologisk «revolusjon»; barnet viser nå kapasitet til å danne felles oppmerksomhet og gjøre sosial referering. Det innebærer evne til felles fokusering om et ytre fokus (f.eks. å følge blick og en pekende finger) og å kunne ta konsekvensen av andres følelsesuttrykk. Barnet kan nå bruke andres ekspressive, følelsesmessige uttrykk og atferd som handlingsrettende informasjon. Eksperimentet «Den visuelle kløften» illustrerer dette godt (Sorice, 1985).³ Barna nøler med å krabbe over noe som ser ut som en dyp kløft, men gjør det likevel hvis omsorgspersonen viser et oppmuntrende ansiktsuttrykk. Felles oppmerksomhet dreier seg videre om barnets evne til å etablere felles blickkontakt og gjennom gester, slik som peking, be den voksne om hjelp til å få tak i noe, eller dets ønske om å gjøre henne eller ham oppmerksom på noe. Barnet kan respondere på at den voksne forsøker å etablere felles oppmerksomhet, eller det kan selv initiere felles oppmerksomhet (Mundy og Newell, 2007). At evne til felles oppmerksomhet har prediksjonsverdi er vist av Smith, Fagan og Ulvund (2002) i en studie der denne evnen vurdert ved 13 måneder var relatert til kognitive ferdigheter i åtteårsalderen.

Den siste store overgangen i spedbarnsalderen finner sted i forbindelse med utvikling av et første språk og bruk av symboler i 18-24-månedersalderen. Det skjer i takt med den raske hjerneutviklingen i det andre leveåret. Mening skapes i et fellesskap, ikke av barnet alene, og de gryende evnene til å bruke symboler og språk som hjernemodningen muliggjør er av gjennomgripende betydning (Bruner, 1990). Denne omveltningen markerer på en måte slutten på spedbarnsalderen; den innebærer et kvantesprang i utviklingen og fører til store endringer i barnets opplevelse av omverdenen. Det sosiale samspillet kan nå være preget av genuint samarbeid rundt lek og felles oppgaver, og barnet har nå fått en økt forståelse av at andres ønsker eller erfaringer kan være annerledes enn deres egne (Lizkowski mfl., 2006; Buttelmann mfl., 2009; Senju mfl., 2011).

Foreldrenes intuitive omsorgsferd

Når barnet kommer til verden, er det genetisk og biologisk sett klart for sosial kontakt; samtidig har de fleste foreldre et omsorgssystem, og med det en beredskap til å være spesielt sensitive overfor babyer og deres omsorgsbehov. De delene av hjernen som automatisk aktiveres hos voksne og foreldre, spesielt når de ser spedbarnets ansikt eller hører barnets lyder, er områder i hjernen som er assosiert med hormonet oxytocin, eller «kjærlighetshormonet». Oxytocin er involvert i omsorgsferd hos alle pattedyr, og hos mennesket er det spesielt knyttet til følelsen av å danne emosjonelle bånd, empati og tillit. Det produseres i løpet av sekunder når du berører eller holder en baby, eller når mødre ammer barna (Bartels og Zeki, 2004). Oxytocin-nivået forhøyes både hos mødre og fedre etter at de har vært i nær kontakt med babyen.

For de fleste mennesker er omsorgsferden intuitiv og noe som kommer naturlig når de blir foreldre (Smith, 2014). Intuitiv omsorg er biologisk forberedte atferdsmønstre som går forut for den omsorgsferden foreldre er seg bevisst at de utfører (Papoušek og Papoušek 2002). I tidlig spedbarnsalder viser intuitiv omsorg seg ofte ved at foreldre er spesielt sensitive overfor barnets uttrykk for ubehag, frykt og interesse. De fleste vil da raskt endre ansiktsmimikk, toneleie eller måte å holde barnet på for å få den lille tilbake til en godt regulert tilstand.

³ Visuell kløft. Et forsøk der man ser hvordan barnet reagerer når det krabber på en glassflate der det på en av sidene er en tilsynelatende dybde ned.

Symptomene på at noe er galt vil komme til uttrykk på forskjellige måter på ulike alderstrinn. Hos de yngste barna kan det ofte uttrykkes gjennom vansker med grunnleggende funksjoner som søvn og matinntak, og regulering av atferd og følelser

For et spedbarn er det viktig å bli sett, trøstet og roet ned når det er oppbrakt, og at de voksne også deler barnets glede over å utforske omverdenen; slike omsorgshandlinger skjer ofte spontant uten at de voksne rekker å tenke seg om. Foreldres oxytocin-respons letter trolig denne prosessen. Det er sannsynlig at foreldres reflekterte fungering, det vil si evne til å tenke omkring og forstå egne og andres atferd som uttrykk for underliggende mentale tilstander, er en viktig faktor i den tidlige relasjonen mellom foreldre og barn, og denne mekanismen kan lett bli forstyrret hvis man bryter inn i omsorgspersonens intuitive forståelse (Fonagy mfl. 2007). Samtidig kan det for noen foreldre være slik at eget strev, som egne vanskelige relasjonelle erfaringer, eller psykiske vansker, kan forstyrre eller komme i veien for en intuitiv sensitiv omsorgsattferd overfor barnet, og i slike tilfeller er det viktig at familien tidlig tilbys omsorgsfull støtte og hjelp.

Hvem har behov for tidlig hjelp?

I våre nordiske velferdsland blir sped- og småbarn og deres familier generelt sett godt ivaretatt. Det er lang foreldrepermisjon og barnehage for de minste. For de fleste familier er det ikke behov for spesielle intervensjoner eller behandling, og de får tilstrekkelig støtte på helsestasjonen eller gjennom andre universelle forebyggende tiltak. Men når foreldre strever eller barns utvikling faller utenfor det som er normalt forventet, er det svært viktig med tidlig hjelp før skjevutviklingen har kommet for langt. Det kan gjelde barn der det er bekymring for utviklingen på grunn av medfødt eller tidlig ervervet nevrobiologisk sårbarhet (ruseksponering i fosterlivet, prematur fødsel, gjennomgripende utviklingsforstyrrelser, store reguleringsvansker) eller barn som har hatt vanskelige relasjonelle erfaringer og tidlige brudd (foster-, adoptivbarn), med medfølgende tilknytningsvansker (desorganisert tilknytning, tilknytningsforstyrrelse).

Symptomene på at noe er galt vil komme til uttrykk på forskjellige måter på ulike alderstrinn. Hos de yngste barna kan det ofte uttrykkes gjennom vansker med grunnleggende funksjoner som søvn og matinntak, og regulering av atferd og følelser. Det kan også være manglende respons og kontakt med barnet, det viser for eksempel lite glede og vitalitet og mye uro, noe som igjen kan føre til samspillsproblemer og påvirke foreldre-barn relasjonen negativt. Andre ganger er det foreldre som har egne vansker, slik som depresjon og angst, rusproblemer eller traumatiske relasjonelle erfaringer som påvirker deres evne til å gi barnet god nok omsorg.

Vi vet for eksempel at mellom 10 og 15 % av alle mødre har depressive symptomer i forbindelse med svangerskap og fødsel (Eberhard-Gran mfl., 2014). Depressive symptomer i perinatalperioden kan også forekomme hos fedre (Howard mfl., 2014; Underwood mfl. 2017; Skjothaug mfl. 2015). Depresjon hos foreldre kan påvirke barns utvikling på mange områder i hele aldersspekteret fra spedbarnstid til ungdomstid (Stein mfl. 2014). Barna kan være i risiko både på grunn av et lite gunstig fostermiljø (Field, 2011; Field mfl. 2006), for tidlig fødsel (Grigoriadis mfl. 2013), eller et lite funksjonelt samspill etter fødsel (Goodman mfl. 2011; Murray og Cooper, 1996). Depresjon hos mødre har også blitt funnet å henge sammen med emosjonelle og atferdsmessige vansker i barne- og ungdomsalder, så som depresjon eller utagerende atferd (Goodman mfl. 2011; Pearson mfl. 2013).

Det er også vist at depressive vansker hos fedre kan henge sammen med vansker i barns utvikling på flere ulike områder (Kvalevaag mfl. 2013; Paulson mfl. 2009; Ramchandani og Psychogiou, 2009). For eksempel viste Liten i Norge-studien at det var en differensiell effekt av depressive symptomer hos foreldre i perinatalperioden da barna var blitt 18 måneder gamle (Fredriksen mfl. 2019). Depressive symptomer hos mødre hadde en sammenheng med sosioemosjonelle vansker, mens depressive symptomer hos fedre hang sammen med dårligere språkutvikling.

**Den norske
longitudinelle TOPP-
studien (Trivsel og
oppvekst i barndom
og ungdomstid)
viser at man kunne
identifisere forstadier
til senere psykiske
plager allerede fra
barna var halvannet
år gamle**

Man skal likevel være klar over at det er gjort studier der man har funnet ingen, eller bare små langtidseffekter av foreldres depresjon i perinatalperioden på barnas psykiske helse. Det tyder på at det er viktig å kontrollere for mulige genetiske og andre konfunderte faktorer (Gjerde mfl. 2021).

Uansett vet vi at svangerskap, og sped- og småbarnstid for en del foreldre er en særlig utfordrende og sårbar periode, og det er viktig at både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er oppmerksomme på dette slik at adekvat hjelp og støtte kan tilbys vordende og nybakte foreldre før problemene vokser seg for store. I noen tilfeller er både barn og foreldre sårbare. Uavhengig av hvordan problemene defineres i sped- og småbarnsfasen, vil de ofte ha en konsekvens for relasjonen mellom foreldre og barn, noe som må avspeiles i tiltakene som settes inn.

Så vidt vi kjenner til finnes det ikke oppdaterte norske tall når det gjelder omfanget av sped- og småbarn som strever med psykiske helseplager. En dansk epidemiologisk studie, The Copenhagen Child Cohort 2000, undersøkte psykiske helseproblemer blant 18 måneder gamle barn i København (Skovgaard mfl., 2007). I undersøkelsen ble psykisk helse vurdert ut fra kriteriene i diagnosesystemet DC: 0-3. Resultatene viste at cirka 16 prosent av barna oppfylte kriteriene for et psykisk helseproblem. Det dreide seg særlig om relasjons- eller samspillproblemer og vansker med regulering av atferd, følelser, søvn og matinntak (reguleringsvansker). I den norske studien Tidlig Trygg i Trondheim (Wichstrøm mfl. 2012) ble fireåringer undersøkt; omkring syv prosent av førskolebarna hadde symptomer som var forenlige med en psykisk vanske på undersøkelsestidspunktet. Det vanligste var ADHD, opposisjonell atferdsforstyrrelse og depressive symptomer. Dette er noe lavere tall enn i amerikanske studier, der prevalensen av alvorlige emosjonelle og atferdsmessige vansker blant barn mellom 0 og 5 år har blitt estimert til å ligge mellom 9,5 og 14 prosent (Brauner og Stephens, 2006).

Den norske longitudinelle TOPP-studien (Trivsel og oppvekst i barndom og ungdomstid) viser at man kunne identifisere forstadier til senere psykiske plager allerede fra barna var halvannet år gamle. En fjerdedel av barna med betydelige plager ved 18 måneder hadde fremdeles vansker seks år senere. Problematferd hos 18 måneder gamle barn var primært knyttet til mødrenes symptomnivå, mens virkningen av de fleste andre belastninger var indirekte (dvs. via den virkningen de hadde på mødrenes symptomnivå). I denne studien ble det også funnet en sammenheng mellom problematferd ved 18 måneder og depressive symptomer helt opp i ungdomsalder (Nilsen mfl. 2013).

En studie fra Dunedin i New Zealand er også av interesse. Et utvalg på cirka 1000 individer ble fulgt opp fra tre år og langt opp i voksen alder. Blant annet undersøkte man sammenhengen mellom tidlig reguleringsevne og ulike tilpasninger i voksen alder. Det viste seg at tidlig evne til selvkontroll (evnen til å kunne utsette behovstilfredstillelse, kontrollere impulser og modulere emosjonelle uttrykk) vurdert i småbarnsalder hang sammen med en rekke forhold, slik som fysisk helse, rusavhengighet, personlig økonomi og kriminalitet ved 32-års alder. Det ble framhevet at tidlige intervensjoner som retter seg mot å hjelpe barn med å utvikle god selvkontroll, sannsynligvis er samfunnsøkonomisk lønnsomt (Moffitt mfl., 2011).

Hva virker for hvem?

Det finnes flere programmer og behandlingsmetoder på ulike intervensjonsnivåer for de yngste barna og foreldrene. Slike programmer er lovende når det gjelder å styrke det tidlige samspillet og fremme en god tilknytning mellom barn og foreldre (Barlow mfl., 2016). Likevel finner man ofte små effektstørrelser når intervensjonsprogrammer for sped- og småbarn og foreldre har vært vurdert. Samtidig har det i en del tilfeller vist seg at når man har undersøkt effekten for undergrupper i stedet for å se på hele grupper under ett, så trer det fram et litt annet bilde; derfor kan behandlingstiltak virke godt

Det å legge til rette for en god og trygg tidlig barndom er blant de viktigste investeringene et samfunn kan gjøre

for noen, men ikke for andre. Det er for eksempel vist at samspillsveiledning gir bedre effekt for irritable barn enn for barn som er mindre sensitive (Klein Velderman mfl. 2006). Det er også vist at mer sårbare barn med mødre som selv har en utrygg tilknytningsstil til partneren, har større effekt av videobasert intervensjon enn barn av mødre som er i mindre risiko (Bakermans-Kranenburg mfl., 2008). I samme retning går en norsk studie som undersøkte effektene av den videobaserte metoden Marte Meo (Høivik mfl. 2015). Det ble påvist en positiv effekt av behandlingen på foreldre-barn-samspillet, men dette gjaldt i særlig grad for foreldre-barn-dyader der mødrene var deprimerte.

Her kan det være interessant å trekke rekke inn hypotesen om differensiell mottagelighet, det vil si at ulike individer kan være mer eller mindre mottakelige for miljøpåvirkninger (Pluess mfl. 2013; Boyce 2019). I en studie fant man for eksempel at en genetisk markør økte risikoen for å utvikle desorganisert tilknytning, men bare hvis den var kombinert med miljømessig risiko (van Ijzendoorn og Bakermans-Kranenburg 2006). I en annen undersøkelse ble det funnet en sammenheng mellom et serotonintransportergen og desorganisert tilknytning hos barna når sensitiviteten hos mødrene var lav, men ikke når den var høy (Spangler mfl. 2009). Her må vi ta forbehold om at det har vært vanskelig å replikere disse resultatene basert på at bestemte kandidatgener pekes ut, og at det kan være mer sannsynlig at det er flere gener og miljøforhold som virker inn samtidig. Mer generelt kan man kanskje si at visse arveanlegg eller temperamentsmessige disposisjoner kan bidra til at noen barn har større risiko for vansker når de er eksponert for uheldige omsorgsbetingelser, men at de samme barna har god prognose når de vokser opp i omsorgsmiljøer som er gode nok (Belsky og Pluess 2009).

Hvorfor er tidlig innsats så viktig?

Det er lett å forstå at det lønner seg menneskelig sett å legge til rette for en god sped- og småbarnstid for å sikre best mulig utviklingsforløp for det enkelte barn og familie. I tillegg vil det lønne seg rent samfunnsøkonomisk, mener nobelprisvinner i økonomi James Heckman (Heckman 2012). Det å legge til rette for en god og trygg tidlig barndom er blant de viktigste investeringene et samfunn kan gjøre. Heckmans forskning viser at det å investere i tiden fra svangerskapet, før barnet blir født, og i de første leveårene (opp til 5 år) gir den største økonomiske avkastningen. Heckman og hans forskergruppe har blant annet studert hjemmebesøksprogrammer som retter seg mot unge førstegangsmødre. Studiene viser til gode resultater på flere områder, særlig ser det ut til å ha gode effekter for gutter, blant annet i form av bedre skoleresultater helt opp til 12-års alder (Heckman mfl. 2017).

Her kan det være av interesse igjen å trekke inn resultater fra Dunedin-studien. I forbindelse med oppfølgingsundersøkelsen ved 38-årsalder ble nasjonale registre koblet sammen med data fra studien for å undersøke mulige sammenhenger mellom barnas tidlige utvikling og forbruk av helse- og sosialtjenester som voksne. Man fant at en undergruppe på 20 % av deltagerne stod for ca. 80 % av de sosiale og helserelaterte problemene samt forekomsten av kriminalitet i utvalget. Da man studerte denne undergruppen nærmere, ble det funnet sterke sammenhenger mellom tidlig risiko og forekomsten av lite gunstige forhold i voksen alder. Blant annet var det å skåre lavt på utviklingsundersøkelsen i treårsalderen en god prediktor for senere i livet å tilhøre denne «høy-kostnadsgruppen». Blant andre risikofaktorer tidlig i livet var lav selvkontroll eller det som kalles dårlig emosjonsregulering, at familien hadde lav sosioøkonomisk status og forekomst av mishandling. Forskerne konkluderer med at det sannsynligvis vil være både menneskelige og store samfunnsøkonomiske besparelser ved å sette inn tiltak overfor denne gruppen og deres foreldre allerede i småbarnsalder (Caspi mfl. 2016).

Avsluttende betraktninger

Perioden fra svangerskapet og gjennom de første leveårene er en tid som byr på mye glede for de fleste foreldre, som bare må undre seg over barnets nysgjerrige utforskning og raske tilpasning til omgivelsene som det er født inn i. Men denne tiden kan også gi grunn til bekymring, ettersom det er en sårbar periode der utviklingen raskt kan ta en uheldig retning. Her legges grunnlaget for ulike utviklingsveier, som igjen kan påvirke barnets psykiske helse over tid. Samtidig representerer denne perioden i livet også en tid med store muligheter for å rette opp en begynnende skjevutvikling. Skal det settes inn tiltak for å hjelpe foreldre og barn, må man starte langt tidligere enn i førskolealder - i mange tilfeller i form av støtte og hjelp til foreldrene allerede før barnet er født eller i de første kritiske levemåneder og år.

Referanser

- Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H., Pijlman, F.T.A., Mesman, J., Juffer, F. (2008). *Experimental evidence for differential susceptibility: dopamine D4 receptor polymorphism (DRD4 VNTR) moderates intervention effects on toddlers' externalizing behavior in a randomized controlled trial*. *Developmental Psychology* 44(1) s. 293. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2007.00518.x>
- Bakermans-Kranenburg, M. J. & M. H. Van IJzendoorn (2006). *Gene-environment interaction of the dopamine D4 receptor (DRD4) and observed maternal insensitivity predicting externalizing behavior in preschoolers*. *Developmental Psychobiology*. The Journal of the International Society for Developmental Psychobiology 48(5) s. 406-409. <https://doi.org/10.1002/dev.20152>
- Barlow, J., Barlow, Jane, Schrader-McMillan, A., Axford, N., Wrigley, Z., Sonthalia, S., Wilkinson, T., Rawsthorn, M., Toft, A. & Coad, J. (2016). Attachment and attachment-related outcomes in preschool children-a review of recent evidence. *Child and Adolescent Mental Health* 21(1) s. 11-20. <https://doi.org/10.1111/camh.12138>
- Bartels, A. & S. Zeki (2004). *The neural correlates of maternal and romantic love*. *Neuroimage* 21(3) s. 1155-1166. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2003.11.003>
- Belsky, J. & Pluess, M. (2009). *Beyond diathesis stress: differential susceptibility to environmental influences*. *Psychological Bulletin* 135(6) s. 885. doi:10.1037/a0017376
- Boyce, W. T. (2019). *The orchid and the dandelion: Why sensitive children face challenges and how all can thrive*. New York: Vintage Books.
- Brauner, C. B., & Stephens, C. B. (2006). *Estimating the prevalence of early childhood serious emotional/behavioral disorders: Challenges and recommendations*. *Public Health Reports*, 121(3) s. 303-310. Available from www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1525276/
- Bruner, J. (1990). *Acts of meaning*. Cambridge, MA: Harvard university press.
- Buttelmann, D., et al. (2009). *Eighteen-month-old infants show false belief understanding in an active helping paradigm*. *Cognition* 112(2) s. 337-342. <https://doi.org/10.1016/j.cognition.2009.05.006>
- Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Harrington, H., Hogan, S., Ramrakha, S., Poulton, R., & Moffitt, T. E. (2016). *Childhood forecasting of a small segment of the population with large economic burden*. *Nature Human Behaviour* 1(1) s. 1-10. <https://doi.org/10.1038/s41562-016-0005>
- Eberhard-Gran, M., Slinning, K., & Rognerud, M. (2014). *Screening for barseldepresjon-en kunnskapsoppsummering* s. 297-301. Tidsskrift for Den norske legeförening.
- Field, T. (2011). *Prenatal depression effects on early development: a review*. *Infant Behavior and Development* 34(1) s.1-14. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2010.09.008>
- Field, T., Diego, M. & Hernandez-Reif, M. (2006). *Prenatal depression effects on the fetus and newborn: a review*. *Infant Behavior and Development* 29(3) s. 445-455. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2006.03.003>
- Fonagy, P., Gergerly, G. og Target, M. (2007). *The parent-infant dyad and the construction of the subjective self*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48 s. 288-328. Doi: 10.1111/j.1469-7610.2007.01727.x
- Fredriksen, E., von Soest, T., Smith, L. & Moe, V. (2019). *Parenting stress plays a mediating role in the prediction of early child development from both parents' perinatal depressive symptoms*. *Journal of Abnormal Child Psychology* 47(1) s. 149-164. <https://doi.org/10.1007/s10802-018-0428-4>
- Gjerde LC, Eilertsen EM, Hannigan LJ, Eley T, Røysamb E, Reichborn Kjennerud T, Rijdsdijk FV, McAdams TA, Ystrom E (2021). *Associations between maternal depressive symptoms and risk for offspring early-life psychopathology: the role of genetic and non-genetic mechanisms*. *Psychological Medicine* 51 s. 441-449. <https://doi.org/10.1017/S0033291719003301>
- Goodman, S. H., Rouse, M. H., Connell, A. M., Broth, M. R., Hall, C. M. & Heyward, D. (2011). *Maternal depression and child psychopathology: A meta-analytic review*. *Clinical Child and Family Psychology Review* 14(1) s.1-27. <https://doi.org/10.1007/s10567-010-0080-1>
- Greenough, W. T. & Black, J. E. (2013). *Induction of brain structure by experience: Substrates*. *Developmental Behavioral Neuroscience: The Minnesota Symposia on Child Psychology*.
- Grigoriadis, S., VonderPorten, E. H., Mamisashvili, L., Tomlinson, G., Dennis, C., Koren, G., Steiner, M., Mousmanis, P., Cheung, A. & Radford, K. (2013). *The impact of maternal depression during pregnancy on perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis*. *The Journal of Clinical Psychiatry* 74(4) s. 321-341.
- Heckman, J. J. (2012). *Invest in early childhood development: Reduce deficits, strengthen the economy*. The Heckman Equation 7 s.1-2.
- Heckman, J. J., Holland, M. L., Makino, K. K., Pinto, R. & Rosales-Rueda, M. (2017). *An analysis of the Memphis nurse-family partnership program* National Bureau of Economic Research. doi: 10.3386/w23610

- Howard, L. M., Molyneaux, E., Dennis, C. L., Rochat, T., Stein, A., & Milgrom, J. (2014). *Non-psychotic mental disorders in the perinatal period*. *The Lancet*, 384, s. 1775-1788. doi:10.1016/S0140-6736(14)61276-9
- Høivik, M., S., Lydersen, S., Drugli, M.B., Onsøien, R., Hansen, M.B., & Berg- Nielsen, T.S. (2015). *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* (2015) 9:3 DOI 10.1186/s13034-015-0036-9
- Klein Velderman, Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F. & Van Ijzendoorn, M. H. (2006). *Effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant attachment: differential susceptibility of highly reactive infants*. *Journal of Family Psychology* 20(2) s. 266. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.20.2.266>
- Kvalevaag, A. L., Ramchandani, P. G., Hove, O., Assmus, J., Eberhard-Gran, M. & Biringer, E. (2013). *Paternal mental health and socioemotional and behavioral development in their children* *Pediatrics* 131(2) s. e463-e469. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-0804>
- Liszkowski, U., Carpenter, M., Striano, T. Tomasello, M. (2006). *12- and 18-month-olds point to provide information for others*. *Journal of Cognition and Development* 7(2) s. 173-187. https://doi.org/10.1207/s15327647jcd0702_2
- Moffitt, T. E., Arseneault, L., Belsky, D., Dickson, N., Hancox, R. J., Harrington, H., Houts, R., Poulton, R., Roberts, B. W. & Ross, S. (2011). *A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety*. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 108(7) s. 2693-2698. <https://doi.org/10.1073/pnas.1010076108>
- Mundy, P. & L. Newell (2007). *Attention, joint attention, and social cognition*. *Current Directions in Psychological Science* 16(5) s. 269-274. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2007.00518.x>
- Murray, L. & Cooper, P. J. (1996). *The impact of postpartum depression on child development*. *International Review of Psychiatry* 8(1) s. 55-63. <https://doi.org/10.3109/09540269609037817>
- Nilsen, W., Gustavson, K., Røysamb, E., Kjeldsen, A. & Karevold, E. (2013). *Pathways from maternal distress and child problem behavior to adolescent depressive symptoms: A prospective examination from early childhood to adolescence*. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics* 34(5) s. 303-313. doi: 10.1097/DBP.0b013e318293ab05
- Papoušek, H. & Papoušek, M. (2002). *Intuitive parenting. I: M.H. Bornstein (red), Handbook of Parenting Bd. 2 Biology and Ecology of Parenting*, 2. utg., s.183-203. Mahwah, NJ.: Erlbaum.
- Paulson, J. F., et al. (2009). *Early parental depression and child language development*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 50(3) s. 254-262. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01973.x>
- Pearson, R. M., Evans, J., Kounali, D., Lewis, G., Heron, J., Ramchandani, P. G., . . . Stein, A. (2013). *Maternal Depression During Pregnancy and the Postnatal Period Risks and Possible Mechanisms for Offspring Depression at Age 18 Years*. *Jama Psychiatry*, 70, s. 1312-1319. doi:DOI 10.1001/jamapsychiatry.2013.2163
- Pluess, M., Stevens, S. E., & Belsky, J. (2013). *Differential susceptibility: Developmental and evolutionary mechanisms of gene-environment interactions*. In M. Legerstee, D. W. Haley, & M. H. Bornstein (Eds.), *The infant mind: Origins of the social brain* s. 77-96. The Guilford Press.
- Ramchandani, P & Psychogiou, L. *Paternal psychiatric disorders and children's psychosocial development* (2009). *Lancet*. 22; 374(9690) s. 646-53. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60238-5
- Sameroff, A. (2009). *The transactional model of development*, Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Senju, A., Southgate, V., Snape, C., L., & Csibra, G. (2011). *Do 18-month-olds really attribute mental states to others? A critical test*. *Psychological science* 22(7) s. 878-880. <https://doi.org/10.1177/0956797611411584>
- Skjothaug, T., Smith, L., Wentzel-Larsen, T., & Moe, V. (2015). *Prospective fathers' adverse childhood experiences, pregnancy-related anxiety, and depression during pregnancy*. *Infant mental health journal* 36(1) s. 104-113. <https://doi.org/10.1002/imhj.21485>
- Skovgaard, A. M., Houmann, T., Christiansen, E., Landorph, S., Jørgensen, T., Olsen, E. M., Heering, K., Kaas-Nielsen, S., Samberg, V., & Lichtenberg, A. (2008). *The prevalence of mental health problems in children 1 1/2 years of age- the Copenhagen Child Cohort 2000* (*Journal of Child Psychology and Psychiatry* (2007) 48, s. 62-70). *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01883.x>
- Smith, L. (2014). *Foreldres intuitive omsorgsatterferd* [Intuitive parenting]. *Scandinavian Psychologist* 1. <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.1.e1>
- Smith, L., Fagan, J. F. Ulvund, S. E. (2002). *The relation of recognition memory in infancy and parental socioeconomic status to later intellectual competence*. *Intelligence* 30(3) s. 247-259. [https://doi.org/10.1016/S0160-2896\(01\)00099-X](https://doi.org/10.1016/S0160-2896(01)00099-X)
- Sorce, J. F., et al. (1985). *Maternal emotional signaling: its effect on the visual cliff behavior of 1-year-olds*. *Developmental Psychology* 21(1) s. 195. doi:10.1037/0012-1649.21.1.195
- Spangler, G., et al. (2009). *Genetic and environmental influence on attachment disorganization*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 50(8) s. 952-961. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.02054.x>
- Stein, A., Johann, M., Ronai, Z. & Zimmermann, P. (2014). *Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child*. *The Lancet* 384(9956) s. 1800-1819. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61277-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61277-0)
- TOPP-studien: <https://www.fhi.no/studier/topp/>
- Tronick, E. Z. & Gianino, A. (1986). *Interactive mismatch and repair: challenges to the coping infant*. *Zero to Three Bulletin of the National Center for Clinical Infant Programs*, 5, s. 1-6.
- Underwood, L., Waldie, K. E., Peterson, E., D'Souza, S., Verbiest, M., McDaid, F. & Morton, S. (2017). *Paternal depression symptoms during pregnancy and after childbirth among participants in the growing up in New Zealand study*. *JAMA Psychiatry* 74(4) s. 360-369. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.4234
- Van Ijzendoorn, M. H. & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2006). *DRD4 7-repeat polymorphism moderates the association between maternal unresolved loss or trauma and infant disorganization*. *Attachment & Human Development*, 8(4) s. 291-307. <https://doi.org/10.1080/14616730601048159>
- Wichstrøm, L., Berg-Nielsen, T. S., Angold, A., Egger, H. ., Solheim, E., & Sveen, T. H.. (2012). *Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(6) s. 695-705. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02514.x>
- Zero to Three. (2017). *The Basics of Infant and Early Childhood Mental Health: A Briefing Paper*. *The Basics of Infant and Early Childhood Mental Health: A Briefing Paper • ZERO TO THREE*

Emosjonell kompetanse: en grunnleggende ferdighet i skolen

Av Evalill Bølstad, Frederik Ferstad Skoe og Eirin Ferstad Skoe



Psykolog Evalill Bølstad er førsteamanuensis ved Psykologisk institutt, UiO, og forsker på og underviser i utviklingspsykologi. Hovedtema er temperament og emosjonell utvikling hos barn og unge, og hvordan både individuelle egenskaper og sosial kontekst påvirker utvikling av emosjonsregulering. Bølstad er prosjektleder for studier i bla. Tuning in to Kids (TIK), der medforfatterne deltar.

Frederik Ferstad Skoe er psykologspesialist i samfunns- og allmennpsykologi, og har erfaring fra BUP, PPT og skolehelsetjenesten. Han har utviklet tiltak for å fremme psykisk helse og emosjonell kompetanse i skolen.

Psykolog Eirin Ferstad Skoe jobber med par og familier i Favne Psykologbistand, og er spesialisert innenfor familiepsykologi med særlig interesse for emosjonsfokuserte tilnæringer.

Emosjonell kompetanse viser til evnen til å forstå, regulere og uttrykke følelser. Målet med denne artikkelen er å vise hvilken betydning barnets emosjonelle ferdigheter har for både sosial og faglig mestring i livet generelt og skolehverdagen spesielt. Skolen er i en unik posisjon til å støtte barnets utvikling av slik kompetanse, som igjen bidrar til å fremme barnets trivsel og læring på skolen. Vi beskriver hvordan emosjonell kompetanse kan sees som en grunnleggende ferdighet i skolen, og diskuterer deretter hvilken betydning det vil ha å plassere denne kompetansen på lik linje med de andre ferdighetene som er definert som grunnleggende for elevenes læring og utvikling.

Emosjonell kompetanse viser til vår evne til å forstå, regulere og uttrykke følelser (Eisenberg, Cumberland & Spinrad, 1998). Å tilegne seg emosjonell kompetanse er en av de viktigste utviklingsoppgavene i barndommen; det legger grunnlag for senere sosial og kognitiv utvikling, som igjen fremmer akademiske ferdigheter, god psykisk helse og legger grunnlaget for et godt liv (Mayer et al, 2008; Raver, 2002). Forskning har vist at barns læring utvikler seg i et samspill mellom kognitive, sosiale og emosjonelle ferdigheter (Pellegriano & Hilton, 2012), og at faktorer som nysgjerrighet, utholdenhet og håndtering av både indre følelser og ytre utfordringer er viktige for deres læring (Backer- Grøndahl & Nærde; 2015, Birch & Ladd, 1997; Heckman & Kautz, 2013; Durlak et al, 2011).

I denne artikkelen vil vi presentere hva emosjonell kompetanse er, og betydningen denne kompetansen har for barns utvikling og evne til å navigere verden de vokser opp i. Videre vil vi ha et spesielt fokus på skolens unike handlingsrom i denne utviklingen.

Avslutningsvis vil vi vise hvordan emosjonell kompetanse kan ses på som en grunnleggende ferdighet i skolen, på lik linje som det å kunne lese, skrive og regne, samt muntlige og digitale ferdigheter (Utdanningsdirektoratet, 2020).

Forskning har vist at barn med høy grad av emosjonell kompetanse er bedre på å forholde seg til og forstå andre mennesker, har bedre vennskap, har bedre evne til å fokusere sin oppmerksomhet og presterer bedre faglig

Emosjonell kompetanse

Det er mange forskjellige måter å forstå hva følelser er på, hvor de stammer fra, hvordan de oppleves og hvordan de utvikles (LoBue, Pérez-Edgar & Buss, K. A., 2019, s. 1-2, 7). Følelser kan for eksempel ses på som subjektive reaksjoner på en hendelse, med særegne fysiske, erfaringsmessige og atferdsmessige endringer (Sroufe, 1996, s. 15). En annen, mer funksjonsrettet måte å se på følelser er som «psykologiske snarveier» som hjelper oss å reagere kjapt i møte med farer, og med å navigere sosiale relasjoner (Stiegler, 2020, s. 19). Uansett hvordan man velger å definere følelser, er følelser noe som påvirker måten vi opplever og interagerer med verden omkring oss. Et barn kan for eksempel glede seg til å begynne på skolen, våkne opp første skoledag proppfull av energi, løpe entusiastisk inn i skolegården og begynne å snakke med alle sine nye klassekamerater. Et annet barn kan grue seg til skolestart, våkne opp trøtt og anspent, og måtte dras med hvert steg av sine foreldre på vei inn i skolegården, der barnet holder seg for seg selv og unngår øyekontakt med alle rundt seg. Med andre ord kan samme hendelse vekke svært forskjellige følelser hos ulike barn, som igjen fører til helt ulike opplevelser – som her knyttet til det å starte på skolen.

I eksemplet over ser vi hvordan barnets emosjonelle kompetanse, altså evnen til å identifisere, forstå og uttrykke følelser (Eisenberg, Cumberland & Spinrad, 1998), spiller en viktig rolle i hvordan barnet fungerer i hverdagen. Det at et mer engstelig barn gruer seg til første skoledag, trenger ikke å ha negative konsekvenser i seg selv. Hvis barnet klarer å gjenkjenne og forstå sin indre uro og uttrykke denne til sine foreldre, øker sannsynligheten for emosjonell støtte, noe som igjen vil kunne hjelpe barnet til å regulere ubehaget. På den andre side kan det godt hende at barnet ikke klarer å gjenkjenne eller sette ord på sin store indre uro, og ender opp med å være taus og innesluttet heller enn å søke støtte. Sannsynligheten for at foreldrene vil gi en støttende respons blir følgelig mindre, som igjen vil gjøre det utfordrende for barnet å regulere den vanskelige følelsen. Det er med andre ord ikke følelsen som har konsekvenser i seg selv, men hvordan barnet og foreldre klarer å gjenkjenne, forstå og regulere barnets emosjonelle behov.

Forskning har vist at barn med høy grad av emosjonell kompetanse er bedre på å forholde seg til og forstå andre mennesker, har bedre vennskap, har bedre evne til å fokusere sin oppmerksomhet og presterer bedre faglig (Durlak et al., 2011; Greenberg, 2009). Det er også vist at problemer med å regulere og forstå emosjoner setter barn i en større risiko for utagerende atferd (Johnson et al., 2017; Trentacosta & Fine, 2010), samt at det predikerer økt risiko for angst og depresjon (Bender, Pons, Harris, Esbjørn & Reinholdt-Dunne, 2015; Fernandez-Berrocal et al., 2006; Kehoe et al., 2014).

Oppsummert kan vi si at dersom barnet klarer å forstå seg selv og kommunisere sine behov til omgivelsene på en tydelig og god måte, så har det også bedre sjanser til å bli forstått av andre. God emosjonell kompetanse viser til ferdigheter hos barnet som bidrar til gunstige effekter på mange områder i livet, og skaper en beskyttelse mot negative livserfaringer og skjevutvikling (Cicchetti et al., 1995; Eisenberg et al., 2001; Greenberg et al., 1991). Ved å hjelpe barn til å utvikle denne kompetansen, kan vi på sikt bidra til å skape voksne som klarer seg godt i livet, bygger trygge relasjoner til de rundt deg og bidrar positivt til samfunnet (Stiegler, 2020).

Skolens unike posisjon for læring av emosjonell kompetanse

Tiltak som sikter på å bedre barns emosjonelle kompetanse er som oftest rettet mot foreldre (se Engand-Mason & Gonzalez, 2020, for en oversikt). Foreldre er barns viktigste kilde til læring av disse ferdighetene, og de har som regel en nærhet og tilknytning til barnet som gir dem større tilgang på barnets følelsesverden sammenlignet med andre. I tillegg til foreldre, er lærere og andre voksne på skolearenaen i en unik posisjon til å

Barns emosjonelle kompetanse viser til dynamiske ferdigheter som fortsetter å utvikle seg, og fortsetter å spille en viktig rolle i deres tilpasning i skolen gjennom hele skoleløpet

kunne støtte opp om utvikling av emosjonell kompetanse (Bergin & Bergin, 2009). Alle barn går på skolen, noe som gjør at man gjennom tiltak som gjøres universelt i skolesystemet kan nå alle barn, uavhengig av de fleste andre sosiodemografiske variabler og uavhengig av foreldrenes omsorgsevne. Barn bruker mye av sin tid på skolen, og har gjennom en vanlig skoledag en rekke emosjonelle opplevelser og utfordringer som egner seg til læring og utvikling. Disse situasjonene, som nødvendigvis er en del av skolehverdagen, kan både være et hinder og en mulighet for læring.

Barn klarer ikke prestere faglig uten å kunne håndtere de følelsene som skolesituasjonen skaper (Raver, 2002). Når et barn starter på skolen er det en mengde emosjonelle situasjoner som barnet må mestre for å få utbytte av det som læreren forsøker å formidle. En «enkel» oppgave som det å sitte stille på stolen når læreren snakker, krever evne til å regulere følelser som utålmodighet, uro og engasjement. For å lære å skrive må eleven av og til mestre å holde ut kjedelig, repetitivt arbeid. For å lære å lese må eleven klare å finne arbeidsroen etter et spennende friminutt. For å lære matematikk må eleven tåle frustrasjonen og følelsen av å ikke få til noe på første forsøk. For å oppnå gode muntlige ferdigheter må eleven overvinne den engstelsen som hos mange naturlig melder seg når han skal snakke høyt for klassen. For å lære gode digitale ferdigheter må eleven klare å håndtere engasjement og lystfølelsen når fengslende YouTube-videoer ligger få klikk unna mens hun jobber med øvingsoppgaver på skjerm.

Barns emosjonelle kompetanse viser til dynamiske ferdigheter som fortsetter å utvikle seg, og fortsetter å spille en viktig rolle i deres tilpasning i skolen gjennom hele skoleløpet (Raver, 2002; Durlak et al, 2011). Gjeldende læreplanverk (LK20; Utdanningsdirektoratet, 2020) har på mange måter hevet blikket og sett helheten omkring barns læresituasjon, også utover det rent pedagogiske som skjer i klasserommet. Her spiller emosjonell kompetanse en særskilt rolle, ettersom denne kompetansen både er en forutsetning for læring i klasserommet og for å mestre og utvikle seg i situasjoner utenfor klasserommet – som i garderobesituasjoner, gym eller friminutt.

Det er avgjørende for barnas lese- og skriveutvikling at foreldrene og andre voksne i barnets omgivelser snakker med barnet, leser for det, og at språk brukes i miljøet der barnet vokser opp (Tamis-LeMonda, Luo & Song, 2014). På samme måte vil barn som er i omgivelser hvor voksne selv uttrykker følelser, snakker om ulike følelser og hjelper barnet å gjenkjenne, sette navn på og finne måter å uttrykke følelser på, ha et forsprang i utvikling av emosjonell kompetanse (Gottman, Katz & Hooven, 1997). For eksempel vil barn som klarer å hemme den lystbetonte impulsen til å løpe ut til friminutt før timen er ferdig, og som takler flauheten de kan oppleve når de har rukket opp hånden og sagt helt feil svar, være bedre rustet til å mestre skolehverdagen enn barn som ikke mestrer å styre impulsene sine, eller som blir veldig engstelige av litt motgang.

I likhet med vansker rundt andre grunnleggende ferdigheter, blir eksterne hjelpeinstanser ofte koblet på når barn strever med å håndtere følelsene sine. Men i motsetning til vansker med for eksempel lesing og skriving, ser vi imidlertid ofte heller til hjemmet eller elevene selv, enn å undersøke hvilket handlingsrom vi har i skolen. Skolen kan aldri erstatte foreldrenes rolle i barns emosjonelle utvikling, men skolen kan utfylle eller kompensere i tilfeller der barnas utfordringer er større enn vanlig (Bergin & Bergin, 2009). Uavhengig av bakenforliggende årsaker, vil behovet for en helhetlig tilnærming i både hjem og skole være nødvendig når barn har store vansker med å fungere emosjonelt i skolesammenheng. I tilfeller der barnet av ulike årsaker får mindre støtte i sin emosjonelle utvikling hjemme, vil en lærer kunne spille en viktig rolle både som emosjonell støtte og rollemodell. Undersøkelser viser at lærere kan være tilknytningspersoner for barn, og at det å ha én nær voksenperson som ser og forstår, er en av de viktigste beskyttelsesfaktorene for barn med vanskelige hjemmeforhold (Bergin & Bergin, 2009).

Emosjonell kompetanse læres som nevnt gjennom erfaring. En trygg og voksen rollemodell på skolen kan være sentralt for en elev som raskt blir sint og utagerer mot andre

Når barn med sosioemosjonelt strev sendes til skolepsykolog, helsesykepleier eller lignende, risikerer vi å ta vanskene ut av den konteksten de oppstår i. En fagperson vil ofte da være i en dårligere posisjon til å kunne gi effektiv hjelp, samtidig som den daglige oppfølgingen blir vanskeligere. Noen ganger er det fint å snakke med noen som ikke var en del av situasjonen, men ofte kan innsikten i hva som faktisk skjedde være avgjørende. En spesialpedagog med ansvar for elevene som trenger ekstra støtte med lesing, vil måtte være påkoblet klassen som helhet, og kontaktlæreren spesifikt, for å få samkjørt undervisningen best mulig. Slike rutiner kan oftere glippe, eller av og til mangle, i oppfølgingen av elevers emosjonelle utfordringer, selv om klassekontekst og samarbeid med lærer er vel så viktig her. Læreren har i mye større grad oversikt over hvordan eleven fungerer i de gitte situasjonene, og hvordan det sosiale miljøet omkring eleven er, samt at læreren kan følge den daglige utviklingen. De emosjonelt utfordrende situasjonene barn møter på er ofte komplekse og kan være forårsaket av faktorer både i og utenfor skolen. Det nytter lite å forsøke å hjelpe barnet med å håndtere noe vanskelig dersom hjelperen mangler oversikt over ulike faktorer som bidrar. En elev som er engstelig for å snakke foran klassen, vil ha lite nytte av å lære å bruke «hjelpehånden» (Raknes & Haugland, 2013) hos helsesykepleier, hvis det egentlige problemet er at det nylig har sirkulert videoer av en annen elev i klassen, og hun er bekymret for å bli filmet. En lærer som kjenner klassens historie, vil derimot lettere kunne hjelpe eleven i denne situasjonen.

Emosjonell kompetanse læres som nevnt gjennom erfaring. En trygg og voksen rollemodell på skolen kan være sentralt for en elev som raskt blir sint og utagerer mot andre (Brandtzæg et al., 2016). Lærere har ofte oversikt over konteksten der barnet blir sint og kan på et tidlig stadium hjelpe barnet med å gjenkjenne kroppslige signaler på følelser som kan lede til sinne. I samarbeid med læreren kan eleven lære når det er lurt å trekke seg ut av situasjoner som lett eskalerer, og lærer kan hjelpe barnet med å finne bedre måter å uttrykke sinnet sitt på. Kanskje kan lærer og elev sammen gå en runde rundt skoleplassen, eller øve på å finne ord for å si ifra på en tydelig og ikke-voldelig måte, når eleven føler seg tråkket på. Slike erfaringer vil kunne bidra til at barnet i stadig større grad klarer å regulere følelsen på egenhånd. Følelsen går fra å være mer ytre regulert til mer indre regulert.

Utvikling av emosjonell kompetanse er mengdetrening. På samme måte som det er vanskelig å jobbe med digitale ferdigheter uten tilgang på PC, er det vanskelig å jobbe med emosjonell kompetanse uten tilgang på emosjonelle opplevelser. En opplevelse av en nærhet i lærer-elev-relasjonen er avgjørende (Brandtzæg et al., 2016). Dette er mye av bakgrunnen for at det å «jobbe med relasjonen» ofte er det første rådet som gis til lærere som ønsker tips om hvordan de kan hjelpe elever som strever. Barnet må oppleve den voksne som nær nok til å åpne opp om det som er vanskelig, føle at den voksne forstår det de strever med og vil dem vel. Den voksne må kjenne barnets opplevelsesverden godt nok til å kunne forstå hva det faktisk trenger støtte til. Dette er selvfølgelig enklere for foreldre som har kjent barnet hele livet, og som ikke har 25 andre barn å tenke på samtidig. Likevel er det viktig at lærere i så stor grad som mulig innenfor rollens rammer tilstreber en god relasjon til elevene, og da særlig til de som strever mest og som det er vanskeligst å få kontakt med (Drugli, 2012).

Hvordan kan skolen oppfylle sitt potensiale som arena for utvikling av emosjonell kompetanse?

I dagens læreplanverk er «å håndtere tanker, følelser og relasjoner» nevnt som et «aktuelt tema» innenfor det tverrfaglige temaet Folkehelse og livsmestring (Utdanningsdirektoratet, 2020). Er dette tilstrekkelig? Håndtering av følelser er ikke kun et tilleggstema, men heller en grunnleggende forutsetning for læring.

Utdanningsdirektoratet definerer i dagens læreplanverk grunnleggende ferdigheter på følgende måte (LK20; Utdanningsdirektoratet, 2020): «Grunnleggende ferdigheter er en del av kompetansen i fag og nødvendige redskaper for læring og utvikling. De er også en forutsetning for å kunne vise kompetanse. (...) Ferdighetene har betydning for utviklingen av elevenes identitet og sosiale relasjoner, for utdanning og arbeid, og for deltakelse i samfunnsliv.»

Det synliggjør at vår evne til å forstå, regulere og uttrykke følelser passer inn under en slik definisjon av grunnleggende ferdigheter, på lik linje som det å kunne lese, skrive og regne, samt muntlige og digitale ferdigheter. Emosjonell kompetanse er ikke definert som en grunnleggende ferdighet i skolen i dag (LK20; Utdanningsdirektoratet, 2020), samtidig som få ferdigheter er mer grunnleggende for elevenes evne til å fungere faglig og sosialt enn evnen til å regulere, gjenkjenne og forstå følelser hos seg selv og andre.

Emosjonell kompetanse omfatter ferdigheter som både er nødvendige og komplementære til de grunnleggende ferdighetene som allerede er beskrevet i læreplanverket. Enkelte sider av barns emosjonelle utvikling og mestring er allerede dekket i de grunnleggende ferdighetene, men kun i en implisitt form. Under muntlige ferdigheter ser vi for eksempel at disse utdypes ytterligere til det å forstå, utforme, kommunisere og reflektere (Utdanningsdirektoratet, 2020), som kan sies å være ferdigheter som forutsetter emosjonell kompetanse. Samtlige ferdighetsområder er imidlertid utdypet med rent faglig rettede eksempler, uten henvisning til betydningen av følelser og relasjon. De aspektene ved grunnleggende ferdigheter som omhandler sosialt og emosjonelt samspill er ikke vektlagt, til tross for skolens essensielle rolle som arena for psykososial utvikling (Mathiesen, Karevold & Knudsen, 2009; Utdanningsdirektoratet, 2016). På samme måte som et barn som aldri lærer å lese, vil ha en stor ulempe gjennom hele skolegangen, vil det å stadig bli overveldet av kraftige følelser, være et stort hinder for faglig og sosial mestring (Bergin & Bergin, 2009). Vansker på begge områder er et stort hinder for læring, og begge vanskene er hyppige forekommende blant elever i et gjennomsnittlig klasserom (NOU 2009: 18; Mathiesen, Knudsen & Karevold, 2009).

Et annet argument for å se på emosjonell kompetanse som en grunnleggende ferdighet, er at det vil bidra til å tilpasse den pedagogiske konteksten til barns emosjonelle behov og ferdigheter. Om en elev har følt seg utestengt fra lek i friminuttet og deretter strever med å komme i gang med skolearbeidet, er det viktig å kunne se hendelsen i en større kontekst og forstå hvordan elevens vansker med å regulere det emosjonelle ubehaget som oppstod i friminuttet kommer i veien for igangsetting av skolearbeid. Dette er en situasjon hvor emosjonell kompetanse har en tydelig konsekvens for læring. Klarer barnet å forstå sitt emosjonelle ubehag? Klarer barnet å regulere sitt emosjonelle ubehag? Klarer barnet å uttrykke sitt emosjonelle ubehag på en måte som gjør det mulig for læreren å gi støtte? Om barnet strever på noen av disse områdene, er det et tydelig pedagogisk anliggende å støtte elevens utvikling av disse ferdighetene.

Akkurat som ved utvikling av lesing, skriving og regning, åpner skolehverdagen for gode situasjoner for øving på emosjonell kompetanse i den konteksten barnet naturlig ferdes i. Barn som strever med å tåle frustrasjonen i å måtte vente på tur, vil kunne øve på dette gjennom naturlige leker eller aktiviteter i en klasseromssituasjon. Muligheten til mengdetrening er viktig for å øve inn nye ferdigheter. Det å øve på små steg gjennom hele skoleuken, og å kunne øke vanskelighetsgraden gjennom et helt skoleår, gir en unik mulighet til utvikling for barn som strever ekstra med emosjonsregulering.

De grunnleggende ferdighetene i LK20 skal være redskaper for læring og utvikling, en forutsetning for å vise kompetanse, og har betydning for elevens identitet og sosiale relasjoner (Utdanningsdirektoratet, 2020). Med mål om å fremme elevens læringsmiljø og trivsel i skolehverdagen, har vi derfor forsøkt å vise betydningen av å innlemme emosjonell kompetanse blant de grunnleggende ferdighetene i skolen.

Ett annet argument for å se på emosjonell kompetanse som en grunnleggende ferdighet, er at det vil bidra til å tilpasse den pedagogiske konteksten til barns emosjonelle behov og ferdigheter

Referanser

- Bender, P.K., Pons, F., Harris, P.L., Esbjørn, B.H. & Reinholdt-Dunne, M.L. (2015). *Emotion understanding in clinically anxious children: A preliminary investigation*. *Frontiers in Psychology*, 6, 1916. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01916>.
- Bergin, C., & Bergin, D. (2009). *Attachment in the Classroom*. *Educational Psychology Review*, 21(2) s.141-170. <https://doi.org/10.1007/s10648-009-9104-0>.
- Brandtzæg, I., Torsteinsson, S. & Øiestad, G. (2016). *Se eleven innenfra*. Gyldendal.
- Cicchetti, D., Ackerman, B. P., & Izard, C. E. (1995). *Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology*. *Development and psychopathology*, 7(1) s. 1-10.
- Drugli, M. B. (2012). *Relasjonen lærer og elev: Avgjørende for elevenes læring og trivsel*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., & Schellinger, K. B. (2011). *The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions*. *Child development*, 82(1) s. 405-432.
- Eisenberg, N., Cumberland, A., & Spinrad, T. L. (1998). *Parental socialization of emotion*. *Psychological inquiry*, 9(4) s. 241-273.
- Eisenberg, N., Cumberland, A., Spinrad, T. L., Fabes, R. A., Shepard, S. A., Reiser, M., ... & Guthrie, I. K. (2001). *The relations of regulation and emotionality to children's externalizing and internalizing problem behavior*. *Child development*, 72(4) s. 1112-1134.
- England-Mason, G., & Gonzalez, A. (2020). *Intervening to shape children's emotion regulation: a review of emotion socialization parenting programs for young children*. *Emotion*, 20 s. 98-104. doi: 10.1037/emo0000638
- Fernandez-Berrocal, P., Alcaide, R., Extremera, N., & Pizarro, D. (2006). *The role of emotional intelligence in anxiety and depression among adolescents*. *Individual Differences Research*, 4(1).
- Greenberg, M. T., Weissberg, R. P., O'Brien, M. U., Zins, J. E., Fredericks, L., Resnik, H., & Elias, M. J. (2003). *Enhancing school-based prevention and youth development through coordinated social, emotional, and academic learning*. *American psychologist*, 58(6-7) s. 466.
- Gottman, J. M., Katz, L. F., & Hooven, C. (1997). *Meta-Emotion: How Families Communicate Emotionally*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Johnson, A.M., Hawes, D.J., Eisenberg, N., Kohlhoff, J. & Dudeney, J. (2017). *Emotion socialization and child conduct problems: A comprehensive review and meta-analysis*. *Clinical Psychology Review*, 54, s. 65-80.
- Kehoe, C. E., Havighurst, S. S., & Harley, A. E. (2014). *Tuning in to teens: Improving parent emotion socialization to reduce youth internalizing difficulties*. *Social Development*, 23(2) s. 413-431.
- LoBue, V., Pérez-Edgar, K., & Buss, K. A. (Eds.). (2019). *Handbook of emotional development*. Springer.
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2008). *Emotional intelligence: New ability or eclectic traits?* *American psychologist*, 63(6) s. 503.
- Mathiesen, K. S., Karevold, E. B. & Knudsen, A. K. (2009). *Psykiske lidelser blant barn og unge i Norge*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- NOU 2009: 18 (2009). *Rett til læring*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2009-18/id570566/?ch=9>
- Raknes, S. og Haugland, B. S. M. (2013). *Psykologisk førstehjelp - veiledning for bruk i førstelinjen*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Raver, C. (2002). *Emotions matter: Making the case for the role of young children's emotional development for early school readiness*. *Social Policy Report of the Society for Research in Child Development*, 16, s. 1-20.
- Rongved, Elisabeth (2015, 18. oktober). *Lesing i hjemmet avgjørende for barnas leseferdigheter*. Hentet fra <https://forskning.no/sprak-barn-og-ungdom-partner/lesing-i-hjemmet-avgjorende-for-barnas-leseferdigheter/464658>
- Sameroff, A. (2010). *A unified theory of development: a dialectic integration of nature and nurture*. *Child development*, 81 1,s. 6-22.
- Sroufe, L. A. (1996). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. Cambridge, UK: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511527661>
- Stiegler, J. R. (2020) *Emosjonsfokusert terapi: Å forstå og forandre følelser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tamis-LeMonda, C. S., Luo, R., & Song, L. (2014). *Parents' role in infants' language development and emergent literacy*. In S. H. Landry & C. L. Cooper (Eds.), *Wellbeing in children and families*, s. 91-110. Wiley-Blackwell.
- Trentacosta, C.J. & Fine, S.E. (2010). *Emotion knowledge, social competence, and behavior problems in childhood and adolescence: A meta-analytic review*. *Social Development*, 19, s. 1-29.
- Utdanningsdirektoratet (2020). *Folkehelse og livsmestring?* Hentet fra <https://www.udir.no/laring-og-trivsel/lareplanverket/stotte/hva-er-grunnleggende-ferdigheter/>
- Utdanningsdirektoratet (2020). *Rammeverk for grunnleggende ferdigheter*. Hentet fra <https://www.udir.no/laring-og-trivsel/rammeverk/rammeverk-for-grunnleggende-ferdigheter/>
- Utdanningsdirektoratet (2016, 18. mars). *Relasjoner mellom elever*. Hentet fra <https://www.udir.no/laring-og-trivsel/skolemiljo/sosial-laring-gjennom-arbeid-med-fag/Relasjoner-mellom-elever/>

Tilknytning og emosjoner

Av Stig Torsteinson og Ida Brandtzæg



Stig Torsteinson og Ida Brandtzæg er psykologspesialister og fagbokforfattere. De har lang klinisk erfaring fra blant annet Nic Waals Institutt.

Deres spesialfelt er utviklingspsykologi og tilknytningsbaserte intervensjoner.

I dag leder de Tilknytningspsykologene - Utdanningscenter og klinikk.

Sammenhengen mellom tilknytning og emosjonell utvikling er godt dokumentert. Hvordan barnets tilknytningspersoner påvirker barnets emosjonelle utvikling er imidlertid et stort og sammensatt tema. I denne artikkelen ser vi nærmere på perspektivene i Social Baseline Theory (SBT) (Beckes & Coan, 2011; Coan & Sbarra, 2015) og Theory of Constructed Emotion (TCE) (Barrett, 2017). Begge perspektivene tilfører nyanser i forståelsen av hvordan tilknytningspersoner kan fremme god emosjonell fungering og helse gjennom kroppens organisering av ressursbruk.

SBT fremhever hvordan trygge tilknytningspersoner har en avlastende funksjon når barnet er i noe som kjennes stressende eller vanskelig. TCE-perspektivet vektlegger differensiering av emosjoner. Jo mer en person kan differensiere sine emosjoner, jo mer presist og effektivt kan hen utføre prediksjoner om fremtiden som innvirker på kroppens bruk av ressurser. Perspektivene fra SBT og TCE anvendes for å forstå resultater fra forskning på emosjoner og tilknytning. Flere studier viser at trygg tilknytning er forbundet med mer positive forventninger om emosjonell støtte, bedre forståelse av egne og andres emosjoner, og større evne til å kunne gi og ta imot emosjonell støtte sammenlignet med barn med en mer utrygg tilknytning. Det gir grunn til å tenke at trygg tilknytning er et godt utgangspunkt for hensiktsmessig ressursbruk og god helse.

Sammenhengen mellom tilknytning og emosjonell utvikling er godt dokumentert (Raike & Thompson, 2006; Repacholi & Trapolini, 2004, Sroufe o.fl., 2005; Brumariu, 2015; Girme o.fl., 2021). Hvordan barnets tilknytningspersoner påvirker barnets emosjonelle utvikling er imidlertid et stort og sammensatt spørsmål. I denne artikkelen diskuterer vi hvordan to nye perspektiver kan berike forståelsen av dette. Fellesnevneren er at begge er opptatt av sammenhenger mellom tilknytning, emosjoner og kroppens energiforbruk.

Først og fremst er tilknytning en relasjons-konstruksjon. Med det menes at det er en emosjonell forbindelse som skapes mellom to individer.

Tilknytningsteori har alltid hatt et emosjonelt fokus og søker nettopp å forklare hvorfor mennesker er ulike med hensyn til forventninger til andre når det gjelder emosjonell støtte, hvilke egenskaper vi har til å forstå egne og andres emosjoner og hva slags kapasitet vi har til å gi og motta emosjonell hjelp.

Forskning på tilknytning har tradisjonelt studert hvilken betydning tilknytningskvalitet har for følt trygghet og «regulering» (demping) av frykt og stress (Cassidy, 1994; Lyons-Ruth, 2007; Brenning & Braet, 2013; Pascuzzo, Moss, & Cyr (2015).

Det ene nye perspektivet vi skal belyse i denne artikkelen er Theory of Constructed Emotion (TCE) (Barrett, 2013). Barrett og kollegaer har en bakgrunn fra forskning på tilknytning (Pietromonaco & Barrett, 2000) og vektlegger differensiering av emosjoner som en sentral faktor når ressurser individet har til rådighet skal fordeles. Jo mer en person kan differensiere sine emosjoner, dess mer presist og effektivt kan hen utføre prediksjoner om fremtiden som innvirker på kroppens bruk av ressurser. Det andre perspektivet er Social Baseline Theory (SBT) (Beckes & Coan, 2011; Coan & Sbarra, 2015) som fokuserer på hvordan tilknytningspersoner tilbyr relasjonell avlastning.

Før vi ser nærmere på TCE og SBT skal vi redegjøre for grunnleggende prinsipper og temaer i tilknytningsteori.

Hva er tilknytning?

Tilknytningsteori (Ainsworth & Bowlby, 1991; Bowlby, 1982) er en teori som omhandler hvordan nære relasjoner påvirker følt trygghet. Trygghet i nære relasjoner anses som viktig for god sosial og emosjonell utvikling, samt gode, meningsfulle liv. Trygg tilknytning blir ansett som en beskyttelsesfaktor, mens utrygg tilknytning regnes som en risikofaktor for psykisk uhelse. Tilknytning kan derfor sies å være vårt psykiske immunsystem (Lyons - Ruth, 2003).

Først og fremst er tilknytning en relasjons-konstruksjon (Sroufe, 2021). Med det menes at det er en emosjonell forbindelse som skapes mellom to individer. Individene i relasjonen utvikler en karakteristisk måte å være sammen på, en relasjonell stil. Begge bidrar i konstruksjonen og det er en pågående prosess, selv om det i en relasjon mellom voksen og barn alltid vil være den voksne som har ansvaret. Endringer i barnet eller i den voksne kan medføre endringer i konstruksjonen mellom de to individene. Kvaliteten på en tilknytningsrelasjon kan således endres og er ikke en fastlåst konstruksjon. Med andre ord, begrepet tilknytning referer hele tiden til det som er mellom individene, ikke karakteristika ved individene.

Tilknytning refererer til en spesiell type relasjon. Ikke alle, ikke engang alle viktige relasjoner, er tilknytningsrelasjoner. Tilknytning viser til en spesielt sterk, varig og emosjonell forbindelse som innehar helt spesifikke funksjoner når det gjelder å gi og motta emosjonell støtte. På tvers av alle kulturer foretrekker mennesker å søke følelsesmessig støtte fra tilknytningspersoner, over andre (Marlowe, 2017; Morelli & Tronick, 1991). Vi mennesker er således selektive når det gjelder hvem som er våre tilknytningspersoner.

Et tredje moment omhandler «kvaliteten» ved tilknytningen. «Trygg tilknytning» er en forkortelse av setningen «trygg i denne relasjonen». Når et barn kjenner seg trygg i relasjonen til en forelder, dreier det seg om at barnet har tillit til at forelderens vil være tilgjengelig og responsiv med tanke på trøst, omsorg og beskyttelse. Følt trygghet er således en forventning, eller en «mental representasjon», som følge av gjentatte erfaringer med ivaretagelse.

De nære relasjonene fasiliterer utviklingen og opprettholdelsen av en såkalt «indre arbeidsmodell». Arbeidsmodellen hjelper individet til både å forstå og predikere reaksjoner fra tilknytningspersoner (Pietromonaco & Barrett, 2000). Et kjernetema i en arbeidsmodell er opplevelsen av aksept fra tilknytningspersonen (Bowlby, 1973, s, 203). Barnets indre arbeidsmodeller aktiveres særlig under stress og påvirker barnets

**Barn i en trygg
tilknytningsrelasjon
vil ha en indre
arbeidsmodell
som innebærer en
forventning om å
bli ivaretatt og få
hjelp med stress eller
ubehag**

atferd og reaksjoner (Bowlby, 1980). De ulike indre arbeidsmodellene representerer strategier barnet utvikler sammen med sin spesielle omsorgsperson.

Vi skiller mellom trygg strategi (B) eller utrygge strategier (A,C,D) (Ainsworth, 1974; Waters, 2021). Barn i en trygg tilknytningsrelasjon vil ha en indre arbeidsmodell som innebærer en forventning om å bli ivaretatt og få hjelp med stress eller ubehag. Den indre arbeidsmodellen vil bidra til at barnet viser tilknytningsatferd som nærhets-søking og/eller gråt. Utrygge unngående barn (A) vil heller engasjere seg i deaktiverende aktiviteter med høy grad av selvregulering under stress, mens de utrygge engstelige (C) vil engasjere seg i hyperaktiverende atferd med repeterende signaler om ønske om kontakt og forbindelse med sin omsorgsperson.

Hvorvidt personen har en trygg eller utrygg tilknytning påvirker kapasiteten for mentalisering (Fonagy, 2006). Mentalisering er et nyere begrep i tilknytningspsykologien og har en bredere definisjon sammenlignet med «indre arbeidsmodeller». Mentalisering er en mer generell menneskelig kapasitet til å forstå sammenheng mellom atferd og indre tilstander. Kapasiteten er en organiserende faktor i vår sosiale og emosjonelle utvikling. Avhengig av blant annet erfaringer i tilknytningsrelasjonen blir mentaliseringskapasiteten ulikt utviklet, men for oss alle blir kapasiteten begrenset når vi er aktiverte eller under stress. Flere studier viser også en sammenheng mellom foreldres kapasitet til å mentalisere og barnets tilknytningsstrategi. Høy kapasitet til «å se barnet innenfra» gjennom å kroppslig tone seg inn på barnets følelser eller å sette ord på barnets følelser ser ut til å fremme trygg tilknytning (Meins, 2013., Shai & Meins, 2018).

Det siste momentet er hvordan trygghet i nære relasjoner henger sammen med hjernens ressursdisponering. I moderne tilknytningspsykologi hevdes det at mennesket har særlig tilpasset seg livet i små grupper, og at det å ha en plass i et nettverk av mennesker som kan både «støtte» og «lene» seg på hverandre er grunnleggende for helse og trivsel (Coan & Sbarra, 2021; Sroufe, 2005; 2021; Brandtzæg, Torsteinson & Smith, 2019). Både Theory of Constructed Emotion (TCE) (Barrett, 2013) og Social Baseline Theory (SBT) (Coan & Sbarra, 2015) er teorier som fokuserer på hvordan hjernen jobber med å administrere vårt kroppslige energiforbruk. Ressursdisponeringen skjer hovedsakelig i de limbiske regionene i hjernen. Disse omfatter områder som hippocampus, hypothalamus og amygdala. De limbiske regionene er tett forbundet med andre deler av hjernebarken, og anses for å være særlig effektive på å predikere forventet ressursbruk og -behov, og dermed aktivering av ulike kroppslige tilpasninger, slik som økt kortisol eller raskere hjerterytme (Barrett, 2017).

Sosial nærhet og interaksjon er vesentlige faktorer for å økonomisere (Coan, 2016) og budsjettere ressursbruken (Barret, 2017). Hjernen overvåker hvor mye ressurser som trengs, og dersom det er nødvendig å mobilisere krefter i en gitt situasjon kan hjernen også påvirke persepsjonen vår. For eksempel viser det seg at vi oppfatter en bakke som brattere og lengre om vi får høre at vi skal gå opp bakken alene. Om vi får høre at vi skal gå den opp med en nær venn oppfatter vi bakken som både kortere og mindre bratt (Gross & Profitt, 2013). Det er som om hjernen forventer å måtte bruke mindre energi dersom man har en trygg og nær person å lene seg til.

Hvem kan bli tilknytningspersoner?

Hvem er det som får denne spesielle posisjonen i en relasjon, og dermed en vesentlig innvirkning på et individs sosiale og emosjonelle utvikling og helse? Barn vil utvikle en tilknytningsrelasjon til dem de tilbringer tid med. Det er derfor som regel slik at et lite barn knytter seg til begge foreldrene. Når barnet begynner i barnehage kan ansatte i barnehagen bli tilknytningspersoner (Brandtzæg, Torsteinson, Øiestad, 2013). Det samme kan lærere bli for en elev, særlig i de første årene på skolen (Bergin & Bergin,

Forskning viser vel og merke at når ungdommen er utsatt for mer alvorlige former for emosjonelle belastninger, bruker ungdom med trygg tilknytning som regel foreldrene for trøst, omsorg og beskyttelse

2009; Brandtzæg, Torsteinson, Øiestad, 2016). Senere, når barnet stadig i større grad håndterer stress og emosjoner på egen hånd vil bare et fåtall av elevgruppen være i behov av å utvikle en tilknytningsrelasjon til læreren. En tilknytningsrelasjon vil utvikles om læreren har mye kontakt med eleven og eleven ofte har behov for trøst og beskyttelse.

I ungdomstiden får venner en stadig større betydning. Forskning viser vel og merke at når ungdommen er utsatt for mer alvorlige former for emosjonelle belastninger bruker ungdom med trygg tilknytning som regel foreldrene for trøst, omsorg og beskyttelse (Rosenthal & Kobak, 2010). Kjærester og ektefeller har som regel organisert livene rundt hverandre, og blir som oftest tilknytningspersoner for hverandre (Mikulincer & Shaver, 2016).

Det er viktig å merke seg at vi mennesker har mange ulike motiver for sosial kontakt med andre, ut over tilknytningsmotivet. Vi kan ha sterke emosjonelle bånd til både søsken og venner, til og med til arbeidskollegaer. At de ikke møter kravene til å være en tilknytningsperson, betyr ikke at de ikke er uviktige, selv om de ikke har den samme innvirkningen på utvikling og håndtering av emosjoner som tilknytningspersoner.

Hva fremmer forskjeller i emosjonell fungering?

Forskning har vist at ulikheter i kvaliteten på tilknytningsrelasjonen er viktig for å forstå ulikheter når det gjelder forventninger til et annet individ om emosjonell støtte, forståelsen av egne og andres emosjoner og evne til å gi og å motta emosjonell støtte (Groh ofl., 2021; Sroufe, 2005; Girme mfl., 2021; Pietromonaco, Barrett & Powers, 2006).

Før vi går videre, la oss presisere hva vi mener med en emosjon. Som nevnt lener vi oss på Theory of Constructed Emotion (TCE) (Barrett, 2017) som hevder at emosjoner er begreper som er konstruert av hjernen. Hjernen avlytter informasjon fra innsiden av kroppen som endringer i hjerterytme, at lungene fylles og tømmes for luft, utvidelse og sammentrekning av arterier osv. Hjernen jobber kontinuerlig med å gi den kroppslige informasjonen mening. Likevel har informasjon fra innsiden av kroppen begrenset mening i seg selv. Meningsdannelsen skjer lettere når man legger til ytre informasjon fra sansorganer som øyne, ører, nese, hud og munn. Emosjoner kan være en av flere måter å forstå sansesignaler fra kroppen og verden utenfra på.

Det er i forbindelse med meningsdannelsen at barnets tilknytningspersoner kommer inn i bildet. Meningsdannelsen foregår på minst tre ulike måter: 1) gjennom omsorgspersoners verbale og nonverbale reaksjoner på barnets følelser 2) gjennom samtaler om og reaksjoner på følelser i miljøet generelt 3) gjennom måten omsorgspersonene selv setter ord på, tillegger mening og håndterer egne følelser. Tilknytningspersonene kan således forstås som barnets emosjonelle arkitekter.

Forventningen om emosjonell støtte

Hva barnet føler og hvordan det handler når tilknytningssystemet er aktivert er ikke bare en respons på hva som skjer i situasjonen, men handler også om ulike forventninger til tilknytningspersonens emosjonelle tilgjengelighet.

Det å lage forventninger basert på tidligere erfaringer er en grunnleggende aktivitet for hjernen, ifølge TCE. Man kan si at det tilhører hjernens daglige drift. Ifølge Barrett og hennes kollegaer (2017) leter hjernen etter en referanse. Det som om hjernen spør seg «hva ligner denne situasjonen på?» eller «har jeg erfart noe tilsvarende?».

Det lille spedbarnet har naturlig nok få referanser siden det har begrenset med erfaringer. Det er litt som om en person skulle bygge et hus uten å ha sett et hus eller fått noen instruksjoner. Forestill deg hvordan verden ser ut når du nesten ikke har noen erfaringer, hvor så og si alt er ukjent. Det lille spedbarnet har derfor begrenset med muligheter for meningsdannelselse og til å forberede seg på hva som kommer.

Som vi har sett innebærer en trygg tilknytningsstrategi en forventning om at den andre vil gi emosjonell støtte når man trenger det og at man ser på seg selv som en som er verdt den emosjonelle støtten

Fram mot ettårsalder har barnet samlet seg nok erfaringer til at man tydelig kan observere hvilke forventninger det har til emosjonell støtte fra sine omsorgspersoner, eller indre arbeidsmodeller om man vil bruke Bowlbys begrep. Dette omtales som en konsolidering av en «tilknytningsstrategi».

Den helt tidlige tilknytningsforskningen viser nettopp at foreldre som er sensitive i større grad får barn med en trygg tilknytning ved ett års alder (Ainsworth m.fl., 1978). Sensitivitet defineres som det å være oppmerksom på og korrekt tolke barnets signaler, og deretter respondere passende og raskt. Videre ble det fremhevet at omsorgspersonen må «være med gjennom» en tilstand, slik at barnet blir tilstrekkelig beroliget (Ainsworth m.fl., 1974).

Som vi har sett innebærer en trygg tilknytningsstrategi en forventning om at den andre vil gi emosjonell støtte når man trenger det og at man ser på seg selv som en som er verdt den emosjonelle støtten.

Flere studier har bekreftet sammenhengen mellom sensitivitet og tilknytningstrygghet gjennom å se på mer spesifikke måter den voksne forholder seg til spedbarnets emosjonelle uttrykk. Blant annet har flere studier vist at foreldrenes måte å snakke om mentale tilstander, deriblant spedbarnets emosjoner (Mind-mindedness) (Meins, 2013) eller hvordan de kroppslig toner seg inn på barnets emosjonelle uttrykk (Embodied Mentalizing) (Shai & Fonagy, 2014; Shai & Belsky, 2017; Beebe & Steele, 2017) henger sammen med tilknytningskvalitet.

Studier viser at utrygg tilknytning oppover i alder er assosiert med negative og forstyrrede oppfatninger og forventninger til andre (Mikulincer & Shaver, 2008). Man vil da lettere oppfatte både situasjoner og andre på en negativ måte, som igjen kan skape følelser som skuffelse, sjalusi, hjelpeløshet, sinne og tristhet og gjennom dette muligens forsterke en opplevelse av stress. På den måten kan individets arbeidsmodell være med på å forsterke eget stress og negative forventninger til andre. Man blir således en medvirkende arkitekt til sin egen emosjonskonstruksjon.

Forståelsen av egne og andres emosjoner

I motsetning til tanken om at vi har distinkte emosjoner bygd inn i oss fra fødselen av, hevder TEC at den nyfødte kommer til verden med to grove grunnaffekter, nemlig ubehag og velbehag. Begge affektene kan variere i intensitet fra lav til høy. Ettersom barnet får hjelp av sine tilknytningspersoner til meningsdannelse vil de grove kategoriene av ubehag og velbehag differensieres til ulike emosjonskonsepter, slik som trist, sint, sjalu, glad eller spent. Høy grad av differensiering henger sammen med større forståelse av egne og andres emosjoner (Barrett, 2017). Tilknytningspersonene blir arkitekter for barnets følelsesutvikling. La oss se på et eksempel:

Mormor: «Ha det, vennen» (bøyer seg ned for å gi barnebarnet en klem)

Barnet: «Dumming» (klyper mormor i kinnnet og snur seg mot mammaen)

Mor: «Åh, vennen. Var det så leit at mormor skulle dra?» (holder rundt barnet)

Barnet: «Ja» (kikker skrått bort på mormor)

Mor: «Ja, du har kost deg skikkelig med mormor» (stryker barnet på ryggen)

Mormor: «Ja, vi har kost oss skikkelig. Jeg synes også at det er leit at jeg må dra» (stryker barnet på kinnnet)

Barnet: «Ha det, mormor» (snur seg mot mormor og klemmer henne).

Mormor: «Ha det, vennen. Gleder meg til neste gang vi skal sees» (klemmer barnet)

Mor «Ha det, da, mamma» (mor klemmer sin mamma mens barnet ser på)

Mor: «Skal vi vinke til mormor?» (mor vinker og barnet studerer moren)

Barnet: «Ha det, mormor» (barnet snur seg mot mormor og vinker)

**Forskning på
tilknytning viser at
erfaringer fra en trygg
tilknytningsrelasjon
bidrar til mer presise
og differensierte
følelser**

La oss anvende tanker fra TEC og analysere eksempelet. Barnet opplevde en negativ affekt og ga uttrykk for denne ved å klype mormor. Mor og mormor var arkitekter og konstruerte ubehagsfølelsen til følelsen «lei seg». Følelsen «lei seg» er ikke bare en merkelapp på det barnet passivt oppfatter. «Lei seg»-konseptet er også med på å styre barnets persepsjon. Man kan si at konseptet «lei seg» fungerer som et perseptuelt filter for barnet. Plutselig oppdager det at mor og mormor også var lei seg. Barnet så de klemme hverandre, og hørte de snakket om å være lei seg. Det registrerte tonefallet når moren og mormoren sa «lei seg», sammen med de langsomme bevegelsene fra mors hånd på ryggen. Barnet får hjelp til å se på situasjonen med «nye øyne», om du vil.

Dette kan sammenlignes med det som skjer når vi ser på en optisk illusjon. Det er nærliggende å bruke den kjente optiske illusjonen «Hode mot Hode». Det kan først se ut som en vase. Men om noen sier at det kan være to personer også, vil man straks se profilen til de to personene som står vendt mot hverandre. På samme måte vil et barn trenge hjelp til å «oppdage følelsene» gjennom sine omsorgspersoner.

Det lille eksempelet over illustrerer også de utallige utfordringene barnet møter når det skal lære seg å navigere i en mangfoldig emosjonell verden; inkludert å skjelve følelser fra andre og gjøre prediksjoner basert på emosjonelle signaler. Etter hvert samler barnet seg millioner av erfaringer, så forenklinger vil være nødvendig. I en slik forenklingsprosess har ordene en helt spesiell betydning. Neste gang barnet skal ta avskjed med mormor vil barnet lettere oppfatte seg som lei seg og uttrykke dette på mer spesifikke måter.

Emosjonskonsepter er et eksempel på at noe forenkles, det vil si at inntrykk som ligner legges under samme konsept. Å lære begrepet «ball», selv om en ball kan vise seg i alle mulige størrelser og farger er et eksempel på dette. Ord inviterer barnet til å utforske likheter og forskjeller, strukturer og mønstre. På samme vis kan konseptet «lei seg» romme ulike former å være trist på. Eksempelet over med barnet, mor og mormor viser hvordan en slik læringsprosess kan finne sted, ikke bare når det gjelder ytre fysiske konsepter som en ball, men også når det gjelder dannelsen av indre mentale konsepter. Det å få hjelp til en fingradering og differensiert forståelse gjør det lettere for barnet å være mer fleksibel i møte med andres reaksjoner og situasjoner. På den andre siden er mangel på fingradering forbundet med rigiditet og større grad av svart-hvitt-tenkning. Du oppfatter for eksempel den andre enten som glad eller sint og greier i liten grad å se på nyanser i spekteret mellom emosjonene.

Forskning på tilknytning viser at erfaringer fra en trygg tilknytningsrelasjon bidrar til mer presise og differensierte følelser. Barn med trygg tilknytning har en bedre forståelse av emosjoner, og særlig da både negative emosjoner (Laible & Thompson, 1998) og sammensatte emosjoner (Steele, Steele, Croft & Fonagy, 1999). I en anerkjent og pågående longitudinellstudie fra Minnesota, USA, ble førskolebarn som i ettårsalder hadde blitt klassifisert som trygge i Fremmedsituasjonen (Ainsworth m.fl., 1978) vurdert av sine lærere til i større grad å fleksibelt tilpasse følelsene og impulsene sine til situasjonen (Sroufe m.fl., 2005). Eller sagt på en TCE-måte; barnet har fått anledning til å utvikle et mer differensiert emosjonskonsept som gjør det lettere for barnet å være mer fleksibel i møte med andre (Barrett, 2017). Uavhengige skårere så også at barn med trygg tilknytning viste mer positiv affekt, mindre frustrasjon og aggresjon sammen med jevnaldrende i barnehagen (Carlson, Egeland & Sroufe, 1984).

Å kunne gi - og ta imot- emosjonell støtte

I moderne tilknytningspsykologi hevdes det at mennesket har tilpasset seg livet i små grupper, og at det å ha en plass i et nettverk av mennesker som både «gir støtte» og som «lener» seg på hverandre er grunnleggende for helse og trivsel.

Resultatene viste at voksne som var trygge i sin tilknytning både ved 12 og 18 måneder hadde en mer åpen og balansert emosjonsreguleringsstrategi i voksen alder enn de som var utrygge ved en eller begge aldre

Sosialiseringprosessen beveger seg fra asymmetri mot større grad av gjensidighet. Små barn trenger at den voksne fokuserer på barnets behov og tilbyr hjelp og støtte. I den andre enden av prosessen, vil par- og vennerelasjoner ha evne til å både å kunne gi og å ta imot. I sykdom eller alderdom kan relasjonene reverseres, men denne gangen ved at det er det voksne «barnet» som i hovedsak gir til foreldre.

I en nyere publisering fra den tidligere omtalte longitudinelle studien fra Minnesota har man sett på sammenhengen mellom barns tilknytningsstrategi ved 12 og 18 måneder og kapasiteten til å nettopp gi og ta imot i voksen alder (Girme ofl, 2020). I studien så de på hvordan de voksne (20-35 år) snakket med partner om konfliktfylte temaer. Resultatene viste at voksne som var trygge i sin tilknytning både ved 12 og 18 måneder hadde en mer åpen og balansert emosjonsreguleringsstrategi i voksen alder enn de som var utrygge ved en eller begge aldre. Det vil si at de var mer åpne overfor den andres perspektiver og følelser, og kunne forholde seg og engasjere seg i problemløsning.

Som nevnt tidligere i denne artikkelen, er TCE er en teori om hvordan hjernen forsøker å disponere den energien den har til rådighet på best mulig måte. I «Social Baseline Theory» har man sett nærmere på hvordan tilgangen til sosiale relasjoner er en sentral faktor når hjernen skal predikere energitilgang og behov i nær fremtid.

I en studie fra dette forskermiljøet ønsket man å se nærmere på dette (Coan, Schaefer & Davidson, 2006). De lagde et oppsett hvor alle forsøkspersonene ble utsatt for samme type stress, men med ulik tilgang til sosial kontakt. Stresset de ble utsatt for var et mildt, dog ubehagelig elektrisk støt. En tredjedel av forsøkspersonene gikk i gjennom forsøket alene, en tredjedel fikk holde en fremmed hånd, mens den siste gruppen fikk holde ektefellens hånd. I tillegg ble det vurdert hvorvidt relasjonskvaliteten til ektefellen påvirket aktiviteten i hjernen.

Coan og medarbeidere fant at det var minst aktivitet i hjernen til forsøkspersonene som holdt hånden til en ektefelle både før og under det elektriske sjokket. Det var mest aktivitet i hjernen til de som var alene. Coan og medarbeidere fant i tillegg at den hånden som var aller mest til hjelp, med tanke på aktiveringsnivået i hjernen, var hånden til en som ble vurdert som en trygg partner.

Hjerneaktiviteten til ektefellene og de fremmede håndholderne ble også målt. De fant at aktiviteten i hjernene var tilnærmet lik mellom de som var i en trygg og nær relasjon. Det var som om partner kunne føle med sin partner og at dette vises på nevralt nivå. Det å «dele en følelse» så ut til å forsterke den avlastende funksjonen som partner hadde i denne studien.

Coan og medarbeideres sin studie viser altså at de trygge relasjonene har en større kapasitet til både å gi og å ta imot emosjonell støtte, og at dette viser seg gjennom at forsøkspersonene ble avlastet gjennom den forventingen de hadde til sin trygge partners emosjonelle tilstedeværelse. De virket som et «spareiltak» til hjelp for å holde «energibalansen» i pluss, kan man kanskje si. De som stod uten denne avlastningshjelpen måtte derimot sette av mer ressurser for å håndtere situasjonen.

Oppsummerende konklusjon

Å skille tilknytningsrelasjoner fra andre relasjoner er viktig fordi tilknytningspersoner har en unik posisjon med hensyn til å hjelpe barn med følelser og tilstander. Barn med trygg tilknytning får mange fordeler når det gjelder sosial og emosjonell utvikling. I trygge tilknytningsrelasjoner blir barnet mer avlastet og får lettere tilgang til følt trygghet og velvære.

I trygge relasjoner får også barnet god hjelp til å differensiere sine emosjoner og å utvikle emosjoner som passer til situasjonen. Det å bli utrustet med differensierte konsepter hjelper barnet til å forstå egne og andres emosjoner. På den måten får barnets

**Barn med utrygge
tilknytningserfaringer
vil ha mer eller mindre
negative forventninger
i møte med andre og
vil med det utvikle
indre arbeidsmodeller
og strategier som er
tilpasset de negative
forventningene**

hjerne økt mulighet til å gjøre presise prediksjoner om hva som vil skje. Barnets prediktive hjerne forventer dessuten med få unntak at andre vil en vel og vil være til hjelp. Dette er stressreducerende og gir barnet et bedre utgangspunkt for å fungere i sosiale relasjoner. Trygg tilknytning gir dermed hjernen et godt utgangspunkt for effektiv og hensiktsmessig disponering av tilgjengelig energi. I tillegg får barnet god mulighet til ressurspåfyll slik at han/hun lettere kan anvende ressursene på lek og læring.

Barn med utrygge tilknytningserfaringer vil ha mer eller mindre negative forventninger i møte med andre og vil med det utvikle indre arbeidsmodeller og strategier som er tilpasset de negative forventningene. Barnet får dermed mindre erfaring med å bli beroliget på effektive og gode måter. I tillegg vil ikke barnet ha fått hjelp til å utvikle finindelte emosjoner, noe som gjør at barnet blir mer begrenset i sin forståelse av seg selv og andre. Dette kan gjøre det vanskeligere å forutse hva som vil skje i sosiale relasjoner og kan gjøre det vanskeligere for andre å forstå barnet. Barnets sosio-emosjonelle utvikling kan derfor bli negativt påvirket. Individet kan ikke heller hente så mye avlastning fra andre, og i verste fall kan man gå på en «budsjettsprekk»; barnet må selv håndtere større stress- og følelsesmessige belastninger og det blir dermed mindre energi tilgjengelig på «budsjettet» for læring, lek og utvikling.

I denne artikkelen har vi sett hvordan perspektivene fra TCE og SBT tilfører nyanser i forståelsen av hvordan tilknytningspersoner kan fremme god emosjonell fungering. SBT fremhever hvordan en tilknytningsperson effektivt avlaster den andres selvregulering, og sånn sett frigjør krefter som barnet kan bruke til andre oppgaver. TCE-perspektivet viser hvordan tilknytningspersonen kan hjelpe barnet til å differensiere emosjoner slik at det blir lettere for hjernen å gjøre gode prediksjoner om hva som vil skje. På denne måten vil ikke kroppen trenge å bruke så mye energi på å justere feilprediksjoner og å forvente mer krevende situasjoner enn nødvendig. Begge perspektivene er derfor opptatt av hvordan nære relasjoner påvirker oss med hensyn til kroppens ressursbruk og understreker at kropp og psyke henger sammen.

Referanser

- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M., & Stayton, D. F. (1974). *Infant-mother attachment and social development: Socialization as a product of reciprocal responsiveness to signals*. I: M. P. M. Richards (Red.). *The integration of a child into a social world* s. 99-135. Cambridge University Press.
- Ainsworth, M.D.S, Blehar, M, Waters,E., Wall.S. (1978) «Patterns of attachment.»
- Barrett, L.F. (2017). *How Emotions Are Made: The Secret Life the Brain*. New York, NY: Houghton-Mifflin-Harcourt.
- Beckes, L., & Coan, J. A. (2011). *Social baseline theory: The role of social proximity in emotion and economy of action*. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(12),s. 976-988.
- Beckes, L., & Sbarra, D. A. (2021). *Social Baseline Theory: State of the Science and New Directions*. *Current Opinion in Psychology*.
- Beebe, B., & Steele, M. (2013). *How does microanalysis of mother-infant communication inform maternal sensitivity and infant attachment?* *Attachment & Human development*, 15(5-6), s. 583-602.
- Bergin, C., & Bergin, D. (2009). *Attachment in the classroom*. *Educational psychology review*, 21(2), s. 141-170.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Volume II: Separation, anxiety and anger*. I: *Attachment and loss: Volume II: Separation, anxiety and anger* s. 1-429. London: The Hogarth press and the institute of psycho-analysis.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Volume III: Loss, sadness and depression*. I: *Attachment and Loss: Volume III: Loss, Sadness and Depression* s. 1-462. London: The Hogarth press and the institute of psycho-analysis.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Vol 1*. Attachment. New York, NY: Basic Books.
- Brandtzæg, I., Torsteinson, S., Smith, L. (2019). *Barn og Relasjonsbrudd. Mikroseparasjoner*. Fagbokforlaget.
- Brandtzæg, I., Torsteinson, S. & Øiestad, G. (2013). *Se barnet innenfra. Hvordan jobbe med tilknytning i barnehagen*. Kommuneforlaget.
- Brandtzæg, I., Torsteinson, S. & Øiestad, G. (2016). *Se eleven innenfra. relasjonsarbeid og mentalisering på barnetrinnet*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brenning, K. M., & Braet, C. (2013). *The emotion regulation model of attachment: An emotion-specific approach*. *Personal Relationships*, 20(1), s. 107-123.
- Brumariu, L. E. (2015). *Parent-child attachment and emotion regulation*. *New directions for child and adolescent development*,(148), s. 31-45.
- Cassidy, J. (1994). *Emotion regulation: Influences of attachment relationships*. *Monographs of the society for research in child development*, 59(2-3), s. 228-249.
- Carlson, E. A., Alan Sroufe, L., & Egeland, B. (2004). *The construction of experience: A longitudinal study of representation and behavior*. *Child development*, 75(1), s. 66-83.

- Coan, J. A. (2016). *Toward a neuroscience of attachment. I: Handbook of Attachment. Theory, research and clinical applications.* J. Cassidy & P. R. Shaver (Red.), New York: Guilford Press
- Coan, J. A., & Sbarra, D. A. (2015). *Social baseline theory: The social regulation of risk and effort.* *Current opinion in psychology*, 1, s. 87-91.
- Coan, J. A., Schaefer, H. S., & Davidson, R. J. (2006). *Lending a hand: Social regulation of the neural response to threat.* *Psychological science*, 17(12), s. 1032-1039.
- Fonagy, P. (2006). *The mentalization-focused approach to social development.* I: J. G. Allen & P. Fonagy (Red.), *The handbook of mentalization-based treatment* s. 53-99. John Wiley & Sons Inc.
- Girme, Y. U., Jones, R. E., Fleck, C., Simpson, J. A., & Overall, N. C. (2021). *Infants' attachment insecurity predicts attachment-relevant emotion regulation strategies in adulthood.* *Emotion*, 21(2), s. 260-272.
- Groh, A. M., Fearon, R. P., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Roisman, G. I. (2021). *Meta-Analytic Evidence for Its Role in Socioemotional Development.* *Attachment Theory and Research: A Reader*, 211.
- Gross, E. B., & Proffitt, D. (2013). *The economy of social resources and its influence on spatial perceptions.* *Frontiers in human neuroscience*, 7, s. 772.
- Kobak, R., Cassidy, J., Lyons-Ruth, K., & Ziv, Y. (2006). *Attachment, stress, and psychopathology: A developmental pathways model.* I: D. Cicchetti & D. J. Cohen (Red.), *Developmental psychopathology: Theory and method* s. 333-369. John Wiley & Sons, Inc.
- Lyons-Ruth, K. (2003). *The two-person construction of defenses: disorganized attachment strategies, unintegrated mental states, and hostile/helpless relational processes.* *Journal of infant, child, and adolescent psychotherapy*: 2, s. 105.
- Lyons-Ruth, K. (2007). *The interface between attachment and intersubjectivity: Perspective from the longitudinal study of disorganized attachment.* *Psychoanalytic inquiry*, 26(4), s. 595-616.
- Main, M., & Solomon, J. (1986). *Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern.* In M. Yogman & T. B. Brazelton (Eds.), *Affective development in infancy*, s. 95-124. Norwood, NJ: Ablex.
- Marlowe, F. W. (2017). *Who tends Hadza children? I: Hunter-gatherer childhoods s.. 177-190.* Routledge.
- Meins, E. (2013). *Sensitive attunement to infants' internal states: Operationalizing the construct of mind-mindedness.* *Attachment & Human Development*, 15(5-6), s. 524-544.
- Mikulincer, M. & Shaver, P. R. (2016). *Adult attachment and emotion regulation.* I: J. Cassidy & P.R. Shaver(Ed.). *Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications.*The Guilford Press. New York.
- Morelli, G. A., & Tronick, E. Z. (1991). *Efe multiple caretaking and attachment.* *Intersections with Attachment*, s. 41-51.
- Pascuzzo, K., Moss, E., & Cyr, C. (2015). *Attachment and emotion regulation strategies in predicting adult psychopathology.* *Sage Open*, 5(3), 2158244015604695.
- Pietromonaco, P. R., & Barrett, L. F. (2000). *The internal working models concept: What do we really know about the self in relation to others?* *Review of general psychology*, 4(2), s. 155-175.
- Pietromonaco, P. R., Barrett, L. F., & Powers, S. I. (2006). *Adult Attachment Theory and Affective Reactivity and Regulation.* I: D. K. Snyder, J. Simpson, & J. N. Hughes (Red.), *Emotion regulation in couples and families: Pathways to dysfunction and health* s. 57-74. American Psychological Association.
- Raikes, H. A., & Thompson, R. A. (2006). *Family emotional climate, attachment security and young children's emotion knowledge in a high risk sample.* *British Journal of Developmental Psychology*, 24(1), s. 89-104.
- Repacholi, B., & Trapolini, T. (2004). *Attachment and preschool children's understanding of maternal versus non-maternal psychological states.* *British Journal of Developmental Psychology*, 22(3), s. 395-415.
- Rosenthal, N. L., & Kobak, R. (2010). *Assessing adolescents' attachment hierarchies: Differences across developmental periods and associations with individual adaptation.* *Journal of Research on Adolescence*, 20(3), s. 678-706.
- Shai, D., & Belsky, J. (2017). *Parental embodied mentalizing: How the nonverbal dance between parents and infants predicts children's socio-emotional functioning.* *Attachment & Human Development*, 19(2), s. 191-219.
- Shai, D., & Fonagy, P. (2014). *Beyond words: Parental embodied mentalizing and the parent-infant dance.* In M. Mikulincer & P. R. Shaver (Eds.), *Mechanisms of social connection: From brain to group* (pp. 185-203). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14250-011>
- Shai, D., & Meins, E. (2018). *Parental embodied mentalizing and its relation to mind-mindedness, sensitivity, and attachment security.* *Infancy*, 23(6), s. 857-872.
- Sroufe, L.A. (2021). *Attachment as a Relationship Construct. I: Attachment. The Fundamental Questions.* Red: R.A. Thompson, J.A. Simpson og L.J. Berlin. The Guilford Press. New York.
- Sroufe, L.A., Egeland B., Carlson E.A. & Collins W.A. (2005). *The development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood.* New York, NY: Guilford Publications.
- Steele, H., Steele, M., Croft, C., & Fonagy, P. (1999). *Infant-mother attachment at one year predicts children's understanding of mixed emotions at six years.* *Social development*, 8(2), s. 161-178.
- Steele, H., Steele, M. (2021). *Categorical Assessment of Attachment. On the Ontological Relevance of a Group Membership.* I: Attachment. The Fundamental Questions. Red: R.A. Thompson, J.A. Simpson og L.J. Berlin. The Guilford Press. New York.

Psykisk helse i nybakte familier

Av Eivor Fredriksen



Eivor Fredriksen er førsteamanuensis ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo. Hun forsker på sped- og småbarns psykiske helse, foreldre, foreldre-barn samspill og foreldres psykiske helse.

Fredriksen er involvert i prosjektet «Liten i Norge» som følger familier fra svangerskap og gjennom de første leveårene. Prosjektet kartlegger risiko- og beskyttelsesfaktorer for barnas helse og utvikling for å forstå mer om hvilke mønstre tidlig i livet som henger sammen med skjevutvikling eller psykiske helseproblemer.

Barn av foreldre med psykiske lidelser har en forhøyet risiko for selv å utvikle psykiske helseplager eller utviklingsmessige vansker, selv om sammenhengene ofte er små til moderate. Sannsynligvis hviler sammenhengene på et komplekst samspill av ulike faktorer som genetikk, eksponering for foreldres psykiske lidelser, endret foreldrefungering som følge av psykiske lidelser, mulig prenatal programmering og kontekstuell risiko for familiene. Økt kunnskap om risiko- og beskyttelsesfaktorer tidlig i livet vil kunne gi et viktig grunnlag for forebygging og målrettede tiltak. Tiden rundt fødsel byr på store endringer, og noen foreldre opplever psykiske lidelser. Mens man lenge har vært opptatt av fødselsdepresjon blant barselkvinner, viser ny kunnskap at for mange starter psykiske lidelser i denne perioden allerede i svangerskapet, og man har også blitt mer opptatt av å inkludere fedre og partnere i klinikk og forskning. Depresjon i denne perioden har blitt bredest undersøkt, og man finner sammenhenger med barns psykiske helse både for mødre- og fedredepresjon, og man ser særlig at alvorlighetsgraden, varigheten og evt. komorbiditet ved depresjonen er faktorer som øker risikoen for barnas skjevutvikling. For de minste barna vil mønstrene i det daglige samspillet med omsorgsgivere ha betydning for deres trivsel og utvikling, og med depressive plager vil mange foreldre streve med nettopp å fange opp barnas signaler, tone seg inn på deres affektive tilstand og svare sensitivt på barnets uttrykk. Implikasjoner av disse funnene diskuteres.

Barn og foreldres psykiske helse henger sammen, og det er godt dokumentert at barn av foreldre med psykiske lidelser har en forhøyet risiko for selv å utvikle psykiske helseplager eller utviklingsmessige vansker (Howard & Khalifeh, 2020; Stein et al., 2014; Weissman et al., 2016). Likevel er dette langt fra deterministiske sammenhenger, og effektstørrelsene er som regel små til moderate (Stein et al., 2014). En overføring av psykisk uhelse mellom foreldre og barn er altså ikke unngåelig eller nødvendigvis

I forskning på psykisk helse i familier som får barn er det blitt stadig vanligere å undersøke de gravidene, og i noen grad også partneres psykiske helse allerede i svangerskapet, og hvordan dette henger sammen med barnets helse og utvikling etter fødsel

direkte. Like viktig som å identifisere risikofaktorer, er det dermed å forstå beskyttende faktorer tidlig i livet, som kan forklare hvordan barn på tross av å ha en forelder med psykiske vansker, utvikler god psykisk helse (Howard & Khalifeh, 2020).

Ved fødselen har spedbarn ferdigheter og uttrykk som kan sies å være grunnleggende byggesteiner for vår psykiske helse, klare for å inngå i sosiale samspill som styrker relasjonen til omsorgsgivere og bygger sosial kapasitet (Murray et al., 2016). Kanskje er det rimelig å anta at allerede i svangerskapet begynner utviklingen til vår psykiske helse, etter hvert som fosteret vokser frem med sin spesifikke genetikk i et biologisk samspill med morens kropp, samtidig som foreldrenes representasjoner av det ufødte barnet blir stadig tydeligere? Allerede her forstår vi at en overføring av risiko for psykiske helseplager fra foreldre til barn kan tenkes å begynne tidlig, og følge ulike veier (Stein et al., 2014).

Genetikk er en betydningsfull faktor her, da en genetisk sårbarhet for psykiske lidelser hos foreldre vil kunne deles av barna. Gener påvirker også andre karakteristikk ved barn, som reguleringsvansker, søvnproblematikk, eller et irritabelt temperament. Dette kan bidra til at foreldrerollen kan oppleves mer krevende, noe som kan gi opphav til transaksjonskjeder som kan bli belastende for både foreldre og barn (Rice et al., 2010).

En annen potensiell mekanisme for overføring av risiko er såkalt prenatal programmering, hvor hypotesen er at stress, angst eller depresjon hos gravide kvinner kan ha en direkte påvirkning på fosteret i magen via biologiske mekanismer (Glover et al., 2018). Forskning her er imidlertid på et tidlig stadium. Psykiske lidelser hos foreldre kan også negativt påvirke foreldrefungeringen (Field, 2010; Stein et al., 2014) og familiedynamikken som helhet (B. Barker et al., 2017). Tradisjonelt har forskningen først og fremst undersøkt mødres foreldrefungering, mens fedre eller partnere nå i økende grad blir inkludert (Cabrera et al., 2007; Cabrera, 2020; Nordahl et al., 2016).

Fremover vil det også være hensiktsmessig å utvide fokuset fra en enkelt foreldre-barn-dyade, til å inkludere mer kompleks familiefungering med begge foreldre, i kontekst av at én eller begge foreldre opplever psykiske plager (Letourneau et al., 2013). Til slutt er det også slik at en opphopning av psykiske plager i familier også henger sammen med vilkårene familien lever under (Barker et al., 2012). Faktorer som utenforskap, fattigdom, lav utdanning, minoritetsstatus/status som urbefolkning og/eller diskriminering øker risikoen for psykiske lidelser for både foreldre og barn (Howard et al., 2014; Owais et al., 2019; Shakeel et al., 2018; Stein et al., 2008).

Svangerskapstid og psykisk helse

Å bli foreldre er alltid en omveltning. Foreldreidentiteter skal dannes, hverdagen legges om, relasjoner til familie og venner omformes og familiedynamikken skapes på nytt. I forberedelsen til å bli foreldre er nettopp mange åpne og gleder seg over disse forandringene, men det er like fullt krevende endringer, og med dette følger kanskje også en sårbarhet for psykiske plager. I forskning på psykisk helse i familier som får barn er det blitt stadig vanligere å undersøke de gravidene, og i noen grad også partneres psykiske helse allerede i svangerskapet, og hvordan dette henger sammen med barnets helse og utvikling etter fødsel.

Fødselsdepresjon blant kvinner har vært kjent for klinikere og forskere i mange år. I Norge er det estimert at omkring 13 % kvinner opplever fødselsdepresjon (Hahn-Holbrook et al., 2018), og funn fra en dansk registerstudie tyder på at prevalensen er høyest de første tre måneder etter fødsel (Munk-Olsen et al., 2006). Men selv om fenomenet er kjent, er det også mye vi ikke vet. De senere årene har det blant annet blitt klart at for et flertall av de som strever med depresjon i denne perioden, begynte plagene allerede i svangerskapet eller tidligere (Patton et al., 2015; Putnam et al., 2017; Wisner et al., 2013).

Selv om depressive plager har fått mest oppmerksomhet innen forskningen på psykisk helse i denne perioden, er det selvsagt andre psykiske lidelser som også gjør seg gjeldende i graviditets- og nyfødtp perioden

Det er identifisert en rekke risikofaktorer for fødselsdepresjon, i metastudier er tidligere depresjon, lav partnerstøtte eller partnerkonflikt, minoritetsstatus, lav sosioøkonomisk status, stressende livshendelser og lite sosial støtte identifisert som sentrale forhold som kan øke risikoen for å utvikle depressive plager (Howard et al., 2014; O'Connor et al., 2019). Menn har også en forhøyet sårbarhet for depressive plager i overgangen til å bli foreldre, om lag 5-10 % menn rapporterer om slike plager i internasjonale studier (Cameron et al., 2016). I motsetning til hos kvinner er prevalens-tallene høyest om lag et år etter fødsel. Noen studier viser også at de depressive plagene hos menn oftere kan ha en noe annen symptomprofil, hvor irritabilitet, komorbid rusproblematikk og opplevelse av utbrenthet og tomhet er mer vanlig (Madsen & Juhl, 2007; Massoudi et al., 2013). Dette kan bidra til større mørketall blant menn, da dette i mindre grad fanges opp av standard spørreskjemaer som ofte brukes, og ved at man i helsetjenesten i mindre grad spør nybakte fedre om deres psykisk helse. Risikofaktorer hos menn speiler i stor grad de for kvinner, i tillegg er jobbrelaterte faktorer av betydning (O'Connor et al., 2019).

For både kvinner og menn synes selve parrelasjonen å henge sammen med depressive plager, hvor en god parrelasjon fungerer beskyttende, mens manglende støtte eller konflikt i parrelasjonen henger sammen med økt risiko for depressive plager. I en norsk studie fant vi også at foreldre i nyfødtp perioden som rapporterte å være i par med usikker tilknytning i parforholdet var den en smitteeffekt av depressive plager, slik at hvis en rapporterte økte depressive symptomer på et tidspunkt økte risikoen for at partneren opplevde en økning i depressive symptomer noen uker senere. I par som beskrev seg selv som trygge, var det mindre smitteeffekter. Parforholdet de kommende foreldrene er i kan på denne måten fungere som risiko eller beskyttende faktor for foreldre (Fredriksen et al., 2019a) og barn (Hanington et al., 2012).

Selv om depressive plager har fått mest oppmerksomhet innen forskningen på psykisk helse i denne perioden, er det selvsagt andre psykiske lidelser som også gjør seg gjeldende i graviditets- og nyfødtp perioden. Angstlidelser har omtrent samme prevalens (13 %) i denne perioden som blant ikke-gravide (Howard et al., 2014; Vesga-López et al., 2008). I en meta-studie om PTSD fant man at prevalens økte fra svangerskap til etter fødsel, samt at symptomene fortsatte å øke i perioden etter fødsel, noe som tyder på at kvinner med PTSD har en økt sårbarhet gjennom denne perioden (Yildiz et al., 2017). Når det gjelder spiseforstyrrelser derimot finner man redusert forekomst gjennom svangerskap, og nye tilfeller av spiseforstyrrelser i svangerskapet er sjeldent (Bulik et al., 2007).

Fakta

Prevalens brukes i medisinsk statistikk til å beskrive hvor mange individer i en bestemt gruppe som har en gitt tilstand eller sykdom, gjerne på et gitt tidspunkt.

Noen opplever også alvorlig psykisk sykdom, såkalt postpartum psykose eller bipolare episoder, i tiden like etter fødsel. Dette er relativt sjelden og rammer omkring 1-2 av 1000 kvinner (Jones et al., 2014), og risikoen er høyest like etter fødsel, og oppstår mest typisk innen to uker postpartum (Munk-Olsen et al., 2009). Det kliniske bildet preges gjerne av at symptomene oppstår og forverres raskt (Jones et al., 2014). For kvinner som opplever dette som en debuterende episode, er risikoen forhøyet for at dette senere blir konvertert til en bipolar lidelse (Jones et al., 2014; Munk-Olsen et al., 2009). For andre er dette fra en tidligere kjent psykisk lidelse, det er estimert at omkring en tredjedel av kvinner med en eksisterende bipolar lidelse eller tidligere postpartum

Det er også vist at depressive plager hos fedre henger sammen med språkutvikling hos barn

psykose opplever en alvorlig tilbakevendende episode etter fødsel (Wesseloo et al., 2016). Dette er tilstander som krever spesialisert behandling og oppfølging innen psykisk helsevern.

Foreldres psykiske helse og barns tilpasning og utvikling

Også innen forskning på barns tilpasning i kontekst av foreldres psykiske lidelse, er det mødres depressive plager som er bredest undersøkt. Fødselsdepresjon hos mødre henger sammen med økt risiko for både eksternaliserende og internaliserende vansker i ulike aldersgrupper hos barna, og har også vist en sammenheng med barns sosiale kompetanse og emosjonskompetanse (Murray et al., 2011; Alan Stein et al., 2014). Det har videre en negativ sammenheng med språkfunktering (Stein et al., 2008), men med noe mer usikre resultater angående kognitiv fungering (Evans et al., 2012; Letourneau et al., 2013). Effektstørrelsene er stort sett små til moderate (Stein et al., 2014).

Fordi mange som strever med depressive plager i denne perioden vil gjøre det både i graviditeten og tiden etterpå, kan det være vanskelig å skille pre- og postnatale effekter, men enkelte store studier har funnet unike effekter for prenatale depressive plager på senere emosjonelle vansker hos barna, deriblant depresjonsdiagnoser når barna er blitt 18 år (Pearson et al., 2013).

Vi vet mindre om sammenhengene mellom fedres depressive plager i denne perioden og barnas psykiske helse, men også her er det dokumentert unike sammenhenger mellom fedres psykiske vansker og barns internaliserende, eksternaliserende vansker og sosiale fungering (Kvalevaag et al., 2013; Ramchandani et al., 2008; Ramchandani & Psychogiou, 2009). Det er også vist at depressive plager hos fedre henger sammen med språkutvikling hos barn (Fredriksen et al., 2019b; Paulson & Bazemore, 2010). I en meta-analyse som sammenlikner effekter av mødre- og fedredepresjon på eksternaliserende og internaliserende vansker hos barna, konkluderer Goodman og Connell at tendensen så langt er at mødredepresjon relativt sett ser ut til å ha større betydning for yngre aldersgrupper, mens fedredepresjon har større sammenheng med barns vansker med økende alder hos barna (Connell & Goodman, 2002).

For angstlidelser er det mindre forskning og mer usikker kunnskap (Howard & Khalifeh, 2020), men det er funnet sammenhenger med økt risiko for emosjonelle vansker hos barna (Glasheen et al., 2010), selv om effektstørrelser er små. For PTSD er funnene mer blandet har et studie funnet sammenheng med redusert emosjonsregulering hos de minste barna (Bosquet Enlow et al., 2011; Cook et al., 2018).

Utover spesifikke diagnosekategorier, er det mye som tyder på at varigheten av plagene, alvorlighetsgraden og komorbiditet er vesentlig for hvor sterke og varige sammenhenger som vises med barns mistilpasning og utvikling. Studier som har målt vedvarende depressive plager har større utfall på barnas tilpasning sammenliknet med en mer avgrenset periode (Evans et al., 2012; Letourneau et al., 2013; Sutter-Dal-lay et al., 2011). Gjennomgående ser man også større effektstørrelser ved kliniske grupper av depresjon enn i normalutvalg (Stein et al., 2014). Komorbid personlighetsproblematikk gir også større sammenhenger med barns mistilpasning, selv om det er mangel på studier her (Conroy et al., 2012).

I familier med mødredepresjon er sjansen for at andre kontekstuelle risikofaktorer er tilstede større, slik at barna ikke bare blir eksponert for en deprimeret forelder, men samtidig har større sjanse for å oppleve risikofaktorer som lav sosial støtte, foreldrekonflikt eller det å ha en eneforsørger (Stein et al., 2008). I en stor britisk studie fant man at ikke bare øker sjansen for en opphopning av risiko i familier hvor foreldre strever med psykiske lidelser, risikoen for at barna utvikler internaliserende og eksternaliserende vansker øker i takt med hver nye risikofaktor som er til stede i barnas liv (Barker et al., 2012).

Foreldres sensitivitet, forstått som evnen til å kunne se barnet sitt som et selvstendig subjekt, med en egen indre verden av tanker og følelser, er vesentlig for å kunne oppfatte barns behov og være emosjonelt tilgjengelig for barna sine når de trenger det

Psykiske plager og foreldrefungering

En rekke studier har undersøkt hvordan psykiske lidelser hos foreldre henger sammen med foreldrefungeringen (Stein et al., 2014), og hvordan dette igjen kan være en kilde til manglende tilpasning hos barna (Murray et al., 2011). For de yngste barna er man spesielt opptatt av samspillsmønstre, hvor man finner at depresjon i mange tilfeller medfører at forelderen i mindre grad fanger opp spedbarnets signaler, strev med å tone seg inn på spedbarnets affekt og dermed svare sensitivt på barnets initiativ med mimikk, toneleie og kroppslige uttrykk. Noen kan også bli trege i svarene de gir, og dermed streve med å finne en felles og gjensidig rytme i utvekslingene med spedbarnet sitt (Field, 2010).

Samspillene preges oftere av mønstre av tilbaketrekning eller brå/påtrengende initiativ fra den voksne (Field, 2010; Wang & Dix, 2013). Samspillsmønstre som karakteriseres av at foreldre ikke klarer å lytte til og fange opp barnets signaler, og hvor man ikke får etablert en god rytme på utvekslingene eller «dansen» mellom foreldre og barn, har vært vist å henge sammen med reguleringsvansker hos barna og økt risiko for sosioemosjonelle vansker (Murray et al., 2011). Disse mønstrene er først og fremst funnet ved depressive plager, men er også vist i mindre omfang ved angstlidelser (Feldman et al., 2009). For mødre med bipolar lidelse har en nyere norsk studie funnet at de tidlige samspillene skiller seg ut ved et dempet uttrykk av positiv affekt og en underinvolvering fra både mødre og barn (Anke et al., 2020).

Foreldres sensitivitet, forstått som evnen til å kunne se barnet sitt som et selvstendig subjekt, med en egen indre verden av tanker og følelser, er vesentlig for å kunne oppfatte barns behov og være emosjonelt tilgjengelig for barna sine når de trenger det. Når barn er fortvilte har de behov for forståelse, støtte og omsorg for å gjenvinne en følelsesmessig balanse, og ved psykiske lidelser kan eget indre strev forstyrre foreldres kapasitet til dette (Stein et al., 2014). Barns utvikling av tilkynningsrelasjoner henger nettopp sammen med foreldres sensitivitet i det første leveåret, og studier viser at barn med depressive mødre har en økt risiko for å utvikle utrygge tilkynningsrelasjoner, selv om mødres egen utviklingshistorie i større grad predikerer dette enn diagnostisk kategori (van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2019). Samtidig er det viktig å huske på at nettopp foreldresensitivitet også kan fungere som en beskyttende faktor i kontekst av depressive vansker, barn av deprimerede mødre som viste sensitivitet i samspill utviklet i mindre grad utrygg tilknytning sammenliknet med barn av mødre med lavere sensitivitet (Campbell et al., 2004, 2007).

Implikasjoner

Det er flere implikasjoner som kan trekkes fra dette. For det første, i tråd med at man har dokumentert betydningen av fedres og partners psykiske helse for også de minste barnas tilpasning og utvikling (P. Ramchandani & Psychogiou, 2009), er det nyttig å inkludere fedre/partnere i tiltak når en eller begge foreldre har psykiske vansker – et perspektiv som i økende grad integreres i klinikk og forskning i dag. Dette innebærer altså et familiefokus, som også bør være tilpasset dagens samfunn med et mangfold av familieformer (Howard & Khalifeh, 2020).

For det andre, studier viser at for svært mange begynner de psykiske plagene allerede i svangerskapet (Putnam et al., 2017; Wisner et al., 2013). Da er det ingen grunn til å vente med tiltak til etter barnet er født, snarere kan det fungere forebyggende med tidlige tiltak (van Ravesteyn et al., 2017). En naturlig følge i norsk kontekst av dette vil være å styrke den perinatale kompetansen ved DPS/spesialisthelsetjenesten for voksne, da mange vil være i eller starte behandling der.

For det tredje, noen familier har forhøyet risiko for mer langvarige plager og det kan være hensiktsmessig, om enn utfordrende, å forsøke å identifisere disse og

Barn av foreldre med vedvarende og / eller omfattende psykiske plager har høyere risiko for mistilpasning

utarbeide tilrettelagte tiltak. Barn av foreldre med vedvarende og/eller omfattende psykiske plager har høyere risiko for mistilpasning (Evans et al., 2012; Howard & Khalifeh, 2020; Sutter-Dallay et al., 2011). Dette gjelder også i familier hvor det finnes en opphopning av risikofaktorer som lite partnerstøtte og sosial støtte og eneforsørgeransvar, i tillegg til psykiske helseplager (Barker et al., 2012). I Norge i dag finnes gode prosjekter og initiativ for slik oppfølging, i mange tilfeller mangler likevel en systematisering av slike tilbud, og det kan være geografiske forskjeller i hva som tilbys og hvor lenge prosjektene varer.

For det fjerde, å behandle foreldres symptomlidelse fjerner ikke i alle tilfeller barnas forhøyede risiko for uhelse eller mistilpasning. Det kan være mange grunner til dette, som barnets egen sårbarhet, kontekstuelle risikofaktorer som fortsatt er tilstedeværende eller at foreldrefungeringen ikke nødvendigvis bedres i takt med symptomlette (Cuijpers et al., 2015; Lovejoy et al., 2000). Dette impliserer at tiltak ikke bør utformes på en antagelse om at det vil være tilstrekkelig å bedre foreldres psykiske helse, uten at barnas behov undersøkes.

Til slutt, vi forsøker ofte å løse psykisk helse utfordringer i nyfødtpå perioden på individnivå, samtidig er sosiale risikofaktorer som lav sosioøkonomisk status, diskriminering og minoritetsstatus innvevd i samfunnsstrukturer som innebærer at et individfokus kommer til kort, og hensiktsmessig å adressere disse psykisk helse utfordringene på et sosiopolitisk nivå (Howard & Khalifeh, 2020; Lund et al., 2018).

Referanser

- Anke, T. M. S., Slinning, K., Moe, V., Brunborg, C., Siqueland, T. S., & Skjelstad, D. V. (2020). *Bipolar offspring and mothers: Interactional challenges at infant age 3 and 12 months—a developmental pathway to enhanced risk?* *International Journal of Bipolar Disorders*, 8(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s40345-020-00192-3>
- Barker, B., Iles, J. E., & Ramchandani, P. G. (2017). Fathers, fathering and child psychopathology. *Current Opinion in Psychology*, 15, s. 87-92. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.02.015>
- Barker, E. D., Copeland, W., Maughan, B., Jaffee, S. R., & Uher, R. (2012). *Relative impact of maternal depression and associated risk factors on offspring psychopathology*. *British Journal of Psychiatry*, 200(2), s. 124-129. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.092346>
- Bosquet Enlow, M., Kitts, R. L., Blood, E., Bizarro, A., Hofmeister, M., & Wright, R. J. (2011). *Maternal posttraumatic stress symptoms and infant emotional reactivity and emotion regulation*. *Infant Behavior and Development*, 34(4), s. 487-503. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2011.07.007>
- Bulik, C. M., Von Holle, A., Hamer, R., Knoph Berg, C., Torgersen, L., Magnus, P., Stoltenberg, C., Siega-Riz, A. M., Sullivan, P., & Reichborn-Kjennerud, T. (2007). *Patterns of remission, continuation and incidence of broadly defined eating disorders during early pregnancy in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa)*. *Psychological Medicine*, 37(8), s. 1109-1118. <https://doi.org/10.1017/S0033291707000724>
- Cabrera, N., Fitzgerald, H. E., Bradley, R. H., & Roggman, L. (2007). *Modeling the Dynamics of Paternal Influences on Children Over the Life Course*. *Applied Developmental Science*, 11(4), s. 185-189. <https://doi.org/10.1080/10888690701762027>
- Cabrera, N. J. (2020). *Father involvement, father-child relationship, and attachment in the early years*. *Attachment & Human Development*, 22, s. 134-138. <https://doi.org/10.1080/14616734.2019.1589070>
- Cameron, E. E., Sedov, I. D., & Tomfohr-Madsen, L. M. (2016). *Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: An updated meta-analysis*. *Journal of Affective Disorders*, 206, s. 189-203. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.07.044>
- Campbell, S. B., Brownell, C. A., Hungerford, A., Spieker, S. J., Mohan, R., & Blessing, J. S. (2004). *The course of maternal depressive symptoms and maternal sensitivity as predictors of attachment security at 36 months*. *Development and Psychopathology*, 16(02). <https://doi.org/10.1017/S0954579404044499>
- Campbell, S. B., Matestic, P., von Stauffenberg, C., Mohan, R., & Kirchner, T. (2007). *Trajectories of maternal depressive symptoms, maternal sensitivity, and children's functioning at school entry*. *Developmental Psychology*, 43, s. 1202-1215. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.43.5.1202>
- Connell, A. M., & Goodman, S. H. (2002). *The association between psychopathology in fathers versus mothers and children's internalizing and externalizing behavior problems: A meta-analysis*. *Psychological Bulletin*, 128(5), s. 746-773. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.5.746>
- Conroy, S., Pariente, C. M., Marks, M. N., Davies, H. A., Farrelly, S., Schacht, R., & Moran, P. (2012). *Maternal Psychopathology and Infant Development at 18 Months: The Impact of Maternal Personality Disorder and Depression*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(1), s. 51-61. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.10.007>
- Cook, N., Ayers, S., & Horsch, A. (2018). *Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review*. *Journal of Affective Disorders*, 225, s. 18-31. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.045>

- Cuijpers, P., Weitz, E., Karyotaki, E., Garber, J., & Andersson, G. (2015). *The effects of psychological treatment of maternal depression on children and parental functioning: A meta-analysis*. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(2), s. 237-245. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0660-6>
- Evans, J., Melotti, R., Heron, J., Ramchandani, P., Wiles, N., Murray, L., & Stein, A. (2012). *The timing of maternal depressive symptoms and child cognitive development: A longitudinal study: Maternal depressive symptoms and child cognitive development*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(6), s. 632-640. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02513.x>
- Feldman, R., Granat, A., Pariente, C., Kanety, H., Kuint, J., & Gilboa-Schechtman, E. (2009). *Maternal Depression and Anxiety Across the Postpartum Year and Infant Social Engagement, Fear Regulation, and Stress Reactivity*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(9), s. 919-927. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181b21651>
- Field, T. (2010). *Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review*. *Infant Behavior and Development*, 33(1), s. 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.10.005>
- Fredriksen, E., von Soest, T., Smith, L., & Moe, V. (2019a). *Depressive symptom contagion in the transition to parenthood: Interparental processes and the role of partner-related attachment*. *Journal of Abnormal Psychology*, 128(5), s. 397-403. <https://doi.org/10.1037/abn0000429>
- Fredriksen, E., von Soest, T., Smith, L., & Moe, V. (2019b). *Parenting Stress Plays a Mediating Role in the Prediction of Early Child Development from Both Parents' Perinatal Depressive Symptoms*. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 47(1), s. 149-164. <https://doi.org/10.1007/s10802-018-0428-4>
- Glasheen, C., Richardson, G. A., & Fabio, A. (2010). *A systematic review of the effects of postnatal maternal anxiety on children*. *Archives of Women's Mental Health*, 13(1), s. 61-74. <https://doi.org/10.1007/s00737-009-0109-y>
- Glover, V., O'Donnell, K. J., O'Connor, T. G., & Fisher, J. (2018). *Prenatal maternal stress, fetal programming, and mechanisms underlying later psychopathology—A global perspective*. *Development and Psychopathology*, 30(3), s. 843-854. <https://doi.org/10.1017/S095457941800038X>
- Hahn-Holbrook, J., Cornwell-Hinrichs, T., & Anaya, I. (2018). *Economic and Health Predictors of National Postpartum Depression Prevalence: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-Regression of 291 Studies from 56 Countries*. *Frontiers in Psychiatry*, 8, s. 248. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00248>
- Hanington, L., Heron, J., Stein, A., & Ramchandani, P. (2012). *Parental depression and child outcomes—Is marital conflict the missing link?: Parental depression, marital conflict and child outcomes*. *Child: Care, Health and Development*, 38(4), s. 520-529. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2011.01270.x>
- Howard, L. M., & Khalifeh, H. (2020). *Perinatal mental health: A review of progress and challenges*. *World Psychiatry*, 19(3), s. 313-327. <https://doi.org/10.1002/wps.20769>
- Howard, L. M., Molyneaux, E., Dennis, C.-L., Rochat, T., Stein, A., & Milgrom, J. (2014). *Non-psychotic mental disorders in the perinatal period*. *The Lancet*, 384(9956), s. 1775-1788. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61276-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61276-9)
- Jones, I., Chandra, P. S., Dazzan, P., & Howard, L. M. (2014). *Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period*. *The Lancet*, 384(9956), s. 1789-1799. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61278-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61278-2)
- Kvalevaag, A. L., Ramchandani, P. G., Hove, O., Assmus, J., Eberhard-Gran, M., & Biringer, E. (2013). *Paternal Mental Health and Socioemotional and Behavioral Development in Their Children*. *PEDIATRICS*, 131(2), e463-e469. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-0804>
- Letourneau, N. L., Tramonte, L., & Willms, J. D. (2013). *Maternal Depression, Family Functioning and Children's Longitudinal Development*. *Journal of Pediatric Nursing*, 28(3), s. 223-234. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2012.07.014>
- Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E., & Neuman, G. (2000). *Maternal depression and parenting behavior*. *Clinical Psychology Review*, 20(5), s. 561-592. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(98\)00100-7](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(98)00100-7)
- Lund, C., Brooke-Sumner, C., Baingana, F., Baron, E. C., Breuer, E., Chandra, P., Haushofer, J., Herrman, H., Jordans, M., Kieling, C., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Omigbodun, O., Tol, W., Patel, V., & Saxena, S. (2018). *Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: A systematic review of reviews*. *The Lancet Psychiatry*, 5(4), s. 357-369. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30060-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30060-9)
- Madsen, S. A., & Juhl, T. (2007). *Paternal depression in the postnatal period assessed with traditional and male depression scales*. *The Journal of Men's Health & Gender*, 4(1), s. 26-31. <https://doi.org/10.1016/j.jmhg.2006.10.017>
- Massoudi, P., Hwang, C. P., & Wickberg, B. (2013). *How well does the Edinburgh Postnatal Depression Scale identify depression and anxiety in fathers? A validation study in a population based Swedish sample*. *Journal of Affective Disorders*, 149(1-3), s. 67-74. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.005>
- Munk-Olsen, T., Laursen, T. M., Mendelson, T., Pedersen, C. B., Mors, O., & Mortensen, P. B. (2009). *Risks and Predictors of Readmission for a Mental Disorder During the Postpartum Period*. *Archives of General Psychiatry*, 66(2), s. 189. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2008.528>
- Munk-Olsen, T., Laursen, T. M., Pedersen, C. B., Mors, O., & Mortensen, P. B. (2006). *New Parents and Mental Disorders: A Population-Based Register Study*. *JAMA*, 296(21), s. 2582. <https://doi.org/10.1001/jama.296.21.2582>
- Murray, L., Arteche, A., Fearon, P., Halligan, S., Goodyer, I., & Cooper, P. (2011). *Maternal Postnatal Depression and the Development of Depression in Offspring Up to 16 Years of Age*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(5), s. 460-470. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.02.001>
- Murray, L., De Pascalis, L., Bozicevic, L., Hawkins, L., Sclafani, V., & Ferrari, P. F. (2016). *The functional architecture of mother-infant communication, and the development of infant social expressiveness in the first two months*. *Scientific Reports*, 6, 39019. <https://doi.org/10.1038/srep39019>

- Nordahl, K. B., Zambrana, I. M., & Forgatch, M. S. (2016). *Risk and Protective Factors Related to Fathers' Positive Involvement and Negative Reinforcement With 1-Year-Olds*. *Parenting*, 16(1), s. 1-21. <https://doi.org/10.1080/15295192.2016.1116891>
- O'Connor, E., Senger, C. A., Henninger, M. L., Coppola, E., & Gaynes, B. N. (2019). *Interventions to Prevent Perinatal Depression: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force*. *JAMA*, 321(6), s. 588-601. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.20865>
- Owais, S., Faltyn, M., Johnson, A. V. D., Gabel, C., Downey, B., Kates, N., & Van Lieshout, R. J. (2019). *The Perinatal Mental Health of Indigenous Women: A Systematic Review and Meta-Analysis*. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 070674371987702. <https://doi.org/10.1177/0706743719877029>
- Patton, G. C., Romaniuk, H., Spry, E., Coffey, C., Olsson, C., Doyle, L. W., Oats, J., Hearps, S., Carlin, J. B., & Brown, S. (2015). *Prediction of perinatal depression from adolescence and before conception (VIHCS): 20-year prospective cohort study*. *The Lancet*, 386(9996), 875-883. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62248-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62248-0)
- Paulson, J. F., & Bazemore, S. D. (2010). *Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and Its Association With Maternal Depression: A Meta-analysis*. *JAMA*, 303(19), s. 1961-1969. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.605>
- Pearson, R. M., Evans, J., Kounali, D., Lewis, G., Heron, J., Ramchandani, P. G., O'Connor, T. G., & Stein, A. (2013). *Maternal Depression During Pregnancy and the Postnatal Period: Risks and Possible Mechanisms for Offspring Depression at Age 18 Years*. *JAMA Psychiatry*, 70(12), s. 1312-1319. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.2163>
- Putnam, K. T., Wilcox, M., Robertson-Blackmore, E., Sharkey, K., Bergink, V., Munk-Olsen, T., Deligiannidis, K. M., Payne, J., Altemus, M., Newport, J., Apter, G., Devouche, E., Viktorin, A., Magnusson, P., Penninx, B., Buist, A., Bilszta, J., O'Hara, M., Stuart, S., ... Meltzer-Brody, S. (2017). *Clinical phenotypes of perinatal depression and time of symptom onset: Analysis of data from an international consortium*. *The Lancet Psychiatry*, 4(6), s. 477-485. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30136-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30136-0)
- Ramchandani, P. G., Stein, A., O'Connor, T. G., Heron, J., Murray, L., & Evans, J. (2008). *Depression in Men in the Postnatal Period and Later Child Psychopathology: A Population Cohort Study*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(4), s. 390-398. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31816429c2>
- Ramchandani, P., & Psychogiou, L. (2009). *Paternal psychiatric disorders and children's psychosocial development*. *The Lancet*, 374(9690), s. 646-653. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60238-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60238-5)
- Rice, F., Harold, G. T., Boivin, J., van den Bree, M., Hay, D. F., & Thapar, A. (2010). *The links between prenatal stress and offspring development and psychopathology: Disentangling environmental and inherited influences*. *Psychological Medicine*, 40(2), s. 335-345. <https://doi.org/10.1017/S0033291709005911>
- Shakeel, N., Sletner, L., Falk, R. S., Slinning, K., Martinsen, E. W., Jennum, A. K., & Eberhard-Gran, M. (2018). *Prevalence of postpartum depressive symptoms in a multiethnic population and the role of ethnicity and integration*. *Journal of Affective Disorders*, 241, s. 49-58. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.07.056>
- Stein, A., Malmberg, L.-E., Sylva, K., Barnes, J., Leach, P., & the FCCC team*. (2008). *The influence of maternal depression, caregiving, and socioeconomic status in the post-natal year on children's language development*. *Child: Care, Health and Development*, 34(5), s. 603-612. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2008.00837.x>
- Stein, Alan, Pearson, R. M., Goodman, S. H., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M., Howard, L. M., & Pariante, C. M. (2014). *Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child*. *The Lancet*, 384(9956), s. 1800-1819. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61277-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61277-0)
- Sutter-Dallay, A.-L., Murray, L., Dequae-Merchadou, L., Glatigny-Dallay, E., Bourgeois, M.-L., & Verdoux, H. (2011). *A prospective longitudinal study of the impact of early postnatal vs. Chronic maternal depressive symptoms on child development*. *European Psychiatry*, 26(8), s. 484-489. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.05.004>
- van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2019). *Bridges across the intergenerational transmission of attachment gap*. *Current Opinion in Psychology*, 25, s. 31-36. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.02.014>
- van Ravesteyn, L. M., Lambregtse - van den Berg, M. P., Hoogendijk, W. J. G., & Kamperman, A. M. (2017). *Interventions to treat mental disorders during pregnancy: A systematic review and multiple treatment meta-analysis*. *PLOS ONE*, 12(3), e0173397. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0173397>
- Vesga-López, O., Blanco, C., Keyes, K., Olfson, M., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2008). *Psychiatric Disorders in Pregnant and Postpartum Women in the United States*. *Archives of General Psychiatry*, 65(7), s. 805. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.7.805>
- Wang, Y., & Dix, T. (2013). *Patterns of depressive parenting: Why they occur and their role in early developmental risk*. *Journal of Family Psychology*, 27, s. 884-895. <https://doi.org/10.1037/a0034829>
- Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Gameroff, M. J., Warner, V., Pilowsky, D., Kohad, R. G., Verdelli, H., Skipper, J., & Talati, A. (2016). *Offspring of Depressed Parents: 30 Years Later*. *American Journal of Psychiatry*, 173(10), s. 1024-1032. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15101327>
- Wesseloo, R., Kamperman, A. M., Munk-Olsen, T., Pop, V. J. M., Kushner, S. A., & Bergink, V. (2016). *Risk of Postpartum Relapse in Bipolar Disorder and Postpartum Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis*. *American Journal of Psychiatry*, 173(2), s.117-127. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15010124>
- Wisner, K. L., Sit, D. K. Y., McShea, M. C., Rizzo, D. M., Zoretich, R. A., Hughes, C. L., Eng, H. F., Luther, J. F., Wisniewski, S. R., Costantino, M. L., Confer, A. L., Moses-Kolko, E. L., Famy, C. S., & Hanusa, B. H. (2013). *Onset Timing, Thoughts of Self-harm, and Diagnoses in Postpartum Women With Screen-Positive Depression Findings*. *JAMA Psychiatry*, 70(5), s. 490. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.87>
- Yildiz, P. D., Ayers, S., & Phillips, L. (2017). *The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis*. *Journal of Affective Disorders*, 208, s. 634-645. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.009>

Det er gøy å være barn, men kjedelig når foreldrene krangler

Olav Bertin Tveit og Maria Morbech



Olav Bertin Tveit er psykolog og doktorgradsstipendiat på FamilieForSK-studien ved Folkehelseinstituttet, Avdeling for barns helse og utvikling. Interessecfeltene hans inkluderer oppvekst og utvikling.

Maria Morbech er doktorgradsstipendiat på FamilieForSK-studien ved Folkehelseinstituttet, Avdeling for barns helse og utvikling. Interessecfeltene hennes inkluderer familier, foreldrekonflikter, samlivsbrudd, og barn og unges psykiske helse.

Et betydelig antall norske barn lever i hjem preget av konflikter mellom foreldrene. Barn kan oppleve foreldrekonflikter som skremmende og ubehagelig på kort sikt, og dersom konfliktene er vedvarende, kan det sette barn i fare for skjevutvikling på en rekke områder. For dem som skal hjelpe barn og familier er det derfor viktig å være klar over hvordan foreldrekonflikter kan være skadelig for barn. I dette kapittelet belyser vi temaet med norsk og internasjonal forskning, og vi løfter frem familiesystemteori og *Emotional Security Theory* som aktuelle forklaringsmodeller. Vi ser også på hva som kjennetegner konflikter når foreldre går fra hverandre og danner nye familiekonstellasjoner, med steforeldre og særkullsbarn. Det er viktig at foreldre i konflikt får hjelp med å utvikle mer konstruktive måter å samhandle på, slik at de kan bli bedre støttespillere for barna sine.

Anna (15) steller seg før hun skal på skolen. Fra etasjen under hører hun moren kjeft høyllytt på faren. Faren svarer irritert, før han smeller igjen døra til arbeidsrommet sitt. Anna kjenner kroppen spenne seg. Når moren etterpå kjører henne til skolen forteller hun om hvor vanskelig og taus faren kan være, og spør om ikke Anna er enig. Anna kjenner seg trist og tom i hodet. Hun vet at hun ikke vil klare å konsentrere seg i dag.

Det emosjonelle klimaet i hjemmet er avgjørende for hvordan barn har det med seg selv. I det tenkte eksempelet om Anna er stemningen hjemme preget av en konfliktfylt relasjon mellom foreldrene. Anna er vitne til en konfliktutveksling der mor kjefter på far, og far trekker seg unna. Konflikten påvirker også forholdet Anna har til moren sin, der hun blir gitt en venninnerolle barn vanligvis ikke har. Foreldrenes konflikt får Anna til å føle seg dårlig, og hun får det vanskeligere med å mestre dagen sin. Dersom Anna ofte har slike morgener, kan det utgjøre en stor risiko for hennes emosjonelle og skolefaglige utvikling (Harold & Sellers, 2018). Dette gjelder for et betydelig antall norske barn.

Der man tidligere antok at foreldrekonflikter først og fremst har skadepotensial om de inneholder verbale eller fysiske voldshandlinger, ser man nå på konflikters alvorlighetsgrad som noe som varierer langs dimensjoner av intensitet, innhold og varighet

Tall fra Ungdata-undersøkelsen viser at 16,2 % av ungdom i Norge kjenner seg «ganske» eller «svært godt» igjen i at det ofte er krangling mellom de voksne i familien (Ungdata, personlig kommunikasjon, 14. mai 2021). I kapittelet presenteres kunnskap fra norsk og internasjonal forskning om foreldrekonflikter. Det er viktig at de som jobber med barn og familier kjenner til når og hvordan foreldrekonflikter kan være skadelig for barn.

Når foreldrekonflikt er skadelig for barn

Konflikter og uenigheter er en normal del av det å være i et parforhold og i en familie (Gottman & Notarius, 2002). Flere trekker frem de positive sidene konflikter kan ha i en familie, som noe som gir livet farge, og som en kilde til innsikt og vekst (se for eksempel Smyth & Moloney, 2019). Man antar heller ikke at følgene av alle typer foreldrekonflikter er negative for barn. Når foreldre diskuterer rolig og med respekt for hverandre, demonstrerer barn trygghet og glede (Cummings et al., 2003). Dette kan betegnes som konstruktive foreldrekonflikter, og det er funnet å kunne fremme barns empati og evne til samarbeid (McCoy et al., 2009). Særlig det at konflikter kommer frem til en løsning er løftet frem som konstruktiv, og som noe barn raskt plukker opp (Cummings et al., 1993). Den positive virkningen konstruktive foreldrekonflikter har på barn, har fått flere til å argumentere for at foreldreintervensjoner vil tjene på å ha et parfokus (Zemp et al., 2016; Harold & Sellers, 2018).

I denne teksten fokuserer vi i hovedsak på det vi vet om når og hvordan foreldrekonflikter er destruktive og skadelige for barn. Der man tidligere antok at foreldrekonflikter først og fremst har skadepotensial om de inneholder verbale eller fysiske voldshandlinger, ser man nå på konflikters alvorlighetsgrad som noe som varierer langs dimensjoner av intensitet, innhold og varighet (Harold & Sellers, 2018). Destruktive konfliktstrategier inkluderer trusler, fornærmelser, verbal og fysisk aggresjon, eller at partene kobler seg av emosjonelt eller går i forsvar (Goeke-Morey et al., 2003)

Når barn er vitne til destruktive foreldrekonflikter, kan de blant annet reagere med negative følelser som frykt, tristhet, skyld eller sinne, i tillegg til å skille ut stresshormoner (Rhoades, 2008; Koss et al., 2017). Barn som ofte opplever destruktive foreldrekonflikter, står i fare for skjevutvikling på en rekke områder (Harold & Sellers, 2018).

Det er funnet sammenhenger mellom foreldrekonflikt og internaliserende (som angst og depresjon) og eksternaliserende vansker (som atferdsvansker; Cummings & Davies, 2010), kognitive vansker (Grych, et al., 2003), skolefungering (McCoy et al., 2013), søvnvansker (Kelly & El-Sheikh, 2011), svekket sosial kompetanse (Lindsey et al., 2006), og redusert fysisk helse (El-Sheikh et al., 2001). Barn blir heller ikke vant til å oppleve mye konflikt. Forskning viser tvert imot at barns negative reaksjoner gradvis forsterkes av gjentatt eksponering for konflikter mellom foreldrene (Davies et al., 1999; Goeke-Morey et al., 2013).

Selv om det er mest forskning på eldre barn og ungdom, ser det ut til at konflikt mellom foreldre påvirker barn gjennom hele utviklingen (Zemp et al., 2016). Sammenhengene beskrevet over finner vi også i studier som følger samme familier over tid, og forskning på adoptivfamilier indikerer at konflikter har konsekvenser utover det som kan forklares av at foreldre og barn deler gener (Harold et al., 2004; Rhoades et al., 2011).

Hvordan foreldrekonflikt er skadelig for barn

Når det nå er veldokumentert at det er en sammenheng mellom foreldrekonflikt og skjevutvikling hos barn, blir spørsmålet hvorfor denne sammenhengen finnes. Man har derfor begynt å undersøke forhold som kan forklare sammenhengen. Det går an å dele denne utforskningen inn i to hovedlinjer: én som vektlegger hvordan barn

**Kanskje den mest
dramatiske formen
for spillover er når
foreldre involverer
barnet som tredjepart
i konflikten**

påvirkes indirekte av at konflikt forstyrrer forhold i familien, og en som vektlegger hvordan barnet selv reagerer på konflikten. Mye av arbeidet innen disse forståelseslinjene er inspirert av henholdsvis familiesystemteori og Emotional Security Theory (EST), som vi i det videre kort vil beskrive nærmere.

Familiesystemteori er en måte å tenke om familien på som vektlegger hvordan familiemedlemmers følelser og behov påvirker hverandre på godt og vondt (Brown, 1999; Cox & Paley, 2003). Man ser på familien som en emosjonell enhet, bygget opp av flere undersystem av dyadiske relasjoner, som foreldre, søsken-søsken og forelder-barn. Sentralt i familiesystemteori er at spenninger i ett undersystem vil forplante seg i resten av familien. Konflikter mellom foreldrene vil slik kunne skade relasjonen mellom forelder og barn, og gjøre foreldre mindre sensitive og støttende overfor barna sine (Krishnakumar & Buehler, 2000).

Fenomenet der foreldrekonflikt svekker foreldreatferd kalles «spillover»-hypotesen, hvilket viser til at konsekvensene av konflikten flyter inn i andre undersystemer (Bradford & Barber, 2005). Det finnes etter hvert god empirisk støtte for at spillover-effekter forekommer, og at slike effekter kan forklare deler av sammenhengen mellom foreldrekonflikt og vansker hos barn (Krishnakumar & Buehler, 2000; Schoppe-Sullivan et al., 2007).

Kanskje den mest dramatiske formen for spillover er når foreldre involverer barnet som tredjepart i konflikten. I familiesystemteori kalles dette ofte for triangulering, og det kan ta ulike former. For eksempel har det blitt funnet at dersom en forelder har en unnvikende stil, og trekker seg tilbake fra konflikter med partneren, er det høyere sannsynlighet for at partneren involverer barnet i et allianseforhold, eller går til barnet for emosjonell støtte (Cox & Paley, 2003; van Dijk et al., 2020). Innledningsvis så vi moren til Anna triangulere henne inn i foreldrekonflikten i bilturen til skolen. Andre har også observert at barnet kan gjøres til syndebukk. For eksempel kan foreldrene investere masse tid og ressurser på å behandle det de ser som en angstlidelse hos barnet, uten å forstå at barnets engstelse egentlig er en reaksjon på konfliktene dem imellom. I verste fall kan barnet bli tilskrevet symptomer som det senere utvikler gjennom en selvoppfyllende profeti (Brown, 1999). I samtlige former for triangulering har foreldrene satt barnet i en uheldig posisjon som kan være skadelig for barnets utvikling på sikt (Buehler & Welsh, 2009). Triangulering og rolleforstyrning har særlig blitt sett på som en risiko dersom foreldre står i vedvarende konflikt etter samlivsbrudd (van Dijk et al., 2020).

En annen implikasjon av familiesystemteori er at foreldresystemet er påvirkelig for stress utenfra. Dette betyr at store livsendringer, økonomisk strev, og vansker hos barnet vil kunne legge press på foreldresystemet. For eksempel er det funnet at et pars konfliktnivå kan øke betydelig i overgangsfaser, som når de blir foreldre, og når barnet blir ungdom (Gottmann & Notarius, 2002; Helland et al., 2017). Studier som følger familier over tid har også funnet støtte for at psykologiske vansker hos barnet fører til økt misnøye og konflikt mellom foreldre, som igjen henger sammen med økte vansker hos barnet (Davies et al., 2016b; Kelly & El-Sheikh, 2011). Slike toveis-prosesser peker på at vansker kan balle på seg i en familie. Samtidig kan virksom hjelp til én del av et familiesystem skape positive ringvirkninger til resten av familien.

Den andre linjen av forståelsesmåter omhandler de direkte følgene av at barnet eksponeres for konflikt. Et hovedpremiss for disse teoriene er at konsekvensene konflikten får for barnet avhenger av meningen barnet tilskriver den (Cummings & Davies, 2002; Grych & Fincham, 1990). For eksempel er The Cognitive-Contextual Framework en modell som vektlegger barnets tolkninger av konflikten som avgjørende for konsekvensene den får (Grych & Fincham, 1990). På denne måten vil barn som opplever seg selv som skyldige i foreldrekonflikten kjenne på mer ubehag enn barn som tilegner

En nylig metaanalyse fant imidlertid at lav kvalitet på foreldreforholdet var en like stor risikofaktor som mengden fiendtlig konflikt for utviklingen av vansker hos barn

årsaken til ytre, forbigående forhold. Her er også barnets opplevelse av trussel og trygghet viktig (Cummings et al., 2012). En sentral teori som har inspirert svært mye forskning på dette området er Emotional Security Theory (EST; Davies & Cummings, 1994).

EST har utgangspunkt i evolusjonsteori, som på samme måte som tilknytningsteori legger vekt på den adaptive nødvendigheten i å få beskyttelse fra farer (Davies & Martin, 2013). Når barn opplever omgivelsene sine som truende, beskriver tilknytningsteori at et medfødt atferdssystem motiverer dem til å søke nærhet til en omsorgsgiver. Barnet utvikler etter hvert en trygghet i tilkyningsrelasjonen basert på forventninger om omsorgsgiverens tilgjengelighet. EST utvider dette trygghetsbegrepet til også å omhandle trygghet i foreldresystemet. Teorien argumenterer for at omsorgsgivere som krangler eller er sinte på hverandre representerer en stor, indirekte trussel for barnet. Det vil være kritisk for barnet om enheten som skal beskytte det blir svakere eller oppløst. Ifølge EST er barn derfor svært sensitive på signaler på konflikt mellom omsorgsgiverne, og vil gjøre det de kan for å avverge den sosiale trusselen foreldrekonflikt utgjør (Davies & Martin, 2013).

Strategiene barn bruker for å gjenvinne en følelse av trygghet i foreldresystemet, kan bli synlige som ganske distinkte reaksjonsmønstre (Maughan & Cicchetti, 2002; Davies et al., 2016a; Koss et al., 2017). For eksempel ble mødre i en studie instruert til å simulere en opphetet diskusjon over telefonen med mannen sin mens barna deres, som var i barnehagealder, hørte på. De fleste barna fremsto trygge, og dersom de viste lettere ubehag vendte de raskt tilbake til leken sin da samtalen var over. Tre andre grupper barn ble identifisert som utrygge. Noen reagerte med intenst ubehag, gråt og kontaktsøking, mens andre inntok en dominant rolle og krevde at moren la på. En siste gruppe prøvde å gjemme seg for konflikten ved for eksempel å flytte seg unna eller fryse i ro (Davies et al., 2016a). Lignende mønstre har også blitt funnet hos ungdom (Koss et al., 2017). De «utrygge» strategiene til barna ville på forskjellige måter kunne avlede forelderen eller skjerme barna fra ubehag, og slik være adaptive på kort sikt. Etter hvert kan imidlertid strategiene gi barnet vansker dersom de blir til vedvarende reaksjonsmønstre. I studien ble det senere funnet at de dominante barna sto i høyere fare for å utvikle eksternaliserende vansker, mens barna som gjemte seg mer sannsynlig utviklet internaliserende vansker. Barna som viste sterkt ubehag og involvering var mer utsatt for begge typer vansker (Davies et al., 2016a). Studien er forenlig med et perspektiv på symptomer som dynamiske strategier for å mestre utviklingsmessige utfordringer, heller enn noe barn «er» eller «har» (Sroufe, 2009; Cummings & Davies, 2002).

Oppsummert gir familiesystemteori og EST komplimenterende perspektiver på hvordan prosesser i barnet og familien blir forstyrret av vedvarende konflikt mellom foreldrene. Teoriene utfyller hverandre, og studier lener seg ofte på begge. Noen ganger gir imidlertid familiesystemteori og EST motstridende prediksjoner. Ifølge EST er for eksempel barn mer sensitive for intenst sinne og fiendtlighet, tegn som gjennom evolusjonen har vært tydelige signaler på trussel, enn en mer generell lav kvalitet på foreldrerelasjonen (Davies & Martin, 2013). En nylig metaanalyse fant imidlertid at lav kvalitet på foreldreforholdet var en like stor risikofaktor som mengden fiendtlig konflikt for utviklingen av vansker hos barn (van Eldik et al., 2020). Forfatterne lente seg på familiesystemteori for å forklare dette, med at en svakere relasjon mellom foreldrene kan gjøre at trianguleringsfenomener lettere oppstår. Dette peker på at feltet fortsatt er forholdsvis ungt, og vi kan forvente oss utvikling i både teori og empiri fremover.

Hva vi vet om konflikt i forskjellige familiestrukturer

I dag bor en fjerdedel av norske barn i en annen familiekonstellasjon enn med to foreldre som bor sammen (Statistisk sentralbyrå, 2020). Kommunikasjonen mellom for-

Enslige foreldre oppga mindre destruktiv konfliktatferd og bedre konfliktløsning, enn foreldre som hadde etablert seg med nye partnere

eldre som ikke bor sammen, er naturlig nok annerledes enn mellom foreldre som bor sammen. Når foreldre går fra hverandre, vil relasjonene mellom familiemedlemmer (undersystemene) endres, og nye systemer dannes hvis foreldre får nye partnere.

I det nye familiesystemet inngår kanskje også særkullsbarn og halvsøsken. Vi kan tenke oss at flere undersystemer innad i familiene fører til mer komplekst samspill og familiedynamikk. Det er også rimelig å tenke at forskjellige familiesystemer medfører ulike kilder til, og mønstre for konflikter, og at barn opplever konflikter på ulike måter avhengig av hvordan familien deres er satt sammen.

I forbindelse med samlivsbrudd er det vanlig med konflikt mellom foreldre. Ofte dreier konfliktene seg på en eller annen måte om barna, men det kan også være konflikter i parforholdet som ligger bak (Rød et al., 2008). I data fra Nord-Amerika og Europa finner vi at mellom 15-67 % av foreldre rapporterer pågående konflikt ett år etter skilsmisse, og at over 10 % også oppgir å stå i konflikt ti år etter (O'Hara et al., 2019).

Tall fra Norge, basert på SSBs undersøkelse om bosted og samvær fra 2012, viser at 32 % av fedre og 33 % av mødre opplevde forholdet til den andre forelderen som konfliktfylt (Wiik et al., 2014). Disse tallene indikerer at mange barn og ungdom blir utsatt for konflikter mellom foreldre i forbindelse med samlivsbrudd og endring i familiestruktur.

Det er rimelig å anta at barna lettere trekkes inn som budbringere eller støttespiller i konflikten når foreldre ikke lenger bor sammen. Dette støttes i en ny studie, som sammenlignet konfliktmønstre på tvers av familieform blant norske familier som nylig har vært i kontakt med et familievernkontor (Helland et al., 2020). Forfatterne skiller mellom ulike familieformer avhengig av om foreldrene bor sammen eller ikke, og i grad av kompleksitet i form av nye partnere og særkullsbarn. Studien viser noen interessante mønstre. Kjernefamiliene hadde hyppigere konflikter enn foreldre som bodde fra hverandre, men de klarte til gjengjeld også oftere å løse konfliktene. Det varierte også hvilke temaer som inngikk i konfliktene og hvorvidt barna ble involvert. Foreldre som bodde fra hverandre, hadde oftere konflikter som omhandlet barna, og de involverte også oftere barna i konfliktene sine.

Studien til Helland et al. (2020) undersøker ikke barnas reaksjoner, men vi vet at det er uheldig når barn trekkes inn i foreldres konflikter (van Dijk et al., 2020). Helland et al. (2020) sin studie viser til hyppigere konflikter mellom samboende foreldre enn foreldre som har flyttet fra hverandre. Nyere funn indikerer at også hyppigheten på konflikter har en negativ påvirkning på barn (van Eldik et al., 2020). Samtidig må vi ta i betraktning at foreldres konfliktløsning også har betydning for i hvilken grad barn påvirkes negativt av foreldrekonflikter (f.eks. El-Sheikh et al., 1996; Harold & Sellers, 2018). Selv om konfliktene er mange, har det betydning i hvilken grad de blir løst.

Helland et al. (2020) undersøkte videre konfliktatferd og konfliktløsning blant foreldre som ikke bor sammen. Enslige foreldre oppga mindre destruktiv konfliktatferd og bedre konfliktløsning, enn foreldre som hadde etablert seg med nye partnere. Der en eller begge foreldrene var reetablerte, var barnet oftere tema for konflikter.

Funnene viser at mer komplekse familieformer kan føre med seg større kompleksitet rundt samspill og konflikt. I denne sammenheng er det interessant å se på internasjonal forskning som viser at konflikter som involverer en steforelder, ikke har like negativ påvirkning på barn, som konflikt mellom biologiske foreldre (van Eldik et al. 2020). Kunnskap om hva som kjennetegner konflikter mellom foreldre på tvers av familieform, er viktig for å forstå hvordan familiemønstre preger foreldreskap og barns oppvekst i dag.

Dette berører en aktuell debatt om konsekvensene av foreldrekonflikt ved ulike bostedsløsninger (f.eks. Nielsen, 2018; Smyth et al., 2016). Studier har vist at foreldre

Anna føler det som et personlig ansvar å være nøytral, og når hun opplever å ha tatt parti med enten mor eller far, føler hun seg skyldig

som praktiserer delt fast bosted samarbeider bedre og har et lavere konfliktnivå enn foreldre som har andre bostedsordninger (f.eks. Ottosen & Stage, 2012; Wiik et al., 2014). Likevel vet vi ikke om det er bostedsordningen i seg selv som fører til bedre foreldresamarbeid og reduserer konflikter (Blaasvær et al., 2017).

Kunnskapen er derfor fremdeles mangelfull, og per i dag finnes det ikke et godt nok forskningsgrunnlag til å kunne si hvordan ulike bostedsordninger henger sammen med hvordan foreldrekonflikter utvikler seg over tid.

Avslutningsvis ønsker vi å løfte frem et perspektiv som lett forsvinner i litteraturen om foreldrekonflikter. Barn beskrives ofte som passive «ofre» for foreldrenes konflikt. Dette fanger imidlertid ikke opp hvordan barna også er aktører i egne liv, og gjør valg for å påvirke sin egen og familiens situasjon. Vi henter frem 15 år gamle Anna fra innledningen igjen for å illustrere, basert på Stokkebekk et al. (2019). Anna kjenner trolig på en sterk lojalitet overfor hver av foreldrene. Hun kjemper aktivt for å avstå fra å ta parti. Anna føler det som et personlig ansvar å være nøytral, og når hun opplever å ha tatt parti med enten mor eller far, føler hun seg skyldig. Dersom Anna er heldig, har hun ressurser å lene seg på utenfor familien, og kan søke seg ut til venner og fritidsinteresser for å få støtte og glede. Slik prøver Anna, i likhet med andre barn og unge som lever med vedvarende foreldrekonflikt, å navigere en komplisert situasjon og gjør aktive grep for å ta vare på seg selv og familien. Kunnskapen om barn som Anna og familiene deres, har viktige implikasjoner for den som jobber med barn og familier.

Det vil alltid være viktig å spørre barn om omfanget av konflikter i familien, og hvordan de opplever og forholder seg til foreldrekonflikter. Gjennom god og riktig hjelp, kan foreldre utvikle mer konstruktive måter å samhandle på og bli bedre støttespillere for barna sine.

Referanser

- Blaasvær, N., Nøkleby, H., & Berg, R., C. (2017). *Hva er konsekvensene av delt bosted for barn? En systematisk oversikt*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2017/hva-er-konsekvensene-av-delt-bosted-for-barn-rapport-2017.pdf>
- Bradford, K., & Barber, B. K. (2005). *Interparental conflict as intrusive family process*. *Journal of Emotional Abuse*, 5(2-3) s. 143-167. https://doi.org/10.1300/J135v05n02_07
- Brown, J. (1999). *Bowen family systems theory and practice: Illustration and critique*. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 20(2), s. 94-103. <https://doi.org/10.1002/j.1467-8438.1999.tb00363.x>
- Buehler, C., & Welsh, D. P. (2009). *A process model of adolescents' triangulation into parents' marital conflict: the role of emotional reactivity*. *Journal of Family Psychology*, 23(2) s. 167-180. <https://doi.org/10.1037/a0014976>
- Cox, M. J., & Paley, B. (2003). *Understanding families as systems*. *Current Directions in Psychological Science*, 12(5) s. 193-196. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.01259>
- Cummings, E. M., & Davies, P. T. (2002). *Effects of marital conflict on children: Recent advances and emerging themes in process-oriented research*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(1), s. 31-63. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00003>
- Cummings, E. M., George, M. R., McCoy, K. P., & Davies, P. T. (2012). *Interparental conflict in kindergarten and adolescent adjustment: Prospective investigation of emotional security as an explanatory mechanism*. *Child Development*, 83(5) s. 1703-1715. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2012.01807.x>
- Cummings, E. M., Goeke-Morey, M. C., & Papp, L. M. (2003). *Children's responses to everyday marital conflict tactics in the home*. *Child Development*, 74(6), s. 1918-1929. <https://doi.org/10.1046/j.1467-s8624.2003.00646.x>
- Cummings, E. M., Simpson, K. S., & Wilson, A. (1993). *Children's responses to interadult anger as a function of information about resolution*. *Developmental Psychology*, 29(6), s. 978-985. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.29.6.978>
- Davies, P. T., & Cummings, E. M. (1994). *Marital conflict and child adjustment: An emotional security hypothesis*. *Psychological Bulletin*, 116(3) s. 387-411.
- Davies, P. T., Hentges, R. F., Coe, J. L., Martin, M. J., Sturge-Apple, M. L., & Cummings, E. M. (2016a). *The multiple faces of interparental conflict: Implications for cascades of children's insecurity and externalizing problems*. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(5), s. 664-678. <https://doi.org/10.1037/abn0000170>
- Davies, P. T., & Martin, M. J. (2013). *The reformulation of emotional security theory: The role of children's social defense in developmental psychopathology*. *Development and Psychopathology*, 25(4 0 2) s. 1435-1454. <https://doi.org/10.1017/s0954579413000709>
- Davies, P. T., Martin, M. J., Coe, J. L., & Cummings, E. M. (2016b). *Transactional cascades of destructive interparental conflict, children's emotional insecurity, and psychological problems across childhood and adolescence*. *Development and Psychopathology*, 28(3), s. 653-671. <https://doi.org/10.1017/S0954579416000237>

- Davies, P. T., Myers, R. L., Cummings, E. M., & Heindel, S. (1999). *Adult conflict history and children's subsequent responses to conflict: An experimental test*. *Journal of Family Psychology*, 13(4) s. 610–628. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.13.4.610>
- El-Sheikh, M., Cummings, E. M., & Reiter, S. (1996). *Preschoolers' responses to ongoing interadult conflict: The role of prior exposure to resolved versus unresolved arguments*. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24(5) s. 665–679. <https://doi.org/10.1007/bf01670106>
- El-Sheikh, M., Harger, J., & Whitson, S. M. (2001). *Exposure to interparental conflict and children's adjustment and physical health: The moderating role of vagal tone*. *Child Development*, 72(6), s. 1617–1636. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00369>
- Goeke-Morey, M. C., Cummings, E. M., Harold, G. T., & Shelton, K. H. (2003). *Categories and continua of destructive and constructive marital conflict tactics from the perspective of U.S. and Welsh children*. *Journal of Family Psychology*, 17, s. 327–338. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.17.3.327>
- Goeke-Morey, M. C., Papp, L. M., & Cummings, E. M. (2013). *Changes in marital conflict and youths' responses across childhood and adolescence: A test of sensitization*. *Development and Psychopathology*, 25, s. 241–251. <https://doi.org/10.1017/S0954579412000995>
- Gottman, J. M., & Notarius, C. I. (2002). *Marital research in the 20th century and a research agenda for the 21st century*. *Family Process* 41(2): s. 159–197. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2002.41203.x>
- Grych, J. H., & Fincham, F. D. (1990). *Marital conflict and children's adjustment: a cognitive-contextual framework*. *Psychological Bulletin* 108(2): s. 267–290.
- Grych, J. H., Harold, G. T., & Miles, C. J. (2003). *A prospective investigation of appraisals as mediators of the link between interparental conflict and child adjustment*. *Child Development*, 74(4) s. 1176–1193. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00600>
- Harold, G. T., & Sellers, R. (2018). *Annual Research Review: Interparental conflict and youth psychopathology: an evidence review and practice focused update*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(4) s. 374–402. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12893>
- Harold, G. T., Shelton, K. H., Goeke-Morey, M. C., & Cummings, E. M. (2004). *Marital conflict, child emotional security about family relationships and child adjustment*. *Social Development*, 13(3) s. 350–376. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2004.00272.x>
- Helland, M. S., Kjeldsen, A., von Soest, T., Røysamb, E., Gustavson, K., & Nilsen, W. (2017). *Parental child-rearing conflicts through adolescence: Trajectories and associations with child characteristics and externalizing patterns*. *Journal of Research on Adolescence*, 27(2) s. 379–391. <https://doi.org/10.1111/jora.12302>
- Helland, M. S., Larsen, L., Lyngstad, T. H., Gähler, M., & Holt, T. (2020). *Foreldrekonflikter: Mønstre innenfor og på tvers av familieform når familiesystemet utfordres*. *Norsk Sosiologisk Tidsskrift*, 4(03) s. 131–150. <https://doi.org/10.18261/issn.2535-2512-2020-03-02>
- Kelly, R. J., & M. El-Sheikh (2011). *Marital conflict and children's sleep: Reciprocal relations and socioeconomic effects*. *Journal of Family Psychology* 25(3) s. 412–422. <https://doi.org/10.1037/a0023789>
- Koss, K. J., Cummings, E. M., Davies, P. T., & Cicchetti, D. (2017). *Patterns of adolescent regulatory responses during family conflict and mental health trajectories*. *Journal of Research on Adolescence*, 27(1) s. 229–245. <https://doi.org/10.1111/jora.12269>
- Krishnakumar, A., & Buehler, C. (2000). *Interparental conflict and parenting behaviors: A meta-analytic review*. *Family Relations* 49(1) s. 25–44. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2000.00025.x>
- Lindsey, E. W., Colwell, M. J., Frabutt, J. M., & MacKinnon-Lewis, C. (2006). *Family conflict in divorced and non-divorced families: Potential consequences for boys' friendship status and friendship quality*. *Journal of Social and Personal Relationships*, 23(1) s. 45–63. <https://doi.org/10.1177/0265407506060177>
- Maughan, A., & Cicchetti, D. (2002). *Impact of child maltreatment and interadult violence on children's emotion regulation abilities and socioemotional adjustment*. *Child Development*, 73(5), s. 1525–1542. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00488>
- McCoy, K., Cummings, E. M., & Davies, P. T. (2009). *Constructive and destructive marital conflict, emotional security and children's prosocial behavior*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(3) s. 270–279. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01945.x>
- McCoy, K. P., George, M. R., Cummings, E. M., & Davies, P. T. (2013). *Constructive and destructive marital conflict, parenting, and children's school and social adjustment*. *Social Development*, 22(4) s. 641–662. <https://doi.org/10.1111/sode.12015>
- Nielsen, L. (2018). *Joint versus sole physical custody: Outcomes for children independent of family income or parental conflict*. *Journal of Child Custody: Research, Issues, and Practices*, 15(1), 35–54. <http://dx.doi.org/10.1080/15379418.2017.1422414>
- O'Hara, K. L., Sandler, I. N., Wolchik, S. A., & Tein, J. Y. (2019). *Coping in context: The effects of long-term relations between interparental conflict and coping on the development of child psychopathology following parental divorce*. *Development & Psychopathology*, 31(5) s. 1695–1713. <https://dx.doi.org/10.1017/S0954579419000981>
- Ottosen, M. H., & Stage, S. M. H. (2012). *Delebørn i tal: en analyse af skilsmissebørns samvær baseret på SFI's børneforløbsundersøgelse: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd 12:16*. <https://www.vive.dk/media/pure/4649/274371>
- Rhoades, K. A. (2008). *Children's responses to interparental conflict: A meta-analysis of their associations with child adjustment*. *Child Development*, 79(6) s. 1942–1956. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2008.01235.x>
- Rhoades, K. A., Leve, L. D., Harold, G. T., Neiderhiser, J. M., Shaw, D. S., & Reiss, D. (2011). *Longitudinal pathways from marital hostility to child anger during toddlerhood: Genetic susceptibility and indirect effects via harsh parenting*. *Journal of Family Psychology*, 25(2) s. 282–291. DOI: 10.1037/a0022886
- Rød, P. A., Ekeland, T.-J., & Thuen, F. (2008). *Barns erfaringer med konfliktfylte samlivsbrudd: Problemforståelse og følelsesmessige reaksjoner*. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45(5) s. 555–562.

- Schoppe-Sullivan, S. J., Schermerhorn, A. C., & Cummings, E. M. (2007). *Marital conflict and children's adjustment: Evaluation of the parenting process model*. *Journal of Marriage and Family*, 69(5) s. 1118-1134. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2007.00436.x>
- Smyth, B., McIntosh, J., Emery, R., & Howarth, S. (2016). *Shared time parenting: Evaluating the evidence of risks and benefits for children*. In L. Drozd, M. Saini, & J. Olesen (Eds.), *Parenting plan evaluations: applied research for the family court*, s. 118-170. New York, NY: Oxford University Press.
- Smyth, B. M., & Moloney, L. J. (2019). *Post-separation parenting disputes and the many faces of high conflict: Theory and research*. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy* 40(1): s. 74-84. <https://doi.org/10.1002/anzf.1346>
- Sroufe, L. A. (2009). *The concept of development in developmental psychopathology*. *Child Development Perspectives*, 3(3) s. 178-183. <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2009.00103.x>
- Statistisk sentralbyrå. (2020). 630 323 familier med barn under 18 år. Hentet fra: <https://www.ssb.no/a/bar-nogunge/2020/familie/>
- Stokkebekk, J., Iversen, A. C., Hollekim, R., & Ness, O. (2019). "Keeping balance", "Keeping distance" and "Keeping on with life": *Child positions in divorced families with prolonged conflicts*. *Children and Youth Services Review*, 102, s. 108-119. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2019.04.021>
- van Dijk, R., van der Valk, I. E., Deković, M., & Branje, S. (2020). *A meta-analysis on interparental conflict, parenting, and child adjustment in divorced families: Examining mediation using meta-analytic structural equation models*. *Clinical Psychology Review*, 79, Artikkel 101861. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101861>
- van Eldik, W. M., de Haan, A. D., Parry, L. Q., Davies, P. T., Luijk, M. P. C. M., Arends, L. R., & Prinzie, P. (2020). *The interparental relationship: Meta-analytic associations with children's maladjustment and responses to interparental conflict*. *Psychological Bulletin*, 146(7) s. 553-594. <http://dx.doi.org/10.1037/bul0000233>
- Wiik, K. A., Kitterød, R. H., Lyngstad, J., & Lidén, H. (2014). *Samarbeid mellom foreldre som bor hver for seg (Rapporter 2015/01)*. Hentet fra: https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/215350?_ts=14b06d52170
- Zemp, M., Bodenmann, G., & Cummings, E. M. (2016). *The significance of interparental conflict for children*. *European Psychologist*. 21(2) s. 99-108. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000245>

Psykisk helse hos barn med innvandrerbakgrunn i Norge

Av Kamila Angelika Hynek og Dawit Shawel Abebe



Kamila Angelika Hynek er stipendiat ved avdeling for psykisk helse og selvmord på Folkehelseinstituttet. Hun forsker på risikofaktorer for og konsekvenser av psykiske lidelser blant unge kvinner med og uten innvandrerbakgrunn ved bruk av norske registerdata.

Dawit Shawel Abebe er professor innen folkehelse ved Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid ved OsloMet. Dawit forskningsinteresser inkluderer innvandrerhelse, ungdom og psykisk helse, komorbiditet mellom somatiske sykdommer og psykiske lidelser, og global helse. Han har primært jobbet med kvantitative forskningsmetoder.

Som gruppe er innvandrere overrepresentert i offisiell statistikk over fattigdom, sosial ekskludering og kriminalitet, men det er store forskjeller innad i denne kategorien. Derfor bør vi betrakte innvandrere som en heterogen gruppe. Til tross for en økt risiko for psykiske helseplager og -lidelser i gruppen, ser vi en lavere bruk av psykiske helsetjenester blant innvandrere enn ikke-innvandrere. Det kan føre til at mange unge mennesker lever med ubehandlede psykiske helseplager som påvirker hverdagen deres, noe som kan få en rekke negative konsekvenser på sikt. Den psykiske helsen til innvandrerbarn og -ungdom må forstås og drøftes i lys av kulturforskjellene samt forskjellene i sosiale og økonomiske forhold mellom og innenfor innvandrergrupper. Unge mennesker med lav sosioøkonomisk status opplever generelt dårligere psykisk helse enn de med bedre økonomiske levekår, og i Norge er innvandrere og barna deres overrepresentert blant lavinntektsfamilier, med 39 prosent av innvandrerbarna under fattigdomsgrensen i 2018.

Viktig sosiodemografisk informasjon om innvandrerbarn og -ungdom i Norge:

- Første- og andregenerasjonsinnvandrere utgjør 18,6 prosent av den norske befolkningen under 18 år (Statistics Norway, 2020).
- Innvandrerne kommer fra 187 land. Polakker og somaliere står for den største andelen av førstegenerasjonsinnvandrerne, og pakistanere og somaliere for den største andelen av andregenerasjonsinnvandrerne (også kalt etterkommere av innvandrere) (Dzamarija, 2016).
- Sammenlignet med norske barn vokser en større andel innvandrerbarn opp i husholdninger med vedvarende lavinntekt. I 2018 var det henholdsvis 5,8 og 38,7 prosent (Epland & Normann, 2020).
- Fullføringsraten for videregående opplæring er lavere blant førstegenerasjonsinnvandrere enn blant andregenerasjonsinnvandrere og nordmenn, henholdsvis 64,5, 77,2 og 79,5 prosent (IMDi, 2019). Innvandremenn har den laveste andelen som fullfører

Livsløpene til innvandrerbarn og -ungdom i Norge varierer mye

videregående skole, med 57,8 prosent som fullfører innenfor en normert tidsramme (IMDi, 2019).

- Innvandrer menn (både første- og andre generasjon) er overrepresentert i kriminalstatistikken med 50 prosent flere lovbrudd blant unge med innvandrerbakgrunn sammenlignet med nordmenn i alderen 15 til 24 år (Mohn et al., 2020).
- Et høyere antall innvandrerbarn, og særlig førstegenerasjonsinnvandrere (51,8 per 1000), enn ikke-innvandrerbarn (25,1 per 1000) er mottakere av barnevernstiltak (Bufdir, 2021).

Livsløpene til innvandrerbarn og -ungdom i Norge varierer mye. Som gruppe er de overrepresentert i offisiell statistikk over fattigdom, sosial ekskludering og kriminalitet (Andersen et al., 2017; Dalgard, 2018; Epland & Normann, 2020). Dessuten dropper en høyere andel innvandrere ut av skolen (Kirkeberg et al., 2019), har flere kontakter med barnevernet (Bufdir, 2021) og rapporterer flere psykiske helseplager (Abebe et al., 2014). Likevel gjør barn og unge fra enkelte etniske grupper det bedre på disse sosioøkonomiske og helsemessige indikatorene enn andre, inkludert etniske nordmenn (Abebe et al., 2014; Dalgard, 2018; Kirkeberg et al., 2019). Vietnamesiske barn ser for eksempel ut til å ha bedre psykisk helse, høyere utdanningsnivå samt høyere deltakelse på arbeidsmarkedet (Dalgard, 2018; Kirkeberg et al., 2019; Vaage et al., 2009).

Det er også betydelige forskjeller i psykisk helse mellom og innenfor etniske minoritetsgrupper (Abebe et al., 2014; Bhopal, 2014). Det er derfor viktig å betrakte innvandrere som en heterogen gruppe (Lindert et al., 2008) med ulike eksponeringer og opplevelser før, under og etter migrasjon som kan påvirke den psykiske helsen deres (Stevens & Vollebergh, 2008).

Flere norske og europeiske studier viser at innvandrerbarn og -ungdom rapporterer flere psykiske helseplager, spesielt dem med ikke-vestlig bakgrunn (e.g. Abebe et al., 2014; Belhadj Kouider et al., 2014; Mock-Muñoz de Luna et al., 2018). Funn fra andre studier viser imidlertid flere likheter – eller til og med bedre psykisk helse og helserelatert livskvalitet hos innvandrerbarn og -ungdom – sammenlignet med jevnaldrende ikke-innvandrere (Dekeyser et al., 2011; Stevens & Vollebergh, 2008; Vaage et al., 2009). Denne variasjonen er også dokumentert på tvers av etniske grupper (Stevens & Vollebergh, 2008). Andelen tyrkiske etterkommere i Norge som rapporterer psykiske helseplager, er for eksempel høyere enn deres pakistanske jevnaldrende (Dalgard, 2018). En lignende forskjell er også fremtredende blant barn fra samme etniske gruppe, avhengig av foreldrenes migrasjonshistorie (f.eks. krigserfaring) og sosioøkonomiske status (Lien et al., 2006; Mock-Muñoz de Luna et al., 2018).

Unge mennesker med lav sosioøkonomisk status opplever dårligere psykisk helse enn dem med bedre økonomiske levekår (Bakken, 2019). I Norge er innvandrere og barna deres overrepresentert blant lavinntektsfamilier (Epland & Kirkeberg, 2014). I 2018 levde rundt 39 prosent av innvandrerbarna i Norge under fattigdomsgrensen (dvs. vedvarende lavinntekt), og hele 80 prosent av barna med somalisk opprinnelse, sammenlignet med bare fem prosent av de etnisk norske barna (Epland & Normann, 2020). Dette øker innvandrerbarnas sårbarhet og gjør dem særlig utsatt for adferdsproblemer og emosjonelle problemer samt andre psykiske helseplager. I tillegg er risikoen for å utvikle psykiske helseplager forbundet med flere psykososiale utfordringer, for eksempel diskriminering, rasisme, manglende sosial støtte i vertslandet, identitetskrise og akkulturasjonsstress (Abebe et al., 2014; Missinne & Bracke, 2012; Oppedal et al., 2008).

Andre europeiske studier har vist at barn og unge med innvandrerbakgrunn har en økt risiko for å utvikle visse psykiske helseplager og -lidelser. En nederlandsk studie fant for eksempel en høyere forekomst av adferdsproblemer samt problemer med sine jevnaldrende, men lavere risiko for hyperaktivitet eller uoppmerksomhet blant ungdom-

Oppsummert bør den psykiske helsen til innvandrerbarn og -ungdom forstås og drøftes i lys av kulturforskjellene

mer med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn sammenlignet med ikke-innvandrere, mens det ikke ble funnet noen forskjell for emosjonelle problemer (Duihof et al., 2020). En amerikansk studie fant at det å være innvandrer eller fra en annen minoritet, ung kvinne og fra en lavere sosial klasse, var assosiert med høyere depresjonsskår (Evans & Erickson, 2019). Likevel, til tross for en høyere forekomst av psykiske helseplager og -lidelser blant unge innvandrere generelt, bør også innvandrerbefolkningens heterogenitet tas i betraktning.

Som tidligere nevnt rapporterte enkelte studier lignende eller bedre psykisk helse blant innvandrerbarn og ungdom, sammenlignet med jevnaldrende ikke-innvandrere (Dekeyser et al., 2011; Stevens & Vollebergh, 2008; Vaage et al., 2009). Oppedal og Røysamb (2007) fant for eksempel ingen forskjeller i selvrapporterte psykiske helseplager mellom etnisk norsk og muslimsk ungdom, mens det ble funnet forskjeller mellom muslimer fra ulike opprinnelsesland. Mood et al. (2016) fant at innvandrerungdom i England, Tyskland, Nederland og Sverige har en lavere forekomst av både internaliserende og eksternaliserende problemer, sammenlignet med majoritetsbefolkningen. En annen studie fra Mood et al. (2017) fant at familiære faktorer er viktige forklaringsfaktorer for bedre psykisk helse blant unge innvandrere. Forfatterne pekte på blant annet at familiens interesse for skolen og sterkere relasjoner til foreldrene, sammenliknet med unge ikke-innvandrere, kan forklare noen av forskjellene i funnene om psykisk helse (Mood et al., 2017).

Oppsummert bør den psykiske helsen til innvandrerbarn og -ungdom forstås og drøftes i lys av kulturforskjellene samt forskjellene i sosiale og økonomiske forhold mellom og innenfor innvandrergrupper, for eksempel etnisitet, kulturelle verdier og familieverdier, opprinnelsesland og grunner til migrasjon, botid, grad av akkulturasjon og sosioøkonomisk status (Abebe et al., 2014; Belhadj Kouider et al., 2014; Stevens & Vollebergh, 2008).

Kjønnsperspektiv

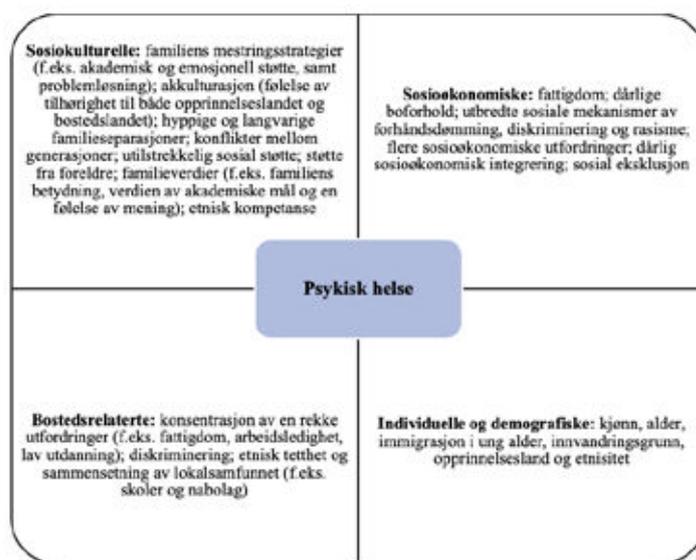
Kjønn er en viktig moderator i forholdet mellom psykisk helse og innvandrerstatus. Innvandrer gutter har en tendens til å vise flere adferdsproblemer, dårligere sosiokulturell tilpasning og høyere skolefravall, mens innvandrerjenter viser flere emosjonelle problemer og dårligere psykologisk tilpasning, men har bedre akademiske resultater (Abebe et al., 2014; Dekeyser et al., 2011; Kirkeberg et al., 2019; Oppedal & Røysamb, 2004). Det er imidlertid bevis for at innvandrer gutter også viser høye nivåer av emosjonelle problemer, snarere enn adferdsproblemer, sammenliknet med ikke-innvandrere (Abebe et al., 2014; Oppedal & Røysamb, 2004).

Kjønneffekten ser ut til å variere på tvers av etniske minoritetsgrupper. Tamilske gutter i Norge rapporterte for eksempel om flere emosjonelle problemer enn gutter fra andre etniske minoriteter (Oppedal & Guribye, 2011). Opplevelse av flere problemer på skolen og akkulturativt stress har blitt foreslått som forklaringer på en høyere forekomst av emosjonelle problemer hos innvandrer gutter (Oppedal & Guribye, 2011; Oppedal & Røysamb, 2004). En annen norsk studie støttet imidlertid ikke den høyere risikoen for akkulturativt stress blant innvandrer gutter eller -jenter (Fandrem et al., 2009). Kjønnsforskjeller i sosialisering, inkludert forhold til familie og jevnaldrende, stresseksposering og -respons samt sosiale utfordringer (f.eks. diskriminering), kan være forankret i kjønns spesifikke prosesser (Rose & Rudolph, 2006; Stevens & Vollebergh, 2008). For eksempel krever kastesystemet og tradisjonelle verdier blant pakistanske familier streng oppdragelse og begrenset frihet for unge innvandrerjenter, noe som også påvirker deres utdanningsresultater (Leirvik, 2012).

Risiko- og beskyttelsesfaktorer

For å forstå hvilke risiko- og beskyttelsesfaktorer som påvirker den psykiske helsen til barn og unge, er det avgjørende å se dem i sammenheng med de mange samspillende prosessene av sosiale, kulturelle og økologiske kontekster de er født, vokser opp og

utvikler seg i (Bronfenbrenner, 2005; Spencer, 2018). Slike koblinger mellom psykisk helse og multisystemiske prosesser er godt beskrevet i den sosiale helsedeterminantmodellen (Dahlgren & Whitehead, 1991; Spencer, 2018) og den utviklingsøkologiske modellen (Bronfenbrenner, 2005). Disse modellene anses som avgjørende for å forstå risiko- og beskyttelsesfaktorene som påvirker psykisk helse gjennom hele livsløpet. Det er imidlertid få longitudinelle studier som har undersøkt risiko- og beskyttelsesfaktorer for psykisk helse hos innvandrerbarn og -ungdom ved bruk av de multisystemiske perspektivene. Det meste av forskning som foreligger baserer seg på tversnittstudier, som har rapportert korrelater eller antatte risiko- og beskyttelsesfaktorer. Dessuten er de fleste av studiene utført i USA og Storbritannia, som i liten grad kan generaliseres til mer egalitære velferdsstater som Norge. I figur 1 presenterer vi forskningsfunn i henhold til de multisystemiske prosessene - sosiokulturelle, sosioøkonomiske og bostedsrelaterte faktorer samt individuelle og demografiske egenskaper som kan påvirke den psykiske helsen til innvandrerbarn og ungdom.



Figur 1 En oppsummering av antatte risiko- og beskyttelsesfaktorer knyttet til psykisk helse hos innvandrerbarn og ungdom.

En gruppe barn og unge som skiller seg ut med tanke på en økt risiko for psykiske helseplager og -lidelser, er unge asylsøkere og flyktninger

Asylsøkere og flyktninger

En gruppe barn og unge som skiller seg ut med tanke på en økt risiko for psykiske helseplager og -lidelser, er unge asylsøkere og flyktninger. Mange av dem, men ikke alle, har opplevd krig, blitt eksponert for negative og ofte traumatiske hendelser som død av familiemedlemmer eller tortur, og flere av dem ankommer mottakerlandet som enslige mindreårige (Jakobsen et al., 2014; Jensen et al., 2015). Slike opplevelser øker risikoen for å utvikle en rekke psykiske helseplager og -lidelser. Flyktninger og asylsøkere har en høyere forekomst av både selvrapporterte psykiske helseplager og diagnostiserte psykiske lidelser, sammenlignet med den globale befolkningen av ikke-flyktninger og mennesker som blir boende i krigs- og konfliktområder (Henkelmann et al., 2019).

Nyere studier med fokus på barn og unge fant at en betydelig andel av disse oppfyller kravene til angstlidelser, depresjon og posttraumatisk stresslidelse (PTSD) (Ben Farhat et al., 2018; Blackmore et al., 2020), som ser ut til å vedvare etter ankomst til mottakerlandet (Jakobsen et al., 2014; Jensen et al., 2015; Vervliet et al., 2014). En omfattende systematisk litteraturgjennomgang fant også at rundt én av tre mindreårige asylsøkere og flyktninger vil oppleve adferds- og emosjonelle problemer som angst eller depresjon, mens opptil halvparten vil lide av PTSD (Kien et al., 2019).

Bruk av helsetjenester

Til tross for økt risiko for psykiske helseplager og -lidelser benytter innvandrere helsetjenester i mindre grad enn den norske befolkningen som helhet, men det ser ut til å være store forskjeller innad i innvandrerbefolkningen. Barn og unge i alderen 0 til 19 år ser ut til å bruke psykiske helsetjenester i mindre eller like stor grad som sine etnisk norske jevnaldrende – med unntak av innvandrere fra Iran, som benytter psykiske helsetjenester betydelig mer (Abebe et al., 2017). Finnvold (2019) fant lignende mønstre i sin studie av barn i Oslo, der ikke-vestlige innvandrere bruker psykiske helsetjenester i mindre grad enn nordmenn, bortsett fra de som bor i bydeler med store inntektsforskjeller. Lav bruk av helsetjenester for psykiske helseplager og -lidelser er imidlertid ikke nødvendigvis et tegn på bedre psykisk helse. Det kan også skyldes at innvandrere kan møte på en rekke barrierer for å oppsøke helsetjenester, slik som strukturelle, kulturelle eller språklige faktorer.

Slike barrierer kan være manglende informasjon om helsevesenet, lav forståelse av egen psykisk helse, kulturelt forankret stigma knyttet til å oppsøke psykolog/psykiater, begrensede kommunikasjonsferdigheter og en uoverensstemmelse mellom innvandre- res behov og helsepersonellens forventninger (Lindert et al., 2008). En australsk studie av unge mennesker fra subsaharisk Afrika fant for eksempel at stigma knyttet til psykisk helse, er et stort hinder for å søke psykisk helsehjelp (McCann et al., 2018). Lav helsekompetanse hos både foreldre og barn samt manglende kulturkompetanse hos helsepersonell ble også identifisert som mulige barrierer (McCann et al., 2016). Psykiske helsetjenester som er kulturelt og språklig tilpasset innvandrernes behov, kan derfor bidra til økt bruk av helsetjenester i denne gruppen (Villanueva O’Driscoll et al., 2017).

Konsekvenser av psykiske helseplager og lidelser

Psykiske helseplager i kritiske livsfaser – som barndom, ungdomsår og tidlig voksenalder – kan ha en negativ påvirkning på akkumulering av menneskelig og sosial kapital, men også på den sosiale funksjonsevnen (Fazel & Betancourt, 2018). For mindreårige innvandrere og flyktninger kan psykiske helseplager for eksempel påvirke evnen og motivasjonen til å lære et nytt språk (Iversen et al., 2014). Psykiske helseplager har også vist seg å redusere sannsynligheten for å fullføre videregående skole (Hynek et al., 2020), føre til marginalisering på arbeidsmarkedet (Helgesson et al., 2017), tap av inntekt (Hynek et al., 2022), samt økt bruk av velferdstjenester (Corbière et al., 2013).

Statistikken presentert ovenfor – over skolefullføring, vedvarende fattigdom og overrepresentasjon i kriminalstatistikken – kan tyde på at innvandrere er enda mer sårbare for de langsiktige konsekvensene av psykiske helseplager. Dette kan være tilfellet for enkelte innvandrergrupper, men ikke for samtlige innvandrere. En nylig registerstudie av unge kvinner fant at psykiske helseplager i ungdomsårene hadde en negativ innvirkning på fullføringen av videregående skole for alle kvinner, men effekten av psykiske helseplager så ut til å være svakere for innvandrere, enn for nordmenn og etterkommere av innvandrere (Hynek et al., 2020). De negative konsekvensene av psykiske helseplager utviklet i denne kritiske alderen, kan påvirke både individet, men også samfunnet som helhet. Dette er fordi individer som sliter med psykiske helseplager, ofte har en svakere tilknytning til arbeidslivet, lavere lønn og i større grad er avhengige av sosiale tjenester (Trautmann et al., 2016).

Forebyggende tiltak blant innvandrerbarn og -ungdom

Forebyggende og helsefremmende tiltak har gunstige effekter ved å styrke beskyttelsesfaktorene og redusere risikofaktorene for psykiske helseplager i kritiske livsfaser. Slike tiltak kan redusere sosiale og etniske ulikheter innen psykisk helse på en effektiv og bærekraftig måte. En nylig publisert rapport identifiserte 15 systematiske litteraturgjennomganger av

Forebyggende tiltak bør forankres i en bredere sammenheng for å redusere byrden og utviklingen av psykiske helseplager blant barn og unge med innvandrerbakgrunn

forebyggende og helsefremmende tiltak rettet mot barn og unges psykiske helse (Skogen et al., 2018).

Rapporten indikerte at psykiske helseplager, særlig depresjon og angst, kan forebygges gjennom tiltak i skolen, for eksempel ved å forbedre skolemiljøet, forebygge mobbing og fremme helse gjennom kognitiv adferdsterapi eller resiliensfokuserede intervensjoner. Få studier har undersøkt slike tiltak blant mindreårige asylsøkere og flyktninger, og rapporten avdekket en generell mangel på systematisk dokumentasjon for innvandrerbarn og -ungdom. Tiltak utført ved skoler ser ut til å være effektive og å ha lovende effekter, men det foreligger foreløpig få bevis på virkningen av disse (Skogen et al., 2018; Tyrer & Fazel, 2014). Videre kan tiltak som tar for seg faktorer som språkvansker, fattigdom og dårlige boligforhold samt foreldres psykiske helse, potensielt bidra til bedre psykisk helse hos innvandrerbarn (Fazel & Betancourt, 2018).

Forebyggende tiltak bør forankres i en bredere sammenheng for å redusere byrden og utviklingen av psykiske helseplager blant barn og unge med innvandrerbakgrunn. Tiltakene bør ta for seg samspillet mellom flere risiko- og beskyttelsesfaktorer (som vist i figur 1), samt sårbarheter og utfordringer knyttet til ulike livsfaser. I særdeleshet kan tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid som involverer skoler, lokalsamfunn, familier og andre relevante interessenter, spille en avgjørende rolle i både utvikling og innføring av tiltak for å styrke psykisk helse eller forebygge utvikling av psykiske helseplager hos innvandrerbarn og -ungdom (Herati & Meyer, 2020). Fremtidige tiltak bør også fokusere på unge innvandrere uten flyktning- eller asylsøkerstatus.

Oppsummering

En rekke studier har rapportert om en økt risiko for psykiske helseplager og -lidelser blant barn og unge med innvandrerbakgrunn, mens andre har rapportert lignende eller til og med bedre psykisk helse blant dem, sammenlignet med jevnaldrende ikke-innvandrere. Det ble funnet forskjeller etter blant annet kjønn, opprinnelsesland og innvandringsgrunn. Til tross for en økt risiko for psykiske helseplager og -lidelser, ser vi en lavere bruk av psykiske helsetjenester blant innvandrere enn ikke-innvandrere. Det kan føre til at mange unge mennesker lever med ubehandlede psykiske helseplager som påvirker hverdagen deres, samt kan ha en rekke negative konsekvenser på sikt. Det er derfor spesielt viktig å legge vekt på forebygging av psykiske helseplager blant unge mennesker, særlig unge med innvandrerbakgrunn. Som gruppe er innvandrere overrepresentert blant lavinntektsfamilier med flere sosioøkonomiske utfordringer, sammenlignet med etniske nordmenn.

Psykiske helseplager tidlig i livet kan ha betydelige konsekvenser for den enkeltes sosiale funksjonsevne og evne til å opparbeide seg sosial kapital, og kan resultere i større kostnader for samfunnet som helhet. Dette kan føre til en ytterligere økning av de sosiale ulikhetene i Norge. I tillegg er det viktig å se på innvandrere som en heterogen gruppe med ulik migrasjonshistorie og ulik kulturell og religiøs bakgrunn, som alle er viktige prediktorer for dårlig psykisk helse.

Vi oppfordrer til økt fokus på evidensbaserte forebyggende tiltak for å bedre den psykiske helsen til innvandrerbarn og -ungdom, samt flyktninger og asylsøkere, ettersom det fortsatt mangler evidensbaserte tiltak på dette området.

Referanser

- Abebe, D. S., Lien, L. & Elstad, J. I. (2017). *Immigrants' utilization of specialist mental healthcare according to age, country of origin, and migration history: a nation-wide register study in Norway*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(6), 679-687. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1381-1>
- Abebe, D. S., Lien, L. & Hjelde, K. H. (2014). *What we know and don't know about mental health problems among immigrants in Norway*. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16(1), 60-67. <https://doi.org/10.1007/s10903-012-9745-9>
- Andersen, S. N., Holtmark, B. & Mohn, S. B. (2017). *Kriminalitet blant innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre. [Criminality among immigrants and Norwegian-born to immigrant parents.] (2017/36)*. Statistics

- Norway. https://ssb.brage.unit.no/ssb-xmlui/bitstream/handle/11250/2487317/RAPP2017-36_web.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Bakken, A. (2019). *Ungdata 2019. Nasjonale resultater* (NOVA Rapport 9/19). NOVA, OsloMet.
- Belhadj Kouider, E., Koglin, U. & Petermann, F. (2014). *Emotional and behavioral problems in migrant children and adolescents in Europe: a systematic review*. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(6), 373-391. <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0485-8>
- Ben Farhat, J., Blanchet, K., Juul Bjertrup, P., Veizis, A., Perrin, C., Coulborn, R. M., Mayaud, P. & Cohuet, S. (2018). *Syrian refugees in Greece: experience with violence, mental health status, and access to information during the journey and while in Greece*. *BMC Med*, 16(1), 40. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1028-4>
- Bhopal, R. S. (2014). *Inequalities, inequities, and disparities in health and health care by migration status, race, and ethnicity*. I R. S. Bhopal (Red.), *Migration, ethnicity, race, and health in multicultural societies* (2. utg., s. 163-195). Oxford University Press.
- Blackmore, R., Gray, K. M., Boyle, J. A., Fazel, M., Ranasinha, S., Fitzgerald, G., Misso, M. & Gibson-Helm, M. (2020). *Systematic Review and Meta-analysis: The Prevalence of Mental Illness in Child and Adolescent Refugees and Asylum Seekers*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(6), 705-714. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.11.011>
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human : bioecological perspectives on human development*. Sage Publications.
- Bufdir. (2021). *Barnevernstiltak til barn med innvandrerbakgrunn. [Child welfare services to children and adolescents with immigrant backgrounds]*. https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnevern/Barnevernstiltak-blant_barn_med_ulik_landbakgrunn/
- Corbière, M., Negrini, A. & Dewa, C. S. (2013). *Mental Health Problems and Mental Disorders: Linked Determinants to Work Participation and Work Functioning*. I P. Loisel & J. R. Anema (Red.), *Handbook of Work Disability: Prevention and Management* (s. 267-288). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-6214-9_17
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Institute for future studies.
- Dalgard, A. B. (2018). *Levekår blant norskfødte med innvandrerforeldre i Norge 2016. [Living conditions among Norwegian-born to immigrant parents in Norway 2016]* (2018/20). Statistics Norway. https://www.ssb.no/en/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/_attachment/352917?_ts=163f3c45b50
- Dekeyser, L., Svedin, C. G., Agnafors, S. & Sydsjö, G. (2011). *Self-reported mental health in 12-year-old second-generation immigrant children in Sweden*. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65(6), 389-395. <https://doi.org/10.3109/08039488.2011.566936>
- Duinhof, E. L., Smid, S. C., Vollebergh, W. A. M. & Stevens, G. W. J. M. (2020). *Immigration background and adolescent mental health problems: the role of family affluence, adolescent educational level and gender*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01821-8>
- Dzamarija, M. T. (2016). *Barn og unge voksne med innvandrerbakgrunn. Demografi, utdanning og inntekt [Children and early adults with immigrant background. Demography, education and income]*. https://ssb.brage.unit.no/ssb-xmlui/bitstream/handle/11250/2442882/RAPP2016-23_web.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Epland, J. & Kirkeberg, M. I. (2014). *Flere innvandrerbarnefamilier med lavinntekt [Several migrant families with low income]*. <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/artikler-og-publikasjoner/flere-innvandrerbarnefamilier-med-lavinntekt>
- Epland, J. & Normann, T. M. (2020). *Nesten 111 000 barn vokser opp med vedvarende lave husholdningsinntekter [Nearly 110 000 children grow up in persistent low income households]*. <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/artikler-og-publikasjoner/nesten-111-000-barn-vokser-opp-med-vedvarende-lave-husholdningsinntekter>
- Evans, C. R. & Erickson, N. (2019). *Intersectionality and depression in adolescence and early adulthood: A MAIHDA analysis of the national longitudinal study of adolescent to adult health, 1995-2008*. *Social science & medicine*, 220, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.10.019>
- Fandrem, H., Sam, D. L. & Roland, E. (2009). *Depressive Symptoms Among Native and Immigrant Adolescents in Norway: The Role of Gender and Urbanization*. *Social Indicators Research*, 92(1), 91-109. <https://doi.org/10.1007/s11205-008-9291-y>
- Fazel, M. & Betancourt, T. S. (2018). *Preventive mental health interventions for refugee children and adolescents in high-income settings*. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2(2), 121-132. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(17\)30147-5](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(17)30147-5)
- Finnvold, J. E. (2019). *How Income Inequality and Immigrant Background Affect children's Use of Mental Healthcare Services in Oslo, Norway*. *Child Indicators Research*, 12(6), 1881-1896. <https://doi.org/10.1007/s12187-018-9614-8>
- Helgesson, M., Tinghög, P., Niederkrotenthaler, T., Saboonchi, F. & Mittendorfer-Rutz, E. (2017). *Labour-market marginalisation after mental disorders among young natives and immigrants living in Sweden*. *BMC Public Health*, 17(1), 593. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4504-4>
- Henkelmann, J.-R., de Best, S., Deckers, C., Jensen, K., Shahab, M., Elzinga, B. & Molendijk, M. (2019). *Mental Disorders in Refugees: A Systematic Review and Meta-Analysis* <https://doi.org/10.2139/ssrn.3471994>
- Herati, H. & Meyer, S. B. (2020). *Mental health interventions for immigrant-refugee children and youth living in Canada: a scoping review and way forward*. *Journal of Mental Health*, 1-14. <https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1818710>
- Hynek, K. A., Hollander, A.-C., Liefbroer, A. C., Hauge, L. J. & Straiton, M. L. (2022). *Change in Work-Related Income Following the Uptake of Treatment for Mental Disorders Among Young Migrant Women in Norway: A National Register Study*. *Frontiers in Public Health*, 9, 736624. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.736624>

- Hynek, K. A., Straiton, M., Hauge, L. J., Corbett, K. & Abebe, D. S. (2020). *Use of outpatient mental healthcare services and upper-secondary school completion in young women with migrant background - A population-based study*. SSM - Population Health, 11, 100631. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100631>
- IMDi. (2019). *Integreringen i Norge. Tall og statistikk over integreringen i Norge [Integration in Norway. Data and statistics of integration in Norway]*. [https://www.imdi.no/tall-og-statistikk/steder/F00/utdanning/ferdig-med-videregaaende/enkeltaar/@\\$u=prosent;\\$y=2019;innvat5=innvandrere%2Cnorskfodte_m_innv%2Cbef_u_innv_og_norskf;kjonn=alle](https://www.imdi.no/tall-og-statistikk/steder/F00/utdanning/ferdig-med-videregaaende/enkeltaar/@$u=prosent;$y=2019;innvat5=innvandrere%2Cnorskfodte_m_innv%2Cbef_u_innv_og_norskf;kjonn=alle)
- Iversen, V. C., Sveaass, N. & Morken, G. (2014). *The role of trauma and psychological distress on motivation for foreign language acquisition among refugees*. International Journal of Culture and Mental Health, 7(1), 59-67. <https://doi.org/10.1080/17542863.2012.695384>
- Jakobsen, M., Demott, M. A. M. & Heir, T. (2014). *Prevalence of Psychiatric Disorders Among Unaccompanied Asylum Seeking Adolescents in Norway*. Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health, 10, 53-58. <https://doi.org/10.2174/1745017901410010053>
- Jensen, T. K., Fjermestad, K. W., Granly, L. & Wilhelmsen, N. H. (2015). *Stressful life experiences and mental health problems among unaccompanied asylum-seeking children*. Clinical Child Psychology and Psychiatry, 20(1), 106-116. <https://doi.org/10.1177/1359104513499356>
- Kien, C., Sommer, I., Faustmann, A., Gibson, L., Schneider, M., Krczal, E., Jank, R., Klerings, I., Szelag, M., Kerschner, B., Brattström, P. & Gartlehner, G. (2019). *Prevalence of mental disorders in young refugees and asylum seekers in European Countries: a systematic review*. European Child & Adolescent Psychiatry, 28(10), 1295-1310. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1215-z>
- Kirkeberg, M. I., Dzamarija, M. T., Bratholmen, N. V. L. & Strøm, F. (2019). *Norskfødte med innvandrereforeldre - hvordan går det med dem? Demografi, utdanning, arbeid og inntekt. [Norwegian-born to immigrant parents - demography, education, work and income] (2019/21)*. Statistics Norway. https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/391638?_ts=16bb80598d8
- Kraemer, H. C., Kazdin, A. E., Offord, D. R., Kessler, R. C., Jensen, P. S. & Kupfer, D. J. (1997). *Coming to terms with the terms of risk*. Archives of general psychiatry, 54(4), 337-343. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830160065009>
- Leirvik, M. S. (2012). «Å ta kunsthistorie eller statsvitenskap er en luksus ikke alle kan unne seg» Kan utdanningssatferd forstås ut fra ulike kapitalformer i etniske nettverk? [“To study art or political science is a luxury not everyone can afford.” Do different forms of capital in ethnic communities explain educational outcomes?]. Tidsskrift for samfunnsforskning, 53, 190-216.
- Lien, L., Oppedal, B., Haavet, O. R., Hauff, E., Thoresen, M. & Bjertness, E. (2006). *Own and parental war experience as a risk factor for mental health problems among adolescents with an immigrant background: results from a cross sectional study in Oslo, Norway*. Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health, 2(1), 30. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-2-30>
- Lindert, J., Schouler-Ocak, M., Heinz, A. & Priebe, S. (2008). *Mental health, health care utilisation of migrants in Europe*. European Psychiatry, 23, 14-20. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(08\)70057-9](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(08)70057-9)
- McCann, T. V., Mugavin, J., Renzaho, A. & Lubman, D. I. (2016). *Sub-Saharan African migrant youths' help-seeking barriers and facilitators for mental health and substance use problems: a qualitative study*. BMC Psychiatry, 16(1), 275. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0984-5>
- McCann, T. V., Renzaho, A., Mugavin, J. & Lubman, D. I. (2018). *Stigma of mental illness and substance misuse in sub-Saharan African migrants: A qualitative study*. International Journal of Mental Health Nursing, 27(3), 956-965. <https://doi.org/10.1111/inm.12401>
- Missinne, S. & Bracke, P. (2012). *Depressive symptoms among immigrants and ethnic minorities: a population based study in 23 European countries*. Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology, 47(1), 97-109. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0321-0>
- Mock-Muñoz de Luna, C. J., Vitus, K., Torslev, M. K., Krasnik, A. & Jervelund, S. S. (2018). *Ethnic inequalities in child and adolescent health in the Scandinavian welfare states: The role of parental socioeconomic status - a systematic review*. Scandinavian Journal of Public Health, 47(7), 679-689. <https://doi.org/10.1177/1403494818779853>
- Mohn, S. B., Stene, R. J. & Onshus, K. (2020). *Nye tall for siktelsler og innvandrerbakgrunn [New data on offences and immigrant background]*. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/nye-tall-for-siktelsler-og-innvandrerbakgrunn>
- Mood, C., Jonsson, J. O. & Låftman, S. B. (2016). *Immigrant Integration and Youth Mental Health in Four European Countries*. European Sociological Review, 32(6), 716-729. <https://doi.org/10.1093/esr/jcw027>
- Mood, C., Jonsson, J. O. & Låftman, S. B. (2017). *The Mental Health Advantage of Immigrant-Background Youth: The Role of Family Factors*. Journal of Marriage and Family, 79(2), 419-436. <https://doi.org/10.1111/jomf.12340>
- Oppedal, B., Azam, G. E., Dalsøren, S. B., Hirsch, S. M., Jensen, L., Kiamanesh, P., Moe, E. A., Romanova, E. & Seglem, K. B. (2008). *Psykososial tilpasning og psykiske problemer blant barn i innvandrerefamilier (Rapport 2008: 14)*. Nasjonalt folkehelseinstitutt. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/rapport-200814.pdf>
- Oppedal, B. & Guribye, E. (2011). *Norsk og tamilsk. Livskvalitet og sosial integrasjon i flerkulturelle oppvekstmiljøer. [Norwegian and Tamil: Quality of life and social integration from multicultural perspectives]*. Folkehelseinstituttet. <https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/bitstream/handle/11250/2711626/Oppedal-2011-Norsk%2Cbog%2btamilsk%2blivskvalitet.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 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), 131-144. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2004.00388.x>

- Oppedal, B. & Røysamb, E. (2007). *Young Muslim Immigrants in Norway: An Epidemiological Study of Their Psychosocial Adaptation and Internalizing Problems*. *Applied Developmental Science*, 11(3), 112-125. <https://doi.org/10.1080/10888690701454583>
- Rose, A. J. & Rudolph, K. D. (2006). *A review of sex differences in peer relationship processes: Potential trade-offs for the emotional and behavioral development of girls and boys*. *Psychological Bulletin*, 132(1), 98-131. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.1.98>
- Skogen, J. C., Smith, O. R. F., Aarø, L. E., Siqveland, J. & Øverland, S. (2018). *Barn og unges psykiske helse: Forebyggende og helsefremmende folkehelseiltak. En kunnskapsoversikt. [Mental health among children and adolescents. Health-promoting and preventive public health interventions. A summary of evidence about effects.]*. Folkehelseinstituttet.
- Spencer, N. (2018). *The social determinants of child health*. *Paediatrics and Child Health*, 28(3), 138-143. <https://doi.org/10.1016/j.paed.2018.01.001>
- Statistics Norway. (2020). *Færre barn og unge i Norge [Fewer children and youths in Norway]*. <https://www.ssb.no/a/barnogunge/2019/bef/>
- Stevens, G. W. J. M. & Vollebergh, W. A. M. (2008). *Mental health in migrant children*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(3), 276-294. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01848.x>
- Trautmann, S., Rehm, J. & Wittchen, H.-U. (2016). *The economic costs of mental disorders*. *EMBO reports*, 17(9), 1245-1249. <https://doi.org/10.15252/embr.201642951>
- Tyrer, R. A. & Fazel, M. (2014). *School and Community-Based Interventions for Refugee and Asylum Seeking Children: A Systematic Review*. *PLoS One*, 9(2), e89359. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089359>
- Vervliet, M., Meyer Demott, M. A., Jakobsen, M., Broekaert, E., Heir, T. & Derluyn, I. (2014). *The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country*. *Scandinavian Journal of Psychology*, 55(1), 33-37. <https://doi.org/10.1111/sjop.12094>
- Villanueva O'Driscoll, J., Serneels, G. & Imeraj, L. (2017). *A file study of refugee children referred to specialized mental health care: from an individual diagnostic to an ecological perspective*. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(11), 1331-1341. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-0981-3>
- Vaage, A. B., Tingvold, L., Hauff, E., Van Ta, T., Wentzel-Larsen, T., Clench-Aas, J. & Thomsen, P. H. (2009). *Better mental health in children of Vietnamese refugees compared with their Norwegian peers - a matter of cultural difference?* *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3(1), 34. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-3-34>

Barna som sviktes dobbelt

Av Heidi Wittrup Djup



Heidi Wittrup Djup er psykologspesialist og daglig leder ved Klinik for krisepsykologi AS. Hun jobber blant annet som barnefaglig sakkyndig, foredragsholder og veileder, og gir oppfølging til familier, arbeidsplasser og lokalsamfunn rammet av kriser og alvorlige hendelser.

Heidi har en bistilling som universitetslektor ved Senter for krisepsykologi, UiB, og er også medlem av Norsk psykologforenings menneskerettighetsutvalg (MRU), Tilsynsrådet for Trandum samt SOS-Barnebyers fagråd.

Artikkelen handler om det forpliktende dobbeltsporet for omsorg for nasjonens barn: Barn skal ha det bra fordi de er barn og vårt ufravikelige ansvar, og fordi det tjener hele samfunnet. Forebyggende arbeid ikke er nok, for hjelperne vil ikke alltid makte å gripe inn med hjelp og beskyttelse overfor dem det gjelder mens de ennå er barn. Når barn som sviktes trenger hjelp, så må det stå klart et tilgjengelig hjelpeapparat med tilstrekkelig kompetanse og ressurser til å hjelpe. Et barns totale traumehistorie er assosiert med funksjonsnivå og helsekonsekvenser på lang sikt, der hvert traume øker alvorlighetsgraden inn i voksen alder. Fosterliv, tidlige barneår og puberteten er sårbare utviklingsperioder, og stor eller langvarig livsbelastning i disse periodene kan gi varige, negative følger for kroppens stressresponsystem og slik utgjøre en biologisk risikofaktor for framtidige vansker og lidelser. Uavhengig av alder og utviklingsperiode, er den mest grunnleggende forutsetningen for barns utvikling, læring og vekst at deres behov trygghet og beskyttelse blir møtt. Traumatiske erfaringer kan videreføres i generasjoner.

Vold, overgrep og alvorlig omsorgssvikt i barndommen medfører betydelig menneskelig lidelse, psykisk og fysisk skade, belastninger for pårørende, samfunnsmessige kostnader og risiko for overføring av senskader fra én generasjon til den neste.

Arbeidet for å forebygge og avdekke alvorlig omsorgssvikt og sikre riktig hjelp til dem som trenger det, er følgelig helt avgjørende. Likevel står ikke innsatsen eller hjelpetilbudet i forhold til de konsekvenser og den skade vedvarende traumatisering i barndommen kan føre til. På den måten sviktes barna - ikke bare av sine nærmeste i relasjoner hvor de skulle ha vært trygge - men av apparatet rundt som skulle ha oppdaget dem, beskyttet dem og senere hjulpet dem. Denne teksten handler om dem. Om barna som sviktes dobbelt.

En satsing på barns utviklingsbetingelser kommer både barna selv og samfunnet til gode, fordi vi vet at en god oppvekst varer livet ut

Det viktigste vi gjør som samfunn, er å beskytte våre barn. Det er dem som en dag skal utgjøre fremtiden, og det er dem som skal berede grunnen for kommende generasjoner. Å skape gode oppvekstvilkår for barn er derfor vårt største menneskelige og moralske ansvar, og den klokkeste samfunnsøkonomiske satsingen vi kan gjøre. Vi kan si at det handler om det forpliktende dobbeltsporet for omsorg for nasjonens barn: barn skal ha det bra fordi de er barn og vårt ufravikelige ansvar, og fordi det tjener hele samfunnet.

Barn i Norge har gode forutsetninger for å vokse opp i trygge og ivaretagende omgivelser. De fleste barn mottar kompetent og kjærlig omsorg i sine hjem, og har tilgang på barnehage, skole, fritidstilbud og helsetjenester. Hver dag legges det ned en enorm innsats blant foreldre, besteforeldre, lærere, trenere, helsesykepleiere, barnehageansatte, assistenter, psykologer, leger, pedagoger og sosionomer – alt for å gi barn den trygghet, hjelp og utviklingsstøtte de trenger.

Vi har i dag svært mye kunnskap om barns utvikling og behov, og om hva som bidrar til å fremme eller svekke barns psykiske helse. Denne kunnskapen gjenspeiles ikke bare i samfunnsstrukturer og tjenestene som ytes overfor barn, men også i lovverket og statens menneskerettslige forpliktelser. Barns rettigheter står sterkt i Norge, noe som er sant både i historisk og internasjonal sammenheng. Vi fikk den første barnevernloven i verden i 1896 (vergerådsloven), verdens første barneombud i 1981 og verdens første barneminister ti år senere. FNs konvensjon om barns rettigheter (barnekonvensjonen) er inkorporert i norsk lov gjennom menneskerettsloven, og vi er dermed forpliktet til å sikre barns rett til liv og helse, deres rett til skolegang og utvikling, retten til deltakelse og innflytelse, samt retten til omsorg og beskyttelse.

Staten skal – slik vi alle skal – ta vare på de yngste blant oss. En satsing på barns utviklingsbetingelser kommer både barna selv og samfunnet til gode, fordi vi vet at en god oppvekst varer livet ut.

Men det gjør også en dårlig oppvekst. En skadelig barndom kan føre til livslang skade, som i ytterste konsekvens tar liv. Av denne grunn er det helt avgjørende at vi som samfunn gjør alt vi kan for å forebygge, forhindre og avdekke omsorgsbetingelser som vi vet kan påføre barn varige skader. Samtidig må vi erkjenne at forebyggende arbeid ikke er nok, og at vi ikke alltid makter å gripe inn med hjelp og beskyttelse overfor dem det gjelder mens de ennå er barn. Vi må derfor sørge for at skulle dagen komme der barnet som ble sviktet trenger hjelp, så står det klart et tilgjengelig hjelpeapparat med tilstrekkelig kompetanse og ressurser til å hjelpe. Klarer vi ikke dette, risikerer vi at de traumatiserte barna sviktes dobbelt.

Det traumatiserte barnet

En potensielt traumatiserende hendelse kjennetegnes ved at vår egen eller våre nærstående liv og helse trues. En slik hendelse kan, men behøver ikke, resultere i akutte og langsiktige konsekvenser for den eller dem det gjelder (Helsedirektoratet, 2016). Det er med andre ord ikke gitt at et barn vil bli varig skadelidende dersom det rammes av alvorlige livsbelastninger. Mange forhold spiller inn for hvordan barnet påvirkes, herunder iboende ressurser eller sårbarheter ved barnet, aspekter ved selve hendelsen(e) og hvilken omsorgssituasjon barnet lever under totalt sett. Det som imidlertid er klart, er at et barns totale traumehistorie er assosiert med funksjonsnivå og helsekonsekvenser på lang sikt, der hvert traume øker alvorlighetsgraden inn i voksen alder (Copeland et al., 2018).

De mest skadelige stressbelastningene er de som pågår over tid, som skjer i tidlige leveår, og som påføres barnet i dets omsorgsbasis (Braarud & Nordanger, 2011). Slike komplekse traumeerfaringer innbefatter blant annet alvorlig neglekt og gjentatt og vedvarende eksponering for vold og overgrep i hjemmet.

Ifølge Folkehelseinstituttet vokser om lag 1 av 20 barn opp under forhold preget av vold og barnemishandling, og rundt 1 av 5 har opplevd mindre alvorlig vold fra foreldrene

Videre forekommer ofte flere ulike former for omsorgssvikt samtidig, med desto større konsekvenser for den psykiske og fysiske helsen (Felitti et al., 1998).

Barns utvikling avhenger av en rekke ulike faktorer, herunder genetisk predisposisjon, påvirkning under svangerskap og fødsel, samt tidlige erfaringer i barnets miljø. Hjernen er bruksavhengig, noe som betyr at den utvikles i takt med hvilken stimulering - eller fravær av stimulering - den utsettes for. Vi omtaler hjernen som «plastisk», noe som betyr at den har en evne til å endre seg som følge av erfaringer og påvirkning fra omgivelsene, men også til å restituere seg etter skade og sykdom (Bjørnæs, 2008). I sped- og småbarnsalder er hjernen særlig plastisk, noe som gjør denne tiden til en spesielt viktig periode for barns liv og utvikling. Dette betyr at alvorlig omsorgssvikt i denne perioden kan få store følger for et barns tidlige utvikling, men det betyr også at barnet kan få sin skjevutvikling korrigert dersom omsorgsbetingelsene bedres og det settes inn riktige hjelpetiltak tidlig. Det er med andre ord håp om bedring når barn fanges opp og får hjelpen de trenger til riktig tid.

Forskning har forsøkt å kartlegge hvorvidt det finnes spesifikke, sensitive perioder i løpet av et barns utvikling der barnet er særlig sårbart i møte med skadelig eksponering, og der risikoen for langvarige konsekvenser er spesielt stor. Slike studier gir imidlertid ikke entydige svar, og det er følgelig vanskelig å konkludere hvordan sammenhengen mellom ulike perioder i barns utvikling og senere psykopatologi er (Dunn et al., 2017). Det er funnet at ungdomstiden representerer en periode med forhøyet risiko for traumatisering, men hvorvidt dette skyldes fysiologiske og nevrale endringsprosesser, eller at risikoen for å utsettes for aversive hendelser er spesielt stor i denne alderen, er vanskelig å fastslå (Cisler & Herringa, 2020). Det finnes likevel holdepunkter for at fosterliv, tidlige barneår og pubertet er sårbare utviklingsperioder, og at stor eller langvarig livsbelastning i disse periodene kan gi varige, negative følger for kroppens stressresponsystem og slik utgjøre en biologisk risikofaktor for framtidige vansker og lidelser (Helgeland & Gjems, 2020). Ytterligere forskning vil sannsynligvis bidra til å bringe mer klarhet i disse sammenhengene, noe som kan gi viktig kunnskap om hvordan forebyggende tiltak bør innrettes og hvordan intervensjoner overfor utsatte barn og unge kan bli mer målrettede.

Uavhengig av alder og utviklingsperiode, vil likevel den aller mest grunnleggende forutsetningen for barns utvikling, læring og vekst, handle om deres behov for trygghet. Barn har en medfødt evne til å søke beskyttelse, trøst og nærhet hos sine nærmeste omsorgsgivere, og er helt avhengige av at omsorgsbasen de fødes inn i evner å svare på disse behovene og tilby tilfredsstillende omsorg. Dessverre er det slik at barna det her er snakk om både mangler den grunnleggende trygghet og beskyttelse de har behov for, samtidig som de påføres skade av mennesker som skulle ha beskyttet dem, i relasjoner hvor de skulle ha vært trygge. For dem er risikoen for svært alvorlige og langvarige helseplager betydelig. For å hjelpe dem, er det viktig at vi tar innover oss problemets omfang og konsekvenser.

Forekomst av vold, overgrep og omsorgssvikt - og den langvarige tausheten

Det finnes en rekke rapporter og kunnskapsoppsummeringer som dokumenterer utbredelsen av vold og overgrep i barndommen. Ifølge Folkehelseinstituttet vokser om lag 1 av 20 barn opp under forhold preget av vold og barnemishandling, og rundt 1 av 5 har opplevd mindre alvorlig vold fra foreldrene (Aakvaag, Thoresen, Strøm, Myhre & Hjemdal, 2018). Henholdsvis 4 % og 2 % har opplevd å være vitne til grov vold mot mor eller far, begått av den andre forelder.

Når det gjelder seksuelle overgrep i barndommen, er det i en undersøkelse funnet at i alt 23 % forteller om å ha blitt utsatt for minst én seksuell krenkelse i løpet av oppveksten (Mossige & Stefansen, 2016). Av disse oppgav fem prosent at gjerningsperso-

nen var noen i nær familie og fem prosent at gjerningspersonen var stefar, stemor eller annen slektning.

I et annet utvalg bestående av voksne utsatt for overgrep i barndommen, oppgav 66 % at overgriper bodde i samme husstand (Steine et al., 2016). Den samme studien fant at gjennomsnittsalderen da overgrepene startet, var drøye seks år. Overgrepene pågikk i snitt i hele 10 år. Nesten alle ble utsatt for overgrep fra noen de kjente, i relasjoner der de skulle ha vært trygge. 40 % oppgav at det var foreldrene som utførte overgrepene. De utsatte trengte i snitt 17 år før de klarte å fortelle om overgrepene.

Det tok lengre tid jo yngre de var da overgrepene startet, og dersom krenkelsene skjedde i nære relasjoner. Lang latenstid var forbundet med høyere forekomst av post-traumatisk stress, depresjon og angst.

En oppfølgingsstudie fra det samme utvalget, fant at de utsatte i snitt hadde 12,7 grunner for å ikke fortelle om overgrepene til noen (Steine et al., 2017). De hyppigste årsakene, oppgitt av over halvparten av respondentene, var frykt for ikke å bli trodd, skyldfølelse, at man lenge ikke husket eller hadde fortrenget overgrepene, og at man manglet ord og begreper for å fortelle. Hele 45 % oppgav redsel for å få kjeft som en årsak til at de ikke fortalte noen om overgrepene.

At mange ikke forteller om erfaringer med vold og overgrep, er også funnet i UEVO-studien fra 2019 (Hafstad & Augusti, 2019). Den fant videre at kun én av fem av de utsatte hadde vært i kontakt med hjelpeapparatet på grunn av det de hadde erfart. Konklusjonen i rapporten var, som den ofte er, at barn og unge er for dårlig beskyttet mot vold og overgrep.

Konsekvenser av traumatisering i barndommen

For mange år siden, i en av de første sakene jeg påtok meg som sakkyndig i forbindelse med en kvinnes søknad om voldsoffererstatning, leste jeg gjennom all dokumentasjon som dekket livet hennes fra barnehagealder til nåtid. Hun ble beskrevet som en leken, trygg og nysgjerrig unge - med de beste forutsetninger for å utforske verden og finne sin plass i livet. I løpet av barneskolen endret hun brått atferd. Hun ble tilbaketrukket, urolig, redd og sint. Ingen forsto hvorfor, ingen spurte, og ingen satte dette i sammenheng med den ubehagelige sannhet om at bestemor hadde fått ny samboer. Jenta fikk ikke lenger sove alene - trygg i bestemors hjem.

Årene gikk, hun bar på den vonde hemmeligheten alene, og hun ble aldri den samme igjen. Det gjorde inntrykk å vurdere den psykiske skaden hun var blitt påført som «varig og invalidiserende». Hvilket liv ble hun fratatt som følge av denne mannens gjentakende handlinger. Det svaret vil vi aldri få.

Siden den gang har jeg møtt mange mennesker som har tatt stor skade av det barndommens voksne påførte dem. De er ofte redde, skamfulle, fulle av skyldfølelse, med svekket selvbilde og lav egenverdi. De opplever betydelige fysiske smerter og plager, indre uro, nummenhet og søvnvansker. Mange strever med mareritt og gjenopplevelser - det er som om traumene aldri tar slutt, men vedvarer inni personen og skjer igjen og igjen. De strever i sine relasjoner, klarer ikke stole på andre eller våge seg nært et annet menneske.

Andre klarer ikke sette grenser for seg selv fordi de ikke har noen erfaringer med å få sine grenser forstått, respektert eller anerkjent. De har aldri lært - og aldri klart - å beskytte seg selv, og flere har derfor blitt utsatt for nye krenkelser og destruktive relasjoner også senere i livet. Noen har lært at det er det de fortjener - og det tror de på. Fortsatt bærer de på barnet inni seg. Barnet ingen hjelp.

Sammenhengen mellom traumatiserende hendelser i barndommen og senere psykisk uhelse er godt dokumentert gjennom forskning. Blant annet er det funnet økt risiko for rusmisbruk, depresjon, selvmordsforsøk, fysisk sykdom for tidlig død, selv-

Konklusjonen i rapporten var, som den ofte er, at barn og unge er for dårlig beskyttet mot vold og overgrep

Det er også funnet sammenheng mellom seksuelt misbruk i barndommen og økt risiko for å oppleve vold og seksuelt misbruk som voksne

skading, angst, isolasjon, svakt selvbilde, en tendens til å oppleve vold og overgrep på nytt i nye relasjoner, flere innleggelser i psykisk helsevern, somatiske plager og svakere fungering som foreldre (se Blindheim, 2012). Det er også funnet sammenheng mellom seksuelt misbruk i barndommen og økt risiko for å oppleve vold og seksuelt misbruk som voksne. Av andre konsekvenser er det funnet negativ innvirkning på skoleprestasjoner og negativ atferd i skolen, langt større risiko for overvekt i voksen alder, utvikling av tidligere pubertet, større risiko for gynekologiske vansker, svakere immunsystem og generelt dårligere fysisk helse, samt risiko for å utsette egne barn for vold, seksuelt misbruk og neglisjering (se Putnam 2004 i Blindheim 2012).

Også forsker Iris Steine (2019) viser til en omfattende mengde studier som dokumenterer at seksuelle overgrep i barndommen ofte gir mangedoblet risiko for posttraumatisk stresslidelse, depresjon, angstlidelser, søvnvansker, lav selvfølelse, problemer med nære relasjoner, rusproblemer, spiseforstyrrelser, psykose, personlighetsforstyrrelser, kroniske smertetilstander, funksjonelle mage- og tarmlidelser, selvmordsforsøk og selvmord. Befolkningsundersøkelser viser også at barn som blir utsatt for seksuelle overgrep, ofte blir utsatt for andre typer mishandling i tillegg (og vice versa), som for eksempel fysisk vold, psykisk vold og omsorgssvikt. Senskadene blir mer alvorlige og komplekse jo flere former for mishandling og traumatiske hendelser man ble utsatt for. Dette er blant annet funnet når det gjelder risikoen for psykiske lidelser, somatiske lidelser, og for flere ledende dødsårsaker blant voksne, som hjerteinfarkt, angina pectoris og kreft. Konsekvensene ved disse skadelige barndomserfaringene er med andre ord godt kjent.

Likevel møter vi voksne som har forsøkt å få hjelp for sine plager og lidelser, men som har møtt et behandlingsapparat uten tilstrekkelig tid, erkjennelse eller kompetanse til å hjelpe dem. Heller ikke som voksen får barnet i dem hjelp.

Traumet fortsetter inni personen

Konsekvensene ved tidlige barndomstraumer kan også overføres til neste generasjon. En nylig publisert studie fant at senskader etter traumatiske erfaringer i barndommen kan overføres fra én generasjon til den neste gjennom økte stresshormon i svangerskapet (Steine et al., 2020). Dette ble kun funnet blant gravide som hadde opplevd seksuelle overgrep, fysisk vold eller familievold i egen barndom, ikke blant gravide som hadde opplevd andre former for kriser og katastrofer. Slike økte nivå av stresshormon kan påvirke mors helse og barnets utvikling, og funnene tydeliggjør således hvilke vidtrekkende konsekvenser traumatiske erfaringer kan få – også for neste generasjon.

Også som klinisk psykolog og barnefaglig sakkyndig, har jeg sett hvordan vonde barndomserfaringer fortsetter å prege et menneske langt inn i voksenlivet. Dette gjør at mange strever med å være en trygg og kompetent voksenperson når de selv har blitt foreldre. Noen bærer på dissosierte deler av seg selv fra egen barndom, som trigges i her-og-nå-situasjonen og står i veien for evnen til å innta voksenperspektivet i samhandlingen med eget barn. Andre har tatt så stor skade av det barndommen påførte dem da de selv vokste opp at de ikke makter å ta vare på andre enn seg selv, og knapt nok det. Enkelte opplever at det først er da de fikk egne barn at de klarte å forstå og ta innover seg hva de ble utsatt for – og hva de ikke fikk – da de selv var barn. Dette kan føre til en stor sorg og smertefulle erkjennelser, som i sin tur kan svekke deres foreldrefungering og evne til å gi god nok omsorg til egne barn. Det er tragisk for både barna og foreldrene, og et nådeløst vitnesbyrd om den altomfattende lidelsen skadelige barndomserfaringer kan føre til.

De fleste foreldre vil gjøre alt de kan for å gi sine barn gode liv, og de aller fleste lykkes også med dette. Å være traumatisert eller bære på vonde barndomserfaringer

Vi må ta innover oss at en skadelig barndom kan gå i arv. Å beskytte barn handler derfor også om å gi deres foreldre riktig hjelp til riktig tid.

som voksen, er selvsagt ikke ensbetydende med at de senere vil utøve en omsorg med vesentlige mangler eller svekkelser.

Likevel må vi ta innover oss at en skadelig barndom kan gå i arv. Å beskytte barn handler derfor også om å gi deres foreldre riktig hjelp til riktig tid. Eller som en liten gutt på seks år sa til meg da han protesterte på mitt utsagn om at voksnes viktigste oppgave er å ta vare på barn: «Noen må passe på foreldrene. Hvis ikke er det ingen igjen til å passe på barna.»

Å fange opp foreldre i risiko, og tilby tilstrekkelig oppfølging og støtte til foreldre i løpet av svangerskapet og etter fødsel, er med andre ord en viktig investering i kommende generasjoners oppvekstbetingelser. Tilgjengelige lavterskeltjenester og hjelpetiltak inn i hjemmet får en svært viktig rolle her. Ikke minst må vi sørge for at både barn og voksne som trenger behandling som følge av kronisk traumatisering og alvorlige følger av egen barndom, faktisk får hjelpen de trenger. Det er dessverre ikke gitt i dagens behandlingsapparat.

Hjelp som ikke hjelper

Som det ovennevnte viser, risikerer volds- og overgrep utsatte barn å måtte bære konsekvensene av dette gjennom hele livet. De mister år med glede, trygghet og livsutfoldelse, og lever med omfattende fysisk og psykisk smerte. Noen har kanskje prøvd å fortelle – men ikke blitt forstått, tatt på alvor eller trodd. I stedet blir de møtt med utredninger, medisiner, bagatellisering eller hjelp som ikke hjelper. Andre klarte ikke si noe fordi de ikke forstår at det de ble utsatt for var galt og ulovlig, eller fordi de ble truet til taushet. Noen prøver å skjule seg selv og sin indre smerte på grunn av skam og skyld, og isolerer seg fra andre for å ikke bli «avslørt». De makter ikke å ta innover seg det som har skjedd, og i kampen for å overleve den indre smerten, henfaller mange til selvskading, rus, overspising, sulting eller følelsesmessig avstenging (Blindheim, Djup & Straume, 2020).

Noen klarer å holde det vonde på avstand i mange år, og lever tilsynelatende vanlige liv ved å fokusere på dagliglivets oppgaver, holde seg i konstant aktivitet og ikke erkjenne eller virkeliggjøre sine traumatiske opplevelser. Til slutt, når angsten, de vonde minnene og kaoset presser seg på og det vonde ikke lenger kan skyves bort, blir skadene synlige for dem selv og omgivelsene.

Andre mister håpet om at livet en dag vil bli godt å leve, og at fremtiden en gang vil tilhøre dem. Den emosjonelle smerten blir umulig å bære. De avslutter livet og etterlater pårørende i bunnløs sorg. Dette er virkeligheten. Og den er rundt oss.

Noen av disse menneskene søker til slutt profesjonell hjelp, men risikerer å bli møtt med manglende forståelse for sine omfattende vansker og hva de har erfart. De risikerer å bli møtt av et behandlingsapparat som verken har ressurser, kompetanse eller tid til å hjelpe dem. Deler av psykisk helsevern ser ut til å ikke erkjenne hvor mye hjelp som faktisk kreves. Omfattende skader trenger omfattende og ofte langvarig hjelp, og korttidsterapi kan i verste fall føre til forverring fordi pasienten eksponeres for intens smerte i for sterk grad og for fort, eller fordi behandlingen avsluttes for tidlig (Blindheim, Djup & Straume, 2020).

Det er derfor viktig at myndigheter, helsevesen og utdanningsinstitusjoner tar innover seg at de sviktede barna en dag blir voksne og trenger kompetent og tilgjengelig hjelp. Utdanningsinstitusjonene må sikre nødvendig opplæring slik at kommende behandlere er forberedt på den virkeligheten som vil møte dem når de trer inn i klinisk praksis. Videre må det tilrettelegges for at behandlere får den erfaring, veiledning og faglig oppdatering som trengs for å over tid erverve tilstrekkelig kompetanse til å behandle pasientene det er snakk om. Ikke minst må det satses på en helsetjeneste med tilstrekkelig kapasitet, ressurser og kompetanse til å hjelpe. Dersom vi feiler i vårt

Vi må aldri miste troen på eller håpet om at barn som utsettes for krenkelser og omsorgssvikt kan få gode liv

ansvar for å beskytte barn, må vi ikke også feile i vårt ansvar for å sikre behandling og rehabilitering til dem som senere trenger hjelp.

Resiliens og håp om bedring

Omsorgssvikt og vedvarende traumatisering i barndommen kan få svært store konsekvenser for de utsattes liv og helse. Det er likevel viktig å understreke at den omfattende skade som her er presentert, ikke vil gjelde for alle som utsettes for dette. Alvorlige vansker i barndommen mørklegger ikke nødvendigvis framtiden. Det finnes mange eksempler på hvordan mennesker klarer seg bra og lever gode liv, til tross for den risiko og belastning livet har påført dem.

Fra midten av 1950-årene har det vært et økende fokus på resiliens, noe som gjør at vi i dag ikke bare har kunnskap om hva som fører til negative konsekvenser, men også om hva som gjør at noen klarer seg bra selv om de har blitt utsatt for aversive erfaringer (Bekkehus, 2012). Denne kunnskapen er viktig fordi den øker vår forståelse for hva som kan være med på å forebygge senskade og hvilke tiltak som bør prioriteres for å gi riktig hjelp til riktig tid. Forskning har identifisert en rekke ulike resiliensfaktorer som spiller inn for hvordan en person påvirkes av potensielle traumer (Agaibi & Wilson, 2005).

Disse faktorene omhandler både egenskaper ved individet selv og ulike forhold i omgivelsene og barnets miljø. Viktigere enn de iboende egenskapene ved barnet, er relasjonene til andre mennesker (Bekkehus, 2012) og hvilken støtte omgivelsene klarer å tilby (Ungar, 2013).

Dette gir håp til både utsatte og det profesjonelle og personlige støtteapparatet som rammer inn barns oppvekst. Gjennom relasjonene og miljøet vi tilbyr barn, kan vi styrke utviklingen av resiliens og motvirke potensielle senskader.

Videre er det viktig å huske på at det også i etterkant av traumatiserende hendelser er mulig å oppleve økt personlig styrke, bedre relasjoner til andre mennesker, nye prioriteringer i livet, en ny og dypere mening i livet eller en økt åndelig bevissthet (Hafstad & Siqveland, 2008). Selv om det er en dyrekjøpt erfaring, er det mulig for mange å hente ut pågangsmot og nye perspektiv som setter dem i stand til å ha det godt i livet og kjempe for det som er viktig for dem.

Vi må derfor aldri miste troen på eller håpet om at barn som utsettes for krenkelser og omsorgssvikt kan få gode liv. Det er mulig å finne fotfeste igjen. Noen forteller om «den ene» som stilte opp, og som representerte trygghet og kjærlighet. De forteller om arenaer i livet hvor de kunne oppleve mestring, tilhørighet og verdi, selv om det også fantes en annen virkelighet som andre ikke så. De forteller om intens emosjonell smerte, og om hvordan de sakte, men sikkert fant en vei tilbake til seg selv.

Vissheten om at det finnes store muligheter for både forebygging og psykososial rehabilitering på de arenaer hvor barn lever sine liv, må vi bære med oss i vårt arbeid og i måten samfunnet innrettes på. Barnehager, skoler og fritidstilbud har en svært viktig rolle i så henseende. Videre er det mye kunnskap i våre helsetjenester, både når det gjelder traumebehandling og familierettede intervensjoner. Det er mulig å få det bedre.

Men ansvaret for å sikre nødvendig hjelp til barn som er utsatt for krenkelser og svik der de skulle ha opplevd kjærlighet og omsorg, må ikke skyves over på de utsatte selv.

Ansvaret for å forebygge, avdekke og forhindre vold og overgrep ligger hos oss alle, i alle tjenester, på alle nivå, og på alle de arenaer hvor barn lever livene sine.

Dette innebærer et stort ansvar, men gir også store muligheter for å gi hjelp og sikre bedre vekstbetingelser. De mulighetene må vi gripe.

Referanser

- Aakvaag, H. F., S. Thoresen, I. F. Strøm, M. Myhre & O. K. Hjemdal (2018). *Shame predicts revictimization in victims of childhood violence: A prospective study of a general Norwegian population sample*. *Psychological trauma: theory, research, practice and policy*.
- Agaibi, C. E. & Wilson, J. P. (2005). *Trauma, PTSD, and Resilience: A Review of the Literature*. *Trauma Violence Abuse*, 6(3), s.195-216, doi: 10.1177/1524838005277438.
- Bjørnæs, H. (2008). *Hjernens funksjonelle plastisitet, med særlig fokus på pasienter med epilepsi*. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol 45, nummer 9, 2008, s. 1081-1088
- Blindheim, A. (2015). *Ettervirkninger av traumatiserende hendelser i barndom og oppvekst*. I *NOU 2012:5: Bedre beskyttelse av barns utvikling – ekspertutvalgets utredning om det biologiske prinsipp i barnevernet*
- Blindheim, A., Djup, H. W., & Straume, M. (2020). *Smerten ingen vil se*. *Kronikk i Bergens Tidende 20.04.202*, hentet fra Debatt: - Smerten ingen vil se (bt.no)
- Braarud, H. & Nordanger, D. Ø. (2011). *Kompleks traumatisering hos barn: En utviklingspsykologisk forståelse*. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol 48, (10), 2011, s. 968-972
- Cisler, J. M. & Herringa, R. J. (2020) *Posttraumatic Stress Disorder and the Developing Adolescent Brain*. *Biol Psychiatry*. 2021 Jan 15;89(2): s144-15 doi: 10.1016/j.biopsych.2020.06.001.
- Copeland, W. E., Shanahan, L., Hinesley, J. et al. (2018). *Association of Childhood Trauma Exposure With Adult Psychiatric Disorders and Functional Outcomes*. *JAMA Network Open*. 2018;1(7):e184493. doi:10.1001/jamanetworkopen.2018.4493
- Dunn, E. C., Wang, Y., Tse, J., et al. (2017). *Sensitive periods for the effect of childhood interpersonal violence on psychiatric disorder onset among adolescents*. *Br J Psychiatry* 211(6): 365-372. doi: 10.1192/bjp.bp.117.208397
- Felitti, V., J. (1998). *Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study*. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), s. 245-258 DOI:https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8
- Hafstad, G. S., & Augusti, E. M. (Red.) (2019). *Ungdoms erfaringer med vold og overgrep i oppveksten: En nasjonal undersøkelse av ungdom i alderen 12 til 16 år*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (Rapport 4/2019).
- Hafstad, G. S. & Sigveland, J. (2008). *Posttraumatisk vekst: Et mer helhetlig syn på posttraumatisk tilpasning*. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(12) s. 1507-1511
- Helgeland, H. og Gjems, S. (2020). *Somatiske symptomtilstander hos barn og unge*. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol 57 (9), s. 657-665
- Helsedirektoratet (2016). *Mestring, samhörighet og håp. Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer*. Oslo: Helsedirektoratet
- Mossige, S. & K. Stefansen (red.) (2016). *Vold og overgrep mot barn og unge. Omfang og utviklingstrekk 2007-2015*. NOVA velferdsforskningsinstitutt, Høgskolen i Oslo og Akershus, rapport nr. 5/16.
- Steine, I. et al. (2016). *Langvarig taushet om seksuelle overgrep: Prediktorer og korrelater hos voksne som opplevde seksuelle overgrep som barn*. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol 53, (11), 2016, sis.de 888-899
- Steine, I. et al. (2017). *Hvorfor tar det så lang tid å fortelle om seksuelle overgrep?* *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol 55, (2), 2017, s. 204-208
- Steine, I. (2019). *Vi har mer enn nok kunnskap. Når skal vi handle?* *Kronikk i Bergens Tidende 19.01.2019*, hentet fra Debatt: - Vi har mer enn nok kunnskap. Når skal vi handle? (bt.no)
- Steine, I. et al. (2020). *Maternal exposure to childhood traumatic events, but not multi-domain psychosocial stressors, predict placental corticotrophin releasing hormone across pregnancy*, *Social Science & Medicine*, 266 https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113461
- Ungar, M. (2013). *Resilience, trauma, context, and culture*. *Trauma Violence Abuse*, 14 (3), s. 255-66 doi: 10.1177/1524838013487805

Barn og unge med ulønnet omsorgsarbeid – en ressurs med rett til å bli hørt?

Av Ellen Katrine Kallander



Ellen Katrine Kallander er PhD ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, Master i Helse- og sosialfaglig arbeid med barn og unge, Høgskolen i Innlandet.

Arbeidsområder: Utsatte barn og unge, levekår, velferdstjenester, barnevern. Voksne og barn som pårørende, pasient- og foreldrerollen, psykisk helse og livskvalitet, helse- og omsorgstjenester i kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Regjeringens pårørendestrategi viser til at vi har flere hundre tusen barn og unge i Norge som lever med foreldre eller søsken som er syke eller har funksjonsnedsettelse: «Mange av barna tar omsorgsansvar for andre, men vi vil at barn skal få lov til å være barn, og slippe å ta ansvar for familiemedlemmer». Samtidig har regjeringen over flere tiår politisk vedtatt en generell dreining til mindre døgnbehandling og mer poliklinisk behandling i spesialisthelsetjenesten. Primærhelsetjenesten har fått økt ansvar for avansert og spesialisert hjemmebehandling. Dette har økt omfanget av barn som lever med foreldre eller søsken som er alvorlig syke i aktiv behandling eller døende i hjemmet. Dette øker naturlig nok behovet for både hjemmebaserte tjenester fra kommunene og hjelp fra pårørende, inkludert hjelp fra familiens barn.

Barn som lever med syke foreldre ble i 2010 definert ved lov i forbindelse med endringer i helsepersonelloven §10a der «Helsepersonell skal bidra til å ivareta mindreårige barns behov for informasjon og oppfølging som følge av foreldres sykdom, skade eller rusmiddelavhengighet» Fra 1. januar 2018 ble bestemmelsen utvidet til også å gjelde mindreårige barn som pårørende til søsken med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade.

I 2010 ble også helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten pålagt å ha barneansvarlig personell med nødvendig kompetanse til å fremme og koordinere oppfølging av denne gruppen barn gjennom endringer i spesialisthelsetjenesteloven § 3-7a. Formålet med lovendringene var at det raskt skulle bli mulig å sette i gang prosesser som setter barn og foreldre i stand til å mestre situasjonen og å forebygge problemer.

Mens Norge har hatt hovedfokus på barn som pårørendes behov for informasjon, har land som Storbritannia og Australia hovedfokus vært mer avgrenset. Deres mål er å forebygge at barna må ta på seg mer ulønnet omsorgsarbeid enn hva de selv opplever å kunne mestre (Kallander, 2010; Scottish Government, 2010, 2017; Aldridge, 2017).

Den engelske og skotske regjering har siden tidlig på 1990 tallet anerkjent at barn og unge tar på seg omsorgsansvar der det er udekkede behov for tjenester inn i familien, og de konsekvenser det kan ha for barnas utvikling (Aldridge, 2017; Leu og Becker, 2016; Kavanaugh og Stamatopoulos, 2021; Nap m.fl. 2020; Scottish Government, 2010, 2017). Med utgangspunkt i en 30 år lang forskningstradisjon for utvikling av tiltak for *young carers*, det vil si barn som pårørende med ulønnet omsorgsarbeid, utviklet Kunnskapsdepartementet i Storbritannia (Department of Education) denne definisjonen:

A young carer is a child/young person under the age of 18 who provides care in, or outside of, the family home for someone who is physically or mentally ill, disabled or misusing drugs or alcohol. The care provided by children may be long or short term and, when they (and their families) have unmet needs. Caring may have an adverse impact on children's health, well-being and transitions into adulthood.

(Cheesbrough, Harding, Webster, & Aldridge, 2017, p.14; Clay, Connors, Day, Gkiza, & Aldridge, 2016, p. 18)

Dette delkapitlet er basert på en doktorgradsavhandling med fokus på norske *young carers* basert på data fra en multisenter- og oppfølgingsstudie om barn som pårørende (Kallander, 2020; Ruud m.fl. 2015; 2021). Doktorgradsavhandlingen viste at flere enn halvparten av barna opplevde økt ansvar hjemme som følge av foreldrenes sykdom (Kallander m.fl. 2017, Kallander, 2020). En tredjedel av barna rapporterte at de hadde for mye ansvar. Mer enn en av ti utførte «særlig tyngende omsorgsarbeid», basert på Helsedirektoratets definisjon for pårørende med rett til pårørendestøtte og avlastning (Helsedirektoratet, 2018). Legger vi estimatene til Folkehelseinstituttet om andelen barn som pårørende til grunn (Torvik og Rognmo 2011), er gruppen barn som bidrar med omsorgsoppgaver stor, rundt 150 000 barn og unge, der rundt 45 000 leverer særlig tyngende omsorgsarbeid. Studien brukte data fra 246 barn i alderen 8-18 år og fra foreldre med enten alvorlig fysisk sykdom, psykisk lidelse eller rusmisbruk. Gjennom møte med foreldre og barn og via spørreskjema, undersøkte studien omfanget av og type omsorgsoppgaver barna bidro med hjemme og i familien, positive og negative konsekvenser av omsorgsarbeidet og hvilke faktorer som hadde sammenheng med barnas livskvalitet (Kallander, 2020).

Regjeringens pårørendestrategistrategi, lansert desember 2020, skal bidra til at de om lag 800.000 voksne pårørende i Norge blir anerkjent som en ressurs og at de kan leve gode liv. Den ulønnede innsats fra pårørende er her beregnet å være nesten like stor som hjelpen i den kommunale omsorgstjenestene. Pårørendestrategien har tre hovedmål:

Anerkjenne pårørende som en ressurs

God og helhetlig ivaretagelse av alle pårørende slik at pårørende kan leve gode egne liv og kombinere pårørenderollen med utdanning og arbeid.

Ingen barn skal måtte ta omsorgsansvar for familie eller andre.

Det strategien ikke sier noe om er hvordan, eller hvilke typer tiltak det er behov for å sette inn for at ingen barn skal måtte ta omsorgsansvar for familie eller andre. Med andre ord, ikke hvordan problemstillingen skal, kan eller bør forebygges ute i kommunene.

Hvilke sykdomstilstander har særlig behov for pårørendestøtte?

Helsedirektoratets (2018) pårørendeveileder beskriver noen tilstander som kan medføre et særlig behov for pårørendestøtte: livstruende sykdom og alvorlig, forver-

Barn som lever med forelder med fysisk sykdom, psykisk lidelse eller rusmisbruk bidrar med mer omsorgsoppgaver.

rende sykdom, sykdommer eller tilstander med langvarig betydning som demens, hjerneslag, alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, og sammensatte, komplekse tilstander som krever koordinerte tjenester over lengre tid. Det er ikke bare psykisk lidelse eller rus som representerer atferdsendring, men også flere fysiske sykdommer eller funksjonsnedsettelse kan medføre kognitiv svikt, personlighetsforandringer og/eller avvikende adferd. Atferdsendring kan påvirke både samspillet og relasjonene og i familien. Helsepersonell bør i slike tilfeller, ifølge veilederen, tilby pårørende veiledning i kommunikasjon med bruker, samtaler om hvordan symptomer kan påvirke familien, hvordan forebygge stress og konflikter, for å kunne bidra til bedre samspill og bedre livskvalitet. Også der pasienten er aleneforeldre, har lite sosialt nettverk, det er konflikter og/eller økonomiske utfordringer, bør veiledning tilbys (Helsedirektoratet 2018).

Hva bidrar barn som pårørende med og hvorfor?

Multisenter- og oppfølgingsstudien viste at barn som lever med forelder med fysisk sykdom, psykisk lidelse eller rusmisbruk bidrar med mer omsorgsoppgaver enn barn i den generelle befolkningen (Kallander, 2018, Ruud m.fl. 2015, 2021). Majoriteten av barna bidrar med husarbeid og emosjonell omsorg for foreldrene, enkelte betaler også regninger eller arbeider deltid for å kunne bidra. Mer enn to av ti av barna bidrar med personlig pleie til foreldrene som f.ks. å hjelpe dem med å vaske eller dusje seg, følge opp foreldrenes medisiner eller følge foreldrene til lege eller sykehus (Kallander, 2020, Ruud m.fl. 2015).

Det er oppgaver som klart ligger til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Økt omsorgsansvar grunnet foreldrenes sykdom er mer utbredt blant barna med alvorlig fysisk syke foreldre, og rapportert av hele to tredjedeler. Disse ga også mer emosjonell omsorg for sine fysisk syke foreldre, enn hva barn av foreldre med psykiske lidelser eller rusavhengighet rapporterte (Kallander, 2018). Jo dårligere fysisk helsetilstand foreldrene rapporterte, dess høyere omfang av omsorgsoppgaver rapporterte barna, uavhengig av om det var psykiske lidelser eller fysisk sykdom som var foreldrenes hoveddiagnose. Andre faktorer som økte barnas bidrag hjemme og i familien var gode sosiale ferdigheter kombinert med opplevelse av mangel på kontroll.

Hvordan opplever barn som pårørende å bidra med omsorgsoppgaver?

Majoriteten av barna rapporterte at de opplevde det som positivt å bidra (Kallander m.fl., 2018). Likevel, nesten halvparten av barna rapporterte stress som følge av økt omsorgsansvar, mens en av ti opplevde høy grad av negative konsekvenser. Barnas opplevelse av positive konsekvenser av å utøve omsorgsoppgaver ovenfor foreldrene viste seg å sammenhenge med at barna hadde gode sosiale ferdigheter. Opplevelsen av negative konsekvenser hadde sammenheng med dårligere sosiale ferdigheter blant barna, men også sammenheng med opplevelsen av mangel på kontroll. Der barna bidro med personlig pleie av forelderen, eller tok økt ansvar for i familieøkonomien, ble det også rapportert om økt grad av negative konsekvenser (Kallander m.fl. 2018). Langvarig sykdom medfører ofte økonomiske utfordringer for familien (Helsedirektoratet, 2018).

Hvordan påvirker det barn og unges livskvalitet å bidra med omsorgsoppgaver?

Det var flere faktorer som viste sammenheng med lavere livskvalitet hos barna, deriblant opplevelsen av økt ansvar grunnet forelderens sykdom, økt emosjonell omsorg for foreldrene, og barnas opplevelse av mangel på kontroll. Men også det samlede omfanget av negative konsekvenser av omsorgen viste en sammenheng med dårligere livskvalitet hos barna (Kallander m.fl., 2020). Barnas personlige pleie av forel-

Få av tiltakene vurderte barnas behov for hjelp til å klare omsorgsbelastningen.

drene og negative opplevelser av omsorgen har også vist seg å ha sammenheng med deres psykisk helse. Barnas økte omsorg i familien er ikke bare negativt. Studien viste at majoriteten av barna som opplevde positive konsekvenser også rapporterte høyere livskvalitet. De barna som opplevde at den andre foreldren greide å kompensere for den sykes oppgaver i hjemmet, rapporterte også bedre livskvalitet, selv om denne gruppen var i et mindretall (Kallander m.fl., 2018).

Hva er grunnen til at få barn som pårørende med ulønnet omsorgsarbeid får nødvendig hjelp?

Det er kun mellom 5-9 prosent av barn som pårørende som får hjelp og støtte. Multi-senter- og oppfølgingsstudien *Barn som pårørende* viste at foreldrene rapporterte svært begrenset tilgang på hjemmebaserte tjenester. Kun seks prosent fikk tildelt hjelp, gjennomsnittlig 1,5 time i uken (Ruud m.fl., 2015, 2021). To av ti foreldre med fysisk sykdom eller psykisk lidelse, rapporterte selv at barna utførte omsorgsoppgaver på grunn av egen sykdom, særskilt blant foreldre med behov for hjelp til personlig pleie. En tredjedel av barna rapporterte at de bidro med ulønnet omsorgsarbeid mellom 5-9 timer i uken, ett av ti barn hele 10 til 19 timer, og et mindretall mer enn 50 timer i uken. Det vil si at ett av ti barn bidrar mer enn ti ganger mer enn hva en liten prosent av foreldrene fikk tildelt av offentlige tjenester (Kallander, m.fl. 2018).

Studien viser også at helsepersonell har stor tro på at hjemmebaserte tjenester avlaster barn og unge med belastende omsorgsoppgaver, selv om det faktisk er omvendt - barna avlaster tjenestene (Kallander m.fl. 2018; Ruud mfl. 2015, 2021). Helsepersonell mener også at barn og unge med ulønnet omsorgsarbeid primært er barnevernets ansvar og ikke helse- og omsorgstjenestene (Kallander m.fl., 2012). Resultatet er at utilgjengelige helse- og omsorgstjenester kan bli til barnevernssak for familiene. Likevel, det er kun et mindretall av familiene som faktisk får hjelp av barnevernet, rundt 8 prosent, fordelt på 2-3 prosent av foreldre med fysisk sykdom, 10 prosent av foreldre med psykisk lidelse, og mellom 20-28 prosent blant foreldre med rusavhengighet (Ruud m.fl. 2015, 2021). Det er viktig å merke seg at det er større likheter mellom foreldre med fysisk sykdom og psykisk lidelse enn blant foreldre med rusavhengighet. Foreldre med rusavhengighet har lavere utdanning, inntekt, familie-samhold, sosial støtte og mangler oftere egen bopel enn foreldre med fysisk sykdom eller psykisk lidelse (Kallander m.fl., 2018, 2020).

En gjennomgang av tiltak for barn som pårørende til foreldre med alvorlig fysisk sykdom i Sverige viste at majoriteten av tiltakene har som mål å forbedre familiefungeringen gjennom informasjon til og kommunikasjon med barna (Järkestig-Berggren & Hanson, 2016). Få av tiltakene vurderte barnas behov for hjelp til å klare omsorgsbelastningen, sikre skoleprestasjoner eller ivareta behov for sosial støtte. Også internasjonalt har studier vist at barns omsorg for en syk forelder ofte ikke anerkjennes, verken av helsepersonell, foreldrene eller barna, på grunn av frykt for Barnevernet (Aeyelts et al., 2016; Aldridge, 2017; Aldridge & Becker, 2003; Backett-Milburn & Jackson, 2012; Bjorgvinsdottir & Halldorsdottir, 2014; Gray, Robinson, & Seddon, 2007; Järkestig-Berggren m.fl. 2018). I forskning differensieres det mellom gruppen barn og unge voksne som tar på seg oppgaver fordi tjenester ikke er tilgjengelige (young carers/young adult carers) og gruppen barn og unge voksne som får for stort ansvar av foreldrene, mer kjent under begrepet parentifisering (Boumans, og Dorant, 2018; Hendriks m.fl. 2021). Noen barn med ulønnet omsorgsarbeid i familien grunnet mangel av tilgjengelig på offentlige helse- og omsorgstjenester kan være parentifisert, men nyere forskning støtter ikke parentifisering som begrep for barn med ulønnet omsorgsarbeid der sykdom har rammet familiene (Kallander, 2020).

Innenfor norsk barnevernslitteratur er barns omsorg i familier med psykiske lidelser

og rusproblemer definert ut fra begrepet destruktiv parentifisering eller tilknytnings- og relasjonsforstyrrelser. (Amble & Dahl-Johansen, 2016; Kvello, 2010; NOU 2009:8; NOU 2012: 5). Denne forståelsen av barns omsorg, også for søsken, beskrives som en vesentlig faktor for å vurdere plassering utenfor hjemmet (Falch-Eriksen, 2017; NOU 2009:8; NOU 2012: 5). Parentifiseringsteoriene beskrevet i de statlige dokumentene er basert på «eldre» og lite oppdatert forskningslitteratur, og dessverre mye brukt i implementert vurderingsmetoder for barnevernet, som f.eks., Kvello-modellen (2010). En barnevernspraksis basert på mangelfulle og begrenset oppdaterte kunnskapsgrunnlag, inkludert manglende utvikling av adekvate tiltak rammer til sist barna.

Hva ønsker barn og unge med ulønnet omsorgsarbeid av hjelp og støtte?

Internasjonal forskning viser at barn som pårørende ikke ønsker barnevernstiltak, men hjelp i form av tilstrekkelige helse- og omsorgstjenester til foreldrene og hjelp for egen del i form av; tilstrekkelig informasjon om omsorgsoppgavene som må utføres; avlastning og emosjonell støtte for å mestre balansen mellom skole og omsorgsoppgavene (Aldridge, 2017; Bjorgvinsdottir & Halldorsdottir, 2014; Rose & Cohen, 2010). Disse funnene støttes av norske barn som pårørende i multisenter- og oppfølgingsstudien, de ønsker seg først og fremst god behandling til foreldrene og så hjelp i hjemmet for å kunne ivareta dem (Ruud m.fl., 2015, 2021, Faugli m.fl., 2020).

Unge voksne pårørende

Barn som pårørende blir med tiden til unge voksne pårørende. Blant gruppen unge voksenstudenter mellom 18-25 år vet vi fra Haugland m.fl. (2020) sin studie at mer enn fem prosent av studentene fortsatt har omsorgsarbeid for sine syke foreldre. Jo høyere antall timer med omsorg studentene har for familiemedlemmer, uavhengig av om de har flyttet hjemmefra eller ikke, dess flere negative helseutfall rapporterte de. Disse var ofte jenter, single, hadde skilte foreldre, innvandrerbakgrun, eller hadde økonomiske vanskeligheter.

Voksne pårørende med belastende omsorgsoppgaver fikk fra 2018 rett til hjelp i, eller utenfor, hjemmet for å gi mulighet til nødvendig fritid og ferie, yrkesaktivitet, familieliv og deltakelse i aktiviteter (Helsedirektoratet, 2018). På den annen side er omfanget av husvikartjenester i kommunene ved kortvarig sykdom hos pårørende-foreldre til barn med store omsorgsbehov ikke lovregulert i helse- og omsorgslovgivningen, og tilbys dermed i et relativt begrenset omfang, primært til én til fem familier årlig per kommune (Proba, 2020). Selv om lovgivningen endret seg for barn som pårørende med helsepersonellloven § 10 a, helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende, i 2010, er det begrenset hva som har endret seg i løpet av det siste tiåret frem til 2020 (Kallander, 2010; Kallander m.fl. 2011; Kallander, 2020).

Verken spesialist- eller kommunehelsetjenesten følger godt nok opp sitt lovpålagte ansvar når det gjelder å identifisere og ivareta barn som pårørende, og videre mangler helsepersonell tilstrekkelig kompetanse om hvordan foreldrenes sykdom påvirker barna (Ruud m.fl., 2015; 2021). Som nevnt har barn som pårørende vært lite tilstedeværende i norsk forskning eller innenfor barnevernslitteraturen og tiltaksutviklingen.

Konklusjon og implikasjoner

Oppsummert er det særlig fire faktorer som ser ut til å ha betydning for barn og unges livskvalitet under sykdom eller rusavhengighet hos foreldre; forelderens fysiske helse-tilstand, barnets sosiale ferdigheter, opplevelse av mangel på kontroll, og negative opplevelser knyttet omsorgsoppgavene i familien. Men det er viktig å understreke at økt ansvar blant barn og unge også bidrar til å øke livskvaliteten deres, om omsorgs-

**Barn som pårørende
har vært lite
tilstedeværende i
norsk forskning.**

ansvaret anerkjennes ved å snakke med dem om hva som oppleves som bra å bidra med, og at de blir tilbudt støtte for å øke mestringsfølelsen.

Barn og unge er utviklingsmessig mer sårbare og har behov for at skoleprestasjoner og utdanning sikres gjennom behov for pårørendestøtte. Særsilt den gruppen barn pårørende som utfører særlig tyngende omsorgsarbeid, på lik linje med voksne pårørende basert på definisjon fra Helsedirektoratet, har behov for rett til pårørendestøtte. Denne gruppen barn og unge har også behov for økt forsknings- og kunnskapsbasert praksis innen Barnevernet.

Kapitlet har pekt på tre hovedfaktorer som bidrar til at barn og unge ikke får nødvendig hjelp, støtte og avlastning;

- Lovgivingen på området,
- Manglende tilgjengeligheten av hjemmebaserte tjenester
- Manglende utvikling av tiltak basert på forskningsbasert kunnskap om hvorfor barn og unge tar på seg omsorgsoppgaver og hvordan omsorgsoppgavene barn bidrar med berør dem.

Ivaretagelse av FNs Barnekonvensjon og barnerettighetsvurdering knyttet til den politisk valgte forflyttingen av pasientbehandling inn i hjemmet, med den økte omsorgsbelastning det gir for barn og unge, er så langt fraværende. Kommunene bør forebygge at barns omsorgsoppgaver blir til barnevernssaker grunnet manglende kapasitet i de hjemmebaserte tjenestene.

Referanser

- Aeyelts, R., Marshall, S., Charles, G., & Young, R. (2016). *How care is negotiated between a young carer and a parent experiencing mental illness and addiction*. *International Journal of Child Youth & Family Studies*, 7(1), 65-80. doi:10.18357/ijcyfs.71201615417
- Aldridge, J. (2017). *Where are we now? Twenty-five years of research, policy and practice on young carers*. *Critical Social Policy*, 38(1), 155-165. doi:10.1177/0261018317724525
- Amble, L., & Dahl-Johansen, C. (2016). *Miljøterapi som behandling ved komplekse traumer hos barn og unge*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Backett-Milburn, K., & Jackson, S. (2012). *Children's concerns about their parents' health and well-being: Researching with ChildLine Scotland*. *Children & Society*, 26(5), 381-393. doi:10.1111/j.1099-0860.2010.00349.x
- Bjorgvinsdottir, K., & Halldorsdottir, S. (2014). *Silent, invisible and unacknowledged: experiences of young caregivers of single parents diagnosed with multiple sclerosis*. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(1), 38-48. doi:10.1111/scs.12030
- Boumans, N.P.G., og Dorant, E. (2018) *A cross-sectional study on experiences of young adult carers compared to young adult noncarers: parentification, coping and resilience*. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 32(4): 1409-1417. <https://doi.org/10.1111/scs.12586>
- Cheesbrough, S., Harding, C., Webster, L., & Aldridge, J. (2017). *The lives of young carers in England: Omnibus survey report*. London: Department for Education Retrieved from <https://www.gov.uk/government/publications/the-lives-of-young-carers-in-england>.
- Clay, D., Connors, C., Day, N., Gkiza, M., & Aldridge, J. (2016). *The lives of young carers in England*. Qualitative report to Dfe. London: Department of Education. Hentet fra <https://www.gov.uk/government/publications/the-lives-of-young-carers-in-england>.
- Falch-Eriksen, A. (2017). *Søsken og plassering i fosterhjem. Rapport om utfordringer, hindringer og tiltak ved søskenplassering i fosterhjem*. Retrieved from Oslo:
- Faugli, A., Kufås, E., Haukland, M. Kallander, E.K, Ruud, T., Weimand, B.M. (2020) *'I have cried a lot': a qualitative study on children experiencing severe parental illness* *Scandinavian Journal of Caring Science*. <https://doi.org/10.1111/scs.12938>
- Gray, B., Robinson, C., & Seddon, D. (2007). *Invisible children: Young carers of parents with mental health problems - the perspectives of professionals*. *Child and Adolescent Mental Health*, 13(4), 169-172. doi:10.1111/j.1475-3588.2007.00477.x
- Haugland, B.M.S., Hysing, M. og Sivertsen, B. (2020). *The Burden of Care: A National Survey on the Prevalence, Demographic Characteristics and Health Problems Among Young Adult Carers Attending Higher Education in Norway*. *Frontiers in Psychology*, 23 January 2020 | <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02859>
- Hendricks, B.A., Vo, J.B., Dionne-Odom, J.N. og Bakitas, M.A. (2021). *Parentification Among Young Carers: A Concept Analysis*. *Child and Adolescent Social Work Journal*. <https://doi.org/10.1007/s10560-021-00784-7>
- Helsedirektoratet. (2018). *Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten* (IS-2587). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/P%C3%A5r%C3%B8rendeveileder.pdf>.
- Järkestig-Berggren, U., Bergman, A. S., Eriksson, M., & Priebe, G. (2018). *Young carers in Sweden-A pilot study of care activities, view of caring, and psychological well-being*. *Child & Family Social Work*. doi:10.1111/cfs.12614

- Järkestig-Berggren, U., & Hanson, E. (2016). *Children as next of kin: A scoping review of support interventions for children who have a parent with a serious physical illness*. *Child Care in Practice*, 22(3), 277-295. doi:10.1080.13575279.2015.1102125
- Kallander, E.K., (2010). *Skjulte unge omsorgsgivere – Helsepolitiske perspektiver*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 7(3) 206-216.
- Kallander, E. K., Brodahl, L., & Kibsgård, H. (2012). *Oversikt over Helse- og omsorgsdepartementets satsing på barn som pårørende 2007-2010*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Kallander, E. K., & Vallesverd, V. U. (2015). *Unge omsorgsgivere – Barn og unge som har betydelige omsorgsoppgaver* In B. S. M. Haugland, K. E. Bugge, M. Trondsen, & S. Gjesdahl (Eds.), *Familier i motbakke. På vei mot bedre støtte til barn som pårørende*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Kallander, E.K., Weimand, B.M., Becker, S., Van Roy B, Hanssen-Bauer K.,, Ruud, T. (2018). *Children with ill parents: extent and nature of caring activities*. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 32: 793-804.
- Kallander, E.K., Weimand, B.M., Ruud, T., Becker, S., Van Roy B, Hanssen-Bauer K. (2018) *Outcomes for children who care for a parent with a severe illness or substance abuse*. *Child Youth Serv*.1-22.
- Kallander, E.K., Weimand, B.M., Hanssen-Bauer, K. Van Roy, B., Ruud, T.,(2020). *Factors associated with quality of life for children affected by parental illness or substance abuse*. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 35(2), 405-419.
- Kallander, E.K (2020) Doktorgradsavhandling "Children affected by parental illness or parental substance abuse: young carers, well-being and quality of life". Medisinske fakultet, Universitetet i Oslo
- Kavanaugh, M.S., Stamatopoulos, V. (2021) *Young Carers, The Overlooked Caregiving Population: Introduction to a Special Issue*. *Child and Adolescent Social Work Journal*. <https://doi.org/10.1007/s10560-021-00797-2>
- Kvelling, Ø. (2010). *Barn i risiko. Skadelige omsorgssituasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Leu, A., & Becker, S. (2016). *A cross-national and comparative classification of in-country awareness and policy responses to 'young carers'*. *Journal of Youth Studies*, 20(6), 750-762. doi:10.1080/13676261.2016.1260698
- Nap, H.H., Hoefman, R., de Jong, N., Lovink, L., Glimmerveen, L., ...Hanson, E. (2020). *The awareness, visibility and support for young carers across Europe: a Delphi study*. *BMC Health Services Research*, 20(921). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05780-8>
- NOU 2009: 8. (2009). *Kompetanseutvikling i barnevernet – Kvalifisering til arbeid i barnevernet gjennom praksisnær og forskningsbasert utdanning* [The Norwegian Ministry of Children and Equality]. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2009-08/id558007/>.
- NOU 2012: 5. (2012). *Bedre beskyttelse av barns utvikling. Ekspertutvalgets utredning om det biologiske prinsipp i barnevernet* [The Norwegian Ministry of Child and Equality]. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2012-5/id671400/>.
- Proba samfunnsanalyse (2020). *Kartlegging av husvikartjenester i kommunene*. Proba Samfunnsanalyse. Proba-rapport nr. 2020 – 16.
- Regjeringen (2020) *Pårørendestrategi og handlingsplan*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/regjeringens-paroendestrategi-og-handlingsplan/id2790589/>
- Rose, H. D., & Cohen, K. (2010). *The experiences of young carers: a meta-synthesis of qualitative findings*. *Journal of Youth Studies*, 13(4), 473-487. doi:10.1080/13676261003801739
- Ruud, T., Birkeland, B., Faugli, A., Hagen, K. A., Hellman, A., Hilsen, M., . . . Weimand, B. M. (2015). *Barn som pårørende -Resultater fra en multisenterstudie* (IS-05022). Lørenskog: Akershus Universitetssykehus.
- Ruud, T., Birkeland, B., Faugli, A., Hagen, K. A., Hilsen, M., Kallander, E.K. . . Weimand, B. M. (2021). *Barn som pårørende - Resultater fra oppfølgingsundersøkelsen*. Lørenskog: Akershus Universitetssykehus
- Scottish Government. (2010). *Getting it Right for Young Carers. The Young Carers Strategy for Scotland 2010-2015*. Edinburgh: Scottish Government. Hentet fra <https://www2.gov.scot/Resource/Doc/319441/0102105.pdf>.
- Scottish Government. (2017). *Young carers: Review of research and data*. Edinburgh: Scottis Government. Hentet fra <https://www.gov.scot/binaries/content/documents/govscot/publications/research-publication/2017/03/young-carers-review-research-data/documents/00514848-pdf/00514848-pdf/govscot%3Adocument>
- Torvik, F. A., & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykisk lidelse og alkoholmisbruk; omfang og konsekvenser*. Folkehelseinstituttet. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/rapport-20114-pdf.pdf>

Psykisk helse og sosioøkonomisk status

Av Tormod Bøe



Tormod Bøe er professor ved Institutt for samfunnspsykologi, Universitet i Bergen og seniorforsker ved RKBV Vest, NORCE Norwegian Research Center.

Andelen barn og unge som vokser opp i familier med lavinntekt har vært økende de siste 20 årene. I denne artikkelen beskrives sammenhenger mellom lavinntekt og andre indikatorer på lavere sosioøkonomisk status og psykisk helse blant barn og unge. Artikkelen presenterer også noen teoretiske perspektiv og modeller på hvordan sammenhengene oppstår.

Sosioøkonomisk eller sosial ulikhet i psykisk helse, vil si at befolkningens psykiske helse er ujevnt fordelt langs et rangert kontinuum av indikatorer på sosioøkonomisk status, som for eksempel husholdningsinntekt eller utdanningsnivå. Mye av de siste års diskusjoner og oppmerksomhet rundt «barnefattigdom» i Norge er knyttet til andelen barn som vokser opp i en familie med «lavinntekt» (Barne- og familiedepartementet, 2020b). Lavinntekt er en grenseverdi på et rangert kontinuum av husholdningsinntekter, hvor lavere inntekt enn grenseverdien blir omtalt som lavinntekt og høyere inntekter enn grenseverdien som ikke-lavinntekt.

Lavinntektsgrensen er altså en relativ grense sett i lys av hele befolkningens inntektsnivå, og vil derfor variere med denne. I Norge, som i flere andre land, har man i stor grad valgt å følge EUs definisjon av lavinntekt, hvor grenseverdien er satt til å være 60 % av befolkningens medianinntekt, etter at man har tatt høyde for husholdningens sammensetning¹. Det finnes derfor ulike lavinntektsgrenser for ulike familiesammensetninger; for en enslig forsørger med to barn var lavinntektsgrensen 380 100 kroner i 2019, mens den for et par med to barn var på 498 900². Lavinntektsgrensen er svært nyttig som et statistisk verktøy for å kunne følge utvikling og for å gjøre sammenligninger over tid og sted. Basert på lavinntektsgrensen har man kunnet dokumentere at

¹ <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/artikler-og-publikasjoner/et-verktoy-for-aa-maale-utvikling-i-fattigdom>

² <https://www.ssb.no/statbank/table/09593>

I studier av sammenheng mellom barn og unges psykiske helse og sosioøkonomisk status har man i stor grad benyttet informasjon om husholdningens inntekt, eller omsorgspersoners utdanningsnivå

barnefattigdommen i Norge har vært økende siden slutten av 2000-tallet. I perioden fra 2000-2002 var andelen barn som vokste opp i en husholdning med vedvarende lavinntekt³ 4,7 %, men denne andelen hadde vokst til 11,3 % i 2018. I perioden fra 2017-2019 var andelen barn i husholdninger med lavinntekt vokst til 11,7 %, som vil si at 115 000 barn i alderen 0-17 år vokste opp i en familie med husholdningsinntekt under lavinntektsgrensen (Epland & Normann, 2019).

En ulempe med lavinntektsgrensen er at den grupperer sammen husholdninger hvor inntekten kan variere mye og hvor utfordringene og belastningene på husholdningene også er forskjellig. Mye tyder på at sammenhengene mellom inntekt og innteksrelaterte problemer varierer lineært. Det finnes altså ikke noe punkt langs inntektsdistribusjonen som markerer når inntekten er så lav at den fører til negative konsekvenser og når den ikke gjør det. Et barn som lever i en familie med inntekt like over lavinntektsgrensen er altså ikke i særlig grad bedre stilt enn et barn som lever i en familie med inntekt like under lavinntektsgrensen, og selv familier med inntekt et godt stykke unna lavinntektsgrensen kan ha problemer knyttet til ressursmangel. Det kan synes som om ulike typer psykiske vansker er mer eller mindre sensitive for ulike nivå av husholdningsinntekt (Bøe et al., 2019), men det mest generelle mønsteret som fremkommer er at de som har lavere husholdningsinntekt har flere utfordringer og helseplager enn de som har høyere husholdningsinntekt.

Selv om lavinntekt er en viktig og mye brukt indikator, har forskere også undersøkt sammenhengen mellom psykisk helse og andre mål på sosioøkonomisk status. I England har mål som foreldres yrkesstatus vært mye benyttet, og også foreldres utdanningsnivå er en mye brukt indikator i forskningsfeltet. Sammenhengene mellom de forskjellige indikatorene på sosioøkonomisk status er noe ulik av hva de sees i sammenheng med (Braveman et al., 2005; se for eksempel Bøe et al., 2012). Andre faktorer som bidrar til fattigdom, som usikret gjeld og høye utgifter til bolig, har også funnet å henge sammen med mer psykiske vansker hos barn og unge (Berger & Houle, 2016; Golberstein, 2015), mens høyere formue er relatert til færre psykiske vansker (Lê-Scherban et al., 2016). I hvilken grad en familie opplever seg selv som fattig – og om dette viser sammenheng med helse – vil være et samspill mellom familiens inntekter, utgifter og andre økonomiske ressurser, og om summen av disse gir en opplevelse av ressursmangel (Gershoff et al., 2007).

I studier av sammenheng mellom barn og unges psykiske helse og sosioøkonomisk status har man i stor grad benyttet informasjon om husholdningens inntekt, eller omsorgspersoners utdanningsnivå. En annen tilnærming til å måle sosioøkonomisk status er å spørre barn og unge direkte, men da må man gjerne stille spørsmålene på en litt annen måte og man måler i større grad det som da gjerne omtales som subjektiv sosioøkonomisk status, eller barn og unges opplevelse av egen sosioøkonomisk status (Peverill et al., 2020; Quon & McGrath, 2014). Informasjon om subjektiv sosioøkonomisk status kan samles på ulikt vis – også avhengig av alder på den man ønsker å undersøke, i noen studier brukes en illustrasjon av en stige hvor nederste trinn beskrives som lavest SØS og øverste trinnet som høyest SØS, og forskerne ber den som svarer om å plassere seg selv på et gitt trinn i denne stigen (se for eksempel E. Goodman et al., 2001). I andre studier har man bedt ungdom beskrive sin egen sosioøkonomiske status/husholdningsinntekt relativt til andre, og hvor respondenten svarer med alternativ som «dårligere enn de fleste andre», «omtrent som de fleste andre» eller «bedre enn de fleste andre» eller lignende (se for eksempel Bøe et al., 2012).

³ Vedvarende lavinntekt vil si at husholdningens gjennomsnittsinntekt i en treårsperiode har vært lavere enn grenseverdien for lavinntekt.

Sammenhengene med lave sosioøkonomisk status syntes å være noe sterkere for eksternaliserende lidelser (som atferdsproblemer og hyperaktivitet) enn for internaliserende lidelser (som angst- og depresjons-symptomer), men det er stor variasjon mellom studier

Sosial ulikhet i psykisk helse blant barn og unge

Psykiske vansker blant barn og unge er vanlige, og til tross for store variasjoner i estimat av forekomst, blir det anslått at opp til 20 % tilfredsstillende kriterier for en psykisk lidelse (Kieling et al., 2011; Polanczyk et al., 2015). Nyere studier antyder også at forekomsten kan være økende, spesielt for jenter (Bor et al., 2014; Collishaw, 2015). Psykiske lidelser har vidtrekkende negative konsekvenser for unges helse, livskvalitet, fremtidige utdanningskarrierer, yrkestilknytning og inntekt (Evensen et al., 2017; A. Goodman et al., 2011), og psykiske lidelser står for en stor og økende andel av sykdomsbyrden knyttet til dårlig helse (Murray et al., 2012). Psykiske lidelser ikke forbigående tilstander, halvparten unge voksne med psykiske lidelser har hatt psykiske lidelser i barndommen (Kim-Cohen et al., 2003) og psykiske lidelser i barndommen vedvarer ofte inn i voksenlivet (Birmaher et al., 2004). Dette understreker det store behovet for tidlig identifisering og behandling av psykiske lidelser, og det store potensialet som ligger i å forebygge psykiske vansker.

Forekomsten av psykiske vansker er sosialt skjevfordelt

En velkjent karakteristikk ved psykiske lidelser er at de er sosialt skjevfordelt. Flere barn og unge i familier med dårlig råd og/eller hvor foreldre har lavere utdanning og/eller har lite stabil tilknytning til arbeidslivet har psykiske vansker, sammenlignet med barn og unge fra familier med høyere sosioøkonomisk status (for systematiske oversikter, se Quon & McGrath, 2014; Reiss, 2013). I en systematisk gjennomgang av mer enn 50 internasjonale studier av høy kvalitet, ble det anslått at barn og unge som vokser opp i familier med lav sosioøkonomisk status hadde to til tre ganger høyere risiko for psykiske vansker sammenlignet med barn som vokser opp med høyere sosioøkonomisk status (Reiss, 2013). Sammenhengen var særlig tydelig for barn og unge som vokste opp i en husholdning med vedvarende lav sosioøkonomisk status og i husholdninger med nedadgående sosioøkonomisk mobilitet, som vil si at husholdningsinntekten blir lavere over tid. Sammenhengene med lave sosioøkonomisk status syntes å være noe sterkere for eksternaliserende lidelser (som atferdsproblemer og hyperaktivitet) enn for internaliserende lidelser (som angst- og depresjonssymptomer), men det er stor variasjon mellom studier (Reiss, 2013).

Tilsvarende funn ble rapportert i en studie av engelske barn som ble fulgt opp i ti år, hvor det ble dokumentert økt forekomst av psykiske vansker hos barn i husholdninger som fikk redusert sin inntekt og ble kategorisert som lavinntekts-husholdninger i løpet av studieperioden (Wickham et al., 2017). I en norsk studie av inntektsmobilitet, ble det dokumentert negative sammenhenger mellom psykisk helse og å bo i en husholdning med vedvarende lav inntekt, men det ble ikke funnet ulike forskjeller mellom barn i husholdninger hvor inntekten økte eller sank over tid (Bøe, Skogen, et al., 2017).

Sammenhenger mellom lavere sosioøkonomisk status og psykiske vansker er blitt rapportert i flere norske studier og undersøkelser, og flere av disse er tidligere oppsummert i rapportform (se for eksempel Bufdir, 2017; Bøe, 2015; Fløtten & Nilsen, 2020; Hyggen et al., 2018). Disse studiene har dokumentert sammenhenger mellom ulike mål på sosioøkonomisk status og psykisk helse hos barn i barnehagealder (Bøe et al., 2016), skolealder (Bøe et al., 2012), hos ungdommer (Bakken et al., 2016; Bøe et al., 2018; Bøe, Skogen, et al., 2017; Elstad & Pedersen, 2012; Elstad & Stefansen, 2014) og hos studenter/unge voksne (se for eksempel Bøe et al., 2020).

I en nylig publisert studie som benyttet norske registerdata om inntekt og helse-tjenestebruk ble det funnet at forekomsten av psykiske lidelser blant barn og unge i familier med lavest inntekt var omtrent tre til fire ganger så høy som for barn og unge fra familier med høyest inntekt (Kinge et al., 2021). En stor styrke med studien til Kinge mfl. er at forskerne kunne justere sammenhengen med psykiske lidelser for

andre sosiodemografiske og genetiske faktorer, og dermed – i større grad enn mange tidligere studier – peke mer direkte på sammenhengen med lav husholdningsinntekt. Sammenfallende funn i en undergruppe av adopterte barn sannsynliggjorde også at sammenhengen med inntekt og relaterte sosioøkonomiske faktorer er kausale, og ikke skyldes en arvet sårbarhet for å utvikle psykiske lidelser. Studien til Kinge og medforfatterne (2021) er dermed et viktig bidrag til den eksisterende litteraturen som dokumenterer at lav inntekt kan føre til at barn og unge (og foreldrene deres) utvikler psykiske vansker (se oppsummeringer i Ridley et al., 2020; Yoshikawa et al., 2012). Samtidig så er det viktig å presisere at inntekten kun forklarte en liten andel av variasjonen i psykiske lidelser, og at forskjellen i forekomsten av psykiske lidelser er betydelig lavere om man for eksempel sammenligner barn fra familier med inntekt like under og like over fattigdomsgrensen. Det er også et annet studie fra Finland, som til tross for lignende design og analyser, ikke finner direkte sammenhenger med inntekt når man tar høyde for andre bakenforliggende faktorer (som søskenkontroll; Sariaslan et al., 2021).

Hvorfor blir det sånn?

Mye av den tidligere litteraturen på sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og psykisk helse har vært beskrivende; det finnes en svært stor mengde studier hvor forskere har tatt utgangspunkt i ulike indikatorer på sosioøkonomisk status, og så demonstrert at disse henger sammen med ulike former for psykiske helseplager. Samtidig har det også presset frem en interesse for å forstå mer av hvorfor og hvordan det å vokse opp i en familie med lavere sosioøkonomisk status kan henge sammen med mer psykiske vansker hos barn og unge. I studier har forskere da forsøkt å avdekke ulike mekanismer som er relatert til lavere sosioøkonomisk status og som har potensielle for å øke risikoen for at barn og unge kan utvikle psykiske vansker (se for eksempel Bøe, 2015; Devenish et al., 2017).

• *Familiestressmodellen*

Et av perspektivene som kan bidra til å forklare sammenhengene mellom lav inntekt og psykiske vansker hos barn og unge har satt søkelys på negative konsekvenser av økonomisk stress for familierelasjoner (Conger et al., 1994; Masarik & Conger, 2017). Familiestressmodellen beskriver hvordan økonomisk stress fører til mer psykiske vansker hos omsorgspersoner og mer konflikter i familien. Dette medfører igjen at foreldre tar i bruk mindre gode oppdragerstrategier som igjen kan få negative konsekvenser for barns psykiske helse. Familiestressmodellen har også blitt undersøkt i norske studier som har funnet støtte for at disse mekanismene også kan bidra til å forklare hvordan lav inntekt og opplevelse av dårlig råd kan henge sammen med psykiske vansker hos barn og unge (Bøe et al., 2014; Elstad & Stefansen, 2014). Familiestressmodellen har ført til økt oppmerksomhet på foreldrefunksjon og mer, eller intervensjoner som skal styrke foreldrefunksjon i familier med lav inntekt (Kalil, 2015), og det er også utviklet intervensjoner som skal hjelpe familiens medlemmer å håndtere økonomisk stress og gi dem mestringstrategier for å håndtere situasjonen (Wadsworth et al., 2013).

• *Familieinvesteringsmodellen*

Familieinvesteringsmodellen, utviklet fra et økonomisk perspektiv, tar mer direkte utgangspunkt i begrensninger som foreldre med lav inntekt har til å investere i sine barns utvikling (Mayer, 1997). Slike investeringer handler om familiens levekår og materielle ressurser, i hvilken grad barn har tilgang på leker og aktiviteter som stimulerer utviklingen deres, og hvor mye tid foreldrene kan tilbringe med barna sine.

**Familiestressmodellen
beskriver hvordan
økonomisk stress
fører til mer psykiske
vansker hos omsorgs-
personer og mer
konflikter i familien**

Dårlig råd kan dermed gjøre at noen barn ikke får delta i bestemte aktiviteter, at de har et annet kosthold og at de oftere bytter bolig og dermed vokser opp i mindre stabile omgivelser

Til en viss grad velger foreldre selv hvor mye de vil investere i barnets utvikling – kanskje basert på ulike holdninger til oppdragelse og forståelse av barns behov (Lareau, 2011), men ressursmangel kan også legge begrensninger på hvor mye foreldrene kan investere i barnas utvikling. Dårlig råd kan dermed gjøre at noen barn ikke får delta i bestemte aktiviteter, at de har et annet kosthold og at de oftere bytter bolig og dermed vokser opp i mindre stabile omgivelser. Graden av slike foreldreinvesteringer har blitt satt i sammenheng med barns kognitive utvikling og skoleprestasjoner (Davis-Kean, 2005; Linver et al., 2002). Norske studier har vist at barn og unge fra familier med lavere sosioøkonomisk status i mindre grad deltar på fritidsaktiviteter og i idrettslag (Bakken, 2019; Hyggen et al., 2018), har bolig med lavere standard (Magnusson & Stefansen, 2011), og i noen tilfeller kompenserer for foreldres manglende økonomiske ressurser med egne penger (Harju & Thorød, 2011) som er i tråd med forventningene fra familieinvesteringsmodellen.

• **Sammenhenger mellom familieinvesteringer, familiestress og barns helse og utvikling**

I studier som har testet både familiestressmodellen og familieinvesteringsmodellen virker det som om sammenhengen mellom psykiske vansker og lav inntekt primært skjer gjennom de mekanismene som beskrives i familiestressmodellen, men kognitiv utvikling og skoleprestasjoner ser ut til å henge sterkere sammen med mekanismene som betones i familieinvesteringsmodellen (Gershoff et al., 2007; Linver et al., 2002; Yeung et al., 2002). Samtidig viser også studier som går over flere generasjoner at elementer fra begge modellene påvirker og påvirkes av hverandre, og bidrar til å forklare hvordan en oppvekst med lavere sosioøkonomisk status øker sannsynligheten for at en selv, og også ens egne barn, vil ha en økt sannsynlighet for en lavere sosioøkonomisk status (se nærmere beskrivelse i Bøe, 2015; Martin et al., 2010; Schofield et al., 2011).

• **Akkumulering av stress og negative livshendelser**

Andre forskere har satt søkelys på opphopningen av familiebelastninger og negative livshendelser som forekommer hos familier med dårlig råd eller lavere sosial status (Evans et al., 2013). Når man undersøker enkeltstående risikofaktorer fremkommer det ikke alltid spesielle sosioøkonomiske fordelingsmønstre, men når man summerer sammen eksponering for flere risikofaktorer viser det seg ofte at totalantallet slike risikofaktorer er høyere for barn fra familier med lavere sosioøkonomisk status (Evans & Kim, 2010). Dette ble også undersøkt i en studie av norske barn hvor andelen barn som hadde opplevde tre eller flere negative livshendelser eller pågående familiebelastninger var høyere for barn fra familier hvor foreldrene hadde lavere utdanningsnivå sammenlignet med barn av foreldre med høyere utdanningsnivå (Bøe, Serlachius, et al., 2017). Innenfor dette stress-perspektivet blir det antatt at den kroniske eksponeringen for belastninger og negative livshendelser gir barnet utfordringer med emosjonsregulering som kan medføre en overaktivering og potensielt endre barnas immunforsvar og biologiske system for å håndtere stress, og øke sjansen for at barnet utvikler psykiske vansker (se for eksempel Evans et al., 2012).

Hjerneutvikling i en kontekst av deprivasjon

Mange av mekanismene som gjør at lav sosioøkonomisk status henger sammen med psykiske vansker er lokalisert i barn og unges umiddelbare omsorgsmiljø og oppvekstbetingelser. Samtidig er det dokumentert vedvarende negative effekter av en oppvekst med lav sosioøkonomisk status, så selv om man som voksen ikke lenger har lav sosioøkonomisk status har man flere helseproblemer enn andre voksne som vokste opp med høyere sosioøkonomisk status (se for eksempel Kim et al., 2018).

Barn som vokser opp i familier med lav sosioøkonomisk status har også høyere sannsynlighet for å oppleve stressorer som konflikt i familien, at foreldre går fra hverandre, trangboddhet og å bo i dårlige nabolag

En mulig forklaring er at oppvekstbetingelsene preger utvikling av hjernen, og en rekke nyere studier har forsøkt å dokumentere sammenhenger mellom å vokse opp med levekårsutfordringer og forskjeller i hjernens funksjon og struktur. De fleste av studiene har fokusert på grupper av barn som vokser opp i alvorlig inntektsfattigdom (se Johnson et al., 2016 for oppsummering).

Nevrovitenskapelig forskning på fattigdom og hjerneutvikling hos mennesker er ganske ny. De tidligste studiene undersøkte sosioøkonomiske forskjeller i atferd og kognisjon gjennom oppgaver som var tenkt å være lokalisert til spesifikke områder av hjernen. Studier undersøkte videre sosioøkonomisk relaterte ulikheter i hjernestruktur og -funksjoner, og nevralt nettverk og funksjonelle forbindelser mellom områder i hjernen. Det er fremdeles liten forståelse av hvordan, hvorfor, når og hos hvem fattigdom påvirker hjernen, og hvilke nevralt mekanismer som relaterer fattigdom til endringer i hjernen (Johnson et al., 2016).

Materiell deprivasjon og stress er to av faktorene som kan mediere sammenhengen mellom fattigdom og hjernens utvikling. Mindre tilgang på ressurser hos foreldre med lav sosioøkonomisk status begrenser foreldres tilgang på verktøy som kan kognitivt stimulere barn. SES kan også påvirke kommunikasjonsmønstre mellom foreldre og barn som kan gjøre at barn i familier med lav sosioøkonomisk status blir eksponert for færre ord og samtaler og mindre kompleks og instruerende tale (Johnson et al., 2016).

Barn som vokser opp i familier med lav sosioøkonomisk status har også høyere sannsynlighet for å oppleve stressorer som konflikt i familien, at foreldre går fra hverandre, trangboddhet og å bo i dårlige nabolag. Forskning på stressreguleringssystemet, spesielt hypothalamus-hypofyse-binyre (HPA)-aksen, tyder på at eksponering for stress prenatalt kan programmere HPA-aksen for økt sekresjon av glukokortikoider, og postnatal eksponering for stress er relatert til både hypo- og hyperaktivitet i HPA, avhengig av hva slags type stress som blir opplevd, når det oppleves, intensiteten på stressoren som oppleves og sensitiviteten for stresspåvirkning (Johnson et al., 2016).

Områdene i hjernen som prosesserer og responderer på trusler, regulerer stressresponsen, og understøtter språkferdigheter og eksekutivfunksjoner, har blitt sett på som spesielt sårbare for negative påvirkning fra SES-relaterte faktorer. Studier har relatert sosioøkonomiske faktorer til volum og areal av områder i hjernen relatert til språkutvikling, størrelsen på hjerneområder med betydning for læring og hukommelse samvarierer med sosioøkonomisk status, og studier har også funnet funksjonelle og anatomiske forskjeller i områder av hjernen med betydning for emosjonsregulering og eksekutive funksjoner mellom barn fra familier med høy og lav sosioøkonomisk status.

En begrensning ved majoriteten av studiene som oppsummeres i oversiktsartikkelen til Johnson mfl. (2016) er at de kun undersøker hjernen på ett tidspunkt, og at de få longitudinelle studiene som finnes har svært kort oppfølgingstid. Studiene har heller ikke gitt god kunnskap om når i livet fattigdom påvirker hjernen, eller betydningen av dybde eller varighet av fattigdomstilstanden, og heller ikke noe om de relative bidragene fra ulike indikatorer på sosioøkonomisk status (som inntekt, utdanning og subjektiv sosial status). Det er heller ikke en enkel oppgave å isolere effekten av lav inntekt fra andre typer risikofaktorer som også korrelerer med lav sosioøkonomisk status. Evans og Kim (2010) fant for eksempel at sammenlignet med barn fra familier med høy inntekt, opplevde barn fra familier med lav inntekt fem ganger flere psykososiale risikofaktorer (som trangboddhet, støy, luftforurensing og miljøgifter, og dårlige boforhold og nabolag).

Oppsummering og konklusjon

Stadig flere barn og unge vokser opp i en familie med lav inntekt (Epland & Normann, 2019). Gitt de veldokumenterte sammenhengene med psykiske vansker, er det

sannsynlig at levekårsrelaterte utfordringer vil være aktuelle for et økende antall barn, unge og familier. Ulike tilnærminger til å håndtere disse utfordringene kan overordnet karakteriseres som adresserende strategier (tiltak som retter seg inn mot å tilføre ressurser til familien for å avhjelpe ressursmangel), kompenserende strategier (tiltak som på ulikt vis lar barn og unge få tilgang til tilbud og tjenester som de ellers ikke ville hatt tilgang til på grunn av ressursmangel) eller reparerende strategier (som for eksempel behandling av psykiske lidelser hos barn og unge som vokser opp i lavinntektsfamilier). I regjeringens samarbeidsstrategi *Like muligheter i oppveksten* skisseres det flere ulike tilnærminger til å arbeide med lavinntektsproblematikk (Barne- og familiedepartementet, 2020a). Der står det også at «samarbeid er nøkkelen til en vellykket strategi» (s. 5). Helhetlig, koordinert og tverrfaglig innsats er begreper som ofte trekkes frem når man skal avhjelpe komplekse problemstillinger. Erfaringene fra forsøk på å formalisere dette, for eksempel med ordningen Bedre Tverrfaglig Innsats (BTI) på rusfeltet antyder at slik innsats ikke oppstår av seg selv (Helgesen, 2013, 2018).

Suksesskriterier for tverrfaglig samarbeid handler om personlige relasjoner som forenkler samarbeidet mellom enheter, informasjon og åpenhet, fravær av domenekonflikter, klare roller og formelle rutiner, etablering av felles arenaer og struktur (Helgesen, 2018). Ressurser og kapasitet i samarbeidende tjenester trekkes frem som en siste betydningsfull faktor. Tverrfaglig samarbeid krever ressurser «som økonomi, autoritet, stillingsressurser, tid (fag) og organisasjon» (Helgesen, 2018, s. 47). I tillegg bør ressursene tilføres på et overordnet nivå, slik at alle samarbeidende enheter har både tid og personressurser avsatt til tverrfaglig samarbeid (Helgesen, 2013).

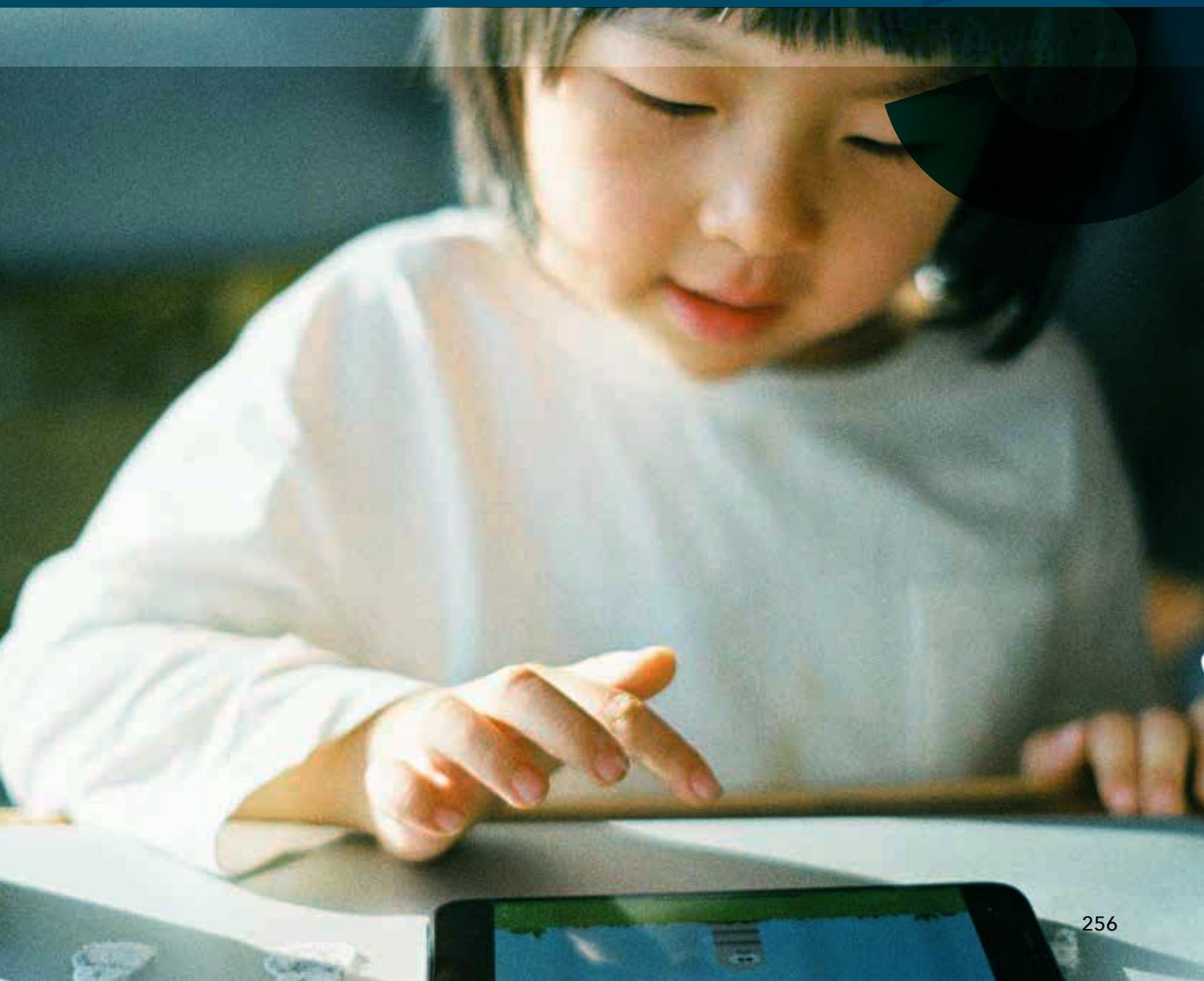
Referanser

- Bakken, A. (2019). Idrettens posisjon i ungdomstida: Hvem deltar og hvem slutter i ungdomsidretten? [NOVA Rapport nr. 2/19]. Velferdsforskningsinstituttet NOVA.
- Bakken, A., Frøyland, L. R. & Sletten, M. A. (2016). *Sosiale forskjeller i unges liv: Hva sier ungdomsundersøkelsene?* NOVA.
- Barne- og familiedepartementet. (2020a). *Like muligheter i oppveksten. Regjeringens samarbeidsstrategi for barn og ungdom i lavinntektsfamilier (2020-2023)*. 115.
- Barne- og familiedepartementet. (2020b, 26. oktober). Barn i lavinntektsfamilier [Redaksjonellartikkel]. Regjeringen.no; regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/tema/familie-og-barn/innsiktsartikler/barn-i-lavinntektsfamilier/id2681945/>
- Berger, L. M. & Houle, J. N. (2016). *Parental Debt and Children's Socioemotional Well-being*. *Pediatrics*, 137(2). <https://doi.org/10/gdf4ds>
- Birmaher, B., Williamson, D. E., Dahl, R. E., Axelson, D. A., Kaufman, J., Dorn, L. D. & Ryan, N. D. (2004). *Clinical Presentation and Course of Depression in Youth: Does Onset in Childhood Differ From Onset in Adolescence?* *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(1), s. 63-70. <https://doi.org/10/bgbkb2>
- Bor, W., Dean, A. J., Najman, J. & Hayatbakhsh, R. (2014). *Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review*. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(7), s. 606-616. <https://doi.org/10/gdz3sw>
- Braveman, P. A., Cubbin, C., Egerter, S., Chideya, S., Marchi, K. S., Metzler, M. & Posner, S. (2005). *Socioeconomic status in health research*. *JAMA*, 294(22), s. 2879. <https://doi.org/10/d29h4k>
- Buadir. (2017). *Oppvekstrapporten 2017. Økte forskjeller - gjør det noe?*
- Bøe, T. (2015). *Sosioøkonomisk status og barn og unges psykologiske utvikling: Familiestressmodellen og familieinvesteringsperspektivet [SES and youth development: Family process model and the family investment perspective]* [Government]. Helsedirektoratet [Norwegian directorate of Health].
- Bøe, T., Dearing, E., Stormark, K. M. & Zachrisson, H. D. (2018). *Subjective Economic Status in Adolescence: Determinants and Associations with Mental Health in the Norwegian Youth@Hordaland Study*. *Journal of Family and Economic Issues*, 39(2), s. 323-336. <https://doi.org/10/gdhdg8>
- Bøe, T., Hysing, M., Lønning, K. J. & Sivertsen, B. (2020). *Financial Difficulties and Student Health: Results from a National Cross-Sectional Survey of Norwegian College and University students*. *Mental Health & Prevention*, 200196. <https://doi.org/10/ghrkfn>
- Bøe, T., Hysing, M. & Zachrisson, H. D. (2016). *Low family income and behavior problems in Norwegian preschoolers*. *J. Dev. Behav. Pediatr.*, 37(3), s. 213-222. <https://doi.org/10/f8h85p>
- Bøe, T., Petrie, K. J., Sivertsen, B. & Hysing, M. (2019). *Interplay of Subjective and Objective Economic Well-Being on the Mental Health of Norwegian Adolescents*. *SSM - Population Health*. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2019.100471>
- Bøe, T., Serlachius, A. S., Sivertsen, B., Petrie, K. J. & Hysing, M. (2017). *Cumulative effects of negative life events*

- and family stress on children's mental health: The Bergen child study. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 1-9. <https://doi.org/10/gcxfvb>
- Bøe, T., Sivertsen, B., Heiervang, E., Goodman, R., Lundervold, A. J. & Hysing, M. (2014). Socioeconomic status and child mental health: The role of parental emotional well-being and parenting practices. *J. Abnorm. Child Psychol.*, 42(5), 705-715. <https://doi.org/10/f57qhw>
- Bøe, T., Skogen, J. C., Sivertsen, B., Hysing, M., Petrie, K. J., Dearing, E. & Zachrisson, H. D. (2017). Economic volatility in childhood and subsequent adolescent mental health problems: A longitudinal population-based study of adolescents. *BMJ Open*, 7(9), e017030. <https://doi.org/10/gbw676>
- Bøe, T., Øverland, S., Lundervold, A. J. & Hysing, M. (2012). Socioeconomic status and children's mental health: Results from the Bergen Child Study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47, s. 1557-1566. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0462-9>
- Collishaw, S. (2015). *Annual Research Review: Secular trends in child and adolescent mental health*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), s. 370-393. <https://doi.org/10/f68wxn>
- Conger, R. D., Ge, X., Elder, G. H., Lorenz, F. O., Simons, R. L., Ronald, L., Lorenz, O., Simons, R. L., Ronald, L., Lorenz, O. & Simons, R. L. (1994). Economic stress, coercive family process, and developmental problems of adolescents. *Child Dev.*, 65(2), s. 541-561. <https://doi.org/10/cnmfvq>
- Davis-Kean, P. E. (2005). The influence of parent education and family income on child achievement: The indirect role of parental expectations and the home environment. *J. Fam. Psychol.*, 19(2), s. 294-304. <https://doi.org/10/cx2h2p>
- Devenish, B., Hooley, M. & Mellor, D. (2017). The pathways between socioeconomic status and adolescent outcomes: A systematic review. *Am. J. Community Psychol.*, 59(1-2), s. 219-238. <https://doi.org/10/f9pgwg>
- Elstad, J. I. & Pedersen, A. W. (2012). The impact of relative poverty on norwegian adolescents' subjective health: A causal analysis with propensity score matching. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 9(12), s. 4715-4731. <https://doi.org/10/f4gcnk>
- Elstad, J. I. & Stefansen, K. (2014). Social variations in perceived parenting styles among Norwegian adolescents. *Child Indic. Res.*, 7(3), s. 649-670. <https://doi.org/10/f6dxqd>
- Epland, J. & Normann, T. M. (2019). 115 000 barn i husholdninger med vedvarende lavinntekt. <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/artikler-og-publikasjoner/115-000-barn-i-husholdninger-med-vedvarende-lavinntekt>
- Evans, G. W., Chen, E., Miller, G. & Seeman, T. (2012). How poverty gets under the skin: A life course perspective. *Oxford Handb. Poverty Child Dev.* <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199769100.013.0001>
- Evans, G. W. & Kim, P. (2010). Multiple risk exposure as a potential explanatory mechanism for the socioeconomic status-health gradient. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186, s. 174-189. <https://doi.org/10/cmq95n>
- Evans, G. W., Li, D. & Whipple, S. S. (2013). Cumulative risk and child development. *Psychol. Bull.*, 139(6), s. 1342-1396. <https://doi.org/10/f5d6z5>
- Evensen, M., Lyngstad, T. H., Melkevik, O., Reneflot, A. & Mykletun, A. (2017). Adolescent mental health and earnings inequalities in adulthood: Evidence from the Young-HUNT Study. *J Epidemiol Community Health*, 71(2), s. 201-206. <https://doi.org/10/f9kpvq>
- Fløtten, T. & Nilsen, R. A. (2020). Barnefattigdom - en kunnskapsoppsummering. Vedlegg til Like muligheter i oppveksten. Regjeringens samarbeidsstrategi for barn og ungdom i lavinntektsfamilier (2020-2023) s. 115. Barne- og familiedepartementet.
- Gershoff, E. T., Aber, J. L., Raver, C. C. & Lennon, M. C. (2007). Income is not enough: Incorporating material hardship into models of income associations with parenting and child development. *Child Dev.*, 78(1), s. 70-95. <https://doi.org/10/gw5>
- Golberstein, E. (2015). The Effects of Income on Mental Health: Evidence from the Social Security Notch. *The journal of mental health policy and economics*, 18(1), s. 27-37.
- Goodman, A., Joyce, R. & Smith, J. P. (2011). The long shadow cast by childhood physical and mental problems on adult life. *Proc. Natl. Acad. Sci.*, 108(15), s. 6032-6037. <https://doi.org/10/d7n9w5>
- Goodman, E., Adler, N. E., Kawachi, I., Frazier, A. L., Huang, B. & Colditz, G. A. (2001). Adolescents' perceptions of social status: Development and evaluation of a new indicator. *Pediatrics*, 108(2), e31-e31. <https://doi.org/10/b5dhqx>
- Harju, A. & Thorød, A. B. (2011). Child Poverty in a Scandinavian Welfare Context—From Children's Point of View. *Child Indicators Research*, 4(2), s. 283-299. <https://doi.org/10/bvbz8s>
- Helgesen, M. (2013). Bedre Tverrfaglig Innsats (BTI). Følgeevaluering (NIBR-rapport) [NIBR-rapport]. By- og regionforskningsinstituttet NIBR. <https://doi.org/10.7577/nibr/rapport/2013/23>
- Helgesen, M. (2018). Bedre Tverrfaglig Innsats (BTI). Spørreundersøkelse til Helsedirektoratets samarbeidskom-muner. (2018:16). NIBR, OsloMet. https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/tilbud-til-barn-og-unge-med-behov-for-langvarig-sammensatt-oppfolging/BTI%20f%C3%B8lgeevaluering%202018.pdf/_attachment/inline/7e9fd249-aefa-4f11-a268-5132a1f394ab:334d5416b4afd11d860058871e28c54455047edb/BTI%20f%C3%B8lgeevaluering%202018.pdf
- Hyggen, C., Brattbakk, I. & Borgeraas, Elling. (2018). Muligheter og hindringer for barn i lavinntektsfamilier: En kunnskapsoppsummering [NOVA Rapport 11/2018]. Velferdsforskningsinstituttet NOVA.
- Johnson, S. B., Riis, J. L. & Noble, K. G. (2016). State of the Art Review: Poverty and the Developing Brain. *Pediatrics*, peds. 2015-3075. <https://doi.org/10/f8gmmh>
- Kalil, A. (2015). *Inequality Begins at Home: The Role of Parenting in the Diverging Destinies of Rich and Poor Children*. I P. R. Amato, A. Booth, S. M. McHale & J. Van Hook (Red.), *Families in an Era of Increasing Inequality*. Springer.
- Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O., Rohde, L. A., Srinath, S., Ulkuer, N. & Rahman, A. (2011). *Child and adolescent mental health worldwide: Evidence for action*. *The Lancet*, 378(9801), s. 1515-1525. <https://doi.org/10/dzvmnr>

- Kim, P., Evans, G. W., Chen, E., Miller, G. & Seeman, T. (2018). *How Socioeconomic Disadvantages Get Under the Skin and into the Brain to Influence Health Development Across the Lifespan*. I N. Halfon, C. B. Forrest, R. M. Lerner & E. M. Faustman (Red.), *Handbook of Life Course Health Development* s. 463-497. Springer International Publishing. http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-47143-3_19
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffitt, T. E., Harrington, H., Milne, B. J. & Poulton, R. (2003). *Prior Juvenile Diagnoses in Adults With Mental Disorder: Developmental Follow-Back of a Prospective-Longitudinal Cohort*. *Archives of General Psychiatry*, 60(7), s. 709-717. <https://doi.org/10/d5mk8h>
- Kinge, J. M., Øverland, S., Flatø, M., Dieleman, J., Røgeberg, O., Magnus, M. C., Evensen, M., Tesli, M., Skrondal, A., Stoltenberg, C., Vollset, S. E., Håberg, S. & Torvik, F. A. (2021). *Parental income and mental disorders in children and adolescents: Prospective register-based study*. *International Journal of Epidemiology*, (dyab066). <https://doi.org/10/gj7skq>
- Lareau, A. (2011). *Unequal childhoods: Class, race, and family life* (2. utg.) med oppdatering et tiår senere. University of California Press.
- Lê-Scherban, F., Brenner, A. B. & Schoeni, R. F. (2016). *Childhood family wealth and mental health in a national cohort of young adults*. *SSM - Population Health*, 2, s. 798-806. <https://doi.org/10/gnfpvx>
- Linver, M. R., Brooks-gunn, J. & Kohen, D. E. (2002). *Family processes as pathways from income to young children's development*. *Dev. Psychol.*, 38(5), s. 719-734. <https://doi.org/10/bpwftw>
- Magnusson, T. & Stefansen, K. (2011). *Boforhold blant lavinntektsfamilier. En gjennomgang av norsk og internasjonal litteratur*. NOVA.
- Martin, M. J., Conger, R. D., Schofield, T. J., Dogan, S. J., Widaman, K. F., Donnellan, M. B. & Neppl, T. K. (2010). *Evaluation of the interactionist model of socioeconomic status and problem behavior: A developmental cascade across generations*. *Dev. Psychopathol.*, 22(3), s. 695-713. <https://doi.org/10/c2gx9x>
- Masarik, A. S. & Conger, R. D. (2017). *Stress and child development: A review of the Family Stress Model*. *Current Opinion in Psychology*, 13, s. 85-90. <https://doi.org/10/ggc44w>
- Mayer, S. E. (1997). *What money can't buy: Family income and children's life chances* (Bd. 26). Harvard University Press. <https://doi.org/10.2307/2654627>
- Murray, C. J. L., Vos, T., Lozano, R., Naghavi, M., Flaxman, A. D., Michaud, C., Ezzati, M., Shibuya, K., Salomon, J. A., Abdalla, S., Aboyans, V., Abraham, J., Ackerman, I., Aggarwal, R., Ahn, S. Y., Ali, M. K., AlMazroa, M. A., Alvarado, M., Anderson, H. R., ... Lopez, A. D. (2012). *Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010*. *The Lancet*, 380(9859), s. 2197-2223. <https://doi.org/10/f2f8rw>
- Peverill, M., Dirks, M. A., Narvaja, T., Herts, K. L., Comer, J. S. & McLaughlin, K. A. (2020). *Socioeconomic status and child psychopathology in the United States: A meta-analysis of population-based studies*. *Clinical Psychology Review*, 101933. <https://doi.org/10/ghgptw>
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A. & Rohde, L. A. (2015). *Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents*. *J. Child Psychol. Psychiatry Allied Discip.*, 56(3), s. 345-365. <https://doi.org/10/gdsndp>
- Quon, E. C. & McGrath, J. J. (2014). *Subjective socioeconomic status and adolescent health: A meta-analysis*. *Health Psychology*, 33, s. 433-447. <https://doi.org/10/f52nhf>
- Reiss, F. (2013). *Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review*. *Soc. Sci. Med.*, 90 s. 1873-5347 (Electronic), s. 24-31. <https://doi.org/10/f43jnn>
- Ridley, M., Rao, G., Schilbach, F. & Patel, V. (2020). *Poverty, depression, and anxiety: Causal evidence and mechanisms*. *Science*, 370(6522). <https://doi.org/10/ghpbks>
- Sariaslan, A., Mikkonen, J., Aaltonen, M., Hiilamo, H., Martikainen, P. & Fazel, S. (2021). *No causal associations between childhood family income and subsequent psychiatric disorders, substance misuse and violent crime arrests: A nationwide Finnish study of >650 000 individuals and their siblings*. *International Journal of Epidemiology*, 50(5), s. 1628-1638. <https://doi.org/10/gj9hbn>
- Schofield, T. J., Martin, M. J., Conger, K. J., Neppl, T. M., Donnellan, M. B. & Conger, R. D. (2011). *Intergenerational transmission of adaptive functioning: A test of the interactionist model of SES and human development*. *Child Dev*, 82, s. 33-47. <https://doi.org/10/cgpjws>
- Wadsworth, M. E., Rindlaub, L., Hurwich-reiss, E., Rienks, S., Bianco, H. & Markman, H. J. (2013). *A longitudinal examination of the adaptation to poverty-related stress model: Predicting child and adolescent adjustment over time*. *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.*, 42(5), s. 713-725. <https://doi.org/10/gd59j5>
- Wickham, S., Whitehead, M., Taylor-Robinson, D. & Barr, B. (2017). *The effect of a transition into poverty on child and maternal mental health: A longitudinal analysis of the UK Millennium Cohort Study*. *The Lancet Public Health*, 2(3), e141-e148. <https://doi.org/10/gd59ps>
- Yeung, W. J., Linver R., M. & Brooks-gunn, J. (2002). *How money matters for young children's development: Parental investment and family processes*. *Child Dev.*, 73(6), s. 1861-1879. <https://doi.org/10/dnwrq>
- Yoshikawa, H., Aber, J. L. & Beardslee, W. R. (2012). *The effects of poverty on the mental, emotional, and behavioral health of children and youth: Implications for prevention*. *Am. Psychol.*, 67(4), s. 272-284. <https://doi.org/10/f3zv4r>

Utviklingsarenaer og overganger



Innledning Utviklingsarenaer og overganger

Vi utvikler oss i samspill med dem vi har rundt oss fra det øyeblikket vi blir født og til vi dør. Relasjonene til dem vi har rundt oss er utgangspunktet for vår utvikling av tilknytning, selvfølelse, emosjoner, temperament og selvregulering, kommunikasjon og evne til å løse problemer. Vi har i vårt samfunn også etablert rammer rundt familien og barnets liv i oppvekstfasen som er viktige arenaer for utvikling.

Den første store overgangen i barnets liv, er overgangen fra å være hjemme med foreldrene til å begynne i barnehagen. Første tema i dette kapitlet viser hvordan denne rammen både er en arena for god utvikling hos alle barn, og en godt egnet arena for tilrettelegging og forebygging hos barn som viser symptomer på vansker allerede før de begynner i barnehagen. Noe som gjør dem ekstra sårbare for negativ påvirkning fra miljøet. Her ser vi hvilke strukturelle og prosessuelle faktorer som må være på plass i en god barnehage. Barnehagen er en viktig arena for å danne vennskap og for å forebygge krenkelser og mobbing.

Nesten alle barn i Norge går i barnehage. En trygg barnehage med god kvalitet styrker derfor forutsetningene for å heve livskvaliteten og utviklingsmulighetene hos barn i tidlig alder.

Videre ser vi nærmere på de utviklingspsykologiske overgangene barnet gjennomgår i skolealder, fra det begynner på barneskolen i fem-seksårsalderen til det som ungdom slutfører videregående opplæring i 18-årsalderen. I disse årene gjennomgår barnet en utvikling av et rikt, sosialt og mer figurativt språk og får en økt fleksibilitet i eksekutive funksjoner. Det får en bedre metakognitiv kontroll i ungdomsårene, og utvikler gjennom hele skoleløpet sine sosioemosjonelle ferdigheter og sitt sosiale samspill med andre.

Andre forfattere går nærmere inn på utvikling innenfor disse rammene når barnet har psykiske helseplager eller ikke makter - eller vil - gå på skolen. Det er anslått at mellom 15 til 20 prosent av barn og unge har nedsatt funksjon på grunn av symptomer på psykiske plager som angst, depresjon og atferdsforstyrrelser. Psykiske helseplager har en negativ effekt på skolekarakterer og utdanningslengde. Det er derfor viktig med en bevissthet i skolen knyttet til denne problemstillingen, samt at det legges ned et systematisk arbeid med skolemiljøet for å sikre ro, forutsigbarhet og grunnlag for positiv forsterkning. Artikkelen om barn og unge som ikke vil gå på skolen, viser kompleksiteten rundt fraværproblematikk, og understreker betydningen av kartlegging og skreddersøm av tiltak for den enkelte elev.

Kapitlet avsluttes med en artikkel som presenterer en studie av en fritidsarenaers mulighet til å støtte en god og trygg utvikling der de ser på fritidsklubben som beskyttelse for sårbare ungdommer. Relasjonene mellom klubbungdommer og ungdomsarbeidere styrker både ungdommenes skoleinnsats og mestring på andre arenaer.

Hvilken betydning kan barnehagen ha for livskvalitet og utvikling i tidlig alder?

Av Mari Vaage Wang



Mari Vaage Wang er PhD i psykologi fra Universitet i Oslo. Hennes interessefelt er psykisk helse hos barn og unge, og hun forsker blant annet på hvordan barnehager og skoler påvirker barns utvikling.

Hun leder Språk- og læringsstudien (SOL) og MoBaKinder ved FHI som er basert på Den norske mor, far og barnundersøkelsen.

Hun er involvert i flere forskningsprosjekter med tematikk som mobbing, sosio-emosjonelle vansker og språkvansker hos barn i førskole- og skolealder.

Nesten alle barn i Norge går i barnehage før de begynner på skole. For de fleste er det å gå i barnehage positivt for barns utvikling, men vi vet ikke alltid hvilke forhold som er av betydning. Relasjonen mellom voksen og barn ser ut til å være den kvalitetsindikatoren som er viktigst for trivsel og utvikling i barnehagen. Der er derfor viktig at barnehagelærere har god kompetanse om hvordan de kan utvikle trygge og nære relasjoner. Barn med trygge og gode relasjoner har mindre sannsynlighet for å utvikle eksternaliserende og internaliserende vansker. Trygge og nære relasjoner er også positivt for en bedre språkutvikling. For at barnehagebarn skal utvikle gode sosiale ferdigheter og utvikle gode vennskap kan barnehagelærer legge til rette for gode relasjoner mellom barna, og forebygge mobbing og krenkelser. Videre kan en kompetent barnehagelærer balansere barnehagehverdagens innhold slik at både frilek og mer strukturerte aktiviteter tilpasses barnas individuelle behov. En barnehage med god kvalitet vil kunne virke sosiale utjevne og bidra til trivsel og god utvikling for alle barn.

I barnehagen skal barn føle seg trygge, oppleve tilhørighet og trives. Årene fra et barn blir født til det begynner på skolen er med på å forme barnets utvikling. I denne perioden utvikles hjernen i raskt tempo, og den er mer påvirkbar enn noen gang senere (Fox & Rutter 2010, Fox et al 2010, Gilmore et al 2018). Barna lærer å kommunisere med andre og de utvikler sosiale ferdigheter tilpasset miljøet de vokser opp i. Mye tyder på at en god start gir bedre psykisk og fysisk helse også senere i livet (Campbell et al 2014, Heckman 2006).

Nesten alle barn i Norge går i barnehagen før de begynner på skolen (ssb.no/barnehage). En trygg barnehage med god kvalitet kan dermed gi gode forutsetningene for livskvalitet og utvikling hos barn i tidlig alder (van Huizen & Plantenga 2018). Dette gjør også barnehagen til en arena som gir muligheter til å drive universell forebygging, og til å sette inn spesifikke tiltak ved behov.

Barnehagen i Norge

I Norge gis foreldre tilbud om barnehagestart fra året barnet fyller ett år. Tilbudet er overkommelig i pris, og det tilbys redusert pris for familier med lav inntekt. Sammen med betalt foreldrepermisjon i opptil ett år etter barnets fødsel gjør dette at de fleste barn i Norge begynner i barnehagen fra de er omtrent ett år gamle (76,6 prosent av ett-åringene i Norge gikk i barnehage i 2020, [SSB](#)). Kvalitetskravene til norske barnehager er fastlagt i en rammeplan for barnehager (Rammeplan 2017). Ifølge rammeplanen har barnehagen plikt til å ivareta barnas behov for omsorg og lek, og fremme læring og danning som grunnlag for allsidig utvikling. Det skal være minimum én ansatt per tre barn under tre år og én ansatt per seks barn over tre år (bemanningnormen), og det skal være minst én pedagogisk leder per 7 barn under tre år og minst én pedagogisk leder per 14 barn over tre år (pedagognormen). Selv om de fleste barnehagene oppfyller bemanningnormen (94 %), har kun 64 prosent av barnehagene oppfylt pedagognormen.

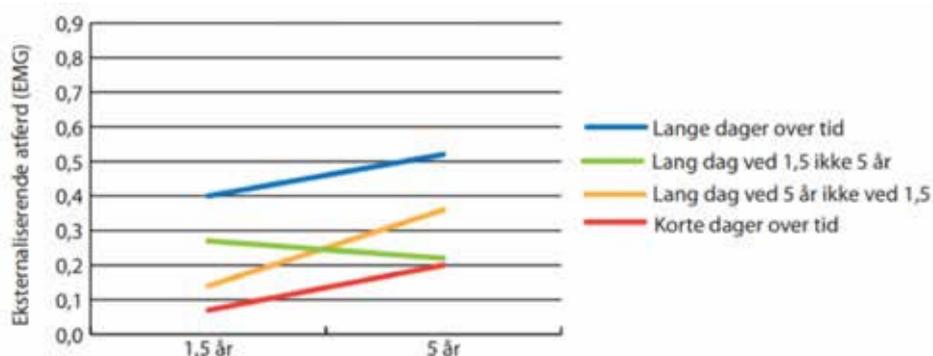
Ifølge UNICEFs kriterier for kvalitet (Adamson 2008) skal minst 80 prosent av de ansatte ha grunnleggende opplæring innen barneomsorg. Den største gruppen ansatte i norske barnehager er assistenter uten barnefaglig eller pedagogisk utdanning. Norske barnehager tilfredsstiller heller ikke UNICEFs krav om at 50 prosent av de ansatte skal ha minst tre års barnefaglig utdanning (Adamson 2008). Økningen i bruk av barnehager, særlig hos de yngste barna, har gjort at mange har stilt spørsmål om hvorvidt tilbudet har god nok kvalitet og hvilken betydningen barnehagen har for barns livskvalitet og utvikling.

Lange dager

Mange små barn har lange dager i barnehagen, og vi vet stadig mer om hvordan dette påvirker barna. I en studie fra 2016 viste forskere at småbarn i barnehagen som hadde lange dager (8 timer eller mer), hadde et høyere kortisolnivå ved slutten av dagen sammenliknet med barn som var hjemme. Dette kan tolkes som at for noen barn kan det å være atskilt fra foreldre i mange timer være stressende (Drugli et al 2018). En nyere studie viste at selv om kortisolnivået hos noen av ettåringene var lett forhøyet etter en dag i barnehagen, sank nivået på kvelden (Nystad et al 2021).

At stressnivået ikke er kronisk forhøyet er positivt, og vi vet lite om hvorvidt dette stressnivået påvirker barnas trivsel i barnehagen, eller deres utvikling over tid. Det meste tyder på at hverken lange dager eller oppstart i barnehagen ved ettårsalder er forbundet med ulemper for barn flest (Lekhal 2012, Zachrisson et al 2013a), men at for sårbare barn, eller barn som allerede har en forhøyet risiko for å utvikle vansker, kan lange dager i barnehagen (40 timer eller mer) være forbundet med språkvansker, eksternerende og internaliserende vansker (Brandlistuen et al 2015).

I en studie fra 2016 viste forskere at småbarn i barnehagen som hadde lange dager (8 timer eller mer), hadde et høyere kortisolnivå ved slutten av dagen sammenliknet med barn som var hjemme



Figur 1 Lange dager og eksternerende atferd for gutter med neurobiologisk risiko (fra rapporten «Sårbare barn i barnehagen» utgitt av Folkehelseinstituttet).

Foreldre med høyere utdanning (og til dels høyere inntekt) har oftere barn i barnehager med høyere strukturell kvalitet og bedre relasjoner mellom voksen og barn

Barn er forskjellige og kan reagere ulikt på miljøet rundt seg. For eksempel har jenter ofte færre symptomer på utviklingsvansker enn gutter i årene før skolestart (Brandli-stuen et al 2020). Barn kan ha medfødt risiko (for eksempel være for tidlig født) eller de kan vise symptomer på vansker allerede før de begynner i barnehagen, som gjør at de er ekstra sårbare for negativ påvirkning fra miljøet.

Eksemplet fra forrige side er hentet fra en rapport fra Folkehelseinstituttet (figur 1), og viser at gutter med nevrobiologisk risiko (barn født før uke 37, med fødselsvekt under 2500 gram, eller med skårer på over 2 standardavvik over gjennomsnittet på motorikk eller kommunikasjonsutvikling ved 6 måneder) hadde mer eksternaliserende atferd over tid hvis de var lange dager (40 timer eller mer) i barnehagen.

Å gå fra å være hjemme med foreldre til å begynne i barnehagen er den første store overgangen i de fleste barns liv. Mange mener at en 6-timers arbeidsdag for småbarnsforeldre vil være et nyttig virkemiddel på samfunnsnivå for å redusere belastningen noen barn har ved å være lange dager i barnehagen (se f.eks. sv.no, roedt.no, fo.no). De færreste foreldre har anledning til å redusere arbeidstid, og dermed også inntekt, for at barna skal ha kortere dager i barnehagen. Det er allikevel virkemidler som barnehagen kan bruke for å gjøre barnehagedagen lettere for de minste.

Barnehagestart

Et virkemiddel for å redusere barns stress og mistriivsel i overgangen fra hjem til barnehage kan være at barnehagene jobber med å skape ro og å gi barna tid til å venne seg til en ny tilværelse. Et godt utgangspunkt for at overgangen fra hjem til barnehage for de minste barna skal være god, er at de voksne i barnehagen skaper trygge rammer for at barna kan utforske og lære.

Det er mye som tilsier at å være i barnehagen kan være positivt for barns utvikling i tidlig alder. I en studie basert på Den norske mor, far og barn-undersøkelsen (MoBa) av rundt 7500 norske femåringer (født 2006-2009), der de fleste var fra familier med økonomi på mellomklassenivå, viser foreløpige resultater at tidlig barnehagestart er forbundet med bedre kognitive ferdigheter (språkutvikling, samt skrive og regneferdigheter) det siste året før skolestart (Eliassen et al In preparation). Et robust funn både i internasjonal og i norsk barnehageforskning, er at barn fra familier med vedvarende lavinntekt, eller som går gjennom økonomiske kriser, har fordeler av en tidlig barnehagestart (Zachrisson & Dearing 2015).

Vi vet at foreldre med lavere utdanning og inntekt er overrepresentert blant de som venter med å sende barna sine i barnehagen (Zachrisson et al 2013b). For at barnehagen skal kunne utnytte sitt fulle potensiale som sosialt utjevner, må barn fra familier med lav inntekt starte i barnehagen samtidig eller tidligere enn jevnaldrende.

En annen forutsetning er at foreldre med lavinntekt velger barnehager med god kvalitet. Foreldre som skal velge en barnehage fremfor en annen har stort sett bare mulighet til å basere valget sitt på de strukturelle (observerbare) kvalitetene ved barnehagen.

Foreldrene kan ved å besøke barnehagen, eller for eksempel ved å se på barnehagefakta.no, få informasjon om barnehagens størrelse, fasiliteter både ute og inne, lekemateriell, bemanning og pedagogtetthet. Foreldre med høyere utdanning (og til dels høyere inntekt) har oftere barn i barnehager med høyere strukturell kvalitet og bedre relasjoner mellom voksen og barn (Alexandersen et al 2021). Dette kan antyde en seleksjon inn i høykvalitetsbarnehager, men vi kan ikke slå fast årsaksretningen på sammenhengen.

En alternativ forklaring er at familier med høy utdanning og god økonomi bidrar til økt kvalitet i barnehagen ved at de i større grad enn foreldre med mindre ressurser følger opp og bidrar positivt til miljøet i barnehagen.

Forskning viser at i barnehagen er relasjonen mellom barnehagelærer og barn den viktig bidragsyteren til barnas psykososiale utvikling

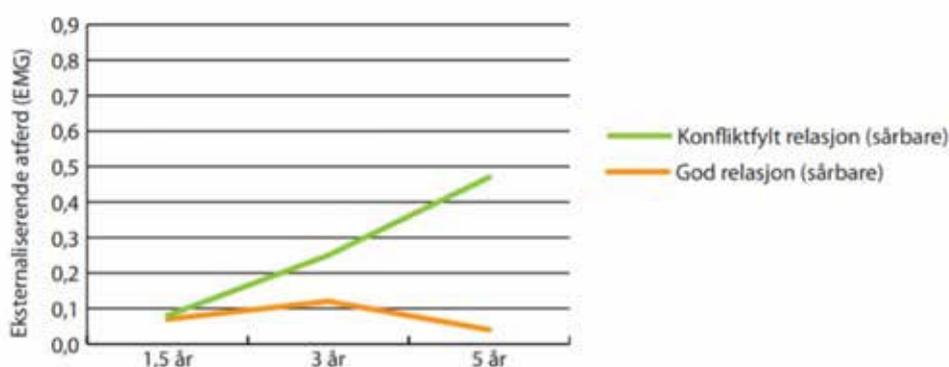
Sammenhengen kan også oppstå dersom barnehager med god kvalitet er lokalisert i nabolag hvor det er høyere gjennomsnittlig inntekt og utdanning blant foreldre. Uansett vil slik skjevfordeling av kvalitet over tid kunne forsterke sosiale forskjeller. Dette strider imot barnehagens mandat om å virke sosialt utjevnerende og indikerer at kvaliteten bør styrkes særlig i barnehager med barn fra familier med lav sosioøkonomisk status.

Kvalitet

For at en barnehage skal kunne fungere som kompensasjon for barn med risiko eller lite ressurser i familien må barnehagekvaliteten være god. Det er sannsynlig at den positive effekten av barnehage for barns utvikling er et resultat av mange forhold. I barnehagen får barn være sammen med og leke med andre barn, ta del i et pedagogisk fellesskap og forholde seg til nye voksne. Både strukturelle og prosessuelle faktorer i barnehagen påvirker barns livskvalitet og utvikling.

Det ser ut til at strukturelle faktorer ikke har en direkte effekt på barns utvikling, men at de er med å skape bedre forutsetninger for utvikling av gode relasjoner mellom barnehagelærer og barn (Slot 2018). Forskning viser at i barnehagen er relasjonen mellom barnehagelærer og barn den viktig bidragsyteren til barnas psykososiale utvikling (Hamre & Pianta 2001, Helland et al 2019, Mashburn et al 2008). I MoBa svarer barnehagelærere på spørsmål om blant annet relasjonen mellom seg selv og barnet som deltar i MoBa. Resultater viser at relasjonen mellom barn og barnehagelærer er den kvalitetsfaktoren som har sterkest sammenheng med både språkutvikling, eksternaliserende og internaliserende atferd og skolemodenhet (Engvik et al 2014).

Denne sammenhengen er spesielt sterk for sårbare barn. I figur 2 under vises et eksempel på hvordan jenter som skårer blant de 15 % høyeste på temperamentskalaen The Infant Characteristics Questionnaire (Bates et al 1979) ved 6 måneders alder har mer eksternaliserende vansker over tid hvis de har en konfliktfylt relasjon til barnehagelærer (Brandlistuen et al 2015).



Figur 2 Relasjoner og språkvansker for jenter med vanskelig temperament (fra rapporten «Sårbare barn i barnehagen» utgitt av Folkehelseinstituttet).

En relasjon består av mange komponenter, men forskningslitteraturen har vært særlig opptatt av konflikt og nærhet mellom barnehagelærer og barn (Yang et al 2021). Nærhet mellom barnehagelærer og barn gir barna trygghet til å utforske, leke og lære, og til å kunne bruke den voksne til hjelp og trøst dersom de trenger det (Pianta et al 2003).

Lærerne kan bidra til bedre selvregulering ved å være gode forbilder, belønne passende atferd og gi tilbakemelding på barns sosiale interaksjoner (Coplan & Arbeau

Frilek i barnehagen er positivt for barnas utvikling og i kombinasjon med aktiv oppfølging av lærerne ivaretas utviklingen for barn med ulikt temperament

2008). For eksempel kan sjenerte barn, som ofte har mindre sosial lek med andre barn, være mer sosiale derom de har en nær relasjon til en lærer (Baardstu et al In press).

Barnehagens ansatte

Barnehagens potensiale for positive effekter på barns trivsel og utvikling stiller krav til at de som jobber i barnehagene har utdanning og kompetanse. Barnehagepersonalet skal utføre det pedagogiske arbeidet i barnehagen og gi barna omsorg og trygghet (udir.no). Barnehagelærers evner til å skape en nær relasjon til barna er ikke nødvendigvis noe som kommer av seg selv. Profesjonell omsorg krever kunnskap. Bedre kvalifikasjoner hos barnehagelærerne er forbundet med bedre kvalitet i barnehagen generelt (Manning et al 2019).

En ny studie fra Finland viste at konflikt mellom barnehagelærer og barn førte til mindre interesse for, og ferdigheter i, både regning og lesing/skriving, og konkluderer med at barnehagelærerutdanninger burde fokusere på hvordan lærere bygger gode relasjoner med barn (Pakarinen et al 2021). Dette støttes av en intervensjonsstudie fra Danmark som viste at når lærere fikk trening i kommunikasjonskompetanse var dette forbundet med mindre utagerende atferd hos barna (Jensen et al 2017).

Også foreløpige resultater fra MoBa går i samme retning og viser at dersom relasjonen mellom barnehagelærer og barn er nær, reduseres barnas eksternaliserende vansker. Lærere som opplever mer kompetanse i sosiale- og atferdsproblemer rapporterer om mer nærhet til barnet. Dersom de opplever at de har utilstrekkelig kompetanse blir også relasjonen med barnet preget av mindre nærhet, og kan dermed ikke redusere barnets eksternaliserende atferd. Mer kompetente lærere er bedre i stand til å danne nære relasjoner til barn med utagerende vansker (Wilhelmsen et al In preparation).

Kompetente barnehagelærere kan støtte barns utvikling på flere måter. For eksempel kan de aktivt tilrettelegge for barns lek og aktiviteter i barnehagen. I en nylig studie undersøkes hvordan frilek og «scaffolding»¹ i barnehagen henger sammen med barns utagerende atferd både når de går i barnehagen og senere når de begynner på skolen. Det ser ut til at et fokus på frilek i barnehagen er gunstig for mental helse i barnehageårene, men at det samtidig kan øke risikoen for utagerende atferd i skolen for barn med mer emosjonelt temperament. Dersom barnehager med mye frilek samtidig har økt fokus på 'scaffolding' reduseres denne risikoen. Frilek i barnehagen er positivt for barnas utvikling og i kombinasjon med aktiv oppfølging av lærerne ivaretas utviklingen for barn med ulikt temperament (Wilhelmsen et al 2021).

Vennskap og mobbing

Barnehagen er en viktig arena for å danne vennskap og for å forebygge krenkelser og mobbing (Rammeplan 2017). I barnehagen møter barn jevnaldrende, utvikler sosiale ferdigheter og danner sine første vennskap. Vennskap mellom de yngste barna bekrefter og bygger selvtillit, og barn med gode venner trives bedre (Ladd et al 1996). Noen barn mobber andre eller utsettes for mobbing i barnehagealder (Perren & Alsaker 2006, Repo & Sajaniemi 2015). Enkelte barn er mer utsatte for mobbing enn andre (Barker et al 2008).

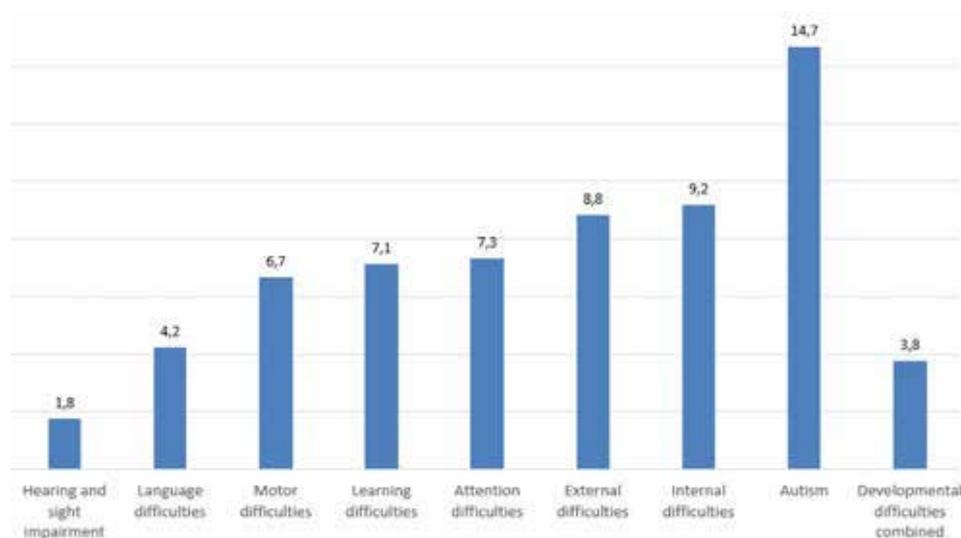
For eksempel ser det ut til at barn med atferdsvansker, hyperaktive og emosjonelle vansker kan være utsatt for mobbing fra tidlig alder, og at forhold i hjemmet, som lav sosioøkonomisk status, øker risikoen for å bli utsatt for mobbing over tid

¹ «Scaffolding» kan oversettes til stillasbygging og er et begrep som anvendes for å beskrive hvordan lærere (eller mer kompetente andre) støtter barn/elever i å løse konkrete utfordringer innenfor deres nærmeste utviklingszone (Vygotzky LS. 1978. *Socio-cultural theory*. Mind in society s. 52-58)

(Hanish et al 2004, Perren et al 2006, Singham et al 2017, Verlinden et al 2015). En studie av norske barn i førskolealder viser at det er store forskjeller i hvor ofte barn mobbes avhengig av om de har utviklingsvansker eller ikke, og omfanget av mobbingen variere mellom ulike vanskegrupper. Barn med mer sammensatte vansker mobbes mer enn barn med enkle vansker.

Figur 3² under viser oddsratio for å mobbes for barn med ulike vansker. Studien er basert på norske femåringer (Øksendal et al 2019).

Det finnes lite forskning på forebygging av mobbing i barnehagen. Effektive tiltak mot mobbing er stort sett testet ut på skolebarn (Cook et al 2010), men et eksempel på et program med lovende resultater, som også prøves ut i Norge, er sveitsiske Be-Prox (Sammen mot mobbing). Tiltaket fokuserer blant annet på å gi barnehagelærere kompetanse og trygghet i sin evne til å oppdage og håndtere krenkelser og mobbing (Alsaker & Valkanover 2012). For det første må barnehagelærere erkjenner at mobbing skjer i barnehagen. Hvis ikke vil de heller ikke være i stand til å avdekke det.



Figur 3 Odds ratio for å bli mobbet avhengig av type vanske

Med god kompetanse vil voksne være i stand til å gå inn og justere et skjevt maktforhold mellom barn, styrke deres sosial kompetanse, legge til rette for å etablere vennskap og dermed forebygge mobbingen. For det andre vil barnehagelærere kunne forebygge mobbing ved å være autoritative voksne. Det vil si at de utvikler varme og nære relasjoner med barnet samtidig som de er tydelige og griper inn ved behov. De må være i stand til å gjenkjenne uheldige sosiale mønster og begynnende mobbeatferd.

Dette kan være for eksempel at et bestemt barn gjentatte ganger blir fratatt leker, at lekene glemmes eller at barnet blir utelatt fra lek eller får mindre attraktive roller i leken. Slike hendelser kan være ufarlige isolert, men hvis det gjentas kan dette oppleves vanskelig for barnet og bli et kronisk mønster av mobbeatferd. De voksne må inn i situasjonen og vise vei for hva som er akseptabel sosial atferd. De må ha kompetanse og kunnskap slik at de kan balansere behov for frilek og samtidig lære barna sosiale strategier (Idsøe & Roland 2017).

Å jobbe aktivt med å bygge sosial kompetanse hos barn kan være forebyggende mot mobbing, men også i seg selv styrke barnas utvikling (DeRosier 2004, Greenberg et al 2017).

Barnehagen er en sentral og viktig del av de fleste barns liv, og å trives og utvikle seg i barnehagen blir dermed av stor betydning for barns livskvalitet

² Figuren viser resultater publisert i Journal of pediatric psychology (Øksendal et al., 2019)

Barnehagens potensial

Barnehagen er en sentral og viktig del av de fleste barns liv, og å trives og utvikle seg i barnehagen blir dermed av stor betydning for barns livskvalitet. Barnehagen gir mange nye muligheter for utvikling for barnet. Barnet får mulighet til å danne nye relasjoner, til å øve sosiale ferdigheter og utvikle språk og atferd i interaksjon med miljøet rundt seg. Barnehagen kan også bidra til å beskytte barn i risiko og til å sikre en trygg og god utvikling for barn flest.

Basert på potensialet barnehagen har som et universelt tiltak er det et paradoks at barn fra dårligere sosioøkonomiske forhold både begynner seinere i barnehagen og begynner i barnehager med dårligere kvalitet. For at barnehagen skal være et godt sted å være for alle barn må barnehagene tilpasses til den betydelige individuelle variasjonen mellom barn. Barnehagelærere trenger kompetanse og kunnskap til dette, slik at de kan bygge trygge, gode relasjoner mellom seg selv og barnet uavhengig av barnas forutsetninger. Barnehagene bør ha gode forutsetninger for å avdekke mobbing. Barnehagens potensiale for tidlig innsats er betydelig. Selv om norske barnehager har potensiale for forbedring er det lite som tyder på negative konsekvenser av barnehagen, og det er mange grunner til å tro at god kvalitet og særlig gode relasjoner er positivt for barns livskvalitet og utvikling.

Referanser

- Adamson P. 2008. *The Child Care Transition: A League Table of Early Childhood Education and Care in Economically Advanced Countries*. Innocenti Report Card 8. UNICEF
- Alexandersen N, Zachrisson HD, Wilhelmsen T, Wang MV, Brandlistuen RE. 2021. *Predicting selection into ECEC of higher quality in a universal context: The role of parental education and income*. *Early Childhood Research Quarterly* 55: 336-48
- Alsaker FD, Valkanover S. 2012. *The Bernese program against victimization in kindergarten and elementary school*. *New directions for youth development* 2012: 15-28
- Barker ED, Boivin M, Brendgen M, Fontaine N, Arseneault L, et al. 2008. *Predictive validity and early predictors of peer-victimization trajectories in preschool*. *Archives of General Psychiatry* 65: 1185-92
- Bates JE, Freeland CAB, Lounsbury ML. 1979. *Measurement of infant difficulty*. *Child development*: 794-803
- Brandlistuen RE, Flatø M, Helland SS, Stoltenberg C, Wang MV. 2020. *Gender gaps in preschool age: a study of behavior, neurodevelopment and pre-academic skills*. *Scandinavian Journal of Public Health*. In press
- Brandlistuen RE, Helland SS, Evensen LA, Schjølberg S, Tambs K, et al. 2015. *Sårbare barn i barnehagen-betydningen av kvalitet*. Folkehelseinstituttet
- Baardstu S, Coplan R, J., Brandlistuen RE, Eliassen E, Wang MV. In press. *Exploring the Role of Teacher-Child Relationships in the Longitudinal Associations between Early Shyness and Social Adjustment at School: A Prospective Cohort Study*.
- Campbell F, Conti G, Heckman JJ, Moon SH, Pinto R, et al. 2014. *Early childhood investments substantially boost adult health*. *Science* 343: 1478-85
- Cook CR, Williams KR, Guerra NG, Kim TE, Sadek S. 2010. *Predictors of bullying and victimization in childhood and adolescence: a meta-analytic investigation*. *School psychology quarterly* 25: 65
- Coplan RJ, Arbeau KA. 2008. *The stresses of a "brave new world": Shyness and school adjustment in kindergarten*. *Journal of research in Childhood Education* 22: 377-89
- DeRosier ME. 2004. *Building relationships and combating bullying: Effectiveness of a school-based social skills group intervention*. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 33: 196-201
- Drugli MB, Solheim E, Lydersen S, Moe V, Smith L, Berg-Nielsen TS. 2018. *Elevated cortisol levels in Norwegian toddlers in childcare*. *Early Child Development and Care* 188: 1684-95
- Eliassen E, Baardstu S, Lekhal R, Wang MV, Brandlistuen RE, Aarø LE. In preparation. *The Effect of Age of Entry into ECEC on Pre-academic Abilities at Age 5 Years*.
- Engvik M, Evensen L, Gustavson K, Jin F, Johansen R, et al. 2014. *Sammenhenger mellom barnehagekvalitet og barns fungering ved 5 år. Resultater fra Den norske mor og barn-undersøkelsen*. Oslo: Folkehelseinstituttet
- Fox NA, Rutter M. 2010. *Introduction to the special section on the effects of early experience on development*. *Child development* 81: 23-27
- Fox SE, Levitt P, Nelson III CA. 2010. *How the timing and quality of early experiences influence the development of brain architecture*. *Child development* 81: 28-40
- Gilmore JH, Knickmeyer RC, Gao W. 2018. *Imaging structural and functional brain development in early childhood*. *Nature Reviews Neuroscience* 19: 123
- Greenberg MT, Domitrovich CE, Weissberg RP, Durlak JA. 2017. *Social and emotional learning as a public health approach to education*. *The future of children*: 13-32
- Hamre BK, Pianta RC. 2001. *Early teacher-child relationships and the trajectory of children's school outcomes through eighth grade*. *Child development* 72: 625-38

- Hanish LD, Eisenberg N, Fabes RA, Spinrad TL, Ryan P, Schmidt S. 2004. *The expression and regulation of negative emotions: Risk factors for young children's peer victimization*. *Development and psychopathology* 16: 335-53
- Heckman JJ. 2006. *Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children*. *Science* 312: 1900-02
- Helland SS, Wilhelmsen T, Alexandersen N, Brandlistuen RE, Schjølberg S, Wang MV. 2019. *Skoleferdigheter og psykisk helse hos 8-åringer. Betydningen av pedagogisk praksis i barnehagen og læringsmiljø i skolen*. Idsøe EC, Roland P. 2017. *Mobbeteferd i barnehagen: temaforståelse, forebygging, tiltak*. Cappelen Damm akademisk.
- Jensen B, Jensen P, Rasmussen AW. 2017. *Does professional development of preschool teachers improve children's socio-emotional outcomes?* *Labour Economics* 45: 26-39
- Ladd GW, Kochenderfer BJ, Coleman CC. 1996. *Friendship quality as a predictor of young children's early school adjustment*. *Child development* 67: 1103-18
- Lekhal R. 2012. *Do type of childcare and age of entry predict behavior problems during early childhood? Results from a large Norwegian longitudinal study*. *International Journal of Behavioral Development* 36: 197-204
- Manning M, Wong GT, Fleming CM, Garvis S. 2019. *Is teacher qualification associated with the quality of the early childhood education and care environment? A meta-analytic review*. *Review of Educational Research* 89: 370-415
- Mashburn AJ, Pianta RC, Hamre BK, Downer JT, Barbarin OA, et al. 2008. *Measures of classroom quality in prekindergarten and children's development of academic, language, and social skills*. *Child development* 79: 732-49
- Nystad K, Drugli M, Lydersen S, Lekhal R, Buøen E. 2021. *Toddlers' stress during transition to childcare*. *Eur Early Child Educ* 29: 157-82
- Pakarinen E, Lerkkanen MK, Viljaranta J, von Suchodoletz A. 2021. *Investigating Bidirectional Links Between the Quality of Teacher-Child Relationships and Children's Interest and Pre-Academic Skills in Literacy and Math*. *Child development* 92: 388-407
- Perren S, Alsaker FD. 2006. *Social behavior and peer relationships of victims, bully-victims, and bullies in kindergarten*. *Journal of child psychology and psychiatry* 47: 45-57
- Perren S, Stadelmann S, Bürgin D, Von Klitzing K. 2006. *Associations between behavioral/emotional difficulties in kindergarten children and the quality of their peer relationships*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 45: 867-76
- Pianta RC, Hamre B, Stuhlman M. 2003. *Relationships between teachers and children*. *Handbook of psychology*: 199-234
- Rammeplan. 2017. *Forskrift om rammeplan for Barnehageloven (LOV-2005-06-17-64)*
- Repo L, Sajaniemi N. 2015. *Prevention of bullying in early educational settings: pedagogical and organisational factors related to bullying*. *Eur Early Child Educ* 23: 461-75
- Singham T, Viding E, Schoeler T, Arseneault L, Ronald A, et al. 2017. *Concurrent and longitudinal contribution of exposure to bullying in childhood to mental health: the role of vulnerability and resilience*. *JAMA psychiatry* 74: 1112-19
- Slot P. 2018. *Structural characteristics and process quality in early childhood education and care: A literature review*.
- van Huizen T, Plantenga J. 2018. *Do children benefit from universal early childhood education and care? A meta-analysis of evidence from natural experiments*. *Economics of Education Review* 66: 206-22
- Verlinden M, Jansen PW, Veenstra R, Jaddoe VW, Hofman A, et al. 2015. *Preschool attention-deficit/hyperactivity and oppositional defiant problems as antecedents of school bullying*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 54: 571-79
- Vygotsky LS. 1978. *Socio-cultural theory*. *Mind in society* 6: 52-58
- Wilhelmsen T, Alexandersen N, Røysamb E, Moser T, Brandlistuen RE, Wang MV. *In preparation. Teachers' Competence Promote Close Relationships to Children with Externalising Problems and Conflictual Relationships*.
- Wilhelmsen T, Lekhal R, Alexandersen N, Brandlistuen RE, Wang MV. 2021. *Children's temperament moderates the long-term effects of pedagogical practices in ECEC on children's externalising problems*. *Eur Early Child Educ* 29: 206-23
- Yang W, Laakkonen E, Silvén M. 2021. *Teachers' Relationships with Children in the Finnish Early Childhood Education Context: A Validation Study*. *Journal of Psychoeducational Assessment*: 07342829211019150
- Zachrisson HD, Dearing E. 2015. *Family income dynamics, early childhood education and care, and early child behavior problems in Norway*. *Child development* 86: 425-40
- Zachrisson HD, Dearing E, Lekhal R, Toppelberg CO. 2013a. *Little evidence that time in child care causes externalizing problems during early childhood in Norway*. *Child development* 84: 1152-70
- Zachrisson HD, Janson H, Nærde A. 2013b. *Predicting early center care utilization in a context of universal access*. *Early Childhood Research Quarterly* 28: 74-82
- Øksendal E, Brandlistuen RE, Holte A, Wang MV. 2019. *Peer-Victimization of Young Children With Developmental and Behavioral Difficulties—A Population-Based Study*. *J Pediatr Psychol* 44: 589-600

Viktige utviklingspsykologiske overganger i skolealder

Av Ragnhild Brandlistuen



Ragnhild Brandlistuen har doktorgrad i utviklingspsykologi fra Universitetet i Oslo og er seniorforsker på barn og unges helse og utvikling ved Folkehelseinstituttet.

Hun er ny faglig leder i Den norske mor, far og barn-undersøkelsen (MoBa), som er en av verdens største helseundersøkelser.

Hun var med på sitt første forskningsprosjekt i MoBa i 2006 og har jobbet med flere forskningsprosjekter om barns utvikling.

Fra barn begynner på barneskolen i fem-seksårsalder og til de er ferdige med videregående skole i 18-årsalder, gjennomgår de et bredt spekter av utviklingspsykologiske overganger og endringer. I denne alderen utvikles nye ferdigheter, selvstendighet, og barna blir stadig mer involvert i sosiale fellesskap utenfor familien. I dette kapitlet beskrives noen utvalgte utviklingspsykologiske overganger som er viktige i skolealder. Blant dem er utviklingen av et rikt, sosialt og mer figurativt språk, økt fleksibilitet i eksekutive funksjoner, bedre metakognitiv kontroll i ungdomsårene og utvikling av sosioemosjonelle ferdigheter og sosialt samspill med andre. Å forstå hvilket utviklingsnivå et barn befinner seg på i ulike aldre, gir oss gleden av å oppdage at hver fase og hvert nye utviklingstrinn har sine fordeler og egenverdi.

Fra barn begynner på barneskolen i fem- seksårsalder ,og til de er ferdige med videregående skole i 18-19-årsalder, gjennomgår de et bredt spekter av utviklingspsykologiske overganger og endringer (Tetzchner 2012). I løpet av disse årene utvikles nye ferdigheter, og barna blir stadig mer involvert i sosiale fellesskap utenfor familien (Eccles 1999). Barns kapasitet for læring og utvikling øker ikke alltid lineært og gradvis, men ofte i etapper, og den innebærer både kvantitative og kvalitative endringer på ulike områder. Dette gjelder blant annet utvikling av språkferdigheter, psykomotoriske ferdigheter, informasjonsprosessering, sosiale ferdigheter og emosjonell utvikling.

Ikke alle barn følger samme utviklingsveier. Noen er raskt modne for alderen, andre bruker lengre tid og noen endrer seg ikke like mye fra barn til voksenalder. Det gir oss hele bredden av menneskelig variasjon. Læring og utvikling skjer også i ulike kontekster (Bronfenbrenner 1992). For noen barn vil spesielle livshendelser eller oppvekstvilkår kunne påvirke utviklingsveiene deres. Dette gjelder for eksempel for barn som opplever alvorlig omsorgssvikt eller mobbing. Dersom vi kjenner til typiske utviklingsoverganger og individuelle ferdighetsnivåer vil vi også kunne legge merke til om et barn ikke utvikler seg som forventet, og vi kan undersøke om barnet trenger hjelp.

Å forstå hvilket utviklingsnivå et barn befinner seg på i ulike aldre, gir oss gleden av å oppdage at hver fase, og hvert nye utviklingstrinn, har sine fordeler og egenverdi

Å forstå hvilket utviklingsnivå et barn befinner seg på i ulike aldre, gir oss gleden av å oppdage at hver fase, og hvert nye utviklingstrinn, har sine fordeler og egenverdi (Bjorklund 1997).

En åtteåring har for eksempel ikke ferdigutviklet evnen til å navigere på tur fra et punkt til et annet (spatiale ferdigheter), men nysgjerrigheten og kroppens lette bevegelighet gjør at hun kan klatre til toppen av et tre. En tiåring kan ennå ikke fullt forstå ironi eller metaforer, men han kan lære seg et nytt språk uten aksent. I dette kapitlet beskrives noen utvalgte utviklingspsykologiske overganger som er viktige i skolealder.

Språkutvikling - rikt, sosialt og figurativt språk

Når barn begynner på skolen, snakker de som oftest allerede i lange, og snart grammatisk riktig oppbyggede, setninger (Werker and Hensch 2015). Det skjer likevel ny og viktig språkutvikling også i skolealder. Mellom 1. og 4. klasse har det for eksempel vært beregnet at barn lærer i snitt 4000 nye ord og 14 000 nye ordvarianter (Anglin, Miller et al. 1993, Nagy, Scott et al. 2000).

Et større og dypere ordforråd gjør det i økende grad mulig å uttrykke seg mer presist, fleksibelt og effektivt. Det er også en sterk og vekselvirkende sammenheng mellom ordforråd og leseforståelse. Ved å lære å lese og skrive får barn tilgang til nye ord og en større bevissthet om språklyder og språkregler.

For å utvikle en god leseforståelse er det samtidig viktig å ha et rikt og dypt ordforråd (Foorman, Beyler et al. 2016). Ordforrådet fortsetter å utvikle seg gjennom skoleårene, og bruken av språket blir stadig mer fleksibel og tilpasset ulike situasjoner (Pan and Gleason 2001, Falkum 2019). Etableringen av avanserte sosiale kommunikasjonsferdigheter, som for eksempel å kunne tilpasse språket til den som lytter eller til situasjonen man er i, henger tett sammen med utviklingen av metakognitive ferdigheter og evnen til å innta andres perspektiv som også utvikles i skoleårene (Zufferey 2014).

En ny og potensielt morsom språkferdighet som for de fleste oppstår i tidlig skolealder, er evnen til å forstå og uttrykke såkalt figurativt språk, som for eksempel metaforer og ironi (Falkum and Köder 2020).

Dersom du har forsøkt å være ironisk med en femåring, vil du fort oppdage at det ikke fungerer spesielt godt fordi hun som regel tolker deg bokstavelig. Ved ni til 13-årsalder begynner imidlertid barn å mestre hvordan de kan bruke tonen i stemmen til å kommunisere intensjon og ironi.

Utsagn som «Kjempebra pappa, du ser veldig kul ut i den capsen» er ikke nødvendigvis bokstavelig ment lenger. Det blir også lettere for barn å forstå og bruke metaforer som «Jeg har fått den på hjernen» når du forklarer hvorfor du synger en Justin Bieber-sang igjen. Å kunne bruke språket på en abstrakt og ikke-bokstavelig måte, åpner nye muligheter både sosialt og i skolearbeidet.

På ungdomsskolen og videregående kan ungdom begi seg ut i kompliserte samtaler og resonnementer hvor de kan drøfte og diskutere (Nippold 2000). De sosiale kommunikasjonsferdighetene er velutviklet og i 15-17-årsalder mestrer ungdom overtalelsens kunst.

Selv om språkferdighetene er imponerende velutviklet i denne alderen, er det viktig å være oppmerksom på at språkferdighetene fortsatt varierer veldig mellom ulike individer og at ungdom stadig møter på mange nye ord og uttrykk de trenger å få forklart, spesielt i møte med avanserte teoretiske fag eller i nye jobbsituasjoner.

Eksekutive funksjoner

Gjennom barneskoleårene øker barns evne til å holde oppmerksomheten på oppgaver og mål, holde tilbake uønskede impulser eller responser, evnen til å skifte

Fra de første skoleårene (6-8 år) til mellomtrinnet skjer det også en markant økning i oppmerksomhetsspenn.

Barn kan fokusere lengre på en tekst eller en samtale uten at oppmerksomheten flytter seg til andre ting.

mellom oppgaver og mål, og evnen til å holde informasjon i arbeidsminnet (Anderson 2002). Det er store individuelle forskjeller i disse evnene, og de kan utvikles ulikt hos barn over tid. Generelt kan vi likevel si at en viktig forskjell fra de første skoleårene til mellomtrinnet og høyere klassetrinn er nettopp utvidelsen av eksekutive funksjoner (Roebers 2017). Parallelt og i samspill med at språkutviklingen blir mer avansert, utvikles også kognitive funksjoner som oppmerksomhetsspennet og eksekutive funksjoner som evnen til å styre oppførsel og handlinger.

Fra de første skoleårene (6-8 år) til mellomtrinnet skjer det også en markant økning i oppmerksomhetsspenn. Barn kan fokusere lengre på en tekst eller en samtale uten at oppmerksomheten flytter seg til andre ting. De første årene på barneskolen er mange barn fortsatt lette å distrahere, og det skal lite lyder - eller visuelle forstyrrelser - til for at de mister konsentrasjonen. Dette er også evner som krever øvelse og som øker med alder. På mellomtrinnet er det enklere for de fleste barn å konsentrere seg over lengre tid også om oppgaver de synes er kjedelige og som krever utholdenhet.

Metakognitiv kontroll

Evnen til å forstå sin egen læring er fundamental fordi den påvirker hvilken kontroll du selv har over læringsprosesser. Evnen til å overvåke egne feil og kontrollere dem utvikles gjennom barneskoleårene, men blir ikke ferdig utviklet før i voksenalder (Schneider and Löffler 2016). En av de mest fremtredende forklaringene på hvorfor spesielt barneskoleelever ikke mestrer metakognitive kontrollferdigheter er overvurderingsfenomenet, altså at barn i denne alderen overvurderer egne evner til å klare å løse oppgaver og glemmer hvor mange og hvilke typer feil de har gjort på tidligere oppgaver (Bayard, van Loon et al. 2021).

Dette fenomenet har noen åpenbare fordeler for å holde motivasjonen oppe. Når barn er i en alder hvor de hver dag møter nye oppgaver de ikke kan, så er overvurdering av egne evner en effektiv måte å unngå tap av motivasjon. Det ville være tungt å starte skoledagen vel vitende om hvor lang tid det tar å bli god i hvert fag. Det er imidlertid viktig å påpeke at noen barn er mer selvkritiske enn andre, og barn som har et mer realistisk syn på egne evner kan ofte trenge ekstra hjelp og oppmuntring for å ikke miste motivasjonen. En ulempe med overvurderingsfenomenet er at barn i barneskolealder ofte stopper øving og læringsprosesser for tidlig. De feilvurderer også ofte hvilke oppgaver de trenger å øve mer på. På denne måten kan de ofte gå glipp av viktig læring fordi de tror de allerede kan nok. Dette har stor betydning både med tanke på hvor mye ansvar for egen læring barneskoleelever kan håndtere, og for hva slags tilbakemeldinger de kan trenge. Ansvar for egen læring krever høy grad av metakognitiv kontroll. I videregående alder er disse ferdighetene bedre utviklet og fra 17-årsalder stabiliseres individuelle metakognitive kontrollferdigheter (Schneider 2008).

Sosioemosjonelle ferdigheter og sosialt samspill

Med sosioemosjonelle ferdigheter mener vi ofte kunnskap om og ferdigheter til å forstå og håndtere følelser, føle og vise empati for andre, etablere og holde på positive relasjoner, og fatte ansvarlige beslutninger (Domitrovich, Durlak et al. 2017). Disse ferdighetene krever integrasjon mellom ulike følelsesmessige, kognitive og atferdsmessige systemer som utvikles med alder.

Når barn begynner på skolen, har de allerede lært mye om å samarbeide og leke i sosiale rollespill med andre barn. De leker på kryss og tvers av grupper, og har ofte venner av begge kjønn. Leken har en viktig funksjon i den tidlige sosiale utviklingen i skolealder (Fisher 1992). Her får barn erfare hvordan de trives og fungerer i ulike roller, lære å gi og ta, prøve og feile, vinne og tape, bli uenige, krangle og bli venner igjen.

Skillet mellom egne og andres ideer og meninger blir tydeligere i 12-14-årsalder.

Når barna kommer i denne alderen blir det vanligere at de leker mer med noen faste venner, og relasjonene blir mer stabile og varige.

Barn trenger ofte mye veiledning i sosial lek disse første årene av skolealderen. De forstår ikke alle spillereglene i det sosiale samspillet. Først i ni- til elleveårsalder begynner barn å forstå situasjoner ut fra en annen persons perspektiv (Weissberg, Durlak et al. 2015).

De første årene i barneskolen opptrer de derfor som oftest ut fra slik de selv ser situasjonen. Skillet mellom egne og andres ideer og meninger blir tydeligere i 12-14-årsalder. Når barna kommer i denne alderen, blir det vanligere at de leker mer med noen faste venner og relasjonene blir mer stabile og varige. Samtidig er denne alderen en sårbar alder for dem som faller utenfor og ikke finner sin plass i venneflokken, nettopp fordi barn i denne alderen er opptatt av hvem de hører sammen med og deler meninger og oppfatninger med (Reynolds, Sander et al. 2010).

I 15-17-årsalder er det vanlig at ungdom bruker mer tid på venner enn familie, og mange får sin første kjæreste.

En interessant endring i sosial atferd de siste årene er at ungdom tilbringer mer tid hjemme og får mye av sitt sosiale samspill gjennom digitale plattformer (Sletten and Bakken 2016). Vi vet lite om hvordan dette kan påvirke ungdoms sosioemosjonelle utvikling. Et interessant funn er imidlertid at sosiale plattformer og nettbaserte spill har gjort det lettere for ungdom som ikke finner venner i sitt nærmiljø å bli kjent med andre ungdommer de har mer til felles med (Granic, Lobel et al. 2014). Muligheten for å finne venner og tilhørighet har med dette for mange blitt utvidet.

Utviklingsvansker

Det har vært anslått at omtrent 15-20 prosent av barn og unge har utviklingsvansker som er så alvorlige at de går ut over trivsel, læring, daglige gjøremål og samvær med andre (Mykletun, Knudsen et al. 2009). For noen går vanskene over av seg selv, mens for andre blir de varige vansker. Gutter har flere tidlige utviklingsvansker enn jenter (Brandlistuen, Flatø et al. 2020). For eksempel oppga lærerne i en skolestudie i Den norske mor, far og barn-undersøkelsen (MoBa) at 15,8 prosent av guttene har konsentrasjons-/oppmerksomhetsvansker, mens det tilsvarende tallet for jenter var seks prosent (Brandlistuen, Schjølberg et al. 2016).

De vanskene som oftest ble rapportert hos både gutter og jenter var konsentrasjonsvansker, lesevansker og emosjonelle vansker (Brandlistuen, Schjølberg et al. 2016). Barn med utviklingsvansker har ofte også svakere skoleferdigheter som lese- og regneferdigheter (Brandlistuen, Schjølberg et al. 2016). I denne rapporten fant vi at rundt halvparten av barna med konsentrasjonsvansker og språkvansker også hadde svakere skoleferdigheter. Blant elever med konsentrasjonsvansker, som også er den hyppigste rapporterte vansken blant barna, var det også en veldig lav andel av barna som rapporteres å ha gode skoleferdigheter. Elever med emosjonelle vansker har også i større grad svakere skoleferdigheter enn elever uten vansker. Vi fant at for elever som ikke vurderes å ha utviklingsvansker, har over 90 prosent middels eller gode skoleferdigheter. Det er derfor viktig med god kunnskap om både generell utvikling og om utviklingsvansker for å kunne tilpasse undervisning for det enkelte barn i skolen.

Referanser

- Anderson, P. (2002). *Assessment and development of executive function (EF) during childhood*. Child neuropsychology 8(2) s. 71-82.
- Anglin, J. M., et al. (1993). *Vocabulary development: A morphological analysis*. Monographs of the society for research in child development: i-186.
- Bayard, N. S., et al. (2021). *Developmental Improvements and Persisting Difficulties in Children's Metacognitive Monitoring and Control Skills: Cross-Sectional and Longitudinal Perspectives*. Child Development.
- Bjorklund, D. F. (1997). *The role of immaturity in human development*. Psychological bulletin 122(2) s. 153.

- Brandlistuen, R. E., et al. (2020). *Gender gaps in preschool age: A study of behavior, neurodevelopment and pre-academic skills*. Scandinavian Journal of Public Health: 1403494820944740.
- Brandlistuen, R. E., et al. (2016). *Læringsmiljø, skoleferdigheter og utviklingsvansker. Rapport fra skolestudien. Den norske mor og barn-undersøkelsen*.
- Bronfenbrenner, U. (1992). *Ecological systems theory*, Jessica Kingsley Publishers.
- Domitrovich, C. E., et al. (2017). *Social-emotional competence: An essential factor for promoting positive adjustment and reducing risk in school children*. Child Development 88(2): s. 408-416.
- Eccles, J. S. (1999). *The development of children ages 6 to 14*. The future of children: 30-44
- Falkum, I. L. (2019). *Pragmatic development: learning to use language to communicate*. International handbook of language acquisition, Routledge: s. 234-260.
- Falkum, I. L. and F. Köder (2020). *The acquisition of figurative meanings*. Journal of Pragmatics 164 s.18-24.
- Fisher, E. P. (1992). *The impact of play on development: a meta-analysis*. Play & Culture.
- Foorman, B., et al. (2016). *Foundational Skills to Support Reading for Understanding in Kindergarten through 3rd Grade*. Educator's Practice Guide. NCEE 2016-4008. What Works Clearinghouse.
- Granic, I., et al. (2014). *The benefits of playing video games*. American psychologist 69(1) s. 66.
- Mykletun, A., et al. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*.
- Nagy, W., et al. (2000). *Vocabulary processes*. Handbook of reading research 3.
- Nippold, M. A. (2000). *Language development during the adolescent years: Aspects of pragmatics, syntax, and semantics*. Topics in language disorders 20(2) s. 15-28.
- Pan, B. A. and J. B. Gleason (2001). *Semantic development: Learning the meaning of words*. The development of language s. 122-158.
- Reynolds, M. R., et al. (2010). *Latent curve modeling of internalizing behaviors and interpersonal skills through elementary school*. School Psychology Quarterly 25(4) s. 189.
- Roebbers, C. M. (2017). *Executive function and metacognition: Towards a unifying framework of cognitive self-regulation*. Developmental review 45 s. 31-51.
- Schneider, W. (2008). *The development of metacognitive knowledge in children and adolescents: Major trends and implications for education*. Mind, Brain, and Education 2(3) s. 114-121.
- Schneider, W. and E. Löffler (2016). *The development of metacognitive knowledge in children and adolescents*.
- Sletten, M. A. and A. Bakken (2016). *Psykiske helseplager blant ungdom-tidstrender og samfunnsmessige forklaringer*.
- Tetzchner, S. v. (2012). *Utviklingspsykologi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Weissberg, R. P., et al. (2015). *Social and emotional learning: Past, present, and future*.
- Werker, J. F. and T. K. Hensch (2015). *Critical periods in speech perception: new directions*. Annual review of psychology 66 s. 173-196.
- Zufferey, S. (2014). *Acquiring Pragmatics: Social and cognitive perspectives*, Routledge.

Konsekvenser av psykiske helseplager i oppvekst-årene for karakterer og utdanningsoppnåelse

Av Miriam Evensen



Miriam Evensen (PhD) er sosiolog og ansatt som forsker II ved Institutt for samfunnsforskning.

Evensens forskningsinteresser er bl.a. barn og unges oppvekstvilkår, helseplager blant unge og sosial ulikhet i helse, utdanning og arbeid.

Hun har publisert i flere internasjonale tidsskrifter, som *European Sociological Review*, *BMC Medicine* og *Journal of Epidemiology and Community Health*.

Psykiske plager og lidelser er utbredt både i Norge og på verdensbasis. Mange psykiske helseplager kommer til syne i barne- og ungdomsårene i en livsfase hvor skoleresultater og utdanningsvalg er viktige. Men hvilke konsekvenser har psykiske plager for utdanning? I denne artikkelen redegjøres det for sammenhengen mellom psykiske plager og utdanning fra nasjonal og internasjonal litteratur. Videre nevnes ulike mekanismer som kan forklare sammenhengene.

Psykiske plager blant unge er utbredt. I Norge, og internasjonalt, er det anslått at 15-20 prosent av barn og unge har nedsatt funksjon på grunn av symptomer på psykiske plager som angst, depresjon og atferdsproblemer. En rekke studier har vist at psykiske plager som debutterer tidlig i livet får betydning for hvordan man klarer seg som voksen. Både i Norge, og på verdensbasis, er psykiske lidelser en av de viktigste grunnene til uførhet i ung alder, noe som gjør psykiske plager blant unge til et sentralt folkehelseproblem (Suren et. al. 2017, *The State of the World's Children 2021*). De store omveltningene i samfunnet som følge av koronapandemien har igjen aktualisert spørsmål om hvorvidt psykiske plager er økende hos barn og unge, samt hvordan dette henger sammen med læring, prestasjoner og utdanningsoppnåelse (Lee 2020, Creswell 2021).

Langsiktige konsekvenser for barn og unge

Hva vet vi så om sammenhengen mellom psykiske plager og utdanningsprestasjoner og utdanningsoppnåelse? Psykiske plager er en vid betegnelse og rommer mange ulike symptomer og lidelser. Noen av de vanligste symptomene hos barn og unge er plager forbundet med angst og depresjon, såkalte internaliserende plager, samt konsentrasjonsproblemer og atferdsproblemer, såkalte eksternaliserende plager. Jenter og gutter rammes av litt ulike problemer - jenter har som oftest mer internaliserende plager, mens gutter har mer eksternaliserende atferd.

En rekke studier har funnet at psykiske plager i barne- og ungdomsårene har negative konsekvenser for senere skoleprestasjoner

En rekke studier har funnet at psykiske plager i barne- og ungdomsårene har negative konsekvenser for senere skoleprestasjoner. Psykiske plager påvirker både karakterer og utdanningslengde. Dette er vist internasjonalt, slik som i USA (Creswell 2021, Breslau et. al. 2008, Currie 2007), New Zealand (Kessler et. al. 1995, Fergusson 2002), Storbritannia (Miech et. al. 2002) og flere europeiske land, inkludert Norge (Farmer 1995, Veldman et. al. 2015, Evensen et. al. 2016, Sagatun et. al. 2014, De Ridder et. al. 2013).

Disse sammenhengene er videre etablert både ved bruk av diagnostiske kriterier for psykiske lidelser (Fergusson 2002) samt selvrapporterte symptomer (von Simson et. al. 2021). På generell basis er det funnet sterkere negative konsekvenser av eksternaliserende problemer slik som oppmerksomhetsproblemer og atferdsproblemer (Fergusson 2002, Fletcher 2010) sammenliknet med internaliserende plager. En rekke studier har også funnet negative konsekvenser av ADHD på utdanningsoppnåelse og resultater (McLeod 2004). Studier har også vist at psykiske plager har større konsekvenser for utdanning enn vanlige fysiske helseproblemer.

Men det at det er en sammenheng betyr imidlertid ikke at det er snakk om årsaks-sammenheng. Psykiske plager er for eksempel mer utbredt blant barn og unge med foreldre med mindre sosioøkonomiske ressurser, som for eksempel kortere utdanningsnivå eller lavere inntekt (Polderman et. al. 2010, Reiss 2013).

Samtidig er foreldrenes sosioøkonomiske forhold forbundet med en rekke andre kjennetegn som også kan ha betydning for barn og unges utvikling, slik som bl.a. deres egen psykiske helse, kognitive og sosioemosjonelle ferdigheter og andre familieressurser. For å ta hensyn til dette, har flere studier sammenlignet søsken som er oppvokst i samme familie med felles biologiske foreldre (Veldman et. al. 2015, Kinge et. al. 2021). Disse studiene har imidlertid avdekket samme mønster: psykiske plager har en selvstendig negativ effekt på hvor lang utdanning man tar, utover det at barn med psykiske plager kan ha tilleggsproblemer knyttet til for eksempel mindre familieressurser.

Samlet sett tyder denne litteraturen på at psykiske plager har negative konsekvenser både for skolekarakterer og kortere utdanningsoppnåelse. Til tross for forskjeller i datainnsamling og bruk av ulike mål på psykisk helse, finner man slike sammenhenger i en rekke ulike kontekster.

Nedsatt læring eller negativ sosial respons?

Et nærliggende spørsmål å stille blir da hvorfor barn og unge med psykiske plager har lavere karakterer eller tar mindre utdanning?

En mekanisme man kan tenke seg er at barn og unge som sliter med psykiske plager kan ha høyere fravær, og dermed lære mindre som en direkte konsekvens av sykdommen eller plagene (Creswell et. al. 2021). Plager kan også gå utover konsentrasjonen og evnen til å lære, samt aktiv deltakelse. Det å ha negative tanker om seg selv kan også påvirke selvfølelse og egne aspirasjoner om framtidige utdanningsvalg.

Selv om dårlig psykisk helse kan ha direkte negative effekter på ferdigheter, kan personer med psykiske problemer også bli møtt med lavere forventninger eller vurderinger, noe som kan påvirke deres prestasjoner på skolen. Kvaliteten på lærer/elev-forholdet kan påvirkes av barnas psykiske plager (Mikkonen et. al. 2021). Det er også vist at noen typer adferd i skolesystemet belønnes i større grad (Sameroff et. al. 2000). For eksempel vet man at deltakelse og innsats i timen verdsettes høyt hos lærere, noe som barn og unge med psykiske plager kanskje vil ha større vanskeligheter med.

Det er forskning som viser at man belønnes ulikt av lærere gjennom implisitte fordommer og vurderingsformer (Farkas 2003, Jæger 2017). Storparten av denne litteraturen har sett på faktorer som kjønn og etnisitet, men også psykiske plager

Noe av årsaken til at for eksempel eksternaliseringsproblemer hemmer utdanningsprestasjoner og oppnåelse, kan altså stamme fra den sosiale responsen som disse individene blir møtt med

(Gershenson 2016, Lavy 2015). For eksempel er det vist at for atferdsproblemer, relativt til oppmerksomhetsproblemer, var det et større avvik mellom standpunkt-karakterer gitt av læreren og anonymt tildelte karakterer gitt i samme fag ved nasjonalt standardiserte eksamener (Lavy 2015). Dette kan relateres til iboende forskjeller i måten slike atferdsproblemer kommer til uttrykk på.

Atferdsproblemer relaterer mer til «hvordan du oppfører deg» overfor andre, mens oppmerksomhetsrelaterte problemer er mer knyttet til «evnen til å fokusere» (Lavy 2015). Skoler og lærere reagerer sannsynligvis på atferdsrelatert problematferd med sterkere sanksjoner sammenlignet med oppmerksomhetsproblemer. Noe av årsaken til at for eksempel eksternaliseringsproblemer hemmer utdanningsprestasjoner og oppnåelse, kan altså stamme fra den sosiale responsen som disse individene blir møtt med. Nyere forskning tyder også på at barn med risiko for atferdsproblemer tjener på å være i skolemiljø som har tatt i bruk verktøy med fokus på forutsigbarhet og positiv forsterkning for å forebygge slike problemer (Evensen 2019).

Videre forskning

Det er sannsynlig at flere av de mekanismene som er skissert kort ovenfor kan spille inn for å forklare hvorfor psykiske plager kan ha negative konsekvenser på utdanningsprestasjoner og utdanningsoppnåelse. Mange har pekt på at de sosiale omkostningene ved pandemien har vært store, kanskje særlig for barn og unge, men hvilken betydning dette har på lang sikt vet man foreløpig lite om. Flere studier, men ikke alle, tyder på at unge har slitt psykisk under pandemien (Borgen et. al. 2021, Hafstad et. al. 2021, Burdzovic et. al. 2021), men hvordan det henger sammen med skoleprestasjoner og læring vet man mindre om. Selv om enkelte studier har vist at tidlig behandling av for eksempel ADHD kan forbedre prestasjoner, er det per i dag for lite forskning på hvilke typer behandling som kan forhindre negative konsekvenser av psykiske plager. Det er også mye usikkerhet knyttet til hvordan behandlingstilbudet har fungert under pandemien, både i skolehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Å kartlegge hvordan covid-19 har påvirket psykiske plager blant barn og unge, samt disse plagenes konsekvenser for andre livsdomener, vil være et viktig forskningsområde framover.

Referanser

- Suren P, Furu K, Reneflot A, Nes RB, Torgersen L. *Barn og unge: livskvalitet og psykiske lidelser* [Internet]. Folkehelseinstituttet. [cited 2021 Oct 17]. Available from: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/psykiskhelsehos-barnogunge/>
- The State of the World's Children 2021* [Internet]. [cited 2021 Nov 3]. Available from: <https://www.unicef.org/reports/stateworldschildren2021>
- Lee J. *Mental health effects of school closures during COVID19*. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020 Jun 1;4(6): s. 421.
- Creswell C, Shum A, Pearcey S, Skripkauskaitė S, Patalay P, Waite P. *Young people's mental health during the COVID19 pandemic*. *Lancet Child Adolesc Health*. 2021 Aug;5(8) s. 535-7.
- Breslau J, Lane M, Sampson N, Kessler RC. *Mental disorders and subsequent educational attainment in a US national sample*. *J Psychiatr Res*. 2008;42(9) s. 708-16.
- Currie J, Stabile M. *Mental health in childhood and human capital*. In: Gruber J, editor. *The problems of disadvantaged youth: An economic perspective*. Chicago: University of Chicago Press; 2007. s. 115-48.
- Kessler RC, Foster CL, Saunders WB, Stang PE. *Social consequences of psychiatric disorders, I: Educational attainment*. *Am J Psychiatry*. 1995;152(7) s. 1026-32.
- Fergusson DM, Woodward LJ. *Mental health, educational, and social role outcomes of adolescents with depression*. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2002;59. Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.59.3.225>
- Miech RA, Caspi A, Moffitt TE, Wright BRE, Silva PA. *Low Socioeconomic Status and Mental Disorders: A Longitudinal Study of Selection and Causation during Young Adulthood 1*. *Am J Sociol*. 1999;104(4) s. 096-131.
- Farmer EM. *Extremity of externalizing behavior and young adult outcomes*. *J Child Psychol Psychiatry*. 1995;36(4) s. 617-32.
- Veldman K, Reijneveld SA, Ortiz JA, Verhulst FC, Bültmann U. *Mental health trajectories from childhood to young adulthood affect the educational and employment status of young adults: results from the TRAILS study*. *J Epidemiol Community Health*. 2015;69 s. 588-93.
- Evensen M, Lyngstad TH, Melkevik O, Mykletun A. *The Role of Internalizing and Externalizing Problems in Ado-*

- lescence for Adult Educational Attainment: Evidence from Sibling Comparisons*. Eur Sociol Rev [Internet]. 2016 Feb 14; Available from: <http://esr.oxfordjournals.org/content/early/2016/02/13/esr.jcw001.abstract>
- Sagatun Å, Heyerdahl S, WentzelLarsen T, Lien L. *Mental health problems in the 10th grade and noncompletion of upper secondary school: the mediating role of grades in a populationbased longitudinal study*. BMC Public Health. 2014;14(1) s. 16.
- De Ridder KA, Pape K, Johnsen R, Holmen TL, Westin S, Bjørngaard JH. *Adolescent health and high school dropout: a prospective cohort study of 9000 Norwegian adolescents (The YoungHUNT)*. PloS One. 2013;8(9):e74954.
- von Simson K, Brekke I, Hardoy I. *The Impact of Mental Health Problems in Adolescence on Educational Attainment*. Scand J Educ Res. 2021 Jan 11;0(0) s. 1-15.
- Fletcher J. *Adolescent depression and educational attainment: results using sibling fixed effects*. Health Econ. 2010;19(7) s. 855-71.
- McLeod JD, Kaiser K. *Childhood emotional and behavioral problems and educational attainment*. Am Sociol Rev. 2004;69(5) s. 636-58.
- Polderman TJC, Boomsma DI, Bartels M, Verhulst FC, Huizink AC. *A systematic review of prospective studies on attention problems and academic achievement*. Acta Psychiatr Scand. 2010;122(4) s. 271-84.
- Reiss F. *Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review*. Soc Sci Med. 2013;90 s. 24-31.
- Kinge JM, Øverland S, Flatø M, Dieleman J, Røgeberg O, Magnus MC, et al. *Parental income and mental disorders in children and adolescents: prospective registerbased study*. Int J Epidemiol [Internet]. 2021 May 11 [cited 2021 Aug 25]; Available from: <https://academic.oup.com/ije/advancearticle/doi/10.1093/ije/dyab066/6274255>
- Mikkonen J, Remes H, Moustgaard H, Martikainen P. *Early Adolescent Health Problems, School Performance, and Upper Secondary Educational Pathways: A CounterfactualBased Mediation Analysis*. Soc Forces. 2021 Mar 1;99(3) s. 1146-75.
- Sameroff AJ, Fiese BH. *Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention*. In: Shonkoff JP, Meisels SJ, editors. Handbook of Early Childhood Intervention. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2000. s. 135-59.
- Farkas G. *Cognitive skills and noncognitive traits and behaviors in stratification processes*. Annu Rev Sociol. 2003;29 s. 541-62.
- Jæger MM, Møllegaard S. *Cultural capital, teacher bias, and educational success: New evidence from monozygotic twins*. Soc Sci Res. 2017;65 s. 130-44.
- Gershenson S, Holt SB, Papageorge NW. *Who believes in me? The effect of student-teacher demographic match on teacher expectations*. Econ Educ Rev. 2016;52 s. 209-24.
- Lavy V, Sand E. *On the origins of gender human capital gaps: Short and long term consequences of teachers' stereotypical biases*. National Bureau of Economic Research; 2015.
- Evensen M. *Adolescent Mental Health Problems, Behaviour Penalties, and Distributional Variation in Educational Achievement*. Eur Sociol Rev. 2019 Aug 1;35(4) s. 474-90.
- Borgen NT, Frønes I, Raaum O. *Impact of the School Environment on Medical Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A PopulationWide Register Data Study of SchoolWide Positive Behavioral Interventions and Supports*. Child Dev. 2021;92(5) s. 2089-105.
- Hafstad GS, Sætren SS, WentzelLarsen T, Augusti EM. *Adolescents' symptoms of anxiety and depression before and during the Covid19 outbreak - A prospective populationbased study of teenagers in Norway*. Lancet Reg Health - Eur. 2021 Jun 1;5:100093.
- Burdzovic Andreas J, Brunborg GS. *Selfreported Mental and Physical Health Among Norwegian Adolescents Before and During the COVID19 Pandemic*. JAMA Netw Open. 2021 Aug 24;4(8):e2121934-e2121934.
- Soest T von, Bakken A, Pedersen W, Sletten MA. *Livstfredshet blant ungdom før og under covid19-pandemien*. Tidsskr Den Nor Legeforening [Internet]. 2020 Jun 16 [cited 2021 Aug 25]; Available from: <https://tidsskriftet.no/2020/06/originalartikkel/livstfredshetblantungdomogundercovid19pandemien>

Barn og unge som ikke makter eller vil gå på skolen

Av Trude Havik



Trude Havik er førsteamanuensis i pedagogisk psykologi ved Læringsmiljøsentret, Universitetet i Stavanger.

Hun har doktorgrad i spesialpedagogikk, med tema skolefravær og skolens rolle for skolevegring.

Hva skjer når barn og unge synes det er vanskelig å gå på skolen eller opplever at skolen er irrelevant og kjedelig og ikke orker å gå dit? Hvordan forstå elever med skolefravær og hva bør gjøres for å unngå at de får alvorlige problemer på lengre sikt?

Skolen er en sentral sosialiseringarena, der barn og unge utvikler seg faglig, sosialt og emosjonelt. Alle barn og unge fra 6-16 år har rett og plikt til grunnskoleopplæring, i et trygt og godt læringsmiljø der de får tilrettelagt opplæring. I tillegg har alle rett til en treårig videregående opplæring, som ikke er obligatorisk, men i praksis må alle ta videregående opplæring for å få utdanning og jobb. De fleste barn og unge i Norge går i en offentlig skole der målet er en inkluderende enhetsskole. Et mål er at alle elever opplever mestring, trivsel og trygghet i skolen, slik at barn og unge, som samfunnets største ressurs, får best mulig utvikling, har lyst til og mestrer å gå på skolen. Den generelle trivselen i norsk skole er høy, men noen elever opplever skolerelatert stress, mobbing, ensomhet og psykiske plager (Bakken, 2021). Ungdata-undersøkelsen 2021 indikerer at et økt antall elever kjeder seg på skolen eller gruer seg til å gå på skolen, og at færre elever trives på skolen.

Det er viktig å forstå hvorfor og hvordan skolevegring og skulk kan oppstå, og at fraværproblematikk oftest utvikler seg gradvis. Men fravær kan også oppstå akutt ved en spesiell hendelse, som dødsfall i nær familie eller å bli utsatt for en voldsepisode på vei til skolen. Skolefravær kan bli etablert dersom eleven ikke blir identifisert og får den forståelsen, tilretteleggingen og hjelpen de trenger tidligst mulig. Denne artikkelen handler om elever som vegrer seg for å gå på skolen fordi de opplever et emosjonelt ubehag, angst og/eller stress, og om elever som opplever at skolen er kjedelig og uinteressant og som skulker skolen. Over tid kan det føre til «problematisk» skolefravær der de kommer til kort på flere områder i livet

Men studier kan tyde på at 25-50 prosent av elevene med skolevegringsproblematikk har angst, depresjon eller begge deler, der sosial angstlidelse er funnet å være mest hyppig for ungdom med skolevegring

og sjansen er større for at de ikke fullfører videregående skole og ikke kommer ut i jobb (Kearney, 2008).

Skolevegring

Skolevegring er ikke en diagnose, men det finnes noen felles kjennetegn. De har oftest et emosjonelt ubehag relatert til det å gå på skolen, har oftere frykt/angst, somatiske symptomer som vondt i magen eller hodet bare ved å tanken på å gå på skolen, er oftest interessert i skolearbeidet, ønsker å gå på skolen, men klarer det ikke, er hjemme og foreldrene vet om det, har sjelden atferdsvansker og er ofte innagerende. Ikke alle elever med angst utvikler skolevegring, og ikke alle med skolevegring har angst. Men studier kan tyde på at 25-50 prosent av elevene med skolevegringsproblematikk har angst, depresjon eller begge deler (Egger mfl., 2003; Heyne mfl., 2015), der sosial angstlidelse er funnet å være mest hyppig for ungdom med skolevegring (Heyne mfl., 2011).

Det finnes noen kriterier for skolevegring: a) eleven har motvilje mot å gå på skolen som kan føre til langvarig fravær; b) eleven er vanligvis hjemme i skoletiden og foreldrene er som regel klar over det; c) de blir følelsesmessig opprørte bare ved tanken på å gå på skolen, og får somatiske plager, angst, begynner å gråte og blir nedstemte; d) de har ikke alvorlig antisosial atferd, selv om de kan ha sterk motstand dersom foreldrene prøver å overtale de til å gå på skolen; og e) foreldrene har forsøkt å få barnet på skolen (f.eks. Berg mfl., 1969; Berg, 2002; Heyne mfl., 2019; Havik og Ingul, 2021). Kriteria e) skiller skolevegring fra foreldremotivert fravær.

Skulk

Skulk skjer oftest som en gradvis prosess der eleven uteblir fra deler eller hele skoledager/timer, og over tid mister motivasjonen for det som skjer i skolen, synes skolen er kjedelig og uinteressant, og de opplever svak tilhørighet til det som skjer i skolen og til lærere/medelever. Elever som skulker skolen er oftere uinteressert og misliker skolen, skolearbeid og lekser, er mer trassige og viser motstand overfor voksne, skjuler fraværet fra foreldre og lærere og lager unnskyldninger, unngår skole og hjem, har sjelden frykt eller angst for å gå på skolen, har oftere atferdsvansker og er mer utagerende.

Det er mange definisjoner på skulk som gjør det vanskelig å sammenligne tidligere forskning. I en oppsummeringsartikkel om skulk ble 16 studier inkludert. To av studiene inkluderte ingen definisjon, mens i de andre 14 studiene ble det brukt 11 ulike definisjoner (Sutphen mfl., 2010). I en studie ble tre typer skulk identifisert: 1) de som er hjemme der foreldre visste at den unge ikke var på skolen (40 prosent); 2) tradisjonelle skulkere der foreldrene ikke visste at den unge ikke var på skolen (33 prosent); og 3) sosiale skulkere som skulket sammen med andre og oppholdt seg hverken på skolen eller hjemme (27 prosent) (Keppens og Spruyt, 2017).

Dette viser at elever som skulker skolen er en uensartet gruppe og at det finnes mange definisjoner. Skulk blir her definert som elever med udokumentert fravær, som opplever manglende tilhørighet til skolen, skolearbeidet, lærere og medelever, og som ofte søker tilhørighet andre steder enn på skolen, som viser liten interesse for skolen, men som ikke har angst eller frykt relatert til det å gå på skolen.

Andre typer fravær

Noen viser tegn til både skolevegring og skulk, og har flere og mer omfattende diagnoser, som både angst, depresjon og atferdsforstyrrelser (Egger mfl., 2003). Dette kan være elever som har strevd lenge med å gå på skolen, og de trenger mer omfattende behandling i spesialisthelsetjenesten. Videre er det noen elever som

holdes hjemme fra skolen på grunn av foreldrenes egne behov eller uvitenhet, og noen som ekskluderes fra skolen. Dette blir omtalt som foreldremotivert fravær og fravær motivert fra skolen, men blir ikke nærmere omtalt i denne artikkelen.

Tidlige tegn

De første tegnene til skolevegring kan være at foreldrene må presse barnet til å gå på skolen, den unge ber om å slippe å gå på skolen og de klager på vondt i magen eller hodet, de viser problematisk atferd om morgenen for å slippe å gå, og er gjentatte ganger trøtte på morgenen (Kearney, 2008). Det er vanligvis bare foreldrene som ser dette, og dersom foreldrene ikke forteller det til læreren, vil skolen være uvitende om hvordan eleven (og foreldrene) har det. Læreren blir oppmerksom først når eleven får periodisk fravær eller uteblir fra enkelttimer, som igjen kan føre til repetert fravær eller uteblivelse fra enkelttimer, og videre kan det føre til fullstendig fravær i perioder av skoleåret eller fravær over en lengre periode (Kearney, 2008). Derfor er det viktig at foreldrene forteller skolen/læreren at de strever hjemme med å få barnet sitt til skolen slik at tiltak kan iverksettes tidligere.

Betydningen av kartlegging

Det finnes ingen klare grenser for når skolevegring eller skulk oppstår. Men ved tidlig å identifisere elever med tegn til fraværproblematikk, vil skolen sammen med foreldrene lettere tilrettelegge og iverksette tiltak før skolevegring eller skulk blir etablert. Det betyr at skolefravær må bli registrert på en god og systematisk måte, både enkelttimer, hele og halve dager, men også når de kommer for sent til timene, forlater timer, og om de oppholder seg i gangen eller i skolegården når de skulle hatt undervisning. I tillegg må skolen gjennomgå fraværregistreringen på en systematisk måte, for tidlig å oppdage, og deretter kartlegge, hvorfor en elev ikke er på skolen. Grunnene kan skyldes forhold på skolen, hjemme og/eller hos eleven selv, og alle forhold må kartlegges grundig før tiltak skreddersys den enkelte eleven (Ingul mfl., 2019). Det er når risikofaktorer overstiger beskyttende faktorer at fravær kan oppstå (Thambirajah mfl., 2008). I tillegg kan det være forhold som opprettholder fraværet, slik som at det er mer attraktivt og behagelig å være hjemme i skoletiden, f.eks. sove lenge og spille dataspill utover natten.

Det er viktig at elevens stemme blir hørt, og at elevsamtalen har en sentral plass både i kartlegging og planlegging av tiltak, i tillegg til uformelle samtaler med elevene. Foreldrene må også bli involvert, hørt og tatt på alvor. Foreldrene har ansvar for tiltak hjemme, men kan ha behov for veiledning og/eller konkret hjelp for å bedre hjelpe sine barn. Derfor må det undersøkes hva foreldrene strever med, hva de trenger hjelp til og om de er bekymret og motivert for å gjøre den innsatsen som må til for å få barnet til skolen. Foreldrene har ofte strevd lenge hjemme med å få barnet sitt til å gå på skolen, og derfor kan de være slitne og føle seg maktesløse når eleven har utviklet skolefravær og når skolen oppdager det. Det er derfor viktig at foreldrene blir hørt og trodd, og ikke blir tildelt skyld for elevens fravær (Havik mfl., 2014).

I tillegg må skolen raskt kartlegge (utelukke eller bekrefte) om det er forhold i skolen som gjør at det er vanskelig for eleven å gå på skolen (Kearney, 2016). Det kan være viktig å stille spørsmål om elevens generelle fungering på skolen, om fraværet, faglig og sosial fungering, opplevelse av elevens atferd og vegring, opplevelse av det sosiale miljøet i klassen, og mer konkret om lærernes relasjon til eleven, mobbing, ensomhet, utrygt læringsmiljø, uforutsigbarhet, osv. (f.eks. Havik mfl., 2015).

Det er viktig at elevens stemme blir hørt, og at elevsamtalen har en sentral plass både i kartlegging og planlegging av tiltak, i tillegg til uformelle samtaler med elevene

Når en elev vegrer seg for å gå på skolen, kan han/hun komme inn i en vond og opprettholdende sirkel

For elever som skulker skolen må elevens motivasjon for skole og skolesamarbeid undersøkes, også om eleven har depressive symptomer dersom en mistenker dette. Det er også viktig å kartlegge elevens ressurser og interesser.

Skolemiljøundersøkelser, trivselsundersøkelser og mobbeundersøkelser (anonyme og ikke-anonyme undersøkelser, observasjon og sosiogram) kan også gi nyttig informasjon, samt å undersøke om eleven strever i enkelte fag eller aktiviteter i skolen (f.eks. kroppsøving, garderobesituasjon, stormøter, presentasjoner foran klassen og lese høyt). Andre kartleggingsverktøy som ofte benyttes er School Refusal Assessment Scale (SRAS-R), som kartlegger hvilken av fire funksjoner fraværet har for eleven. De to første funksjonene handler om å forsøke å unngå eller unnsnippe ubehagelige og negative situasjoner i skolen, og er oftest relatert til skolevegring. For funksjon tre og fire ønsker elevene å oppnå oppmerksomhet utenfor skolen fra foreldre, venner eller opplevelser/goder gjennom TV, mobil og internett. Videre kan det være behov for å kartlegge ulike former angst og depressive symptomer der det finnes enkle screeninger, og det kan også være behov for grundige psykologiske og medisinske undersøkelser.

Deretter må informasjonen fra kartlegging, observasjon og samtaler, samles og analyseres, der alle involverte lager en felles caseformulering om elevens utfordringer, ressurser og mål, for så å planlegge og iverksette tiltak.

Opprettholdende sirkel

Når en elev vegrer seg for å gå på skolen, kan han/hun komme inn i en vond og opprettholdende sirkel (Thambirajah mfl., 2008). De kan oppleve å komme til kort faglig og bli hengende etter medelevene faglig, opplever seg mer og mer sosialt isolert og angsten/depresjonen øker. Dersom de i tillegg har det behagelig hjemme i skoletiden, kan dette forsterke sirkelen. Derfor vil de oppleve mer angst/depresjon når foreldrene prøver å få barnet tilbake til skolen, og fraværet kan lettere bli etablert. Det betyr at fravær kan avle mer fravær. Fraværet kan også opprettholdes dersom de frykter hva medelever sier og spør om når de kommer tilbake til skolen. Denne frykten kan reduseres ved at læreren gir medelevene en enkel forklaring på hvorfor eleven har vært borte fra skolen og før eleven kommer tilbake. Lærerne og andre voksne i skolen bør også få en forklaring, slik at eleven ikke settes i situasjoner som gjør det vanskelig for han/henne.

Noen tiltak

Tiltak må tilpasses og skreddersys den enkelte elev etter grundig kartlegging. Denne artikkelen kan ikke gi en uttømmende liste over aktuelle tiltak, men noen sentrale tiltak i skolen blir presentert.

Det er viktig at eleven opplever at skolen er et trygt sted å være og lære, og at andre bryr seg. Det handler om å bygge gode relasjoner til lærere og medelever, og at læreren er en autoritativ klasseleder som balanserer emosjonell støtte og kontroll (Ertesvåg, 2009). Dette kan skape et trygt læringsmiljø, redusere stress og gi økt grad av forutsigbarhet og kontroll, som er viktig i alle timer og aktiviteter i skolen, slik som i fag som kan oppleves mindre forutsigbare, f.eks. kroppsøving.

Dersom eleven er uengasjert og mangler motivasjon for skole og skolearbeid, må tiltakene skreddersys slik at de opplever skolen mer meningsfull. Det kan være sentralt å bygge gode relasjoner og tillit mellom eleven og den voksne som har et spesielt ansvar for å følge opp eleven, men også å bygge gode relasjoner til medelever. Dermed kan elevens opplevelse av tilhørighet til skolen øke. Eleven må oppleve at voksne og medelever bryr seg og vil at de skal komme til skolen og som etterspør eleven direkte når han/hun ikke kommer.

Blir eleven utsatt for mobbing, skal mobbing stoppes. I tillegg kan eleven ha behov for individuell oppfølging etter mobbingen har stanset, og i noen tilfeller kan eleven ha behov for terapi etter mobbing

Tiltak for å øke motivasjon kan være å involvere eleven i egen læringsprosess og bruke elevens interesser og ressurser i undervisningen, gjøre skolearbeidet mer relevant, tilpasse undervisningen til elevens faglige forutsetninger og at det ikke blir for vanskelig, lett eller «kjedelig». Elever som skulker skolen har ofte venner som også skulker skolen, og de kan påvirke hverandre i negativ regning. Derfor kan det være behov for å hjelpe dem med å etablere nye og bedre relasjoner, både i fritiden og i skolen. Tiltakene som iverksettes bør ha som mål øke elevens opplevelse av tilhørighet til skolen, fagene, lærerne og til medelevene.

Blir eleven utsatt for mobbing, skal mobbing stoppes. I tillegg kan eleven ha behov for individuell oppfølging etter mobbingen har stanset, og i noen tilfeller kan eleven ha behov for terapi etter mobbing (slik som ved posttraumatisk stresslidelse). Noen kan også ha behov for tiltak for bedre sosial kompetanse og ferdighetstrening slik at de fungerer bedre i sosiale relasjoner. Dette kan også være et godt tiltak for elever som ikke har venner og som opplever å være ensomme.

Dersom eleven er engstelig eller har angst, er eksponering en teknikk der eleven gradvis utsetter seg for et fryktet stimuli for å redusere frykten (Kearney, 2016). Det er viktig å stå i situasjonen helt til frykten avtar og gjerne halveres, gjentatte ganger. Da vil de oppleve at angsten avtar for hver gang. Dersom de alltid holder seg unna situasjoner som vekker angst, slik som det å lese høyt i klassen, vil ikke denne angsten avta, men heller øke. Eksponeringstrening er en del av kognitiv terapi, som har god effekt for elever med skolevegring og angst (Heyne mfl., 2015).

Andre deler av kognitiv terapi er psykoedukasjon (lære hva som skjer i kroppen når en får en frykt- eller angstreaksjon, og hva som kan gjøres), avspennings- trening (lære å stresse ned i hverdagen, som igjen kan gi en høyere terskel for å bli engstelig i stressende situasjoner), bruk av angsthierarki der følelser sorteres og rangeres (fra 0 til 10) og der eleven først eksponeres for situasjoner som er midt på skalaen, lære å være tankedetektiv der de lærer å gjenkjenne egne tanker og tankefeller. Ved å endre tanker, endres også følelser, kroppslige reaksjoner og atferd. Kognitiv terapi burde vært et lavterskeltilbud i alle kommuner, og før problemene blir så store at den unge må henvises til psykiatri.

Gradvis opptrapping

Uansett type skolefravær, må grunnene kartlegges grundig før tiltak planlegges og iverksettes (Ingul mfl. 2019). En plan for gradvis opptrapping er særlig viktig dersom eleven viser tegn til skolevegring. Planen er eleven sin plan, der elevens, skolens og foreldrenes oppgaver bør være konkret beskrevet: hvem har ansvar for hva og når, hvem gjør hva om de ikke klarer å gjennomføre planen, og når skal planen evalueres (Kearney, 2016).

Involvere og samarbeide med foreldre

Et godt samarbeid mellom skole og hjem er sentralt, der alle ser på sin rolle for å forstå og hjelpe eleven. Det er sjelden kun ett forhold som fører til skolefravær, og derfor finnes det heller ingen enkle løsninger. Foreldrenes rolle og oppdragelse er sentral; som det å sette grenser, stille krav, gi hjelp, tilrettelegge, vise kjærlighet, tillit og emosjonell støtte, og å følge med på hva deres barn gjør og hvem de er sammen med på skolen og i fritiden. Skolen skal bistå foreldrene i dette arbeidet, slik at skole og hjem sammen rustet barn og unge til å møte livet i - og utenfor - skolen. Noen elever skjuler fraværet fra foreldre og lærere, og det er viktig at skole og hjem har et nært samarbeid og at skolen varsler foreldrene om fravær umiddelbart.

Når en elev er identifisert, er det sentralt å kartlegge hvorfor eleven strever eller ikke har lyst til å gå på skolen, før tiltak skreddersys

Oppsummering og veien videre

Det er viktig å forstå kompleksiteten rundt fraværsproblematikk, og at det kan skyldes mange ulike forhold. Skolene bør fremme tilstedeværelse og nærvær for alle elever i skolen og forebygge skolefravær gjennom hele skoleløpet. Dersom skolene har gode systemer på å registrere fravær og gjennomgå fraværdata, kan elevenes fravær bli oppdaget tidligere. Når en elev er identifisert, er det sentralt å kartlegge hvorfor eleven strever, eller ikke har lyst til å gå på skolen, før tiltak skreddersys. En nøkkel er å etablere et tett samarbeid mellom elev, hjem og skole, i tillegg til andre involverte aktører der alle har en definert og konkret rolle i arbeidet rundt eleven.

Referanser

- Bakken, A. (2021). *Ungdata 2021. Nasjonale resultater*. NOVA Rapport 8/21. NOVA, OsloMet
- Berg, I., Nichols, K., & Pritchard, C. (1969). *School phobia: Its classification and relationship to dependency*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 10, s. 123-141
- Berg, I. (2002). *School avoidance, school phobia, and truancy*. In M. Lewis (Ed.), *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook* (3. utg.), s. 1260-1266. Lippincott Williams & Wilkins
- Egger, H.L., Costello, E.J., & Angold, A. (2003). *School refusal and psychiatric disorders: A community study*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, s.797-807
- Ertesvåg, Sigrun K. (2009) *Classroom leadership: the effect of a school development programme*. *Educational Psychology*, 29(5), s. 515-539
- Havik, Trude (2018). *Skolefravær: å forstå og håndtere skolefravær og skolevegging*. Gyldendal Akademisk
- Havik, T., Bru, E., & Ertesvåg, S.K. (2014). *Parental perspectives of the role of school factors in school refusal*. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 19(2), s. 131-153
- Havik, T., Bru, E. & Ertesvåg, S.K. (2015). *School factors associated with school refusal- and truancy-related reasons for school non-attendance*. *Social Psychology of Education*, 18(2), s. 221-240
- Havik, T. & Ingul, J.M (2021). *Understanding of School Refusal*. *Frontiers in Education*
- Heyne, D., Gren-Landell, M., Melvin, G., & Gentle-Genitty, C. (2019). *Differentiation Between School Attendance Problems: Why and How? Cognitive and Behavioral Practice*, 26(1), s. 8-34
- Heyne, D., Sauter, F.M., & Maynard, B.R. (2015). *Moderators and mediators of treatments for youth with school refusal or truancy*. I M. Maric, P.J.M. Prins & T.H. Ollendick (red.), *Moderators and mediators of youth treatment outcomes*. S. 230-266. Oxford University Press
- Heyne D., Sauter F.M., Van Widenfelt B.M., Vermeiren R., & Westenberg P.M. (2011). *School refusal and anxiety in adolescence. Non-randomized trial of a developmentally sensitive cognitive behavioral therapy*. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, s. 870-878
- Ingul, J., Havik, T., & Heyne, D. (2019). *Emerging school refusal: A school-based framework for identifying early signs and risk factors*. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(1), s. 46-62
- Kearney, C. A. (2016). *Managing school absenteeism at multiple tiers: An evidence-based and practical guide for professionals*. Oxford University Press
- Kearney, C.A. (2008). *An interdisciplinary model of school absenteeism in youth to inform professional practice and public policy*. *Educational Psychology Review*, 20, s. 257-282
- Keppens, G., & Spruyt, B. (2017). *Towards a typology of occasional truancy: An operationalization study of occasional truancy in secondary education in Flanders*. *Research Papers in Education*, 32(1), s. 121-135
- Sutphen, R.D., Ford, J.P., & Flaherty, C. (2010). *Truancy Interventions: A Review of the Research Literature*. *Research on Social Work Practice*, 20(2), s. 161- 171
- Thambirajah, M.S., Granduson, K.J., & De-Hayes, L. (2008). *Understanding School refusal. A handbook for professionals in Education, Health and Social Care*. Jessica Kingsley Publishers

Fritidsklubben som beskyttelse for sårbare ungdommer

Av Ingunn Eriksen og Idunn Seland



Ingunn Eriksen er forsker ved seksjon for Ungdomsforskning ved NOVA, og har hovedsakelig vært opptatt av ungdoms trivsel og relasjoner med andre og av å forstå unges identitet, tilhørighet og livstilfredshet. Hun har blant annet forsket på etnisk identitet og gruppedannelse, psykiske helseplager, unges fritid og psykososialt miljø i skolen.

Idunn Seland er førsteamanuensis ved Fakultet for Lærerutdanning og internasjonale studier og forsker ved seksjon for Ungdomsforskning ved NOVA, OsloMet – storbyuniversitetet. Som forsker har hun primært arbeidet med skolefaglige problemstillinger, men også med ungdoms medborgerskap og deltakelse.

Artikkelen identifiserer sentrale kontekstuelle mekanismer i ungdomsklubber for å skape trivsel og livskvalitet for sårbare ungdommer. Artikkelen baserer seg på intervjuer med klubbansatte og ungdom som er ofte på klubb, og beskriver hvordan klubbens ansatte og jevnalderfellesskap tilbyr sårbare ungdommer trygghet, tilhørighet og en opplevelse av mestring. Dermed tilbyr klubben en institusjonalisert trygg sone for ungdom som trenger det, og gir tid til gradvis tilknytning og elvstendighet. Artikkelforfatterne foreslår tre sentrale premisser for trivsel i ungdomstida: 1) å ha et trygt sted å være hvor ungdom kan oppleve tilhørighet; 2) å ha positive relasjoner med andre; 3) å oppleve utvikling, mening og å stole på egne evner.

De første fritidsklubbene som ble etablert i de større byene i Storbritannia, Sverige og Danmark i tiårene like før og etter andre verdenskrig, skulle gi ungdom et aktivitets-tilbud og hindre kontakt med kriminalitet, rus og gjenger (Forkby & Kiilakoski, 2014). I Norge startet den første fritidsklubben etter en lignende modell i Oslo i 1953 (Vestel & Smette, 2009). I 2020 rapporterte norske kommuner om ansvar for til sammen 611 åpne fritidstiltak for ungdom (SSB, 2020). Ungdomsklubber kan også drives av private aktører. Blant slike åpne fritidstiltak finnes også ungdomshus og kultur-, musikk- og danseverksteder.

Hver tredje ungdomsskoleelev, og like mange gutter som jenter, oppgir i Ungdataundersøkelsene å ha vært på fritidsklubb siste måned. Ungdata viser også at norske fritidsklubber er attraktive for ungdommer som har foreldrene med lav utdanning og inntekt, og at det er en noe større andel blant klubbungdommer som er involvert i mobbing, slåsskamp og regelbrudd sammenlignet med ungdommer som ikke går regelmessig på klubb. Dette er likevel først og fremst et storbyfenomen, og jo mindre kommunen er målt i befolkningstall, jo mer blandet og variert er klubbungdommens sosiale bakgrunn (Andersen & Seland, 2019).

Tidligere forskning har vist at deltagelse på fritidsklubb er negativt korrelert med unges livstilfredshet og utsatthet for risiko og kriminalitet

Tidligere forskning har vist at deltagelse på fritidsklubb er negativt korrelert med unges livstilfredshet og utsatthet for risiko og kriminalitet (Feinstein, Bynner, & Duckworth, 2006; Mahoney, Stattin, & Lord, 2004; Pedersen, 2008). På den annen side har nyere bidrag i feltet vist eksempler på at fritidsklubber kan legge til rette for ungdoms samfunnsdeltakelse (Nolas, 2014), fremme evne til etisk refleksjon (Bessant, 2009) og skape gode relasjoner mellom jevnaldrende og mellom ungdommer og ungdomsarbeidere (Hart, 2016; Ritchie & Ord, 2017). Relasjonene mellom klubb-ungdommer og ungdomsarbeidere har vist seg å styrke både ungdommenes skoleinnsats og mestring på andre arenaer. Slike relasjoner kan være særlig viktig for ungdommer som har utfordringer i livet, for eksempel ungdommer med barnevernstiltak (McLeod, 2008). Nolas (2014) finner videre at de ustrukturerte miljøene i fritidsklubber legger til rette for fellesskap og vennskap mellom jevnaldrende.

I vestlige land har vi sett en skarp økning i antallet unge mennesker – særlig jenter – som rapporterer om psykiske helseplager og ensomhet (Collishaw, 2015; von Soest & Wichstrøm, 2014). Denne økningen er ofte sett i sammenheng med økte prestasjonskrav i samfunnet, særlig i forbindelse med skole og utdanning (Bakken, Sletten, & Eriksen, 2018; Eriksen, 2020, 2021). Selv om noe forskning tyder på at fritidsklubber også kan være med å forebygge ensomhet og psykiske helseplager (Fredriksson, Geidne, & Eriksson, 2015), er det lite kunnskap om hvordan dette skjer (Pinchover & Attar-Schwartz, 2018). I denne artikkelen ser vi nærmere på hvilke mekanismer i fritidsklubben som kan være med å skape bedre «well-being» – her forstått som god livskvalitet og trivsel (jf. Helsedirektoratet, 2015), med spesielt fokus på betydningen av klubbens ansatte og jevnalderfellesskap.

Vi foreslår tre sentrale premisser for livstilfredshet i ungdomstida: 1) Å ha et trygt sted å være hvor ungdom kan oppleve tilhørighet. Dette er et premiss for å oppleve mestring og autonomi i ungdomstid. 2) Å ha positive relasjoner med andre er spesielt viktig i ungdomstida, når den vage opplevelsen av «samfunnet» overtar plassen som tidligere i livet representeres av tydeligere familie/barndomsmiljø (Erikson, 1968). 3) Å oppleve utvikling, mening og å stole på egne evner. For unge mennesker handler dette om å ta et oppgjør med barndommen, men også å håndtere samfunnsmessige krav her og nå og i framtida.

Utvalg og metode

Analyser av Ungdata-undersøkelsene 2015-2017 viser at ungdommer som er på klubb fem ganger i måneden eller mer, også rapporterer om noe større utfordringer når det gjelder helse og livskvalitet sammenlignet med gjennomsnittsungdommer (Seland & Andersen, 2020). I Ungdata tilsvarende dette bare seks prosent av ungdom som oppgir å ha vært på fritidsklubb den siste måneden, men i vår intervjustudie ønsket vi å komme i kontakt med ungdommer fra denne gruppen.

Høsten 2018 besøkte vi tre fritidsklubber i like mange kommuner i Østlandsområdet og gjennomførte gruppeintervjuer med ungdommer. Til sammen intervjuet vi 14 ungdommer i alderen 14-19 år. Ungdommene ble rekruttert av fritidsklubbl lederne, som vi også fikk intervju. Alle de tre klubbl lederne som takket ja til vår forespørsel om besøk og intervju på klubben, reagerte med umiddelbar gjenkjennelse på vårt forskningsfunn fra Ungdataundersøkelsene om at en mindre gruppe ungdommer som er ofte på klubb har negative folkehelsemessige kjennetegn. Samtidig bidro klubbl lederne selv med opplysninger om at ungdom som er ofte på fritidsklubb, kan deles inn i to grupper. Den ene gruppen av hyppig besøkende, møter frem for å bruke øvingslokaler og klubbens ofte kostbare utstyr (instrumenter, datamaskiner, lydstudio e.l.), og er på denne måten dypt involvert i en aktivitet som har potensial for personlig og senere utdannings- eller karrieremessig utvikling.

Den andre gruppen hyppige besøkende er kjennetegnet nettopp ved mangel på en slik altoverskyggende interesse for en aktivitet, men kommer til klubben bare for å være der, for å «henge» med jevnaldrende og de voksne som er på jobb. Det var denne siste gruppen som av klubbl lederne ble identifisert som vår målgruppe for gruppeintervjuene med ungdom som er ofte på klubb. Vi ser dette som et strategisk utvalg (Halkier, 2012) som kan bidra med ny innsikt i opplevelsen av fritidsklubben som sosial arena og betydning for ungdoms opplevelse av trivsel og livskvalitet. I hvert gruppeintervju deltok både gutter og jenter. I det følgende har vi merket utsagn fra intervjuene med fiktive gutte- eller jentenavn for å sikre anonymitet i studien.

Endelig tilhørighet

De fleste ungdommene som ble intervjuet, var på fritidsklubben så ofte som mulig, det vil si hver eneste ettermiddag eller kveld klubben var åpen. Flere av dem beskrev klubben som et «hjem», og klubbvennene og lederne som «familie». En årsak til at ungdommene ble trukket mot klubben, kan beskrives som at de på ulike måter opplevde seg som marginaliserte, enten ved å kjenne seg som en outsider i andre miljøer, eller ved at nærområdet ellers hadde få tilbud til dem. Fritidsklubben ga disse ungdommene et sted å være. Det var ikke bare tilgjengelighet som gjorde klubben attraktiv for disse ungdommene. I tillegg til at klubben ga dem mulighet til å møte venner på hverdagene, hadde klubben ofte spennende arrangementer og fester i helgene eller skoleferiene.

Det viktigste var imidlertid at ungdommene følte at de hørte til – ofte for første gang i livet. De fleste ungdommene vi snakket med fortalte at de hadde blitt mobbet eller hadde kjent seg annerledes på en eller annen måte, som i denne samtalen mellom Emma og Thomas:

Emma: «På barneskolen hadde jeg ikke veldig mange venner. Jeg hadde liksom en veldig god venn, men da vi gikk i sjuende klasse var hun litt slem, så var vi ikke venner lenger. Og så hadde jeg ikke noen venner før midten av niende klasse.»

Thomas: «Det var litt annerledes med meg. Jeg hadde en liten vennegjeng med tre jenter – og meg. Guttene spilte alltid fotball, og jeg var ikke interessert i fotball så jeg hang bare med jentene og lekte sånn jenteleker. Og ble litt sånn mobba for det, må jeg nå ærlig si. Jentene slutta å henge med meg i femteklasse, og jeg var for så vidt helt alene frem til ungdomsskolen. Da fikk jeg to-tre venner i klassen min, så begynte jeg å henge her på klubben. Og så fikk jeg plutselig veldig mange venner. Det var uvant å gå fra ingen til mange da jeg hadde begynt her. (...) Jeg hadde alltid vært en som var veldig utafør, og som ikke alltid hadde vært like bra inkludert. Å komme hit [til ungdomsklubben] og plutselig bli veldig inkludert, det følte bra.»

For disse ungdommene representerte klubben et alternativ til andre arenaer der ungdom ferdes, og særlig et alternativ til miljøet på skolen. For mange handlet dette om at på klubben ble de tatt imot som dem de var, slik det var for Emma og Thomas.

For et par av de andre intervjuede ungdommene representerte klubben også en fysisk form for trygghet som sto i kontrast til utrygghet i hjemmet. I disse tilfellene hadde ungdommene oppsøkt klubbene for å komme bort fra vanskelige eller truende forhold i hjemmemiljøet, som Laila fortalte: «Jeg ville heller være her enn å være hjemme. Jeg hadde det ikke så bra der. Det er mye bedre her og mere stabile voksne. Her fant jeg trygge voksne, mat, et sted å være, samhold, sosialt. Det var gøy. Dette her var hybelen min.»

En av disse ungdommene beskrev klubbl ederen som «en far». Flere av ungdommene snakket om livet sitt som et «før» og «etter» at de begynte å gå på klubben. Den sterke følelsen av tilhørighet som de intervjuede ungdommene uttrykte når de fortalte om hvordan de opplevde å være på klubben, slo imidlertid også ut i en avmålthet

For et par av de andre intervjuede ungdommene representerte klubben også en fysisk form for trygghet som sto i kontrast til utrygghet i hjemmet

For alle de intervjuede ungdommene var muligheten til å være sammen med andre den sentrale årsaken til at de oppsøkte fritidsklubben

eller avstand til nykommere. Ungdommene som hadde funnet sitt trygge værested og etablert relasjoner som kunne gi støtte i hverdagen, så derfor med en viss skepsis på folk som kom «utenfra».

Relasjoner og identitet

For alle de intervjuede ungdommene var muligheten til å være sammen med andre den sentrale årsaken til at de oppsøkte fritidsklubben. For noen av dem var dette et hverdagslig aspekt ved å være på klubben, mens for andre, som tidligere hadde kjent seg som outsiders, var aksepten fra klubbledere og andre ungdommer en nesten overveldende opplevelse. Et aspekt av denne aksepten var gjenkjennelse: fordi de fleste hadde opplevd å være både nedfor og utenfor, kunne de forstå og støtte vennene sine i lignende erfaringer.

Ali: «Det jeg har funnet ut er at alle som er her på klubben, eller på vår gruppe, har vært deprimerte.»

Lena: «Ikke diagnostisert. Men føler seg litt nedfor. Veldig. Som de fleste som kommer hit og er her ofte, har liksom hatt noen problemer i livet sitt som gjør at de trenger et annet sted å være. Det er sted vi kan rømme til hvis vi føler at vi trenger det.»

Ali: «Så det er ting som henger sammen, at vi vet hvordan en person har hatt det. Og vi vet hvordan det er. Så vi kan relate.»

Aksepten fra andre forplantet seg i disse ungdommene til aksept også av sider ved egen personlighet og erfaring som de opplevde som vanskelige, og vennene på klubben ga dem støtte, råd og omsorg hvis de hadde behov for det. Når ungdommene i intervjuet ble spurt om de identifiserte seg med en eller flere særlige grupper i ungdomsmiljøet, svarte alle at de så på seg selv og vennene sine som «klubbfolk». På denne måten representerer ikke fritidsklubben bare et sted å være, men også noen å være - en identitet. Som «klubbfolk» visste ungdommene at de kunne oppleve noe hyggelig, få støtte og finne fellesskap på klubben selv når de hadde en dårlig dag, og både få hjelp av - og kunne hjelpe andre - fordi de ofte kjente seg igjen i hverandres opplevelser.

Relasjonene til klubbansatte var en annen sentral årsak til at flere av de intervjuede ungdommene gikk ofte på klubben. De oppfattet det som at klubbansatte hadde personlig eller yrkesmessig erfaring med mange av de samme problemene som ungdommene selv strevde med, og at klubbansatte derfor kunne gi verdifull veiledning når livet kjentes vanskelig. Her var det nettopp rådene, og ikke makten som voksne har, som var viktig for ungdommene, idet de oppfattet at klubbansatte ikke kunne ta avgjørelser på ungdommenes vegne, slik som foreldre og lærere hadde myndighet til å gjøre. Flere av ungdommene hadde ved å oppsøke klubben etablert et vennskap med én eller flere ansatte før de var klare til å gå videre inn i fellesskapet av jevnaldrende. Å få sitte sammen med en voksen som hadde tid til å lytte i timevis, var for disse ungdommene en helt ny opplevelse. Klubbansatte var ikke voksne som skulle lære ungdommene noe, eller som «måtte» noe annet fordi vedkommende var på jobb. Samtalen med, og aksepten fra, de voksne fikk ungdommene til å føle seg spesielle og verdifulle.

Personlig vekst og utvikling

I intervjuet ble ungdommene spurt om hva som hadde endret seg for dem etter at de begynte å gå på klubben. De fleste svarte at de kjente seg sikrere på seg selv. Noen svarte at de nå var mindre sjenerte i møte med andre, at de våget seg frempå og tok kontakt med folk de ikke kjente fra tidligere. Andre svarte at de hadde blitt mer sosiale og fått nye venner.

I hver av de tre klubbene vi fikk besøke, hadde ungdommene gradvis blitt vist mer

Klubben beskyttet ungdommene fra reelle trusler som mobbing og vanskelige familieforhold, men også fra mer eller mindre håndfaste krav om prestasjon

tillit fra klubbpersonalet og blitt innlemmet som «klubbmedarbeidere» uten lønn. Det kunne begynne med at klubblederen ba en ungdom om hjelp til en mindre oppgave i forbindelse med at klubben skulle ha et arrangement, for eksempel delta i forberedelsene til en fest. Gjennom økende vanskelighetsgrad i oppgavene, og stadig bekreftelser på tillit fra klubbpersonalet, kunne ungdommene få status som assistent, og enkelte av dem hadde også nøkkel til klubblokalene. Fra klubblederne fikk vi vite hvordan slik innlemming av ungdommer i klubbens aktiviteter var planlagt og koordinert fra de klubbansattes side. Klubblederne la i dette vekt på hvordan mestring på én arena i livet kan overføres til at man mestrer også på andre arenaer.

Flere av ungdommene som ble intervjuet, ønsket selv å bli barne- og ungdomsarbeider, eller siktet seg inn mot andre helse- eller sosialfaglige yrker. Ungdommene fortalte at det å gå på klubben og bli inkludert i aktivitetene der, hadde vist dem hvilke muligheter som ligger i slike yrkesvalg. Et par av de eldste ungdommene var allerede i gang med slike studier. Når klubbmedarbeiderne fanget opp ungdoms egne interesser, og ga dem oppgaver på klubben som gjorde at ungdommene fikk øvelse og erfaring, kunne dette føre til at ungdommene etter hvert også kan få betalte småjobber, for eksempel med å kjøre lys eller lyd på et arrangement i kommunal regi. Alle tre klubbledere hadde vært referanse for tidligere klubbungdommer som skulle ut i yrkeslivet.

Et fellestrekk ved historiene som kom frem i intervjuene med ungdommene var at de hadde gått fra å kjenne seg ensomme, eller mistriddes med tidligere venner, til å være noen som andre satte pris på og som kunne yte hjelp og støtte. Ungdommens yrkesvalg, hvor flere av dem så for seg arbeid i helse- eller oppvekstsektoren, understøtter dette. Når klubblederne uttalte seg om ungdom generelt, påpekte to av dem at unge mennesker har det så travelt med å «bli til noe», og at klubbaktiviteten ga ungdommene et mestringsalternativ til det å være god på skolen eller i idrett. Når vi spurte ungdommene om hva de gjorde på klubben på en vanlig ettermiddag, svarte de at de slappet av, spilte kort eller bare satt i sofagruppen og snakket sammen. Av og til så de på TV mens de var på klubben, eller spilte dataspill med hverandre. Ingen av disse aktivitetene kan sies å være videre prestasjonsorienterte, men aktivitetene ga ungdommene trivsel, underholdning og samvær, som var nøyaktig hva de ønsket seg.

I en tid som i så stor grad legger vekt på et høyt nivå av aktivitet og prestasjon, kan det å ikke ta et aktivt valg, og å bare vente, også ses på som et valg (Cuzzocrea, 2018). I denne konteksten kan man se på fritidsklubb som et ly for ungdomstidas stormer, krav og press. Klubben beskyttet ungdommene fra reelle trusler som mobbing og vanskelige familieforhold, men også fra mer eller mindre håndfaste krav om prestasjon. Ved å beskytte de sårbare ungdommene fra de hardeste kravene, opplevde ungdommene allikevel å mestre, og de kommuniserte de relativt sett mildere kravene fra klubben om å delta i klubbaktiviteter som en form for mening og retning.

Trivsel i ungdomstida

Vi ser at ungdomsklubber har potensial til å legge til rette for økt trivsel livstilfredshet for sårbare ungdom, gjennom alle de tre sentrale premisene for livstilfredshet i ungdomstida: For det første ga ungdomsklubben dem et sted å være hvor de følte seg velkomne og at de hørte til, særlig de av ungdommene som tidligere hadde følt seg utenfor. For det andre ga klubben dem mulighet for å skape gode vennskap og relasjoner med jevnaldrende og voksne. De fikk delta i et sterkt fellesskap. Fra å være en som var annerledes, fikk de en positiv «klubbidentitet». De ble godtatt for hvem de var. For det tredje ga klubben dem mulighet for mestring og autonomi, og fristilte dem til en viss grad fra krav fra skole og foreldre. For disse sårbare ungdommene fungerte fritidsklubben som et fristed fra utfordringer som de gradvis ble mer rustet til å takle

Det å mestre ble for dem noe de selv ønsket og hadde lyst til å erfare ved å få prøve seg i trygge omgivelser, fordi de hadde lyst og ikke fordi de kjente seg presset

gjennom å bruke fritiden sin på klubben. Det å mestre ble for dem noe de selv ønsket og hadde lyst til å erfare ved å få prøve seg i trygge omgivelser, fordi de hadde lyst og ikke fordi de kjente seg presset. Ved klubbansattes forsiktige assistanse fant disse ungdommene først en trygghet i å komme på klubben, deretter kunne de bli kjent med seg selv på nye måter fordi klubbmiljøet speilet sider ved deres personlighet og behov som ikke ble dekket hjemme eller på skolen. Gradvis fant ungdommene frem til verdier og identitetstrekk som de opplevde som sine egne, selv om det samtidig vil stå klart gjennom en slik intervjustudie at klubben, klubbmiljøet og ikke minst de klubbansatte har vært sentrale formidlere av disse verdiene.

Gjennom intervjuene med lederne i de tre fritidsklubbene fikk vi flere eksempler på hvor viktig samtalen og den uformelle kontakten mellom ledere og ungdommer er i det vi kan kalle essensen i det relasjonelle klubbarbeidet. Dette arbeidet består i å etablere et trygt holdepunkt og en beskyttende struktur rundt ungdommer som strever med et eller annet, gi dem tro på at de kan håndtere små og store utfordringer, og forsikre dem om at de kan få hjelp fra andre hvis det er nødvendig. Tilliten som klubbliderne ønsket at ungdommene på denne måten skulle erfare, fordrer at lederne generelt er tilgjengelige og stiller seg til rådighet, at lederne prioriterer å slå av en prat så sant muligheten byr seg, og at de ikke gir opp selv om ungdommen skulle skuffe dem eller utebli for en tid. Klubbliderne er voksne med alt ansvar dette innebærer, men baserer råd og veiledning av ungdommene på tillit og vennskap fremfor den autoritet som en forelder eller lærer kan kjenne seg nødt til å bruke.

Referanser

- Andersen, P. L., & Seland, I. (2019). *Fritidsklubber i et folkehelseperspektiv*. Analyser av statlige dokumenter 2007-2017 og Ungdata 2015-2017. Oslo: NOVA.
- Bakken, A., Sletten, M., & Eriksen, I. M. (2018). *Generasjon prestasjon? Ungdoms opplevelse av press og stress*. Tidsskrift for ungdomsforskning, 18(2), s. 45-75.
- Bessant, J. (2009). *Aristotle meets youth work: A case for virtue ethics*. Journal of youth studies, 12(4), s. 423-438.
- Collishaw, S. (2015). *Annual Research Review: Secular trends in child and adolescent mental health*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 56, s. 370-393. doi:10.1111/jcpp.12372
- Cuzzocrea, V. (2018). *Moratorium or waithood? Forms of time-taking and the changing shape of youth*. Time & Society, 0961463X18763680.
- Eriksen, I. M. (2020). *Class, parenting and academic stress in Norway: Middle-class youth on parental pressure and mental health*. Discourse: studies in the cultural politics of education. doi:10.1080/01596306.2020.1716690
- Eriksen, I. M. (2021). *Duty, discipline and mental health problems: Young people's pursuit of educational achievement and body ideals*. Journal of youth studies.
- Eriksen, I. M., & Seland, I. (2020). *Conceptualizing well-being in youth: The potential of youth clubs*. Young, 1-16. doi:10.1177/1103308820937571
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. New York: W. W. Norton & Company.
- Feinstein, L., Bynner, J., & Duckworth, K. (2006). *Young people's leisure contexts and their relation to adult outcomes*. Journal of youth studies, 9(3), s. 305-327.
- Forkby, T., & Kiilakoski, T. (2014). *Building capacity in youth work: Perspectives and practice in youth clubs in Finland and Sweden*. Youth & Policy, s. 112, 1-17.
- Fredriksson, I., Geidne, S., & Eriksson, C. (2015). *Important strategies for youth centers to be health-promoting settings*. Health Science Journal, 10(1).
- Halkier, B. (2012). *Fokusgrupper*. In S. Brinkmann & L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative metoder: Empiri og teoriutvikling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hart, P. (2016). *Young people negotiating and maintaining boundaries in youth work relationships: findings from an ethnographic study of youth clubs*. Journal of youth studies, 19(7), s. 869-884.
- Helsedirektoratet. (2015). *Well-being på norsk*. Publikasjon IS-2344. Oslo: Helsedirektoratet.
- Mahoney, J. L., Stattin, H., & Lord, H. (2004). *Unstructured youth recreation centre participation and antisocial behaviour development: Selection influences and the moderating role of antisocial peers*. International Journal of Behavioral Development, 28(6), s. 553-560.
- McLeod, A. (2008). *'A friend and an equal': do young people in care seek the impossible from their social workers?* British Journal of Social Work, 40(3), s. 772-788.
- Nolas, S.-M. (2014). *Exploring young people's and youth workers' experiences of spaces for 'youth development': creating cultures of participation*. Journal of youth studies, 17(1), s. 26-41. doi:10.1080/13676261.2013.793789
- Pedersen, W. (2008). *Deltakelse i ungdomsorganisasjoner og bruk av rusmidler [Participation in youth organisations and drug use]*. Tidsskrift for ungdomsforskning, 8(1).

- Pinchover, S., & Attar-Schwartz, S. (2018). *Is Someone There for You? Social Support of Youth in Educational Residential Care from Family, Peers and Staff*. *The British Journal of Social Work*.
- Ritchie, D., & Ord, J. (2017). *The experience of open access youth work: the voice of young people*. *Journal of youth studies*, 20(3), s. 269-282.
- Seland, I., & Andersen, P. L. (2020). *Hva kjennetegner ungdom som går på norske fritidsklubber og ungdomshus?* [Characteristics of youths attending youth clubs in Norway]. *Nordisk Tidsskrift for Ungdomsforskning*, 1(01), s. 6-26.
- Statistisk Sentralbyrå. (2020). Kulturtilbud. 12063: Kommunale fritidstilbud, etter region, statistikkvariabel og år.
- Vestel, V., & Smette, I. (2009). *Fritidsklubben som forebyggende arena - har den «gått ut på dato»?* *Tidsskrift for ungdomsforskning*, 7(1), s. 77-102.
- von Soest, T., & Wichstrøm, L. (2014). *Secular trends in depressive symptoms among Norwegian adolescents from 1992 to 2010*. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(3), s. 403-415.

Rammer rundt unge liv



Innledning Rammer rundt unge liv

Innledningsvis starter dette kapittelet med en beskrivelse av hva som skjer når barn og unge under 18 år utvikler alvorlige psykiske problemer og trenger spesialisert behandling. Vi får en innføring i helsetjenestene og samarbeidet mellom tjenester og tjenestenivåer for barn og unge.

Videre får vi høre om hvordan ny kunnskap og erfaringer med behandling av angst- og tvangslidelser gir oss mer kunnskap om hjernen og dens plastisitet. Vi begynner å forstå mer hva som endrer seg i hjernen ved god behandling og hva som er mer varige sårbarhetsfaktorer for utvikling av angst og tvangslidelser.

Traumatisering av barn er et folkehelseproblem. Vi kan ikke alltid beskytte barn mot traumatiserende hendelser. Hver dag blir noen barn utsatt for skremmende helseundersøkelser, de opplever bilulykker, noen mister nære omsorgspersoner, andre blir utsatt for vold og seksuelle overgrep, mobbing eller naturkatastrofer som leirskred og evakuering fra eget hjem. Artikkelforfatteren ser nærmere på hvordan traumer hos barn og unge best kan behandles.

Det er vanlig å oppleve tankekjør i mange situasjoner i livet, men det finnes også problematiske former for tankekjør som er tett knyttet sammen med psykiske lidelser som for eksempel angst, depresjon, tvangslidelser og PTSD. Forskeren bak denne artikkelen viser hvordan man kan hjelpe ungdommene å finne en vei ut av tankekjøret via følelsene.

Tiltaksutvikling i Norge har tradisjonelt vært tiltak utviklet i forbindelse med forskning, og er dermed kanskje for styrt av forskningsprosjektet knyttet til en diagnose og ikke et helt liv. I en artikkel om evalueringsforskning ser vi nærmere på hvordan vi kan få en bedre modell for tiltaksutvikling og forskning og samspillet mellom de to elementene ved kunnskapsutvikling og implementering. Målet er tjenester der forskningsfunn, behandlererfaringer og pasientenes ønsker gis plass.

Ungdomstiden er en tid der de fleste unge gjør erfaringer i møte med rus, og begynner å bruke alkohol som en del av et liv mer dominert av venner og sosiale grupper. I artikkelen *Rus og rammer* får vi vite mer om bruk av rusmidler i ungdomspopulasjonen og hvordan vi kan møte det på en god måte for å forebygge rusproblemer.

Det flerkulturelle perspektivet er sentralt i dette kapittelet. Vi hører om kulturens rolle i den diagnostiske prosessen. I møte med barn og unge som strever psykisk, er det viktig å med seg en bevissthet og kunnskap om ulike oppfatninger av psykiske lidelser og behandling, og hvordan vi kan møte dette med den nødvendige forståelse og sensitivitet i en helsetjeneste basert på standardiserte vestlige diagnosemanualer utviklet i en dominerende flertallskultur som definerer standardene.

Videre hører vi om livskvalitet og mestring blant alenekommende, mindreårige flyktninger etter bosetting i Norge. Enslige, mindreårige flyktninger (EMA) er en spesielt sårbar gruppe. To av artikkelforfatterne har bakgrunn som EMA og deler her sin kunnskap om god ivaretagelse og tilrettelegging etter bosetting i en kommune.

Kontekstuell kompetanse i helsetjenestene i møte med samiske barn og unge med psykiske vansker er av stor betydning. Artikkelen i dette kapittelet er basert på en teoretisk forståelse om at nettverk og historie har betydning for sosialisering og viser hvordan man kan legge til rette for god psykisk helse for barn og unge med samisk barndom gjennom å utvikle en trygg etnisk identitet.

Psykiske lidelser i oppveksten. Møtet med behandlingsapparatet

Av Cilje Sunde Rolfsjord



Cilje Sunde Rolfsjord er psykologspesialist og forskningsleder ved Nic Waals Institutt (NWI), en poliklinikk for barn og unges psykiske helse (BUP) som tilhører Lovisenberg Diakonale Sykehus i Oslo.

Hun har nesten 20 års erfaring med terapeutisk arbeid med barn, ungdom og familier, og har de siste årene spesialisert seg i mentaliseringsbasert terapi.

Cilje veileder i tillegg psykologistudenter i praksis på barne- og familieklubben ved UiO. Hun jobber også med en doktorgrad som undersøker erfaringer med bruken av et elektronisk tilbagemeldingssystem, *TellMe More*.

På samme måte som det er normalt å bli rammet av fysisk sykdom i løpet av livet, er det også normalt å oppleve psykiske helseplager. Det er anslått at ca. 5-7% av barne- og ungdomsbefolkningen til enhver tid vil ha så store plager at det kan betegnes som en psykisk lidelse. Det kan medføre behov for hjelp innen spesialisthelsetjenesten for psykisk helsevern for barn og unge, det vil si BUP. Helsepolitisk er det et mål om at BUP skal nå 5-7% av barn og unge. Det er også et mål at lavterskeltilbud skal nå ca. 20% av barn og unge for å hjelpe med lettere plager. Dette målet er ikke nådd, men utviklingen går heldigvis i riktig retning, selv om det tar tid. Under koronapandemien har man sett en økning i antall barn og unge som kontakter hjelpeapparatet, både lavterskeltilbud og spesialisthelsetjenesten [1]. I februar 2021 publiserte NRK Ytring en bekymringsmelding underskrevet av 245 norske barnepsykologer der denne pågangen beskrives, og det etterlyses tiltak fra myndighetene for å unngå at behandlingsapparatet blir liggende med brukket rygg [11]. I denne artikkelen vil møtet med BUP beskrives nærmere.

Møtet med BUP

Et spørsmål om tillit

Mange av de barna og ungdommene som kommer til BUP, kan ha opplevd skremmende eller krenkende hendelser med andre mennesker. Det kan medvirke til at det å ha tillit til andre kan være vanskelig, inkludert det å ha tillit til en terapeut. Det kan ha vært en viktig og nødvendig «overlevelsesstrategi» å være skeptisk til andre menneskers intensjoner og å være på vakt for fare, men denne strategien kan stå i veien for å kunne motta hjelp og inngå i nye, trygge relasjoner etter at «faren er over» og man ikke trenger samme beredskap lenger (Fonagy & Allison, 2014). For å kunne etablere tillit, har mange ungdommer gitt uttrykk for at de trenger en terapeut som oppleves

Henvising til og behandling i BUP er frivillig og basert på samtykke fra foreldre når barnet er under 16 år, og fra barnet selv når det er over 16 år

som ekte og som bryr seg på ordentlig [10]. Terapeuten må ha tid og tålmodighet og tåle avvisning og relasjonsbrudd. Forskning har vist at brudd i en terapeutisk relasjon kan være nødvendig og viktig i prosessen mot bedring, men det forutsetter at bruddet blir reparert på en god måte, slik at terapien kan fortsette og tilliten styrkes (Safran et al., 1990). Nye, relasjonelle erfaringer gjennom terapi er en viktig del av veien mot å få det bedre (Kazdin, 2009; Lambert, 2013). Barnet eller ungdommen må få en opplevelse av å bli sett og forstått fra sitt ståsted, og bli tatt på alvor i sitt uttrykk, selv om dette uttrykket kanskje kan være vanskelig å forstå for omgivelsene. Symptomer kan oppstå som en form for kommunikasjon eller mestringsforsøk, og hjelperen må forsøke å se «bak symptomet» for å komme i posisjon til å kunne forstå og hjelpe.

Henvising til BUP

For å sikre rett hjelp på rett nivå, er det bestemt at milde til moderate psykiske lidelser skal behandles i kommunen, mens moderate til alvorlige tilstander skal henvises til spesialisthelsetjenesten. Fastlege, skolehelsetjeneste, kommunepsykolog eller barneverntjeneste kan henvise videre til BUP. BUP har retningslinjer og frister for ventetider som gjør at de mest alvorlige tilstandene skal prioriteres og gis kortest ventetid [3]. BUP har også ansvar for øyeblikkelig hjelp på dagtid, og man skal kunne få en vurdering på dagen av akutte tilstander.

Henvising til og behandling i BUP er frivillig og basert på samtykke fra foreldre når barnet er under 16 år, og fra barnet selv når det er over 16 år. Mange barn og ungdommer blir henvist til BUP på andres initiativ. Kanskje er foreldre bekymret, eller en lærer eller helsesykepleier på skolen har fanget opp at barnet strever med noe. Det kan for noen barn og unge fortone seg som om de blir «sendt til BUP» noe motvillig, og med en kanskje for dem uklar årsak til hvorfor og hva de skal der. Vi vet at for å lykkes med å hjelpe barn og unge til å få det bedre, er det avgjørende at de selv kan bli trygge og autonome deltakere i den hjelpen som gis.

Pakkeforløp utredning og behandling

I januar 2019 ble det såkalte «pakkeforløpet» for psykisk helse barn og unge innført i BUP. Hensikten med pakkeforløpet var å sikre mest mulig helhetlige og forutsigbare behandlingsforløp med god koordinering mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, uten unødvendig ventetid, og å redusere noe av den uønskede, geografiske variasjonen som finnes mellom ulike behandlingssteder. Å sikre aktiv brukermedvirkning ved at barn og unge selv kjenner til sin egen henvising, at de er involvert i å utforme sin behandlingsplan og å evaluere behandlingen, var også viktige mål da pakkeforløpene ble laget. [4]. Til tross for gode intensjoner, viser SINTEFs foreløpige evalueringer at mange behandlere opplever at pakkeforløpet har gjort at de bruker mer tid til administrative oppgaver, og mange brukere rapporterer at de har fått lite informasjon om hva pakkeforløpet innebærer for dem. Disse tilbakemeldingene tas med videre i arbeidet med implementeringen (Ådnanes et al, 2020 og 2021).

Brukermedvirkning: Hvordan sikre barn, unge og foresatte en stemme i egen behandling?

I beskrivelsen av pakkeforløp for barn og unge, anbefales det at behandlingsstedet henter inn systematisk tilbakemelding fra pasienter og pårørende for å følge med på om behandlingen fører til ønsket endring og for å kunne justere behandlingstilnærmingen underveis [4].

Forskning på bruk av tilbakemeldingsverktøy i terapi med voksne, har vist at det kan være nyttig særlig for å oppdage behandlingsforløp som ikke er «på sporet» (Lambert & Coco, 2014; Lyons et al., 2016; Shimokawa et al., 2010). Det er mindre forskning på bruk av tilbakemeldingsverktøy for barn og unge (Bergman et al., 2018),

Alt helsepersonell har taushetsplikt, det gjelder også i BUP. Taushetsplikten gjelder også overfor barn, men foreldre har rett til å få vite om forhold som er viktige for at de skal kunne utøve god omsorg

men flere forskningsprosjekter er i gang, og det er viktig å finne måter barn og unge og deres pårørende kan gi systematisk tilbakemelding på om den behandlingen de mottar. Ved Lovisenberg diakonale sykehus, Nic Waals Institutt, tester man for tiden ut et elektronisk tilbakemeldingssystem, TellMe More. Der svarer barn, unge og omsorgspersoner på spørsmål på en iPad hver gang de kommer til time på BUP om hvordan det går med dem (mål på symptomer og funksjon), og om samarbeidet med terapeuten. Svarene blir sendt til barnets journal, så terapeuten kan følge med på utviklingen og bruke informasjonen til å justere behandlingen underveis. Svarene blir også samlet aidentifisert på gruppenivå i klinikkens «kvalitetsregister». Et forskningsprosjekt skal finne ut av om dette er nyttig og om det oppleves meningsfullt. Det foregår også et arbeid for å etablere et nasjonalt kvalitetsregister for barn og unges psykiske helse, og ulike aktører jobber sammen for å forsøke å finne nyttige mål til et slikt register (SKDE, 2018).

Møtet mellom hjelperen og den unge

Når barn, unge og familier først kommer til BUP, opplever de ofte å være midt i en krise. Det første målet vil da være å etablere trygg kontakt og en god samarbeidsallianse. Det vil si at man må bli kjent, ikke bare med hva som er problemer og utfordringer, men også med det som er ressursene til barnet og familien. Gjennom de første samtalene vil man forsøke å skape en felles forståelse, og lage en plan for videre utredning og behandling (behandlingsplan), som beskriver hvordan man kan arbeide sammen for å hjelpe barnet eller ungdommen.

Barn og voksne i en familie er ikke alltid enige om hva problemet er og hva de trenger hjelp med, og det kan være sammensatte årsaker til at et barn eller ungdom har utviklet vansker og trenger hjelp. Der det er nødvendig, samarbeider ofte BUP med andre barnet og familien har kontakt med, slik som skole eller barnehage og barneverntjeneste. For å lykkes i å hjelpe et barn eller ungdom som strever, må alle være «på lag».

Taushetsplikt og opplysningsplikt

Alt helsepersonell har taushetsplikt, det gjelder også i BUP. Taushetsplikten gjelder også overfor barn, men foreldre har rett til å få vite om forhold som er viktige for at de skal kunne utøve god omsorg. Dette gjelder for ungdom helt opp til 18 år, også for ungdommer over 16 år som har oppsøkt BUP uten foreldres kjennskap. For å bevare tilliten i relasjonen mellom barnet/ungdommen og terapeuten, er det viktig at terapeuten ikke går bak ryggen på barnet og deler informasjon videre, men at barnet eller ungdommen blir tatt med i dialog om hvordan man kan dele denne viktige informasjonen med omsorgspersoner eller andre.

Dersom helsepersonell får kjennskap til at barn og ungdommer er utsatt for vold, overgrep eller andre former for alvorlig omsorgssvikt, utløser dette opplysningsplikt til barnevernet. Foreldre bør som hovedregel informeres på forhånd dersom slik varsling blir foretatt, men ikke der det er snakk om pågående vold eller overgrep der varsling kan utgjøre en fare for barnet eller andre personer. Helsepersonell har plikt til å varsle politiet dersom det er nødvendig for å avverge alvorlig skade på person eller alvorlige straffbare handlinger, inkludert å avverge at barn utsettes for kjønnslemlestelse [5].

Journalen

Når et barn eller ungdom tas inn til behandling i BUP, opprettes det en elektronisk journal i barnets navn. I journalen skal helsepersonell dokumentere helsehjelpen. Det er streng kontroll med hvem som har tilgang til journalen. Foreldre har som hovedregel rett til innsyn i sitt barns journal opp til barnet er 16 år gammelt. Når barnet er

For å få en god forståelse av et barns vansker, er det viktig å bli godt kjent med både barnet eller ungdommen og foreldre eller andre foresatte, og også innhente informasjon fra andre som kjenner barnet, som lærere i barnehage eller skole

mellom 12 og 16 år kan likevel foreldre nektes innsyn i visse opplysninger i journalen når barnet har grunner som bør respekteres. Barnet har selv rett til innsyn i egen journal fra fylte 16 år [6]. Flere helseregioner har nå mulighet til elektronisk journalinnsyn gjennom helsenorge.no.

Den første fasen: Utredning

En utredning betyr å forsøke å finne ut av hva som er årsakene til barnets eller ungdommens psykiske helseplager, slik at man kan finne fram til best mulige behandlingstiltak. Grunnutredning skal ifølge pakkeforløpet være gjort innen seks uker fra oppstart, men tidsfristen kan utvides til 12 uker der det er behov for mer tid. Det vil ofte være en kombinasjon av biologiske, psykologiske og sosiale forhold som har ledet til utviklingen av en psykisk lidelse hos et barn. En slik «biopsykososial» forståelse er også noe av bakgrunnen for at man i BUP samarbeider på tvers av ulike faggrupper som psykologer, leger, sosionomer og pedagoger. For å få en god forståelse av et barns vansker, er det viktig å bli godt kjent med både barnet eller ungdommen og foreldre eller andre foresatte, og også innhente informasjon fra andre som kjenner barnet, som lærere i barnehage eller skole. Ofte vil man også bruke strukturerte spørreskjemaer eller intervjuer for å sikre at man får den nødvendige informasjonen om hva som er bakenforliggende, utløsende og opprettholdende mekanismer for vanskene. Gjennom samtaler om barnets utvikling, hendelser i barnets liv, barnets funksjon, ressurser og vansker, forsøker man å danne et så godt bilde av problemene som mulig. En måte å se symptomer på, kan være å tenke på dem som «løsningsforsøk» på noe som barnet eller ungdommen ikke har evner, makt eller ressurser til å mestre på en god måte. «Løsningen» vil kanskje være en måte å forsøke å takle en vanskelig situasjon eller vonde følelser på, men som i sin tur ofte vil føre til ytterligere problemer og en fastlåst situasjon.

Diagnoser kan ha fordeler og ulemper

Ved endt utredning, vil man som regel komme fram til en diagnose. Målet med å stille en diagnose er flerdelt: Å beskrive hvilke vansker barn og unge strever med for å kunne gi rett hjelp, kommunisere effektivt med andre hjelpere, og å rapportere tall for hva barn og unge strever med slik at helsemyndighetene skal få oversikt for å kunne planlegge helsetjenesten best mulig. En diagnose er en samling symptomer som opptrer samtidig, og som er gruppert etter type. Det er ikke noe som «finnes» fra naturens side, men en måte å forstå og kategorisere ulike vansker på. I BUP har man plikt til å stille diagnoser. Fordi barn og unge i mye større grad enn voksne er avhengige av omgivelsene rundt seg, stilles diagnoser i BUP på seks områder eller «akser». Akse 1 er den kliniske, psykiatriske diagnosen, slik som angst, depresjon eller ADHD, mens de andre aksene omfatter spesifikke utviklingsforstyrrelser, barnets evnenivå, somatiske tilstander som påvirker den psykiske helsen, avvikende psykososiale forhold og til slutt et mål på barnets funksjonsnivå [6].

En diagnose vil alltid være et øyeblikksbilde, og kan forandre seg over tid. Det er imidlertid noen tilstander som har trekk vi tenker på som mer neurobiologisk forankret, slik som autismespektertilstander og ADHD, og som somregel ikke kan «behandles vekk», men der det er svært viktig å finne fram til gode tilpasninger i miljøet, slik at barnet kan fungere best mulig ut fra sine forutsetninger. Andre tilstander vil kunne være utløst av hendelser i barnets liv, men der individuelle sårbarhetsfaktorer også vil spille inn for hvordan symptomene utvikler seg. Når man stiller en diagnose, teller man antall symptomer og sjekker disse opp mot kriteriene for en gitt diagnose i diagnosemanualen ICD-10 (WHO, 1999). En diagnose er ikke en årsaksforklaring, kun en beskrivelse av symptomer. Det er jo også slik at mange symptomer er felles for flere

Et behandlingsforløp i BUP kan ha ulik lengde, alt etter barnets og familiens behov.

ulike diagnoser, og man må se symptomene i sammenheng med hverandre og med livsbetingelsene til personen.

Det er fortsatt fordommer i samfunnet knyttet til psykiske lidelser, og noen vil kunne være redde for stigmatisering hvis de får en diagnose. For andre kan det oppleves som en lettelse å få et navn på sine vansker, og gi håp om at det finnes hjelp å få. For noen tilstander vil også en diagnose kunne utløse rettigheter, slik som at skolen får penger til å ansette en assistent og gi ekstra oppfølging, eller at foreldre får rett til pleiepenger eller annen støtte gjennom NAV. Slik vil noen diagnoser kunne bidra til at et barn får bedre tilpasninger i hverdagen sin. Det viktigste er imidlertid god forståelse og beskrivelse av hva et barn eller ungdom strever med for at riktige tiltak og tilpasninger skal kunne settes inn.

Diagnostiske begreper som «angst» og «depresjon» har i stor grad blitt en del av dagligspråket vårt, og det har blitt hevdet at «diagnostiseringen» av samfunnet har gått for langt slik at vi sykeliggjør normale tilstander som sinne, sorg og engstelse og gir det diagnostiske merkelapper (Løkke, 2014). Det bør imidlertid være forskjell på livets normale opp- og nedturer og den graden av vansker som skal til for å få en diagnose på en psykisk lidelse. Problemene skal da ha vart over en viss tid, og de skal i stor grad gå ut over personens fungering på ett eller flere viktige områder i livet. I tillegg vil vanskene som regel også føre til subjektiv lidelse, og påvirke de relasjonene et barn eller ungdom inngår i, både hjemme og andre steder. Hvis man tenker på et barns normale utvikling, vil det kunne være som at utviklingen har stoppet opp eller kommet inn på feil spor, og at det er nødvendig med hjelp for å kunne få utviklingen på rett spor igjen.

Det foregår en debatt i fagfeltet om diagnosenes gyldighet, og om det er etisk riktig og nødvendig å stille en psykiatrisk diagnose for å kunne gi god psykisk helsehjelp [7, 8, 9]. Leger og psykologer har gjennom sin rett til å stille diagnoser makt, og denne makten må utøves med høy grad av etisk bevissthet. Et menneske er aldri en diagnose, og kanskje særlig i møte med barn og unge er det viktig å beholde et helhetlig perspektiv og ikke innsnevre forståelsen til en diagnostisk kategori.

Behandling

Det finnes en rekke ulike behandlingstilnærminger man kan bruke for å hjelpe barn og unge med psykiske lidelser. Flere BUP-er har spesialiserte team som jobber med bestemte tilstander slik som spiseforstyrrelser, tvangslidelser (OCD), psykoselidelser og nevroutviklingsforstyrrelser, men i BUP skal man også møte «generalistkompetanse», altså helsepersonell med bred og helhetlig kunnskap om mange, ulike tilstander og vansker. Et behandlingsforløp i BUP kan ha ulik lengde, alt etter barnets og familiens behov. Noen kan få god hjelp av noen få samtaler, mens andre trenger et langvarig tilbud som kan strekke seg over flere måneder, eller i noen tilfeller, år. Behandlingstilbudet bør skreddersys til den enkeltes behov. I noen tilfeller vil det også være aktuelt med medikamentell behandling, men jeg vil ikke gå nærmere inn på dette her. Jeg vil gi noen eksempler på psykologiske behandlingstilnærminger her, men det finnes en rekke ulike metoder man kan ta i bruk for å hjelpe barn og unge med psykiske lidelser. Det viktigste er i alle tilfeller et godt samarbeid mellom de som trenger hjelp og de som skal hjelpe for å finne fram til behandling som passer.

For de minste barna har foreldre eller andre omsorgspersoner en viktig rolle, og de kan trenge veiledning om hvordan forstå og møte sitt barns behov på en best mulig måte. De senere årene har foreldreveiledningsprogrammer som legger vekt på å hjelpe foreldrene til å øke barnets emosjonelle kompetanse, slik som for eksempel emosjonsfokuset foreldreveiledning og Tuning in to Kids/Teens (TINK/TINT) (Havighurst et al, 2013; Kehoe et al., 2014, Havighurst et al., 2015), blitt populære og tilbys

God nok mentalisering er en viktig forutsetning for å kunne ha gode, meningsfulle relasjoner og god kommunikasjon med andre mennesker, og er viktig for psykisk helse.

flere steder. Disse programmene bygger på forskning som har vist at for at barn skal utvikle evnen til å forstå og regulere egne følelser, så må følelsene deres først bli forstått, akseptert og regulert av en omsorgsperson. Evnen til å forstå, tåle, uttrykke og regulere følelser er viktig for psykisk helse. Også for eldre barn og ungdommer spiller omsorgspersonene fortsatt en stor rolle, og for at naturlige utviklingsmål som utvikling av identitet, autonomi og løsrivelse skal kunne skje på gode måter, kan det å arbeide med å øke tilknytning og trygghet i kommunikasjonen mellom omsorgspersoner og barn/ungdom være til hjelp. Barn og ungdom kan også trenge et «eget rom», der de kan få snakke med en terapeut uten at omsorgspersonene deltar. Dette blir mer aktuelt jo eldre barnet eller ungdommen er.

Et eksempel på et annet perspektiv som har fått økt gjennomslag de senere årene, er behandling basert på å øke evnen til å mentalisere hos både foreldre, barn og unge (Bateman & Fonagy, 2019). Mentalisering kan defineres som evnen til å forstå egne og andres tanker, følelser og atferd som meningsfulle uttrykk for indre, mentale tilstander slik som ønsker, intensjoner og behov. Det har blitt beskrevet som evnen til å «se seg selv utenfra, og andre innenfra». God nok mentalisering er en viktig forutsetning for å kunne ha gode, meningsfulle relasjoner og god kommunikasjon med andre mennesker, og er viktig for psykisk helse. Når følelsene blir veldig sterke kan mentaliserings-evnen bryte sammen, noe som kan oppleves som «tankekaos» eller at «det går i svart», og det kan utløse uhensiktsmessig atferd som rusbruk, spiseforstyrrelser, selvskading eller annen selvdestruktivitet. I mindre alvorlige tilfeller i dagliglivet, vil svekket mentalisering ofte kunne føre til misforståelser og krangler. Ved å være nysgjerrige, undrende og åpne framfor skråsikre og «svart-hvitt» i tankegangen, vil vi kunne forstå oss selv og andre bedre og få bedre relasjoner. Mentaliseringsbasert terapi har vist seg å kunne ha god effekt for blant annet ungdom med alvorlig problematikk som selvskading, selvmordsatferd og begynnende personlighetsvansker (Roussouw & Fonagy, 2012; Cappelen & Rolfsjord, 2019). For de minste barna har leketerapi vist seg å kunne hjelpe barnet med å symbolisere opplevelser, tanker og følelser, og fremme utviklingen av mentalisering (Halfon & Bulut, 2019).

Avslutning

Barn og unge trenger hjelpetjenester som er tilpasset deres behov, og med mulighet til selv å være aktive deltakere i behandlingen og de valgene som gjøres som del av behandlingen. Koronapandemien har gjort det enda tydeligere at mange barn og unge strever, og behandlingsapparatet har opplevd økt pågang [1]. Det har blitt bevilget ekstraordinære «koronamidler», også til BUP. Endringsarbeid tar tid, og det krever tjenester med behandlere som har kapasitet og overskudd til å møte sårbare barn og unge med den tryggheten, kunnskapen og respekten de fortjener. Psykisk helsevern for barn og unge er kjennetegnet av ansatte med stort engasjement og høy kompetanse, men det er fortsatt behov for et ressursløft for å sikre at barn og unges psykiske helse får den plassen det fortjener i helsevesenet vårt.

Referanser

- Bergman, H., Kornør, H., Nikolakopoulou, A., Hanssen-Bauer, K., Soares-Weiser, K., Tollefsen, T. K., & Bjørndal, A. (2018). Client feedback in psychological therapy for children and adolescents with mental health problems. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, CD011729.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (Eds.). (2019). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. American Psychiatric Pub.
- Cappelen, F., & Rolfsjord, C.S. (2019). MBT-team for ungdom med svingende følelser - hjelp til å tenke under press fra alle kanter. *Mellanrummet. Nordisk Tidsskrift for barn- og ungdomspsykoterapi*, 37, 4-12.
- Fonagy, P., & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51(3), 372.
- Halfon, S., & Bulut, P. (2019). Mentalization and the growth of symbolic play and affect regulation in psychodynamic therapy for children with behavioral problems. *Psychotherapy Research*, 29(5), 666-678.

- Havighurst, S. S., Kehoe, C. E., & Harley, A. E. (2015). Tuning in to teens: Improving parental responses to anger and reducing youth externalizing behavior problems. *Journal of adolescence*, 42, 148-158.
- Havighurst, S. S., Wilson, K. R., Harley, A. E., Kehoe, C., Efron, D., & Prior, M. R. (2013). "Tuning into Kids": Reducing young children's behavior problems using an emotion coaching parenting program. *Child Psychiatry & Human Development*, 44(2), 247-264.
- Kazdin A.E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research*, 19, 418-428.
- Kehoe, C. E., Havighurst, S. S., & Harley, A. E. (2014). Tuning in to teens: Improving parent emotion socialization to reduce youth internalizing difficulties. *Social Development*, 23(2), 413-431.
- Lambert, M. J. (2013). *Bergin and Garfields Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (6th ed.) New York: Wiley.
- Lambert, M. J., & Cocco, G. L. (2014). Simple methods for enhancing patient outcome in routine care: Measuring, monitoring, and feedback. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 16(2), 93-101.
- Lyon, A. R., Lewis, C. C., Boyd, M. R., Hendrix, E., & Liu, F. (2016). Capabilities and characteristics of digital measurement feedback systems: Results from a comprehensive review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 43(3), 441-466.
- Løkke, P. A. (2014). Jenters stumme raseri-i diagnosenes tidsalder. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 51(9), 767-772.
- Rossouw, T. I., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(12), 1304-1313.
- Safran, J. D., Crocker, P., McMain, S., & Murray, P. (1990). Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy*, 27(2), 154-165.
- Shimokawa, K., Lambert, M. J., & Smart, D. W. (2010). Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(3), 298-311
- SKDE (Nasjonalt Servicemiljø for Medisinske Kvalitetsregistre) (2018). Plan for prioriterte fagområder for utvikling av nye medisinske kvalitetsregistre. https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/plan_nye_kvalitetsregistre_-_final_.pdf
- Weisz, J. R., Ng, M. Y., Ugueto, A. M., Jensen-Doss, A., Krumholz Marchette, L. S.,..., Fordwood, S.R. (2017). What five decades of research tells us about the effects of youth psychological therapy: a multilevel meta-analysis and implications for science and practice. *American Psychologist*, 72(2), 79-117.
- World Health Organization. (1999). *ICD-10. Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Universitetsforlaget, 55(40), 27.
- Ådnanes, M., Kaspersen, S. L., Melby, L., & Lassemo, E. (2020). Pakkeforløp for psykisk helse og rus-fagfolks erfaringer første året.
- Ådnanes, M., Høiseith, J. R., Magnussen, M., Thaulow, K., & Kaspersen, S. L. (2021). Pakkeforløp for psykisk helse og rus-brukere, pårørende og fagfolks erfaringer.

Internettressurser

- [1] <https://www.ukom.no/media/1684/barn-unge-et-aar-inn-i-pandemien-250321-endelig-versjon-pptx.pdf>
- [2] https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aktivitetsdata-for-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge/Aktivitetsdata%20for%20psykisk%20helsevern%20for%20barn%20og%20unge%202020.pdf/_attachment/inline/5988a2e7-c768-420a-a414-9fc5d30016ae:6cebe8f60add1f500460180dc7b46a03ae90d9a1/Aktivitetsdata%20psykisk%20helsevern%20for%20barn%20og%20unge%202020.pdf
- [3] <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/psykisk-helsevern-for-barn-og-unge/fagspesifikk-innledning-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge>
- [4] <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-barn-og-unge/om-pakkeforlopet>
- [5] https://www.bufdir.no/Barnevern/Fagstotte/etterlatte_barn/melde_og_opplysningsplikt/
- [6] https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/psykisk-helsevern-for-barn-og-unge-veileder-for-poliklinikker/Veileder%20for%20poliklinikker%20i%20psykisk%20helsevern%20for%20barn%20og%20unge.pdf/_attachment/inline/829f53aa-0b66-4139-8add-944c95d5b163:b03ce59e25e43dc7623f1b5940aff644ae-83eb6a/Veileder%20for%20poliklinikker%20i%20psykisk%20helsevern%20for%20barn%20og%20unge.pdf
- [7] https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2020/06/ikke-opp-til-pasienten_
- [8] <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2020/04/patvungne-diagnoser>
- [9] <https://psykologtidsskriftet.no/redaksjonelt/2014/09/diagnosens-makt-over-sinnene>
- [10] <https://forandringsfabrikken.no/article/anbefalinger-til-god-praksis-2018>
- [11] <https://www.nrk.no/ytring/bekymringsmelding-1.15380488>

Hva kan behandling av angst- og tvangslidelser fortelle oss om hjernens plastisitet?

Av Anders Lillevik Thorsen, Olga Therese Ousdal, Bjarne Hansen og Gerd Kvale



Anders Lillevik Thorsen^{1,2}
Olga Therese Ousdal^{1,2,3}
Bjarne Hansen^{1,2}
Gerd Kvale^{1,4}

¹ Bergen Center for Brain Plasticity, Haukeland universitetssjukehus, Bergen, Norge

² Senter for krisepsykologi, Universitetet i Bergen, Bergen, Norge

³ Radiologisk avdeling, Haukeland universitetssjukehus, Bergen, Norge

⁴ Institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen, Bergen, Norge

Angst- og tvangslidelser kalles ofte for de unges lidelse. Omtrent 2/3 rammes før de fyller 25 år, og lidelsene representerer en stor helseutfordring. Arv og miljø ser ut til å bety omtrent like mye for risikoen for å utvikle lidelsene. Uten behandling blir disse helseplagene ofte kroniske. Effektive psykologiske behandlingsformer tar utgangspunkt i at disse helseplagene har sitt utspring i normale, sunne biologiske reaksjoner som skal hjelpe oss til å styre unna fare på en fleksibel måte. Det finnes virksomme psykologiske behandlinger for samtlige angstlidelser. Behandlingstilnærmingene gir et unikt utgangspunkt til å studere hvordan endringen på et atferdsnivå gjenspeiles i hjernens organisering.

Angst- og tvangslidelser kalles ofte for de unges lidelse. Omtrent 2/3 rammes før de er fylt 25 år og uten behandling blir disse helseplagene ofte kroniske (Penninx, Pine, Holmes, & Reif, 2021). Dette medfører enorme menneskelige og samfunnsmessige konsekvenser (Baxter, Vos, Scott, Ferrari, & Whiteford, 2014).

Angst- og tvangslidelsene representerer en stor helseutfordring for samfunnet, med en økning både i forekomst og i unge som uføretrygde (Reneflot et al., 2018). Det gjør at en av de viktigste oppgavene for samfunn og helsevesen er å sikre pasienter med angst- og tvangslidelser virksom behandling (Clark, 2018). For effektiv behandling finnes (Öst & Ollendick, 2017; Öst, Riise, Wergeland, Hansen, & Kvale, 2016; Wergeland, Riise, & Öst, 2021).

At lidelsene kan få så enorme konsekvenser for den som er rammet - og det faktum at det kan være så vanskelig å bryte ut av dem på egen hånd – gjør det nærliggende å tenke at lidelsene må ha sitt utspring i grunnleggende «mangler» eller feil i måten som hjernen bearbeider informasjon på. Som vi vil beskrive under, har ikke forskningen klart å finne noen slike tydelige «mangler». Effektive psykologiske behandlingsformer tar heller utgangspunkt i at disse helseplagene har sitt utspring i normale, sunne biologiske reaksjoner som skal hjelpe oss til å styre unna fare på en fleksibel måte (LeDoux, 2015).

Mens man bare for noen tiår tilbake trodde at angst- og tvangslidelser (OCD) var en lidelse som ikke lot seg behandle, er det nå utviklet virksomme psykologiske behandlinger for samtlige angstlidelser (Higa-McMillan, Francis, Rith-Najarian, & Chorpita, 2016). Tvangslidelse lar seg behandle på bare fire dager (Kvale et al., 2018; Riise, Kvale, Öst, Skjold, & Hansen, 2018; Riise et al., 2016), spesifikke fobier på få timer (Davis, Ollendick, & Öst, 2019) og posttraumatisk stresslidelse på fem dager (Hendriks et al., 2017). Ved å hjelpe pasienten til å først gjenkjenne hvordan lidelsen frister til å regulere vonde og vanskelige følelser og tanker ved hjelp av uhensiktsmessige sikkerhetsstrategier eller unngåelse, og så trene på å bryte dette uhensiktsmessige mønsteret, kan en person gå fra å være hemmet av lidelsen til å møte de vanskelige tankene og følelsene som de normalfenomenene de er.

Hjerneplastisitet kan defineres som hjernens kapasitet til å fleksibelt justere og reorganisere seg selv i møte med et endrende miljø (Wilkinson, Holtzheimer, Gao, Kirwin, & Price, 2019). Nye, virksomme behandlingstilnærminger gir ikke bare håp - de gir oss et unikt utgangspunkt til å studere hvordan denne ekstreme endringen som vi kan observere på et atferdsnivå gjenspeiles i hjernens organisering. Vi kan også dykke dypere i de biologiske prosessene og se på variasjon i nevrotransmittere eller genuttrykket (Brooks & Stein, 2015). Selv om det er gjort svært store behandlingsfremskritt, er det også individuelle forskjeller i behandlingsrespons. En bedre forståelse av hjernens evne til å omstrukturere og organisere seg selv kan forhåpentligvis gjøre oss i stand til å bedre hjelpe dem som ikke opplever ønsket effekt av behandling i dag. I dette kapitlet vil vi først beskrive ulike biologiske og psykologiske sårbarhetsfaktorer for å utvikle angst- og tvangslidelser. I neste avsnitt vil vi forklare om vi kan knytte endringer i symptomer etter psykologisk behandling til endringer i hjernens struktur og fungering. Til sist vil vi diskutere hva som trengs for å kunne flytte fagfeltet fremover for å forstå lidelsene og endring enda bedre.

Hva vet vi i dag om sårbarhetsfaktorer?

Mange studier har forsøkt å identifisere risikofaktorer for angst- og tvangslidelser ved å sammenligne personer med og uten lidelsen. Resultatene indikerer at arv og miljø ser ut til å bety omtrent like mye for risikoen for å utvikle lidelsene, og at genetiske faktorer i liten grad lar oss identifisere personer med tvangs- og angstlidelser på individnivå (International Obsessive Compulsive Disorder Foundation Genetics Collaborative (IOCDF-GC) and OCD Collaborative Genetics Association Studies (OC GAS), 2018; Purves et al., 2020).

Blant annet oppvekstmiljø, personlighet og traumer har også blitt undersøkt som sårbarhetsfaktorer, der mishandling tidlig i livet og personlighetstrekket nevrotisme ser ut til å øke risikoen noe for å utvikle disse lidelsene (Fullana et al., 2020). Noen studier av hjernens struktur tyder også på at barn og ungdom med angstlidelser kan ha mindre hippocampus, som bidrar til innkoding og gjenhenting av informasjon, (Gold et al., 2017), mens tvangslidelse kan være forbundet med større thalamus, som er hjernens reléstasjon (Boedhoe et al., 2017). Funksjonell magnetresonanstomografi (fMRI) gjør det mulig å undersøke hjerneaktivering ved å måle oksygenmetningen i hjernen, ved at oksygen blir tatt opp av aktive områder mens vi løser oppgaver eller hviler. Studier tyder på at ungdommer med symptomer på angst og kan ha en langsommere utvikling av sitt unike nevralt «fingeravtrykk», og at de også viser sterkere kobling mellom amygdala og prefrontal cortex på gruppenivå (Jalbrzikowski et al., 2017; Kaufmann et al., 2017).

Ingen av disse faktorene har vist seg å kunne forklare særlig mye av risikoen for å utvikle tvangs- eller angstlidelser, og mange funn har heller ikke latt seg replikere når de blir undersøkt i et nytt utvalg. Vi vet derfor ikke så mye om hvorfor noen utvikler

Resultatene indikerer at arv og miljø ser ut til å bety omtrent like mye for risikoen for å utvikle lidelsene, og at genetiske faktorer i liten grad lar oss identifisere personer med tvangs- og angstlidelser på individnivå (...)

disse lidelsene og andre ikke gjør det. Én svakhet med flere av disse studiene er at det er vanskelig å vise om sårbarhetsfaktorene kausalt fører til lidelsen, eller om symptomene på lidelsen fører til sårbarhetsfaktorene. Det er altså vanskelig å tyde hva funnene betyr. For eksempel kan funnet om at barn med OCD har en litt større thalamus forklares som en tidlig sårbarhetsfaktor eller som et korrelat av OCD-relatert atferd (Boedhoe et al., 2017). En litt større thalamus kan også tenkes å være en form for kompensasjon for lidelsen, eller et rent bifunn. For å forstå hva funnene betyr trenger vi å undersøke mennesker over tid, og se om disse faktorene har betydning for muligheten til å bli frisk.

Kan behandlingsrelaterte endringer sees i hjernen?

Den typiske måten en studerer hvordan hjernen endrer seg etter behandling, er å først undersøke pasienter og friske kontrollpersoner før behandling med både psykologiske mål og hjerneavbildning. Så deltar pasientene i behandling, og en dokumenterer hvor mye symptomene endret seg. Deretter sammenligner en igjen pasientene og kontrollpersonene for å finne ut om endringene i symptomer kan kobles til endringer i hjernen. Flere av disse studiene har undersøkt hjerneaktivering mens deltakerne utfører oppgaver som er ment å undersøke evnen til å styre oppmerksomheten under press.

For eksempel kan deltakerne bli vist enten en rekke piler på rad som peker i samme retning, eller at pilen i midten peker i motsatt retning av de andre. Deltakerne skal da så raskt som mulig trykke med venstre eller høyre knapp for å indikere hvilken vei pilen i midten peker. Oppgaven tester dermed evnen til å ignorere irrelevant informasjon (de andre pilene) for å løse oppgaven. Mange undersøker også hjerneaktivering idet deltakerne trykker på feil knapp, som måler hvordan hjernen reagerer når en oppdager at en gjør feil. En studie brukte fMRI til å undersøke hjerneaktivering under oppmerksomhetsoppgaven hos barn og ungdommer med tvangslidelse sammenlignet med friske ungdommer, hvor begge gruppene ble undersøkt på nytt etter 16 uker, hvor de med tvangslidelse hadde mottatt kognitiv atferdsterapi (Huyser, Veltman, Wolters, de Haan, & Boer, 2011). Her fant forfatterne at ungdommene med tvangslidelse viste økt aktivering anterior cingulate cortex og dorsomedial prefrontal cortex, områder som blant annet hjelper til å styre oppmerksomheten og sortere motstridende informasjon (Huyser et al., 2011).

Mange studier tyder på at på ungdom med både angst- og tvangslidelse kan ha sterkere hjerneaktivering enn friske kontrollpersoner i anterior cingulate cortex når de gjør feil under oppmerksomhetsoppgaver (Meyer, 2017). Disse studiene har ofte brukt elektroencefalografi (EEG) som måler endringer i hjernens elektriske signaler og reflekterer nervecellenes aktivitet. Interessant nok viser flere studier at dette ikke endrer seg etter behandling, og heller ikke at graden av hjerneaktivering lar oss forutse hvem som har mest og minst nytte av behandling (Hajcak, Franklin, Foa, & Simons, 2008; Kujawa et al., 2016; Ladouceur et al., 2018). En studie undersøkte hjerneaktivering med fMRI når pasientene forsøkte å løse problemer samtidig som de ble vist truende ansikter, som er ment å teste evnen til å filtrere ut truende stimuli (Burkhouse et al., 2018).

Denne studien fant at barn og unge med ulike angstlidelser viste mer aktivering i anterior cingulate cortex etter 12-16 uker med kombinert psykologisk og medikamentell behandling (Burkhouse et al., 2018). En studie fant også at pasienter med tvangslidelse viste en økning i grå substans i orbitofrontal cortex etter behandling, et område som er tett knyttet sammen med både beslutningstaking og emosjonell modning (Huyser et al., 2013). Disse studiene viser at hjernen kan reorganisere seg både funksjonelt og strukturelt når en blir kvitt lidelsen, og tyder også på at prosessering av

Mange studier tyder på at på ungdom med både angst- og tvangslidelse kan ha sterkere hjerneaktivering enn friske kontrollpersoner i anterior cingulate cortex når de gjør feil under oppmerksomhetsoppgaver (Meyer, 2017)

Det er i dag håp for alle som er rammet av disse lidelsene til å kunne ta tilbake et helt vanlig liv.

Oppgaven er å sikre at god behandling blir tilgjengelig og å forstå hvordan vi kan hjelpe de som ikke har nytte av behandling i dag

feil ikke endres etter, eller står i veien for, effektiv behandling. Dessverre viser studiene ikke mekanismene bak hvordan endring i symptomer er relatert til endring i hjernen.

Hva trenger vi for å bedre forstå angst- og tvangslidelser i fremtiden?

For å bedre forstå og behandle barn og ungdom med angst- og tvangslidelser trenger vi å arbeide med flere ting samtidig: Vi trenger studier som lar oss belyse mekanismene når en går fra å ha en risikofaktor til å utvikle selve lidelsen, og hvordan endringsprosesser i behandling er knyttet til biologiske endringer. Samtidig trenger vi å kunne måle symptomer og biologiske faktorer på en mer nøyaktig måte. Mye av hjerneforskningen i dag er basert på ganske grove mål av hjernen, hvor det er vanskelig å si hvilke biologiske prosesser som fører til for eksempel større eller mindre hjernestrukturer. Sist, men ikke minst vil vi trenge mange flere deltakere i fremtidige studier. Tidligere undersøkte en både sårbarhetsfaktorer og effekten av behandling i små utvalg, men en ser nå at dette ikke er tilstrekkelig for å kunne forstå den individuelle variasjonen som finnes. Fremtidig forskning må derfor tenke nytt om hvordan en skal identifisere øyeblikkene der mennesker går inn og ut av lidelsen. Samtidig må en ha med nok deltagere til å kunne undersøke variasjonen mellom mennesker.

Oppsummering

Forskningen som har hatt som mål å utvikle virksomme behandlinger for angst- og tvangslidelser ligger hestehoder foran grunnforskningen. Det er i dag håp for alle som er rammet av disse lidelsene til å kunne ta tilbake et helt vanlig liv. Oppgaven er å sikre at god behandling blir tilgjengelig og å forstå hvordan vi kan hjelpe dem som ikke har nytte av behandling i dag.

Effektiv behandling av angst- og tvangslidelser har gitt en unik mulighet til å studere endring og plastisitet, hvor dagens studier lar oss begynne å forstå hva som endrer seg i hjernen sett mot hva som kan være mer stabile sårbarhetsfaktorer. Nøkkelen er å bruke individuelle forskjeller i behandlingsrespons som utgangspunkt til å identifisere forskjeller som kan bli viktig for å forstå mekanismene for endring. For å motvirke det som har vært fragmentarisk kunnskap, er det viktig å forene resultater fra ulike forskningsmodaliteter, inklusiv klinikk, hjerneavbildning, genetikk og epigenetikk. Fremskrittet innen klinisk behandling gjør at det nå ligger til rette for å kunne tilby nyttig hjelp til enda flere og til å kunne forstå mekanismene som kobler klinisk endring og hjerneplastisitet.

Referanser

- Baxter, A. J., Vos, T., Scott, K. M., Ferrari, A. J., & Whiteford, H. A. (2014). *The global burden of anxiety disorders in 2010*. *Psychological Medicine*, 44(11), s. 2363-2374. doi:10.1017/s0033291713003243
- Boedhoe, P. S. W., Schmaal, L., Abe, Y., Ameis, S. H., Arnold, P. D., Batistuzzo, M. C., . . . van den Heuvel, O. A. (2017). *Distinct subcortical volume alterations in pediatric and adult OCD: a worldwide meta-and mega-analysis*. *American Journal of Psychiatry*, 174(1), s. 60-69. doi:10.1176/appi.ajp.2016.16020201
- Brooks, S. J., & Stein, D. J. (2015). *A systematic review of the neural bases of psychotherapy for anxiety and related disorders*. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), s. 261-279.
- Burkhouse, K. L., Kujawa, A., Hosseini, B., Klumpp, H., Fitzgerald, K. D., Langenecker, S. A., . . . Phan, K. L. (2018). *Anterior cingulate activation to implicit threat before and after treatment for pediatric anxiety disorders*. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 84(Pt A), s. 250-256. doi:10.1016/j.pnpbp.2018.03.013
- Clark, D. M. (2018). *Realizing the Mass Public Benefit of Evidence-Based Psychological Therapies: The IAPT Program*. *Annual Review of Clinical Psychology*, 14, s. 159-183. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050817-084833
- Davis, T. E., 3rd, Ollendick, T. H., & Öst, L. G. (2019). *One-Session Treatment of Specific Phobias in Children: Recent Developments and a Systematic Review*. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15, s. 233-256. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050718-095608
- Fullana, M. A., Tortella-Feliu, M., Fernández de la Cruz, L., Chamorro, J., Pérez-Vigil, A., Ioannidis, J. P. A., . . . Radua, J. (2020). *Risk and protective factors for anxiety and obsessive-compulsive disorders: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses*. *Psychological Medicine*, 50(8), s. 1300-1315. doi:10.1017/s0033291719001247

- Gold, A. L., Steuber, E. R., White, L. K., Pacheco, J., Sachs, J. F., Pagliaccio, D., . . . Pine, D. S. (2017). *Cortical Thickness and Subcortical Gray Matter Volume in Pediatric Anxiety Disorders*. *Neuropsychopharmacology*, 42(12), s. 2423-2433. doi:10.1038/npp.2017.83
- Hajcak, G., Franklin, M. E., Foa, E. B., & Simons, R. F. (2008). *Increased error-related brain activity in pediatric obsessive-compulsive disorder before and after treatment*. *American Journal of Psychiatry*, 165(1), s. 116-123. doi:10.1176/appi.ajp.2007.07010143
- Hendriks, L., de Kleine, R. A., Heyvaert, M., Becker, E. S., Hendriks, G. J., & van Minnen, A. (2017). *Intensive prolonged exposure treatment for adolescent complex posttraumatic stress disorder: a single-trial design*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(11), s. 1229-1238. doi:10.1111/jcpp.12756
- Higa-McMillan, C. K., Francis, S. E., Rith-Najarian, L., & Chorpita, B. F. (2016). *Evidence Base Update: 50 Years of Research on Treatment for Child and Adolescent Anxiety*. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(2), s. 91-113. doi:10.1080/15374416.2015.1046177
- Huysen, C., van den Heuvel, O. A., Wolters, L. H., de Haan, E., Boer, F., & Veltman, D. J. (2013). *Increased orbital frontal gray matter volume after cognitive behavioural therapy in paediatric obsessive compulsive disorder*. *World Journal of Biological Psychiatry*, 14(4), s. 319-331. doi:10.3109/15622975.2012.674215
- Huysen, C., Veltman, D. J., Wolters, L. H., de Haan, E., & Boer, F. (2011). *Developmental aspects of error and high-conflict-related brain activity in pediatric obsessive-compulsive disorder: a fMRI study with a Flanker task before and after CBT*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(12), s. 1251-1260. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02439.x
- International Obsessive Compulsive Disorder Foundation Genetics Collaborative (IOCDF-GC) and OCD Collaborative Genetics Association Studies (OC GAS). (2018). *Revealing the complex genetic architecture of obsessive-compulsive disorder using meta-analysis*. *Molecular Psychiatry*, 23(5), s. 1181-1188. doi:10.1038/mp.2017.154
- Jalbrzikowski, M., Larsen, B., Hallquist, M. N., Foran, W., Calabro, F., & Luna, B. (2017). *Development of White Matter Microstructure and Intrinsic Functional Connectivity Between the Amygdala and Ventromedial Prefrontal Cortex: Associations With Anxiety and Depression*. *Biological Psychiatry*, 82(7), s. 511-521. doi:10.1016/j.biopsych.2017.01.008
- Kaufmann, T., Alnaes, D., Doan, N. T., Brandt, C. L., Andreassen, O. A., & Westlye, L. T. (2017). *Delayed stabilization and individualization in connectome development are related to psychiatric disorders*. *Nature Neuroscience*, 20(4), s. 513-515. doi:10.1038/nn.4511
- Kujawa, A., Weinberg, A., Bunford, N., Fitzgerald, K. D., Hanna, G. L., Monk, C. S., . . . Phan, K. L. (2016). *Error-related brain activity in youth and young adults before and after treatment for generalized or social anxiety disorder*. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 71, s. 162-168. doi:10.1016/j.pnpbp.2016.07.010
- Kvale, G., Hansen, B., Bjorgvinsson, T., Bortveit, T., Hagen, K., Haseth, S., . . . Ost, L. G. (2018). *Successfully treating 90 patients with obsessive compulsive disorder in eight days: the Bergen 4-day treatment*. *BMC Psychiatry*, 18(1), s. 323. doi:10.1186/s12888-018-1887-4
- Ladouceur, C. D., Tan, P. Z., Sharma, V., Bylsma, L. M., Silk, J. S., Siegle, G. J., . . . Ryan, N. D. (2018). *Error-related brain activity in pediatric anxiety disorders remains elevated following individual therapy: a randomized clinical trial*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(11), s. 1152-1161. doi:10.1111/jcpp.12900
- LeDoux, J. E. (2015). *Anxious: Using the brain to understand and treat fear and anxiety*: Penguin.
- Meyer, A. (2017). *A biomarker of anxiety in children and adolescents: A review focusing on the error-related negativity (ERN) and anxiety across development*. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 27, s. 58-68. doi:10.1016/j.dcn.2017.08.001
- Öst, L. G., & Ollendick, T. H. (2017). *Brief, intensive and concentrated cognitive behavioral treatments for anxiety disorders in children: A systematic review and meta-analysis*. *Behaviour Research and Therapy*, 97, s. 134-145. doi:10.1016/j.brat.2017.07.008
- Öst, L. G., Riise, E. N., Wergeland, G. J., Hansen, B., & Kvale, G. (2016). *Cognitive behavioral and pharmacological treatments of OCD in children: A systematic review and meta-analysis*. *Journal of Anxiety Disorders*, 43, s. 58-69. doi:10.1016/j.janxdis.2016.08.003
- Penninx, B. W., Pine, D. S., Holmes, E. A., & Reif, A. (2021). *Anxiety disorders*. *Lancet*, 397(10277), s. 914-927. doi:10.1016/s0140-6736(21)00359-7
- Purves, K. L., Coleman, J. R. I., Meier, S. M., Rayner, C., Davis, K. A. S., Cheesman, R., . . . Eley, T. C. (2020). *A major role for common genetic variation in anxiety disorders*. *Molecular Psychiatry*, 25(12), s. 3292-3303. doi:10.1038/s41380-019-0559-1
- Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K., & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Folkehelseinstituttet.
- Riise, E. N., Kvale, G., Öst, L.-G., Skjold, S. H., & Hansen, B. (2018). *Concentrated exposure and response prevention for adolescents with obsessive-compulsive disorder: A replication study*. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 19, s. 15-22. doi:10.1016/j.jocrd.2018.07.002
- Riise, E. N., Kvale, G., Öst, L.-G., Skjold, S. H., Hansen, H., & Hansen, B. (2016). *Concentrated exposure and response prevention for adolescents with obsessive-compulsive disorder: An effectiveness study*. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 11, s. 13-21. doi:10.1016/j.jocrd.2016.07.004
- Wergeland, G. J. H., Riise, E. N., & Öst, L. G. (2021). *Cognitive behavior therapy for internalizing disorders in children and adolescents in routine clinical care: A systematic review and meta-analysis*. *Clinical Psychology Review*, 83, 101918. doi:10.1016/j.cpr.2020.101918
- Wilkinson, S. T., Holtzheimer, P. E., Gao, S., Kirwin, D. S., & Price, R. B. (2019). *Leveraging Neuroplasticity to Enhance Adaptive Learning: The Potential for Synergistic Somatic-Behavioral Treatment Combinations to Improve Clinical Outcomes in Depression*. *Biological Psychiatry*, 85(6), s. 454-465. doi:10.1016/j.biopsych.2018.09.004

Å finne veien ut av tankekjøret

Av Anne Hilde Vassbø Hagen



Anne Hilde Vassbø Hagen er psykolog og leder ved Institutt for psykologisk rådgivning og Norsk institutt for emosjonsfokusert terapi.

Hun har skrevet bøkene *Emosjonsfokusert ferdighetstrening for foreldre*, *Fakta om følelser* og *Sinte barn*, og har laget opplysningsfilmene på YouTube om *Alfred & Skyggen*.

Hun jobber klinisk med voksne og familier i tillegg til å undervise om følelser.

Følelser og tanker er tett knyttet sammen hos alle mennesker. Det finnes ulike teorier om sammenhengen. Med utgangspunkt i forskning på følelser, vil jeg og mange andre fagpersoner hevde at følelsene kommer før tankene. Vi er født med flere affektive programmer, og kjenner følelsene i kroppen lenge før språket utvikler seg (Greenberg & Safran, 2019; Greenberg & Pavio, 1997; Stiegler, 2018). Vi kommer skrikende inn i verden og uttrykker følelser fra første stund. Hvis vi ikke gråter like etter at vi er født, blir alle rundt oss reddet for at noe er galt med oss. Selv om følelsene kommer først, kan tankene i stor grad påvirke følelsene våre. Noen ganger kjennes det ut som at tankene tar over hele hjernen og kroppen og stjeler hele vår oppmerksomhet. Vi har alle kjent på hvordan det er å bli forført eller forfulgt av tankekjør.

Det finnes ulike former for tankekjør. En form for tankekjør handler om at barn og unge, så vel som voksne, gleder seg til noe eller er svært engasjert i en pågående aktivitet. Det kan handle om alt fra å glede seg til å åpne gavene på julaften, være hodestups forelsket, dagdrømme om sommerferien som er like rundt hjørnet, eller å tenke på det nyeste Fortnite-spillet man endelig har fått i alle minuttene man ikke får lov å spille. Når barn og unge er superivrige, kan de tenke masse på det som skal skje eller det som har skjedd kort tid etter aktiviteten er over. De fleste opplever ikke denne typen tankevirksomhet som problematisk fordi den er tidsavgrenset og gir mening ut ifra situasjonen. Barna trenger derfor ikke noe annet enn forståelse og bekreftelse for at de er ivrige og engasjerte (Pangsepp, 2004). Hvis vi ser og bekrefter barnas iver fremfor å irettesette dem, vil de vanligvis håndtere iveren bedre.

Vi har derimot flere vanlige problematiske former for tankekjør, som inngår som en elementær del av psykiske lidelser. For eksempel er ulike former for tankekjør sentralt i angst, depresjon, tvangslidelser og PTSD. I denne teksten fremheves tre vanlige former for tankekjør, en skremmende form, en selvkritisk form (Greenberg

Tankekjør i form av en skremmestemme innebærer som oftest katastrofetanker og skremmende scenarier og utfall.

Denne type tankekjør henger ofte sammen med smertefulle følelser som sorg, skam, ensomhet, dødsfrykt og frykt for avvisning (Watson, 2017)

& Goldman, 2019) og en traumerelatert form (Pavio & Greenberg, 2010). Det finnes mange gode måter å håndtere tankekjør på, som forskjellige avspenningsteknikker, skriveøvelser, gode søvnråd og ulike terapiformer. Her skal du få vite noe om hvordan du kan hjelpe barn og unge å finne veien ut av tankekverna, via følelsene.

Skremmestemmen

Barn og unge som opplever å være mye redde har som oftest en indre stemme som bidrar til å opprettholde og forsterke frykten. Vi kan kalle denne formen for tankekjør for skremmestemmen. Skremmestemmen kan for eksempel høres slik ut: «Ikke gå ut av sengen. Da blir du lurt til å gå på skolen. Ligg her helt stiv. Ikke snakk. Nå skjer det. Nå begynner hjertet å dunke. Nå blir det ille. Du kommer til å besvime hvis du reiser deg. Og hvis du går på skolen, kommer du til å få det helt forferdelig. Du kommer til å tisse deg ut. De voksne kommer til å bli sinte på deg. Alle kommer til å le av deg. Ikke gå ut av sengen!» Tankekjør i form av en skremmestemme innebærer som oftest katastrofetanker og skremmende scenarier og utfall. Denne type tankekjør henger ofte sammen med smertefulle følelser som sorg, skam, ensomhet, dødsfrykt og frykt for avvisning (Watson, 2017). Tankekjøret blir problematisk når barnet ikke får hjelp til å håndtere, eller ikke vet hvordan de skal takle, de smertefulle følelsene. Barn og unge forsøker hele tiden å mestre livet sitt, men sterke og vonde følelser kan fungere som en konkurrerende motivasjon (Miller & Rollnick, 2012) som hindrer dem i komme seg ut av senga og på skolen eller jobb. Skremmestemmen kan drive og forsterke angsten og for omgivelsene kommer dette til uttrykk som vegring eller unngåelse. Fra barnets perspektiv er det derimot et katastrofalt scenario knyttet til å gjøre det som skremmestemmen forteller at vil skje.

Selvkritikeren

Tankekjøret i form av selvkritikk arter seg på innsiden som en indre selvkritikker som mobber og rakker ned på barnet. Selvkritikeren formidler budskap som «Du er stygg, feit, dum, ekkel, slem, kjedelig, verdiløs eller svak». Den usunne selvkritikeren kan også få barn og unge til å gruble på sosiale situasjoner de har tatt del i, for så å kritisere egen innsats og hvordan de fremstår i andres øyne. Den usunne selvkritikeren har som regel hatt en nyttig funksjon i å evaluere dårlige handlinger og prestasjoner før den gikk over til å kritisere hele personligheten (Greenberg & Goldman, 2019). Den har som regel gått fra å være en som passet på at barnet oppførte seg i tråd med normer og regler og klarte å prestere sånn noenlunde bra, til å sparke selvet uansett hvor bra det presterer og når det allerede ligger nede i det svarte skam-hullet og «vet» at det er noe fundamentalt galt med dem selv.

Ofte har dette tankekjøret, i form av en selvkritiker, sitt opphav i episoder hvor mobbere eller voksne som har latterliggjort barnet eller vært kritiske, invaderende eller krenkende. Den indre kritikeren opprettholder at personen føler på sterk skam over hvem det er. Det overraskende for mange er at den indre kritikeren alltid har en beskyttende funksjon, men at den har tatt fullstendig av i sin misjon om å hindre at personen blir utsatt for det de frykter mest. Kritikeren forsøker å få til noe på vegne av barnet, men som ikke virker. Ofte handler det om å gjøre barnet forberedt på nederlag eller å hjelpe det å unngå smertefulle relasjonelle erfaringer og vonde følelser.

Noen indre kritikere vil sørge for at den unge er forberedt på vanskelige erfaringer, så de ikke blir så skuffet eller for at de skal tåle det når nederlaget eller kritikken fra omverden kommer. Og den er overbevist om at det kommer til å skje. Andre indre kritikere prøver febrilsk å beskytte mot verre krenkelser, som nye overgrep og vold ved å for eksempel holde selvet i en underdanig og ikke provoserende posisjon. Å finne ut av hva beskyttelsen handler om kan ofte gi bevegelse i et fastlåst mønster

for hvordan barnet eller den unge voksne behandler seg selv og gjøre selvkritikeren mildere.

Noen ganger kan skremmestemmen og selvkritikeren blande seg sammen. Vi terapeuter ser dette spesielt tydelig hos barn og unge med sosial angst (Elliot & Shahr, 2017). Vi starter gjerne med å utforske skremmestemmen og angsten for sosiale situasjoner, fordi det gjerne er det presenterte problemet. Etter kort tid vil den indre dialogen gå over til å handle om en indre kritiker som rakker ned på selvet og påfører personen skam over hvem han eller hun er. Når vi får jobbet dypere og får tak i personens følelsesliv dukker det ofte opp uoppgjorte forhold til omsorgspersoner som har avvist, kritisert eller ikke beskyttet barnet, eller uoppgjorte forhold til mobbere eller andre som har krenket ham eller henne. Først når vi kommer til disse vonde erfaringene og tilhørende følelser, får vi til å jobbe med dyptgripende endringsarbeid, og ikke utelukkende symptomlette.

Traumekverna

Tankekjør og frykt i etterkant av traumatiske hendelser kommer ofte i form av påtrengende bilder, repetisjon av traumat, mareritt eller en konstant vaksomhet. Vi kan kalle dette for traumekverna. I tilknytning til denne formen for tankekjør kjenner barnet eller ungdommen ofte på intens frykt og noen ganger også skam. Langt på vei er dette adekvate og normale reaksjoner på voldsomme hendelser. Fra et overlevelsesperspektiv trenger hjernen å få prentet inn den farlige situasjonen slik at den huskes godt og hjernen blir forberedt på å varsle om lignende farer senere. Sterke reaksjoner er også nyttige for å påkalle hjelp og å få formidlet alvoret i situasjonen. Repetisjon av traumatiske hendelser inngår også i bearbeidelsesprosessen. Barn og ungdom har behov for å repetere og snakke om skremmende hendelser om og om igjen. For hver gang utvider de sin evne til å symbolisere egne følelser, bygge en helhetlig historie om hva som egentlig skjedde, og gradvis lindre og regulere de vonde følelsene. Det store problemet med tanke på senvirkninger er dersom den som er utsatt for traumer ikke får nok hjelp til å prosessere følelsene knyttet til hendelsen etter at faren er over. Da vil tankekjør og frykt kunne vedvare over lang tid og kanskje også gå over til vedvarende skremmestemme og selvkritikk. I tillegg kan frykten fra traumehendelsen bli generalisert og trigget i alle mulige situasjoner senere (Pavio & Greenberg, 2010). Slik generalisert frykt er ofte så smertefull å kjenne på at barnet eller ungdommen kan reagere med det som for omgivelsene fremstår som urimelig sinne og angst.

Følelsene som løsningen på tankekjøret

Følelser aktiveres og utspiller seg ofte innenfor våre sosiale relasjoner. Venner, familie, lærere og helsepersonell vil derfor påvirke følelser og tanker hos barn og unge på godt og vondt. Løsningen på fastlåste tanker og vonde følelser vil derfor langt på vei ligge i det relasjonelle samspillet med andre. En av nøklene til å endre på tankekjør er å hjelpe barn og unge til å komme i kontakt med og å bearbeide egne følelser. Sterke følelser leder til høy grad av tankevirksomhet og ved å få hjelp til å håndtere de vanskelige følelsene kan tankekjøret slippe taket. God følelseshåndtering kan både forebygge psykiske vansker og være en sentral del av behandlingen.

Validering

Det viktigste vi voksne kan gjøre er å se og validere barnas følelser, også de følelsene vi er uenige i eller ikke synes barna burde ha. Ikke rart du føler deg... (følelsen), når/fordi... Det er også bra å validere opplevelsen av å ha følelsen: Jeg vil tro det er ganske tungt å være så ... (følelsen), fordi...

**Repetisjon av
traumatiske
hendelser inngår
også i bearbeidelses-
prosessen.**

**Barn og ungdom
har behov for å
repetere og snakke
om skremmende
hendelser
om og om igjen**

Når vi validerer barn og unges følelser formidler vi at følelsen er gyldig. Da slipper barna å «overbevise» oss om at det de føler er reelt for dem, noe som bare vil holde dem fastlåst i følelsene alene. Når de føler seg forstått, er det lettere for dem å ta imot omsorg fra oss voksne. Et viktig poeng er at vi kan validere følelsen og likevel sette grenser for atferd. Vi kan si at følelsen er gyldig uten å akseptere eller oppmuntre til skadelig atferd. Når vi har klart for oss skille mellom følelser og atferd, er det lettere for oss voksne å validere barnas opplevelser. Å validere at barnet eller ungdommen er sint, redd, trist, skamfull, ensom eller føler seg misforstått er noe annet enn å vise aksept for at de kutter seg, sulter seg, utagerer, truer eller kritiserer andre (Hagen, Austbø, Hjelmseth & Dolhanty, 2019; Foroughe, Stillar, Goldstein, Dolhanty, Goodcase & Lafrance, 2018; Foroughe, 2018; Bøyum & Stige, 2017).

Et siste tips om validering er å starte med og validere de mest synlige følelsene. Dersom det ligger mer sårbare følelser, som frykt, skam eller tristhet gjemt under de synlige følelsene, vil disse vanligvis bryte gjennom når vi validerer det vi ser. Det går også an å gjette på følelser man aner ligger og vaker under overflaten.

Emosjonelle behov

Først når vi har bekreftet barn og unges følelser og etablert god kontakt med dem, kan vi møte deres emosjonelle behov og hjelpe dem å løse problemene de står i. Unntaket er når de har akutt behov for å beskyttes mot fare. Da er det viktigste målet å sikre de unge og vi har ikke nødvendigvis tid til å validere deres følelser først (Hagen, Austbø, Hjelmseth & Dolhanty, 2019). Enhver grunnfølelse har et tilhørende emosjonelt behov. Triste barn trenger nærhet og trøst. Sinte barn trenger å selvhevde og beskytte grensene sine. Skamfulle barn trenger anerkjennelse og bekreftelse på at de er verdifulle medlemmer av flokken. Redde barn trenger beskyttelse, sikkerhet og trygghet. Barn som kjenner på avsky, trenger å bli kvitt stimuli for avskyen i psykologisk eller fysisk forstand. Ivrige barn trenger å få utforske. Mens glede er følelsen vi kjenner på når viktige behov er møtt. I noen situasjoner trenger barn og unge også hjelp til praktiske problemer som er for store til å håndtere selv.

Nedenfor skal du få ytterligere syv tips til hvordan du kan hjelpe barn og unge å bearbeide egne følelser. Listen tar utgangspunkt i Imke Herrmann, Lars Austra og Leslie Greenbergs forskning på produktiv emosjonell prosessering i terapirommet (Auzra & Herrmann, 2019; Auzra, Greenberg & Herrmann, 2013; Greenberg, Auzra & Herrmann, 2007; Herrmann & Greenberg, 2007). God emosjonell prosessering gir bedre behandlingsutfall ved emosjonsfokuset terapi og det antas at det samme gjelder utenfor terapirommet.

Følelser i kroppen

Et godt sted å starte når vi skal hjelpe barn og unge til å bli bedre på å føle og prosessere følelsene sine er å hjelpe dem slik at de blir oppmerksomme på at følelsene sitter i kroppen. Oftest sitter følelsene i brystet og magen selv om vi også kan kjenne dem påvirke oss i halsen, ansiktet, nevene og beina. Pustens tempo og hjerterytme kan også hjelpe oss å «lese» barn og unges følelser og hjelpe dem å lese egne følelser.

Skille følelser fra hverandre

Vi kan hjelpe barn og unge med å differensiere mellom ulike sammenblandede følelser ved å hjelpe dem til å kjenne på én følelse om gangen. Det er spesielt vanlig at sinne og tristhet kommer i en blandet tilstand. Ved å jobbe med å skille dem fra hverandre både når det gjelder kroppslig opplevelse og hvilke ord som passer til følelsene, så hjelper vi de unge å få tydeligere tak i behovene som er knyttet til de ulike følelsene.

**Et godt sted å starte
når vi skal hjelpe
barn og unge til å bli
bedre på å føle og
prosessere følelsene
sine er å hjelpe
dem slik at de blir
oppmerksomme på
at følelsene sitter i
kroppen**

Ved å akseptere våre egne så vel som andres følelser, på godt og vondt, kan vi lære barn og unge å utvikle en aksept for alle følelser. Da slipper de å bruke krefter på å stoppe eller å unngå enkelte følelser

Symbolisering

Når følelsene får ord sendes det beroligende hormoner ut i hjernen og kroppen (Torre & Lieberman, 2018; Siegel, 2015). Vi bør derfor hjelpe barn og unge å symbolisere følelsene, gjennom ord, bilder, sansning, musikk eller kunst. Det kan være lurt å bruke enkle og opplevelsesnære ord. Skal vi hjelpe barn og unge å sette ord på skam, kan vi for eksempel bruke ord som «flau», «føle seg liten», «føle seg verdiløs», «føle seg dum» eller «kjenne den ekle følelsen i magen som bare sier at jeg ikke er god nok». Symbolisering av følelser gir også økt meningsdannelse og dermed forståelse for følelsene og de emosjonelle behovene.

Samsvar mellom følelser og uttrykk

Barn og unge trenger hjelp til å skape samsvar mellom det de føler og det de uttrykker at de føler, både verbalt og nonverbalt. Vi voksne kan for eksempel gjette på hva barna føler og hjelpe dem å være i kontakt med følelsene. Når folk har kongruens mellom sitt indre følelsesliv og ytre følelsesuttrykk, er det mer sannsynlig at de blir møtt på egne emosjonelle behov av både seg selv og omgivelsene. Motsatt kan det skape utfordringer for barn og unge som for eksempel ler og smiler hver gang tårene presser på, eller som viser med hele kroppen at de er sinte mens de sier at de har det fint.

Aksept

Ved å akseptere våre egne så vel som andres følelser, på godt og vondt, kan vi lære barn og unge å utvikle en aksept for alle følelser. Da slipper de å bruke krefter på å stoppe eller å unngå enkelte følelser. Å jobbe mot egne følelser og avbryte følelser som er på vei opp til overflaten, er energikrevende og utmattende. I tillegg innebærer manglende aksept for enkelte følelser nesten utelukkende også manglende aksept for enkelte emosjonelle behov. Å blokkere egne følelser kan medføre et indre budskap til personen selv om at han eller hun ikke har lov å føle, at det er farlig å føle, at det er barnslig å trenge, eller at personen er uverdigg omsorg.

Økt agens

Uten å holde barn og unge ansvarlige for sin egen situasjon og det de har erfart, kan vi lære dem at de likevel har innflytelse over egne følelser gjennom hvordan de behandler seg selv. Å oppleve at man har innflytelse på egne følelser og tankeprosesser kalles agens. Økt agens kan gi håp om endring, motivasjon til å utfordre seg selv og økt selvomsorg. Når ungdommen for eksempel skjønner at jeg skremmer meg selv fordi jeg prøver å beskytte meg mot lignende hendelser som jeg har erfart før, så er det lettere for dem å stå opp imot skremmestemmen, ikke bli så påvirket av den, eller til og med at skremmestemmen blir mildere. På samme måte gir det økt agens å oppdage at nå er det jeg som fortsetter å kritisere meg selv og forsterke skammen over hvem jeg er. Mobberne finnes ikke lenger på denne skolen.

Følelsesregulering

Barn og unge som undertrykker egne følelser trenger hjelp til å la følelsene komme til overflaten, slik at de kan få prosessert følelsene. Barn og unge som opplever at følelsene er så intense at de dissosierer, besvimer eller får panikkanfall, trenger hjelp til å regulere følelsene. For eksempel ved at voksne hjelper dem ved å skape kontakt via blikk, berøring eller en klar og trygg stemme og med sin rolige og aksepterende tilstedeværelse. Andre barn vil undertrykke følelsene når de opplever dem som intense og smertefulle og bli avflatet og likegyldige eller avstengte. Disse barna trenger også hjelp fra voksne til følelsesregulering ved at det inviteres til kontakt med de vonde

Barn og unge trenger ikke hjelp til å føle seg bedre, men å bli bedre på å føle, både de vonde og gode følelsene

følelsene. Når de får hjelp til å kjenne på egne følelser i passende doser, lærer vi dem også hvordan de i større grad kan regulere egne følelser. Faktisk er det sånn at våre adaptive og hjelpsomme følelser ikke trenger regulering, fordi de adaptive følelsene er regulerende i seg selv. Men barn og unge som har gamle fastlåste følelser, eller mye beskyttende følelser som blokkerer for underliggende såre følelser, vil ha behov for voksenhjelp og støtte til å regulere disse følelsene.

Barn og unge trenger ikke hjelp til å føle seg bedre, men å bli bedre på å føle både de vonde og gode følelsene. Følelsene og tankene henger sammen, og tankekjør er som oftest en måte å forsøke å håndtere vanskelige følelser på, men som ikke alltid fungerer så godt. Da trenger vi hjelpere å flytte fokuset fra tankene til kroppen og følelsene, og prøve å hjelpe barn og unge å få tak i hva de føler og trenger og hjelpe dem å skape mening. Vi trenger å støtte dem med en ikke-dømmende holdning og bidra til at de tør å åpne seg opp for oss og ha følelser fremfor at følelsene har dem.

Referanser

- Auszra, L., Greenberg, L.S. & Herrmann, I.R. (2013). *Client Emotional Productivity—Optimal Client In-session Emotional Processing in Experiential Therapy*, *Psychotherapy Research*, 23:6, 732-746, DOI: 10.1080/10503307.2013.816882
- Auszra, L. & Herrmann, I.R. (2019). *Facilitating Optimal Emotional Processing*. *Clinical Handbook of Emotion-Focused Therapy* s. 193-216. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bøyum, H. & Stige, S.H. (2017). «Jeg forstår henne bedre nå» – En kvalitativ studie av foreldres opplevelse av relasjonen til egne barn etter emosjonsfokuset foreldreveiledning. *Scandinavian Psychologist*, 4. <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.4.e11>
- Elliot, E. & Shahar, B. (2017). *Emotion-focused Therapy for Social Anxiety (EFT-SA)*. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, Vol. 16, 2017 – Issue 2: Part 1, s. 140-158. <https://doi.org/10.1080/14779757.2017.1330701>.
- Foroughe, M. (red.). (2018). *Emotion Focused Family Therapy with Children and Caregivers: A Trauma-Informed Approach*. New York: Routledge.
- Foroughe, M., Stillar, A., Goldstein, L., Dolhanty, J., Goodcase, E.T. & Lafrance, A. (2018). *Brief Emotion Focused Family Therapy: An Intervention for Parents of Children and Adolescents with Mental Health Issues*. *Journal of Marital and Family Therapy*. doi:10.1111/jmft.12351
- Greenberg, L.S., Auszra, L. & Herrmann, I.R. (2007). *The Relationship among Emotional Productivity, Emotional Arousal and Outcome in Experiential Therapy of Depression*. *Psychotherapy Research*, 17(4), 482-493. DOI:10.1080/10503300600977800
- Greenberg, L.S. & Goldman, R.N. (red.). (2019). *Clinical Handbook of Emotion Focused Therapy*. Washington: American Psychological Association.
- Greenberg, L.S. & Paivio, S.C. (1997). *Working with Emotions in Psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Greenberg, L.S. & Safran, J.D. (1989). *Emotion in Psychotherapy*. *American Psychologist*, 44(1), 19.
- Hagen, A.H., Austbø, B., Hjelmseth, V. & Dolhanty, J. (2019). *Emosjonsfokuset ferdighetstrening for foreldre – en lærebok for terapeuter og veiledere*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Herrmann, I.R., Greenberg, L.S. & Auszra, L. (2014). *Emotion categories and patterns of change in experiential therapy for depression*, *Psychotherapy Research*, DOI:10.1080/10503307.2014.958597
- Herrmann, I.R. & Greenberg, L.S. *Client Emotional Productivity*. *European Psychotherapy*/Vol. 7 No. 1. 2007. Ludwig-Maximilians Universität München, York University Toronto s. 137-152.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2012). *Motivational Interviewing: Helping People Change*. (3. utg.). New York: Guilford Press.
- Pangsepp, J. (2004). *Affective Neuroscience. The Foundation of Human and Animal Emotions*. Oxford University Press.
- Pavio, S. (2010). *Emotion-Focused Therapy for Complex Trauma – An Integrative Approach*. American Psychology Association.
- Siegel, D.J. (2015). *The developing Mind: How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are*. (2. utg.). New York: Guilford Publications.
- Stiegler, J.R. (2020). *Emosjonsfokuset terapi – å forstå og forandre følelser*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Torre, J.B. & Lieberman, M.D. (2018). *Putting Feelings into Words: Affect Labeling as Implicit Emotion Regulation*. *Emotion Review*, 10(2), s. 116-124. doi: 10.1177/1754073917742706.
- Watson, J.C. & Greenberg, L.S. (2017). *Emotion-Focused Therapy for Generalized Anxiety*. Washington: American Psychology Association.

Rus og rammer

Av Fanny Duckert



Fanny Duckert er professor i psykologi og klinisk spesialist. Hun er ekspert i tidlig behandling av alkoholproblemer og holder regelmessig kurs i alkoholreduksjon.

Fanny driver eget konsulentfirma og har spisskompetanse på organisasjon og ledelse, med særlig fokus på kommunikasjon- og endringsprosesser. Hun har også spesialkompetanse på effekter av negativ medieeksponering og håndtering av disse.

Hovedrusmiddelet for unge, som for voksne, er alkohol, mens cannabis er det mest brukte ulovlige rusmiddelet. Alkohol er klart det farligste rusmiddelet vi kan bruke, både når det gjelder brukeren selv, og konsekvenser for omgivelsene. Rusmiddelbruk kan forsterke en underliggende risiko for mentale problemer, men for de fleste vil de tidlige eksperimentene med rusmidler i liten grad føre til problemer i voksen alder. Samtidig er det viktig å redusere skadeomfanget rusmidler kan ha, og her blir grensesetting fra foresattes hold avgjørende. Alle unge trenger rammer. Å si for mye nei er like skadelig som å si for mye ja. Utfordringen for foreldre er å bevare en så god dialog som mulig, samtidig som det settes adekvate grenser rundt den unge. Alkohol-effekter på godt og vondt må erfares og mestres. Straff er ikke en hensiktsmessig reaksjon på lang sikt, og sliter bare på båndet mellom foreldre og barn. I stedet kan det kanskje være mer funksjonelt å hjelpe den unge til å se mulige konsekvenser, og lære sikkerhetsrutiner hvis han/hun kommer opp i farlige eller utrygge situasjoner. De må oppleve at de voksne bryr seg og følger med på livene deres uten totalt å overkjøre dem.

Ungdomstiden er den svært viktig fasen i livet hvor tenåringene begynner å bevege seg ut fra barndomshjemmet til et liv mer dominert av venner og sosiale grupper. De yngste har ikke så mange arenaer for nærkontakt. De slipper ikke inn på utesteder, men forvises til lekeplasser, kinoer, burgersjapper og kjellerstuer hos hverandre. De er under kontinuerlig overvåking og omgitt av mer forbud enn de fleste andre aldersgrupper.

Alkohol er formelt forbudt, men lokkende ut fra observasjoner av de voksnes forbruk og festing. Overfor voksne promoteres alkohol i en rekke sammenhenger. I vinspalter og glansede reportasjer skapes og vedlikeholdes bilder av alkoholbruk som noe hyggelig, morsomt, stilig og voksent. Men ungdom møter strenge grenser og forbud mot å prøve ut selv.

Straff er ikke en hensiktsmessig reaksjon på lang sikt, og sliter bare på båndet mellom foreldre og barn

Et særpreget norsk fenomen er russetiden, hvor horder av ungdom, iført blå og røde kjeledresser samles i store busser, eller gamle biler, og drikker seg gjennom tre ukers intens festing. Denne tradisjonen er hovedankret i Oslo, men har etter hvert spredd seg over hele landet. Bussen blir det faste oppholdsstedet, og ungdommene får autonomi. Ingen dørvakter eller bartendere kan bryte inn, eventuelle naboklager gjør bare at bussen ruller til et annet sted og festen fortsetter. Russe-dressene skyver det kollektive foran det individuelle ansvaret, kommunikasjonen er fysisk, musikken høy og dansen overtart. For mange unge med innvandrerbakgrunn er russetiden det første møtet med alkohol.

Etter hvert som de vokser til, begynner også møtene på ulike utelivsarenaer. Alkohol og vorspiel blir ofte en viktig del av forberedelsene. Gjerne gutter og jenter hver for seg, før de møtes på byen sent på kveld til mingling, mer drikking og dansing. Sosiologen Willy Pedersen (2017) har fulgt festende ungdommer på nært hold, og har påvist hvordan alkohol i stor grad inngår i de unges utforskning og eksperimentering med egen seksualitet.

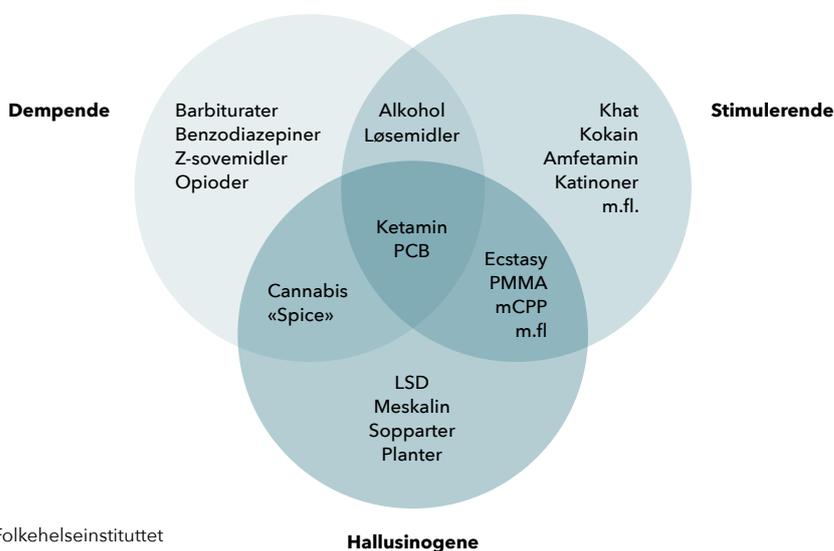
I disse møtene er motivet å flørte, leke og å sjekke opp noen, men også å presse normer og grenser. Dette gir spenning, nytelse og forbløffende ofte glede. I neste runde er fortellingene om hva som skjedde – som blir delt med vennene – det sentrale. Viktig er at dette gjelder for både gutter og jenter. Erfaringene er altså både på godt og vondt.

Ungdoms rusbruk

For ungdommene er det et vidt spekter av mulige rusmidler som kan testes ut. Repertoaret omfatter alkohol, vanedannende legemidler og ulovlige rusmidler som blant annet cannabis, amfetamin, LSD, heroin og kokain.

Vanedannende legemidler er i hovedsak beroligende midler og sovemedisiner av typen benzodiazepiner. Dette er medikamenter som skrives ut av leger på resept, men som også er tilgjengelige på det illegale markedet. En stor del av tablettene på det illegale markedet er ikke fremstilt av godkjente legemiddelprodusenter, og inneholder oftere større mengder virkestoffer, sammenlignet med registrerte preparater som selges på apotek.

Rusmidler kan drikkes, svelges, sniffes, røykes eller injiseres via sprøyter. Effekten av rusmidler kan deles inn i tre hovedgrupper: dempende, stimulerende og hallusinogener. Flere rusmidler har en blanding av disse effektene, for eksempel alkohol og ecstasy (Folkehelseinstituttet, 2019).



Kilde: Folkehelseinstituttet

**Cannabis er mindre
avhengighets-
skapende og mindre
giftig for kroppen
enn alkohol**

Narkotika

I Norge er cannabis det mest brukte ulovlige rusmiddelet. Kokain er nest mest brukt, etterfulgt av ecstasy/MDMA og amfetaminer. Omtrent sju prosent av 15-16-åringene har rapportert å ha prøvd cannabis, og to prosent at de har brukt det siste 30 dager. Tall fra Ungdata (Bakken, 2020) viser at i 2019 oppga drøyt elleve prosent av tiendeklassinger i Oslo at de noen gang hadde brukt cannabis, og for resten av landet var det drøyt åtte prosent. Tilsvarende andeler for siste 12 måneder var drøyt ti prosent i Oslo og i underkant av sju prosent for resten av landet.

Blant unge voksne i alderen 16-34 år, har under sju prosent oppgitt noen gang å ha brukt sentralstimulerende stoffer (kokain, amfetamin eller ecstasy/MDMA), og ca. én prosent de siste 12 månedene (Folkehelseinstituttet, 2019).

Narkotika er forbudt, noe som gjør det enkelt å fraråde all bruk. Når det gjelder bruken av slike stoffer, rangerer norske ungdommer svært lavt sammenlignet med resten av Europa. 96-98 prosent av norske ungdommer oppgir at de aldri har prøvd cannabis. Det store flertallet av unge har altså aldri brukt noen form for narkotika (Bye og Bretteville, 2020).

Alkohol

Alkohol er et lovlig rusmiddel, men ikke før man er 18 år.

Det er stor variasjon mellom ungdommer når det gjelder hvor gamle de er når de begynner å drikke alkohol. I snitt er debutalderen for øl 14,5 år og 15 år for sprit (Folkehelseinstituttet, 2019).

Tall fra Ungdata (Bakken, 2020) viser at blant ungdomsskoleelever er det et mindretall som har etablert noe tydelig rusbruksmønster, men det skjer en markant økning i bruken av alkohol gjennom årene på ungdomsskolen. I 8. klasse er det over 90 prosent som aldri har smakt alkohol, eller bare smakt noen få ganger. Denne andelen har sunket til 66 prosent i 10. klasse. I 8. klasse er det bare fem prosent som har vært beruset, mens i 10. klasse er det nesten en tredjedel som har opplevd dette.

Siden 2015 har det vært en generell nedgang i unges alkoholforbruk. Vi vet ikke helt hvorfor, men kan kanskje anta at det har å gjøre med endringer i unges livsstil, at de er mer hjemme foran PC-skjermene, at de driver mindre gatelangs – og er mer i organisert regi av foreldrene. Den økende andelen av ungdom med innvandrerbakgrunn kan også ha hatt en viss betydning for denne nedgangen. I mange, særlig muslimske, innvandremiljøer er det svært mye lavere alkoholforbruk, særlig blant jentene.

Sammenlignet med europeisk ungdom generelt, ligger norske ungdommer i det nedre sjiktet når det gjelder andelen som har drukket alkohol én eller flere ganger i året. Samtidig vet vi at 1/3 av dagens 13-åringene og 2/3 av 15-åringene har drukket alkohol, og at halvparten av disse 15-åringene har vært fulle (Folkehelseinstituttet, 2019).

Rusmidlenes farlighetsgrad

Den engelske professoren i psykiatri David Nutt har sammen med sine medarbeidere gjort en gjennomgang av farligheten av ulike rusmidler. Gruppens konklusjoner ble publisert i The Lancet i 2010. De skilte mellom fysiske og psykiske skader på den som bruker og skader på andre, som for eksempel vold og ulykker. Heroin, crack (røykekokain) og metamfetamin kom ut med høyest skår for skader på den som bruker, mens alkohol, heroin og crack oppnådde høyest skåre for skader på andre. Slått sammen kom alkohol ut som det klart mest skadelige stoffet. Helt i den andre enden av skalaen kom de psykedeliske stoffene LSD og psilocybin (flein-

Tidlig debut er ikke bare knyttet til senere alkoholproblemer, men også nikotinavhengighet, narkotikamisbruk og senere psykiske problemer

sopp), med mentale problemer som eneste risiko. Ecstasy fulgte like etter, med flere typer risikofaktorer, men på et lavt nivå. Cannabis ble plassert omtrent midt på denne skalaen (Nutt et al., 2010).

Cannabis er det mest brukte ulovlige rusmidlet. Omtrent en fjerdedel av befolkningen i alderen 16-64 har brukt det minst én gang, de fleste bare én eller et fåtall ganger. Cannabis har et middels skadepotensial. Den største risikoen er at for folk som er disponert for visse psykiske lidelser kan cannabis virke utløsende. En viktig risiko for dem det gjelder, men disse er svært få. Det er mindre avhengighetskapende og mindre giftig for kroppen enn alkohol.

Alkohol er altså klart det farligste rusmiddelet vi kan bruke, både når det gjelder brukeren selv, og konsekvenser for omgivelsene.

Denne klassifiseringen demonstrerer at hvordan samfunnet håndterer rusmidler i liten grad samsvarer med skadepotensialet. Vi kan straffes for å bruke rusmidler med liten risiko for skader, mens noen av de mest skadelige selges fritt over disk. Dette har gitt oss mange paradokser og medført stor skade for mange unge mennesker. Stadig flere har påpekt at det ikke er riktig å straffe rusbruk blant unge, og tatt til orde for en mer human tilnærming basert på hjelp og behandling fremfor straff overfor unge rusbrukere.

Selv om narkotikabruk og problemene rundt dette har fått mest oppmerksomhet i mediene og offentlige diskusjoner, er det svært få unge som er involvert i dette. Hovedrusmiddelet for unge, som for voksne, er alkohol.

Rus og psykisk helse

Ungdomstiden innebærer for mange viktige utfordringer, hjemme, på skole, i forhold til venner og egne personlige problemer. Mange sliter med vanskelige tanker og følelser, og føler seg sosialt klossete og usikre. Rusbruk kan midlertidig endre på dette. For eksempel gjør alkoholrusen oss mindre sensitive for andre, og mer i kontakt med indre følelser. Vi blir mindre selvkritiske, mer utadvendte, selvsikre og utagerende. Sperrere for å slippe oss løs og ta ut andre sider ved oss selv forsvinner.

Mange unge bruker alkohol for å oppleve fellesskap, for å passe inn, bekjempe sjenanse og usikkerhet, men har samtidig ofte utfordringer med å håndtere selve rusen. De blir for fulle, syke eller kan havne i farlige situasjoner.

Rusmidler kan også brukes som en selvmedisinering ved psykiske plager. Det er vanlig å bruke rusmidler for å lindre ubehagelige følelser og mental smerte, for å håndtere vanskelige følelser eller midlertidig endre sinnsstemninger. Problemet er at alle rusmidler har skadelige bivirkninger, og over tid forsterker de ubehagelige reaksjonene.

Rusmisbruk og psykiske problemer er tett forbundet, særlig depresjon og angst. Å misbruke stoffer som cannabis og metamfetamin kan forårsake langvarige psykiske reaksjoner, og alkoholbruk kan forverre depresjon og angstsymptomer.

Rusmiddelbruk kan forsterke en underliggende risiko for mentale problemer. Selv om psykiske problemer er forårsaket av et komplisert samspill mellom gener, miljø og andre faktorer, er det vanskelig å vite hvor stor rolle selve rusbruken spiller. Men vi vet at rusbruk kan være med å tippe en sårbar person over terskelen til mer alvorlige lidelser (Skjælaaen, 2019). Vi vet også at rusbruk kan forverre symptomene på psykiske helseproblemer.

Hvem får problemer?

For de fleste vil de tidlige eksperimentene med rusmidler i liten grad føre til problemer i voksen alder. Unge uten store personlige eller psykiske problemer vil i stor

Hvis barnet har fått med seg en grunnleggende trygghet og har lært å sette egne grenser, vil sjansen for at ungdomsperioden skal gå bra være ganske stor

grad justere seg når de beveger seg inn i mer forpliktende livssituasjoner i løpet av 20-årene – og slutte eller nedskalere bruken av de ulike typene rusmidler.

Tidlig debut som følges av mer vedvarende bruk er ofte knyttet opp mot personlige vansker hos den unge, som impulsivitet, konsentrasjonsproblemer og mistrivsel på skolen. Depresjon, angst eller andre psykiske lidelser vil øke risikoen for å utvikle mer varige rusproblemer. Sosiale faktorer som kultur, omsorgsvikt og opplevelse av utenforskap vil også være sterke modererende elementer i videre utvikling av rusvaner.

Det kan se ut som om den største risikoen for senere problemer ikke så mye er knyttet opp til tidlig alkoholdebut i seg selv, som tidlig og hyppig sterk beruselse. Ungdom som begynner tidlig med dette er også tilbøyelige til å være tidlig ute på andre områder, som sex, røyking og illegale rusmidler. Det videre forløpet kan gå på kryss og tvers. Tidlig debut er ikke bare knyttet til senere alkoholproblemer, men også nikotinavhengighet, narkotikamisbruk og senere psykiske problemer. Forskningen peker i stadig større grad på at underliggende genetiske faktorer kan være en viktig faktor for både tidlig drikkestart og problemfylt alkoholkonsum i voksen alder. Det ser også ut til at dette blir påvirket av felles sosiale påvirkningsfaktorer, som for eksempel sosioøkonomisk status, omsorgsvikt eller overgrep (Pape, 2010).

I begynnelsen av tenårene er de fleste unge totalavholdende, men denne andelen krymper sterkt gjennom ungdomsskoletiden. Noen ungdommer forblir helt avholdende, på grunn av personlige valg eller på grunn av den kulturen de tilhører, for eksempel at de er muslimer, eller tilhører spesifikke avholdsorganisasjoner. Men dette er ikke nødvendigvis så enkelt. Willy Pedersen fant at ikke-drikkere hadde færre venner, opplevde seg som mer ensomme, oftere hadde angst og depresjon og sjeldnere hadde sex (Pedersen, 2015). Ungdom som ikke drikker opplever oftere å ikke bli invitert på fester fordi de blir opplevd som kjedelige. Dette kan forsterke følelser av utenforskap, ensomhet og usikkerhet.

Grensesetting

Hvordan skal vi voksne forberede ungdommene våre på et selvstendig voksenliv? Noen barn løsriver seg tidlig, andre sent. Alle unge trenger rammer. Voksne må kunne si nei. Det er de som er lederne, og som kan se de konsekvensene som ungdommene ikke selv alltid ser. Men sier vi for mye nei, vil de unge bli passive og uselvstendige, eller kan slutte å høre på oss fordi vi har brukt autoriteten for mye. Å si for mye nei er like skadelig som å si for mye ja (Montgomery, 2018).

Grunnlaget for hvordan ungdommene vil håndtere denne fasen legges gjennom hele barndommen. Ikke minst gjelder det observasjoner av nærstående voksnes eget forhold til rus. Hvis barnet har fått med seg en grunnleggende trygghet og har lært å sette egne grenser, vil sjansen for at ungdomsperioden skal gå bra være ganske stor. Utfordringen for foreldre er å bevare en så god dialog som mulig, samtidig som det settes adekvate grenser rundt den unge. Det å fremforhandle avtaler vil være en kontinuerlig utfordring.

I Norge har vi hatt en tradisjon for at unge mennesker skal være totalavholdende inntil de er 18 år. Tanken er at de så skal springe ut som siviliserte alkoholbrukere av seg selv. Men uansett vil de fleste ungdommer på et eller annet tidspunkt eksperimentere med alkohol. Problemet med en streng avholdstilnærming er at unge får svært lite kunnskap om hvordan alkohol faktisk virker på kroppen. Har du ingen peiling på hvordan alkohol virker, har du stor risiko for å havne opp stupfull, fordi du drikker for fort og for mye.

Ungdomstiden utgjør et grenseland hvor mange tester ut alkohol i ulike settin-

Det har vist seg at den viktigste beskyttelsesfaktoren mot ungdoms problematferd, inkludert rusbruk, er en åpen dialog

ger. Det drikkes ofte for mye og for fort. Sanseløs fyll og spying blir ikke så sjelden resultatet. Alkohol effekter på godt og vondt må erfares og mestres.

Når 15-åringen kommer full hjem, er det lett å tenke at dette må få negative konsekvenser og straff. Men det ungdommen kanskje heller trenger er en tilstedeværende samtale i etterkant, hvor de voksne forteller hvor redde de blir når barnet drikker seg full, hva konsekvensene kunne ha blitt, at de er glade for å ha hen trygt hjemme igjen, og hva den unge kan gjøre for å beskytte seg selv i en slik situasjon.

Straff og trusler kan tilsynelatende virke på kort sikt. Men prisen er ensomhet og frykt. Barn som opplever at foreldrene straffer, vil slite med å føle trygghet. De får problemer med å finne sin egen identitet, strever med å komme i gang med voksenlivet og ender ofte opp med å se på verden som et farlig sted. Straff fører til ødeleggelse av forholdet mellom foreldre og barn, og gjør det vanskeligere for unge å klare seg i livet. Straff er den gode selvfølelsens verste fiende. Den slår sprekker i individets grunnmur (Montgomery, 2018).

For eksempel er husarrest og tilbaketrekking av privilegier en vanlig sanksjon ved forbudt rusbruk, men hva oppnår man egentlig med å sperre noen inne på et rom? Det gir ingen veiledning og sliter bare på båndet mellom foreldre og barn. Det tar vekk kontakt, og innebærer ingen læring. I stedet kan det kanskje være mer funksjonelt å hjelpe den unge til å se mulige konsekvenser og å lære sikkerhetsrutiner hvis hen kommer opp i farlige eller utrygge situasjoner. Forpliktende avtaler om hvordan ulike situasjoner skal håndteres, slik at risikoen blir så liten som mulig, må gjennomdiskuteres. Men her må også ungdommen få være en bidragsyter, ikke bare pådyttes foreldrenes påbud, med etterfølgende straffesanksjoner.

Det meste av grensesettingen handler om den unges sikkerhet. Ungdommer er i opposisjon fordi de finner seg selv i kontrastene, i å mene noe annet. De trenger diskusjon og omsorg. De trenger å lære seg å uttrykke egne meninger og grenser. De trenger også å vite hva som gjelder, når de må være hjemme, hvor de kan være, og hvilke kjøreregler som gjelder. De må oppleve at de voksne bryr seg og følger med på livene deres, uten totalt å overkjøre dem.

Alkoholbruk er lært atferd. Det kan for eksempel være nyttig for unge å få mer konkret kunnskap om hvordan alkoholen faktisk virker, forskjell på ulike alkoholtyper, hvor raskt effekten kommer og hvordan ulike promillenivåer oppleves. Dette er kunnskap som kan hjelpe den unge til å holde styr på situasjonen og ikke ende opp stupfull i en farlig situasjon. Konkrete råd kan være nyttige. For eksempel:

- Ikke drikk på tom mage, spis litt på forhånd.
- Ikke drikk bart brennevin. Senk drikketempoet og drikk vann innimellom, så du får i deg nok væske.
- Gå aldri fra drinken din uten tilsyn. Ikke ta imot drinker fra ukjente. Det er lett å putte ting oppi som doper deg ned og gjør deg sårbar for ubehagelige hendelser.
- Hold sammen, ikke etterlat noen alene og beruset. Se etter hverandre!
- Bli aldri med i en bil hvor sjåføren har drukket, eller hvor alle passasjerene er sterkt beruset.
- Uansett hvor beruset du er, kom deg hjem! Vi er her for deg!

Alle foreldre ønsker at barna skal komme til dem den dagen de opplever et eller annet ubehagelig. Den muligheten får de bare hvis de blir oppfattet som trygge og ikke-fordømmende. Den viktigste oppgaven for ungdomsforeldre er å alltid holde kontakten og å bevare båndet til ungdommen. Unge som er redde for å skuffe, som lever med en streng og rigid regelbok, istedenfor nærhet, vil ikke komme til foreldrene når noe er galt.

Et tankeparadoks er at vi har stor tro på læring når det gjelder de fleste livsarenaer, bare ikke når det gjelder bruken av alkohol

Åpen dialog, en respektfull foreldre-barn-relasjon og faktisk kunnskap om barns aktiviteter, er knyttet til mindre rusbruk blant unge, mens overvåking, kontroll og konfrontasjoner i seg selv har liten effekt (Fletcher & al., 2004). En bedre måte å følge med på – og støtte – vil for eksempel være å hente ungdommen etter festen, eller i det minste å være våken når hen kommer hjem. Det hjelper også å kjenne ungdommens venner, ikke minst å ha deres telefonnummer – sjansen er nemlig mye større for at de responderer når andre enn deres egne foreldre ringer.

Forskning har undersøkt nærmere hvilke beskyttelsesfaktorer som finnes når det gjelder problematferd hos unge. Det har for eksempel vist seg at den viktigste beskyttelsesfaktoren mot ungdoms problematferd, inkludert rusbruk, er en åpen dialog, hvor den unge selv betror seg til de voksne (Stattin & Kerr, 2000,). Mange foreldre bruker mye krefter på kontroll og overvåking, og tror at de på denne måten kan styre sine unge. Dette er imidlertid fåfengt hvis de ikke har sikret seg sine barns tillit. Selv når foreldre har blitt trent i hvordan gjøre bedre overvåking av sine barn, har dette hatt liten effekt.

Et tankeparadoks er at vi har stor tro på læring når det gjelder de fleste livsarenaer, bare ikke når det gjelder bruken av alkohol. Det er stor enighet om at det er en fordel at ungdommene venter så lenge som mulig før de begynner å ruse seg. Men det sekundære målet bør være å redusere risikoen for skader og uhell når de først begynner å teste ut rusbruk. Dilemmaet er: skal vi kjøre en streng forbudslinje, eller skal vi kunne gi noen kjørerregler og åpne opp for å følge med på deres utprøving, med dialog og råd? En annen måte å tenke på kan være at de bør ruse seg så lite som mulig og med så lav risiko som mulig.

Ut fra mange grunner er det selvfølgelig viktig at mindreårige holder fast ved en edruelig livsstil så lenge som mulig. Jo eldre de er når de begynner å drikke for alvor, desto lenger vil de være beskyttet mot skadevirkningen. Med økende alder blir de unge dessuten stadig mer mentalt modne, og dermed også bedre rustet til å takle alkoholens ruseffekter.

Referanser

- Bakken, A. (2020). *Ung i Distrikts-Norge*. NOVA Rapport 3/20.
- Bye, E.K. & Bretteville-Jensen, A.L. (2020). *Bruk av cannabis og andre ulovlige rusmidler blant 15-16 åringer*. Folkehelseinstituttet.
- Folkehelseinstituttet (2019). *Bruken av alkohol og andre rusmiddel i Norge*. <https://fhi.no/nettpub/hin/levevaner/alkohol-og-andre-rusmiddel-folkeh/?term=&h=1>.
- Fletcher, A.C, Steinberg, L. & Williams-Wheeler, M. (2004). *Parental Influences on Adolescent Problem Behavior: Revisiting Stattin and Kerr*. *Child Development*, May/June:3, 781-796.
- Miller, W.R. & Carroll, K.M. (2006). *Rethinking Substance Abuse. What the Science Shows, and What We should Do about It*. The Guilford Press, New York.
- Montgomery, H. (2018). *Foreldremagi. Syv enkle steg for å lykkes med oppdragelsen*. Pilar Forlag, Oslo.
- Nutt, D.J, King, L.A. & Phillips, L.D. (2010). *Drug harms in UK: a multicriteria decision analysis*. *Lancet*, 376. s. 1558-65.
- Pape, Hilde (2010). *Tidlig debut - dystre framtidsutsikter?* Tidsskrift for rus og samfunn. 01. s. 13-15.
- Pedersen, Willy (2015). *Bittersøtt. Nye perspektiv på rus og rusmidler*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Pedersen, Willy, Tutenges, S. & Sandberg, S. (2017). *The pleasures of drunken one-night stands. Assemblage theory and narrative environments*. *International Journal of Drug Policy*, 49, s.160-167.
- Pedersen, W., Bakken, A. & von Soest, T. (2019). *Mer bruk av cannabis blant Oslo-ungdom: Hvem er i risikozonen?* 2019 (6). Norsk sosiologisk tidsskrift - Idunn.
- Skjælaaen, Ø. (2019). *Meningen med rus*. Res Publica, Oslo.
- Stattin H. & Kerr, M. (2000). *Parental monitoring: A Reinterpretation*. *Child Development*, August: 4. S. 1072-1085.

Kulturens rolle i diagnostisering av psykiske lidelser

Av Karoline Anette Ekeberg og Dawit Shawel Abebe



Dawit Shawel Abebe er professor innen folkehelse ved Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid ved OsloMet. Dawits forskningsinteresser inkluderer innvandrerhelse, ungdom og psykisk helse, komorbiditet mellom somatiske sykdommer og psykiske lidelser, og global helse. Han har primært jobbet med kvantitative forskningsmetoder.

Karoline Ekeberg er sykepleier og stipendiat ved avdeling for sykepleie og helsefremmende arbeid ved OsloMet. Hun benytter kvantitative og kvalitative data for å undersøke forekomsten av psykiske lidelser og erfaringen med bruk av psykisk helsevern blant pasienter med innvandrerbakgrunn.

En rekke studier indikerer høyere forekomst av psykiske lidelser i innvandrerpopulasjoner. Oppfatninger av psykiske lidelser og symptomuttrykk kan variere i henhold til kulturell bakgrunn, og det bør derfor diskuteres hvorvidt kultur tas i betraktning når diagnostiske manualer utvikles. I denne artikkelen diskuterer artikkelforfatterne konsekvenser av kulturell forutinntatthet og mangel på kulturell bevissthet i diagnostiseringen av psykiske lidelser. I tillegg diskuterer de hvorvidt diagnoser er egnet til å reflektere underliggende årsaker og gi meningsfull informasjon om psykisk helsetilstand, og hvordan kulturelle forhold påvirker den diagnostiske prosessen. De benytter litteratur fra ulike fagfelt, og refererer til begrepene psykisk lidelse, psykisk sykdom og psykiske helseproblemer om hverandre som følge av ulike benevnelser i litteraturen.

Ordet diagnose stammer fra gresk og refererer til prosessen med å skaffe seg en grundig forståelse (Bäärnhielm, 2014). Implementeringen, og senere den utstrakte bruken av det psykiatriske klassifiseringssystemet, skriver seg tilbake til 1970-tallet. Mens diagnostiske kategorier spilte en beskjeden rolle frem til da, ble klassifisering av psykiske lidelser nå et fundament i diagnostikk (Horwitz, 2002).

Diagnostikkens overordnede mål er å systematisere informasjon om pasientens helseutfordringer for å kunne sikre at vedkommende får adekvat behandling. Klinikeren vurderer om symptomer som opptrer samtidig skal klassifiseres som sykdom, og tar sikte på å gjengi sykdommens natur mest mulig nøyaktig (Bäärnhielm, 2014).

Til dags dato brukes to separate manualer til diagnostisering av psykiske lidelser; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (gjeldende utgave DSM-5) og International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (gjeldende utgave ICD-11). Mens DSM brukes i USA og ofte anvendes til forskningsformål, benyttes WHO's ICD-kategorier hovedsakelig i Europa.

Til tross for at komitemedlemmer har hevdet at det ikke eksisterer noe klart skille

Det er hevdet at både risikofaktorer og symptomuttrykk, samt oppfatning av, og reaksjon på, psykisk sykdom er kulturavhengig

mellom tilstedeværelse og fravær av psykisk sykdom i klassifiseringssystemene, er diagnostiske kategorier i stor grad akseptert som klart avgrensede i kliniske settinger. Det er dermed fare for at kategorisering av psykiske lidelser betraktes som en absolutt sannhet (Summerfield, 2008).

DSM-5 er hevdet å være preget av større kulturell bevissthet sammenlignet med tidligere utgaver (Ecks, 2016). Ifølge den siste revisjonen bør psykiske lidelser vurderes relativt til kultur, siden kulturelle faktorer påvirker både opplevelsen av symptomene og hvordan de manifesterer seg. Klinikerens vurdering er på tilsvarende måte farget av kultur. Det er derfor av stor betydning at behandlere vurderer hvorvidt symptomene avviker fra kulturelle normer både i pasientens bostedsland og opprinnelsesland (American Psychiatric Association, 2013). Mens ICD-10 ikke omfatter en egen kategori for kulturbundne lidelser (World Health Organization, 1993), understrekes kulturens rolle i diagnostikk i den nåværende versjonen (Reed et al., 2019). Det er imidlertid behov for ytterligere fokus på kultur for å øke diagnostisk treffsikkerhet. Den siste utgaven har blitt beskyldt for å være både overfladisk (Ecks, 2016) og etnosentrisk (Bredström, 2019), til tross for forsøk på å motbevise kritikken.

Kulturell oppfatning og klinisk presentasjon av psykiske lidelser

Kulturbegrepet er mangefasettert. Når det gjelder innvandreres møte med behandlere og diagnostikk av psykiske lidelser, henger kulturell identitet sammen med utvikling og oppvekst, så vel som etnisitet og språk (Varvin, 2018). Det er hevdet at både risikofaktorer og symptomuttrykk, samt oppfatning av, og reaksjon på, psykisk sykdom er kulturavhengig (Bhugra & Bhui, 2010; Jenkins, 2015). Begrepet «somatisering» henviser for eksempel til symptomer på psykisk sykdom som klinisk presenterer seg som somatisk sykdom, eksempelvis fysisk smerte (Aragona, Rovetta, Pucci, Spoto, & Villa, 2012; Kirmayer & Sartorius, 2007). Videre er det hevdet at kultur påvirker både forståelsen av følelser og tilegnelsen av mestringsstrategier (Kirmayer, 2001). Samtidig er måten psykisk lidelse kommer til uttrykk på i visse kulturelle kontekster klassifisert som sosiale og moralske problemer (Kirmayer, 1989). På bakgrunn av dette er det ikke nødvendigvis samsvar mellom symptomer på psykiske lidelser og kriteriene listet opp i diagnostiske manualer (Lewis-Fernández et al., 2010).

I enkelte etniske minoritetsgrupper avviker bruk av psykiatriske helsetjenester i stor grad fra tradisjonelle normer. Siden hjelpeapparatet i en slik kontekst tradisjonelt er organisert i lokalsamfunn, kan det å oppsøke hjelp i det dominerende vestlige helsevesenet komme på kollisjonskurs med eksisterende mestringspraksiser. I tillegg kan kulturforskjeller føre til misforståelser som utfordrer behandlingsalliansen, spesielt i tilfeller preget av kommunikasjonsvansker. Hvis behandleren betrakter symptomer på psykiske lidelser som noe universelt, kan vedkommende overse muligheten for at utstrakt refleksjon rundt psykisk helse er noe unikt for vestlig kultur. Det er derfor avgjørende å ha kunnskap om hvordan reaksjoner på psykisk stress kan variere i henhold til kulturell bakgrunn (Bhugra & Bhui, 2010).

«Indigenous psychology»

Argumentet om at definisjoner av normalitet og abnormalitet ikke nødvendigvis forstås best fra et vestlig perspektiv, skriver seg tilbake til 1930-tallet (Horwitz, 2002). Innen psykologien har en forholdsvis ny bevegelse tatt opp spørsmålet om såkalt «indigenous psychology» (Sundararajan, Misra, & Marsella, 2013). Det hevdes at vestlige, i dette tilfellet nordamerikanske og nordeuropeiske, tanker om - og praksiser - innen psykologi, har blitt eksportert til andre geografiske områder, noe som antyder en form for medisinsk imperialisme (Summerfield, 2008; Sundararajan et al., 2013).

Et sentralt begrep i denne sammenhengen er «klassifiseringsfeil». Begrepet viser

Videre er den vestlige tilnærmingen blitt kritisert for manglende fokus på kollektivistiske verdier

til klassifisering av sykdommer som er utviklet for en gitt gruppe, og deretter automatisk antatt å være relevant for en annen, til tross for kategoriens potensielle mangel på validitet og evne til å identifisere psykisk sykdom (Kleinman, 1987). Det har for eksempel blitt hevdet at nordamerikanske ideer om psykiske lidelser blir eksportert til utlandet, i den hensikt å «amerikanisere» oppfatningene av hvordan menneskesinnet fungerer (Watters, 2010). Videre er det påpekt at de regelmessige revisjonene av både DSM og ICD primært utføres av psykiatere i vesten, og at de ofte er påvirket av agendaene til interessegrupper og farmasøytiske selskaper (Trivedi, Fernando, & Ferns, 2013).

Vestlig klassifisering av psykiske lidelser betegnes gjerne som biomedisinsk orientert. Klassifiseringen har blitt anklaget for å være reduksjonistisk og for å forenkle komplekse problemstillinger. Samtidig er det hevdet at «det tilnærmet rendyrkede biogenetiske konseptuelle rammeverket for å forstå psykisk sykdom har oppnådd et hegemoni som har hatt innvirkning på behandlere i psykisk helsevern (...)» (Malla, Joobar, & Garcia, 2015, s. 147).

Videre er den vestlige tilnærmingen blitt kritisert for manglende fokus på kollektivistiske verdier (Kastrup, 2016). På bakgrunn av dette har det blitt satt spørsmålsteget ved validiteten til nåværende forskning på psykiatriske problemstillinger, hvor det er tendens til at krysskulturelle likheter overdrives, mens ulikheter vies begrenset oppmerksomhet. Siden biologiske markører i all hovedsak er fraværende i psykiatrien bør det stilles spørsmål ved en slik universell tilnærming (Kirmayer & Minas, 2000; Summerfield, 2008; Trivedi et al., 2013).

På samme tid har bevegelsen som peker på et kvasi-vestlig hegemoni innen det psykologiske feltet, «indigenous psychology», blitt kritisert for å mangle en presis definisjon av kulturbegrepet og beskyldt for å være etnosentrisk. På denne måten kan kritikk som er rettet mot vestlig psykologi også rettes mot «indigenous psychology»-bevegelsen selv. Det er imidlertid hevdet at vestlig etnosentrisme er skjult, mens etnosentriske tendenser blant tilhengere av «indigenous psychology» er transparente i langt større grad (Bhugra & Bhui 2010).

Kulturens rolle i den diagnostiske prosessen

Samtidig som psykiatrisk diagnostikk er påvirket av kultur, har kulturelle faktorer betydning for forståelse, fortolkning og mestring av psykiske lidelser (Alarcón, Westermeyer, Foulks, & Ruiz, 1999; Jenkins, 2015). Det har blitt antydnet at å kjenne til slike kulturelle aspekter er avgjørende for å identifisere psykisk sykdom, og at kriteriene for en gitt psykiatrisk tilstand mangler validitet dersom kulturelle faktorer ikke tas i betraktning (Horwitz, 2002). Klinikeren bør dermed ha som målsetting å bedømme hvorvidt en gitt atferd er kulturelt betinget eller uttrykk for patologi (Martinez, 2013).

En psykiatrisk diagnose kan forstås som resultatet av en pasients fortolkning av egne symptomer, som er påvirket av individuelle kulturelle kategorier (Bäärnhielm, Åberg Wistedt, & Rosso, 2015). Å undersøke hvorvidt den kliniske presentasjonen av symptomer forstås på samme måte av pasienten og hans eller hennes nærmeste er dermed avgjørende. Hva en bestemt gruppe definerer som psykiske utfordringer avhenger av sosiale forhold (Bhugra & Bhui, 2010), og en diagnose kan dermed ses som en refleksjon av sosial kontekst (Jutel, 2011) og forstås som en bestemt gruppes oppfatning av hva som er uttrykk for abnormalitet og hvordan man skal forholde seg til det (Bhugra & Bhui, 2010).

En betydningsfull del av kultursensitiv diagnostikk er dermed å vurdere forklaringsmodeller, det vil si hva en pasient og eventuelle familiemedlemmer ser på som årsakene til symptomene, hvorfor pasienten opplever dem og hvordan de beskriver sykdomsprosessen (Alarcón, 2009).

Det er hevdet at diagnostiske verktøy, som selvrapporteringsskalaer, ikke nødvendigvis er presise nok til å fange opp tegn på psykisk sykdom. Diagnostiske instrumenter

I situasjoner hvor kulturen påvirker symptomuttrykk er det risiko for feildiagnostisering

kan trues av manglende validitet og reliabilitet når de implementeres i en annen kulturell kontekst (Alarcón et al., 1999; Canino & Bravo, 1994). Dersom instrumentene er utviklet utenfor den relevante kulturen, er det nødvendig at det foretas uttalte revideringer med tanke på oversettelse og tilpasning til en ny kontekst. En ukritisk utredning av psykiske lidelser, hvor kulturelle faktorer ikke tas i betraktning, er hevdet å være en naiv diagnostisk prosess (Zandi et al., 2008).

For å øke den diagnostiske treffsikkerheten er det tatt til orde for at utredningen av psykiske lidelser også bør omfatte datainnsamling om relevante kulturelle og sosiale faktorer, som språkkunnskaper, religiøs orientering, kjønn, tradisjoner og tro. Informasjon om pasientens familie og familiestruktur, eksempelvis når det kommer til hierarki og graden av interaksjon mellom familiemedlemmer, er også relevant (Trivedi et al., 2013). Det er i tillegg anbefalt å ta i betraktning migrasjonserfaringer og nivå av akkulturasjon, selv om man ikke automatisk kan gå ut fra at slike faktorer har lik betydning for alle (Bhugra & Bhui, 2010).

Ulik kulturell bakgrunn hos pasient og behandler krever en særlig kritisk vurdering av symptomer på psykisk sykdom, siden manglende kulturell bevissthet kan representere en trussel mot den psykiatriske utredningen. For eksempel kan visse former for avvikende atferd bli misforstått som psykotiske symptomer som hallusinasjoner og vrangforestillinger. Når det gjelder vrangforestillinger er det viktig å være bevisst på at det som betraktes som avvikende i én kultur kan anses som normalt i en annen (Paniagua, 2013). For enkelte er det forventet å høre og se slektninger etter at de har gått bort, og atferden oppfattes derfor ikke som et symptom på psykisk sykdom. Dersom en pasients beskrivelse av egne symptomer fremstår inkonsistent, bør ikke symptomene automatisk forstås som hallusinasjoner (Bhugra & Bhui, 2010).

Det er imidlertid fallgruver når det gjelder kulturell bevissthet i den diagnostiske prosessen. En kritisk gjennomgang av DSM-5 konkluderer med at kulturell bevissthet ikke nødvendigvis er til pasientens fordel (Bredström, 2019). Dersom man overdriver rollen kulturell bakgrunn spiller, kan det resultere i at individer kategoriseres slik at pasienter med minoritetsbakgrunn betraktes som noen som nødvendigvis må avvike kulturelt fra majoritetsbefolkningen. Dette kan føre til en form for «annenhet». Klinikere som har som mål å inkludere kulturell kontekst i den psykiatriske vurderingen, bør være klar over de negative konsekvensene av å ignorere heterogenitet innad i og mellom grupper.

Konsekvenser av feildiagnostikk

I situasjoner hvor kulturen påvirker symptomuttrykk er det risiko for feildiagnostisering, og det er hevdet at innvandrere oftere bli feildiagnostisert sammenlignet med majoritetsbefolkningen (f.eks. Adeponle, Thombs, Groleau, Jarvis, & Kirmayer, 2012; Alarcón et al., 2009). En kvalitativ studie (Bäärnhielm et al., 2015) evaluerte bruken av «The Outline for Cultural Formulation» (OCF) som er inkludert i DSM (versjon 5 har i stedet implementert kulturformuleringsintervjuet, som i motsetning til OCFs åpne spørsmål er utformet som et semistrukturert intervju). Det overordnede målet med OCF har vært å styrke diagnostisk validitet ved å inkludere kulturelle variabler, for eksempel ulike oppfatninger av etiologi, noe som kan påvirke gjenkjennelse av symptomer og måten man vurderer psykiske helseproblemer.

OCF ble i studien implementert som en forlengelse av den standardiserte psykiatriske utredningen, slik at diagnoser kunne sammenlignes før og etter bruk av instrumentet. Flere av deltagerne i studien ble rediagnostisert, noe som antyder at OCF vil kunne bidra til mer treffsikre diagnoser. Dette var spesielt fremtredende for deltagerne som var diagnostisert med posttraumatisk stresslidelse, selv om utvalget var begrenset.

Resultatene er i overensstemmelse med tidligere studier som rapporterer om relativt hyppige endringer av diagnoser ved psykotiske lidelser (Adeponle et al., 2012). Det kon-

kluderes med at OCF kan forbedre praksisen med å vurdere kulturens rolle i pasienters oppfattelse av egne symptomer, kontekstualisere diagnostiske kategorier og hjelpe klinikere med å forstå pasientenes situasjon bedre. Den kliniske bruken av OFC er imidlertid begrenset (Bäärnhielm et al., 2015).

Konklusjon

I denne artikkelen har vi diskutert graden av kultursensitivitet i diagnostiske manualer, hvordan begrenset kulturell forståelse kan påvirke den diagnostiske prosessen og hvordan utredningen av psykiske lidelser i all hovedsak er basert på vestlige oppfatninger av psykiatri. Fremtidig forskning bør vurdere hvorvidt det nåværende diagnostiske systemet er egnet til å fange opp forekomsten av psykiske lidelser i innvandrerbefolkningen. Per i dag er registerdata ansett for å være den beste tilgjengelige kilden for å studere byrden av psykiske lidelser. Forskning på kultursensitivitet i psykiatrisk utredning kan imidlertid være et verdifullt bidrag for å styrke registerdatastudiene validitet.

Referanser

- Adeponle, A. B., Thombs, B. D., Groleau, D., Jarvis, E., & Kirmayer, L. J. (2012). *Using the Cultural Formulation to Resolve Uncertainty in Diagnoses of Psychosis Among Ethnoculturally Diverse Patients*. *Psychiatric Services*, 63(2), 147-153. doi:10.1176/appi.ps.201100280
- Adeponle, A. B., Thombs, B. D., Groleau, D., Jarvis, E., & Kirmayer, L. J. (2012). *Using the Cultural Formulation to Resolve Uncertainty in Diagnoses of Psychosis Among Ethnoculturally Diverse Patients*. *Psychiatric Services*, 63(2), 147-153. doi:10.1176/appi.ps.201100280
- Alarcón, D. R., Becker, E. A., Lewis-Fernández, C. R., Like, G. R., Desai, A. P., Foulks, A. E., . . . Primm, A. (2009). *Issues for DSM-V: The Role of Culture in Psychiatric Diagnosis*. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(8), 559-660. doi:10.1097/NMD.0b013e3181b0cbff
- Alarcón, D. R., Westermeyer, F. J., Foulks, F. E., & Ruiz, F. P. (1999). *Clinical Relevance of Contemporary Cultural Psychiatry*. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 187(8), 465-471. doi:10.1097/00005053-199908000-00002
- Alarcón, R. D. (2009). *Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: review and projections*. *World Psychiatry*, 8(3), 131-139. doi:10.1002/j.2051-5545.2009.tb00233.x
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5. Utg.). Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- Aragona, M., Rovetta, E., Pucci, D., Spoto, J., & Villa, A. M. (2012). *Somatization in a primary care service for immigrants*. *Ethnicity & Health*, 17(5), 1-15. doi:10.1080/13557858.2012.661406
- Bhugra, D., & Bhui, K. (2010). *Cross-cultural psychiatric assessment*. I R. Bhattacharya, S. Cross, & D. Bhugra (Red.), *Clinical Topics in Cultural Psychiatry* (s. 247-260). London: Royal College of Psychiatrists.
- Bredström, A. (2019). *Culture and Context in Mental Health Diagnosing: Scrutinizing the DSM-5 Revision*. *The Journal of medical humanities*, 40(3), 347. doi:10.1007/s10912-017-9501-1
- Bäärnhielm, S. (2014). *Transkulturell psykiatri*. Stockholm: Natur och kultur.
- Bäärnhielm, S., Åberg Wistedt, A., & Rosso, M. S. (2015). *Revising psychiatric diagnostic categorisation of immigrant patients after using the Cultural Formulation in DSM-IV*. *Transcultural Psychiatry*, 52(3), 287-310. doi:10.1177/1363461514560657
- Canino, G., & Bravo, M. (1994). *The adaptation and testing of diagnostic and outcome measures for cross-cultural research*. *International Review of Psychiatry*, 6(4), 281-286. doi:10.3109/09540269409023267
- Ecks, S. (2016). *The strange absence of things in the "culture" of the DSM-V*. *Canadian Medical Association Journal*, 188(2), 142. doi:10.1503/cmaj.150268
- Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). *Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review*. *The Lancet*, 365(9467), 1309-1314. doi:10.1016/S0140-6736(05)61027-6
- Horwitz, A. V. (2002). *Creating mental illness*. Chicago: University of Chicago Press.
- Jenkins, J. H. (2015). *Extraordinary conditions : culture and experience in mental illness*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Jutel, A. & Conrad, P. (2011). *Putting a name to it : diagnosis in contemporary society*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Kastrup, M. (2016). *Transcultural issues in diagnostic process*. *European Psychiatry*, 33(S1), 23-24. doi:10.1016/j.eurpsy.2016.01.837
- Kirmayer, L. J., & Sartorius, J. N. (2007). *Cultural Models and Somatic Syndromes*. *Psychosomatic Medicine*, 69(9), 832-840. doi:10.1097/PSY.0b013e31815b002c
- Kirmayer, L. J. (1989). *Cultural variations in the response to psychiatric disorders and emotional distress*. *Social Science & Medicine*, 29(3), 327-339. doi:10.1016/0277-9536(89)90281-5
- Kirmayer, L. J. (2001). *Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: implications for diagnosis and treatment*. *The Journal of clinical psychiatry*, 62 Suppl 13, 22.
- Kirmayer, L. J., & Minas, H. (2000). *The Future of Cultural Psychiatry: An International Perspective*. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 45(5), 438-446. doi:10.1177/070674370004500503

- Kleinman, A. (1987). *Anthropology and Psychiatry: The Role of Culture in Cross-Cultural Research on Illness*. *British Journal of Psychiatry*, 151(4), 447-454. doi:10.1192/bjp.151.4.447
- Lewis-Fernández, R., Hinton, D. E., Laria, A. J., Patterson, E. H., Hofmann, S. G., Craske, M. G., . . . Liao, B. (2010). *Culture and the anxiety disorders: recommendations for DSMV*. *Depression and Anxiety*, 27(2):212-29.
- Lindert, J., Von Ehrenstein, O., Priebe, S., Mielck, A., & Brähler, E. (2009). *Depression and anxiety in labor migrants and refugees - A systematic review and meta-analysis*. *Social Science & Medicine*, 69(2):246. doi:10.1016/j.socscimed.2009.04.032
- Malla, A., Joober, R., & Garcia, A. (2015). "Mental illness is like any other medical illness": a critical examination of the statement and its impact on patient care and society. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 40(3), 147-150. doi:10.1503/jpn.150099
- Martinez, C. (2013). *Conducting the Cross-Cultural Clinical Interview*. I F. A. Paniagua & A.-M. Yamada (Red.), *Handbook of Multicultural Mental Health* (s. 191-204). doi:10.1016/B978-0-12-394420-7.00010-2
- Paniagua, F. A. (2013). *Culture-Bound Syndromes, Cultural Variations, and Psychopathology*. I F. A. Paniagua & A.-M. Yamada (Red.), *Handbook of Multicultural Mental Health: Assessment and Treatment of Diverse Populations* (s. 5-47). doi:10.1016/B978-0-12-394420-7.00002-3
- Reed, G. M., First, M. B., Kogan, C. S., Hyman, S. E., Gureje, O., Gaebel, W., . . . Saxena, S. (2019). *Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders*. *World psychiatry*, 18(1), 3-19. doi:10.1002/wps.20611
- Summerfield, D. (2008). *How scientifically valid is the knowledge base of global mental health?* *BMJ*, 336(7651):992-994.
- Sundararajan, L., Misra, G., & Marsella, A. J. (2013). *Indigenous Approaches to Assessment, Diagnosis, and Treatment of Mental Disorders*. I F. Paniagua & A.-M. Yamada (Red.), *Handbook of Multicultural Mental Health: Assessment and Treatment of Diverse Populations* (s. 69-87). <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-394420-7.00004-7>
- Trivedi, P., Fernando, S., & Ferns, P. (2013). *Social perspectives on diagnosis*. I K. Bhui (Red.), *Elements of culture and mental health critical questions for clinicians* (s. 69-72). London: RCPsych Publications.
- Varvin, S. (2018). *Flyktingers psykiske helse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Watters, E. (2010). *Crazy like us : the globalization of the American psyche*. New York: Free Press.
- World Health Organization. (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders : diagnostic criteria for research*. <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>;
- Zandi, T., Havenaar, J., Limburg-Okken, A., Es, H., Sidali, S., Kadri, N., . . . Kahn, R. (2008). *The need for culture sensitive diagnostic procedures*. *The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*, 43(3), 244-250. doi:10.1007/s00127-007-0290-0

Tiltaksutvikling og evaluering - om å bruke både mennesker og maskiner for våre barns beste

Av Kristian Rognstad



Kristian Rognstad har arbeidet med forskning på tiltak for barn og unges psykiske helse ved Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge (NUBU) og ved Region-senter for barn og unges psykiske helse (RBUP).

Nå er han doktorgradsstipendiat ved RBUP og forsker på tilbakemeldings-systemer i behandling.

Behandlingsforskningen lenge fokusert på evaluering av omfattende tiltakspakker, og utviklingen av tiltakene var ofte tilpasset forskningen mer enn kontekst. Artikkelen ser på hvordan tiltaksutvikling, og tiltaksevaluering, kan å bevege seg videre. Tre forskjellige spor kan være 1) å studere tiltakenes enkeltelementer og forenklede tiltak, 2) vurdering av behandlingskontekst og arbeid med lokal forankring og 3) ved å ta i bruk mulighetene i standardiserte utfallsmålinger, pasientstatistikk og maskinlæring. De tre sporene er ikke bare forenelige med hverandre, men har også en mulighet for å informere og forsterke hverandres nytte.

Forskning på tiltak for barn og unges psykiske helse, har mer enn 50 år historie, og mesteparten av studiene man finner er fra de siste 20 årene (Weisz et al. 2017). Veldig mye av denne forskningen har dreid seg om utprøving av manualbaserte tiltak og i liten grad forklart prosessene i tiltakene. Randomiserte kontrollerte studier (RCT) har vært sett på som en gullstandard, og man har gjennomført et stort antall evalueringer av tiltakspakker. Selv om dette har vært nyttig for både tiltaksutvikling og forståelse av klinisk effekt, tar flere nå til orde for at tiltaksforskningen må bevege seg ut av dette paradigmet. Noe av problemet med RCT-forskning på tiltakspakker er at man har evaluert tiltak med for lite øye for tilpasning til kontekst og til enkeltpasienter. Dette bør bøtes på ved at tiltaksutviklingen lener seg mer på både aktørene i helsevesenet og store datainnsamlinger og maskinkraft. Denne teksten vil utforske hvordan vi kan jobbe mer praksisnært i tiltaksutvikling og evaluering, samtidig som man benytter seg av vår tids muligheter for å lære av tilgjengelige pasientdata og kontinuerlige målinger av pasienters respons på behandling.

Et tiltak kan og bør evalueres både teoretisk og empirisk. På det teoretiske plan vurderer man hvorvidt tiltaket er godt formulert, og om det har en sannsynlig og gjennomførbar plan for å forbedre psykisk helse hos den aktuelle gruppen. Det må være dokumenterbart hva tiltaket inneholder, og hva aktørene i helsetjenesten skal

Et godt tiltak bør ha en teori for endring – en eksplisitt idé om hva som skal forårsake endring og noe målbart som skal endre seg

gjøre. Man kan evaluere hvorvidt tiltakets antakelser holder vann, og om det baserer seg på forventninger det er grunnlag å tro på. Allerede i tiltaksutviklingen og tiltaksbeskrivelsen bør det vurderes hvordan man kan vurdere tiltaket empirisk. Et godt tiltak bør ha en teori for endring – en eksplisitt idé om hva som skal forårsake endring og noe målbart som skal endre seg. Skillet mellom teoretisk og empirisk evaluering av tiltak har aldri hatt vanntette skodd, og det foreslås av flere å viske det ytterligere ut (Collins 2019, Lyon & Koerner 2016). Dette går ut på å konstruere konseptuelle modeller for tiltak, der man forklarer mekanismene for tiltaket, og prøve ut koblingene i modellen empirisk, heller enn tiltaket som helhet.

Mye av forskningen har vært viet til manualbaserte tiltak og det som etter hvert har fått stempel som «evidensbaserte tiltak». Det er ingen lov eller overordnet organ i Norge som godkjenner noe som «evidensbasert». En mulig definisjon er at det er «psykologiske intervensjoner som har blitt testet i studier og har vist å ha fordelaktige effekter» (Weisz & Kazdin, 2017 s. 11, min oversettelse). Intervensjonens prosedyrer bør være godt dokumenterte slik at andre praktikere kan gjøre akkurat det samme, gode studiedesign bør utelukke andre forklaringer på effekter, og effektene bør ha vært undersøkt av flere (også forskere som ikke selv har utviklet eller eier tiltaket). Psykologforeningen har vedtatt en prinsipperklæring om å jobbe for en «evidensbasert psykologisk praksis» (EBPP) som integrerer «den beste tilgjengelige forskningen med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål» (Norsk psykologforening, 2007). Tiltaksforskningen er en forutsetning for dette, men dette idealet kan være utfordrende å oppnå.

En stadig påpekt utfordring for psykisk helsevesen har vært at tiltak med forskningsmessig støtte i liten grad blir brukt. Forskningsresultatene kan være positive, men man mangler likevel å endre praksis og kliniske utfall i helsevesenet. Med hundrevis av evidensbaserte tiltak tilgjengelig (Chorpita, 2011), ville man kanskje håpet på et praksisfelt med sterk vitenskapelig forankring og stadig bedre effekter. I tillegg tar det ofte lang tid fra et tiltak er forsket på til det er vanlig praksis. Flere har estimert at «oversettelsesprosessen» fra forskning til praksis tar omkring 17 år (Balas & Boren 2000; Grant 2003; Wratschko 2009). I tillegg finnes det nok mange andre gode tiltak som forsvinner uten å få fotfeste i praksis. Ofte kan det kan være personavhengig hvilke tiltak som løftes ut av forskningen eller hvilke som blir mer eller mindre forlatt for nye prosjekter. Lyon et al. (2020) forklarer fraværet av evidensbaserte tiltak i praksisfeltet med en tendens til at utviklere i for stor grad har laget tiltak for å passe i evaluering, men i for liten grad har tilpasset dem til behov og begrensninger i praksisfeltet. Forskning på implementering kan vise oss barrierer og tilretteleggende variabler, men også dette krever en «implementering av implementering» som kan være vanskelig å få til. For å få effektene fra forskning over til pasientpopulasjonen for øvrig, må det fokuseres på å lage tiltak som er enkle å ta i bruk og som er tilpasset rett kontekst. Vi trenger å «bake inn» tilretteleggende faktorer for implementering i tiltaksdesignet (Lyon & Koerner 2016).

For å gjøre tiltak mer tilpasset en spesifikk kontekst, kan en løsning være utvikling i tråd med human-centered design (HCD)-prinsipper. Tanken i HCD er at tiltak utvikles, samtidig som de evalueres i utviklingsfasen i samarbeid med tjenesten der de skal tas i bruk. Man utforsker brukergruppen og konteksten, utvikler ideer på bakgrunn av dette, lager prototyper av tiltakselementer, gjør evalueringer, for så å gjøre endringer i prototypene. Etter denne prosessen, som gjerne må gå tilbake til tidligere faser flere ganger, kan man implementere og evaluere tiltaket.

Enkelt og tilgjengelig design er et viktig prinsipp gjennom hele prosessen, og man antar at jo mindre endring som kreves hos praktikerne desto bedre blir implementeringen (Aarons & Chaffin, 2013). For en tiltaksutvikler kan det være fristende å

**For en tiltaksutvikler
kan det være fristende
å lage kompliserte
tiltak med mye
«innhold»**

lage kompliserte tiltak med mye «innhold», men dette er ikke nødvendigvis det som blir tatt mest i bruk. Et alternativ er også å utvikle og spre elementer for behandling, ikke hele tiltakspakker. Med elementer mener man spesifikke handlinger, prosedyrer eller aktiviteter som terapeut og klient gjennomfører som en del av et tiltak. Lyon et al. (2020) skriver om «minste levedyktige produkt» (minimally viable product) som et ideal når vi skaper og tester ut deler av behandlingstiltak. Disse skal utsettes for tester for å utfordre antagelsene i modellen for tiltaket.

For å vite hvilke antagelser i tiltaket man må teste, bør man utvikle en konseptuell modell. En god konseptuell modell spesifiserer hva ved et tiltak som påvirker mental helse eller andre ønskede utfall. Den spesifiserer hva som kan få resultatene til å variere (moderatorer) og gjennom hvilke mekanismer man kan oppnå resultater (mediatorer). Vil vi forvente lignende resultater for alle aldersgrupper? Fungerer tiltaket kun når foreldrene har tatt i bruk enkelte komponenter? Hvilke deler av tiltaket er antatt å påvirke hva? Den konseptuelle modellen forklarer hvilken teori som er bakgrunnen for delene av modellen, og hvilke tiltakselementer som er ment å påvirke hvilke aspekter (Collins, 2019). Hva forklarer prosessen som gjør at elementet man innfører påvirker helsen? Å teste en konseptuell modell blir å bevege seg forbi RCT-designet der man setter kontrollgrupper opp mot grupper som mottar et helt tiltak. Poenget er, som nevnt, snarere å teste antagelser i modellen. Er det for eksempel slik at man kan oppnå redusert stress av mindfulness-øvelser? Vil eksponeringstimen føre til mindre unngåelsesatferd? Eller vil foreldretreningstimen føre til økt kompetanse for samspill med barnet? For å besvare slike spørsmål trenger man hyppigere målinger på mer spesifikke mål.

Mer spesifikk måling av effekt underveis i tiltaket kan gjøres i form av *Ecological Momentary Assessment*, der man henter inn data fra dagliglivet for eksempel ved korte spørreskjemaer i en mobilapp. Tilbakemeldingssystemer og kontinuerlig utfallsmåling ved klinikker er også data man kan støtte seg på for å teste koblinger mellom tiltaksinnholdet og proksimale mål. I tillegg bør alternative design til RCT bli hyppig brukt i denne fasen, som single case experimental-design og andre tidsserie-studier, men også evaluering av tiltakselementenes mottakelse og aksept fra aktørene skal være vesentlig. De endelige svarene på klassiske utfallsmål fra RCT-forskningen, som generell mental helse eller internaliserende vansker, vil komme langt senere i en evalueringsprosess.

Samtidig med trendene mot mer brukerinvolvering, og mer utforskning av kontekst for tiltak, står vi nå i en æra av «big data» og maskinlæring (ML). Ved å prosessere store mengder data kan man finne mønstre for hvilke individer som sannsynligvis vil ha utbytte av et tiltak og hvem som vil trenge andre tiltak. *Personalised medicine* eller *precision medicine* er en tilnærming der man forsøker å forbedre kliniske utfall ved å identifisere hvilke intervensjoner som har størst sjanse for å ha best mulige konsekvenser for den individuelle pasient (Khoury & Galea, 2016). Dette er ikke en ny ting, man gjennomfører for eksempel blodoverføringer fra donorer som passer med pasientens blodtype. Likevel har slik individualisert tankegang vært begrenset i tiltaksutvikling og evaluering for psykisk helse. De randomiserte kontrollerte studiene har gitt oss kunnskap om hva som er nyttig for et gjennomsnittsmenneske, men gjennomsnittsmennesket viser seg å ikke eksistere (Subramanian et al. 2018).

Allerede uten ML, og med mer konvensjonelle statistiske metoder, er det mulig å finne forskjellige underliggende, latente grupper og beskrive hva slags utvikling disse personene har. Saunders og kollegaer (2019, 2020) viser hvordan man kan identifisere slike latente grupper som endrer seg forskjellig under behandling. De finner også noen mål, som ved oppstart av behandling for vanlige psykiske vansker kan predikere hvem som tilhører gruppen som responderer raskt på tiltak, hvilke som responderer

Maskinlæring (ML) er en form for kunstig intelligens (KI) som lar maskiner lære fra data uten at man har programmert eksplisitt hva slags mønster eller modell man undersøker

sakte og hvem som ser ut til å ha liten nytte av behandlingen. Potensielt kan man gjøre det samme for flere tilgjengelige tiltak og få indikasjoner på hvem som bør motta hvilke tiltak, men også informere terapeuter om hva slags forventninger de bør ha om pasientens umiddelbare og mer langsiktige utvikling. Lignende *Latent Class Growth Analysis* (LCGA) har også blitt gjort for deltagere i den norske evalueringen av multi-systemisk terapi (MST), og viser blant annet at kjønn og alder kan ha innvirkning på hvor godt tiltaket treffer (Keles, Taraldsen & Olseth, 2020). Ved å vite hvem som tilhører hvilken av vekstkurvene, kan man gi empirisk støttede og individuelt tilpassede tiltak. Slike analyser kan bidra til at vi vet hvem, når man kan forvente effekt fra tiltak, og hvor lang tid eller hvor mye av tiltaket man kan forvente å tilby før denne effekten inntreffer.

Selv om LCGA, og mer «klassiske» moderatoranalyser, kan bidra til presisjon i valg av tiltak, er slike analyser fortsatt begrenset til de moderatorene forskerne vurderer. Overgangen til ML tilbyr noe mer. RCT-designet skal ha hatt sitt opphav i jordbruksstudier, der man kan dele en åkerlapp i flere seksjoner og studere forskjeller. Moderatoranalyser tillater at vi deler opp i flere seksjoner, men løser ikke det fundamentale problemet at psykologien nok er nærmere meteorologien enn jordbruket. Psykologien har tusenvis av variabler som danner et menneske og et sykdomsbilde, variabler som konstant endrer seg (som affekt, kognisjoner, atferd) og vi kommer til kort dersom vi skal forhåndsdefinere moderatorer for tiltakseffektivitet.

Maskinlæring (ML) er en form for kunstig intelligens (KI) som lar maskiner lære fra data uten at man har programmert eksplisitt hva slags mønster eller modell man undersøker. Det gjør at man kan gå gjennom store datamengder og finne sammenhenger som ikke kan oppfattes av mennesker og som forskere ikke har laget modeller for. Helserelatert kunstig intelligens har som mål å finne sammenhenger mellom tiltak og utfall for pasientgrupper. Man skiller mellom veiledet og ikke-veiledet ML. Ved veiledet ML har man definert noen kategorier når man «trener» maskinen for å gi eksempler på noen riktige svar. Dette kan f.eks. være klinisk signifikante endringer i symptomtrykk som man gir en «merkelapp» og lar maskinen lete etter hva som kjennetegner slike tilfeller og skiller dem fra behandlingsforløp uten stor symptomlette. I ikke-veiledet ML overlater man til maskinen å finne både kategorier av utfall og sammenhenger med disse. Begge former vil ha en plass i fremtidig videreutvikling og testing av tiltak.

Mye av forskningen innen psykisk helsevern med ML er så langt såkalte «proof of concept»-studier. Der bruker man data for å vise hvordan det sannsynligvis ville gått, dersom man slapp maskinene fri og tillot seg å la dem bestemme tiltaksmetode eller tiltaksnivå. Tidlig KI-bruk innenfor medisin har vært brukt i analyse av bilder, hvor KI har vist seg å være like presise som sertifiserte dermatologer i diagnose av hudkreft (Esteva et al. 2017) og kan bruke 10 minutter på å finne tilsvarende effektive behandlingsplaner for hjernesvulst som menneskelige eksperter trengte 160 arbeidstimer på (Wrzeszczynski et al. 2017). Innen psykisk helse for barn og unge vil derimot lite av datagrunnlaget være bilder, men heller en skog av variabler som symptomnivåer, alder, familiesituasjon, evnenivåer, osv. Ved tilgang til rikholdig datamateriale kan KI indikere hva slags tiltak som har størst sjanse for å lykkes og gi tidlige indikatorer for om et tiltak er effektivt for klienten. Det har blitt illustrert at KI, basert på data fra helsejournaler, effektivt kan avgjøre hvilke pasienter som har behov for utvidet deprejonsbehandling (Kasthurirathne et al. 2019) og tidlig kan identifisere hvilke deprejonspasienter som vil respondere på behandling (Pigoni et al. 2019).

Flere steder har man i senere tid implementert tilbakemeldingssystemer og kvalitetsregistre i det psykiske helsevernet for barn og unge. Dette kan ha en egenverdi i at standardiserte målinger av pasienter med tilbakemelding til behandlere kan føre til bedre behandlingseffekter (Kendrick et al. 2016) og til at man bedre fanger opp

«risiko-pasienter» som ikke responderer som ønsket på behandling (Lambert et al. 2001, Delgadillo et al. 2018). I tillegg kan slike initiativer bli svært viktige i veien mot å forstå mer av hva som fungerer, hvem det fungerer for og når man må revurdere tiltak for enkeltindivider og for pasientgrupper. For at maskinlæringen skal se mønstre og kunne gjøre prediksjoner, trengs det store datasett å gå løs på. Helsejournaler og data fra utredning kan være nyttige kilder, men det bør også være noe mer.

Det kan virke som et paradoks, men tilsynelatende kalde, inhumane «big data» og ML kan gå hånd i hånd med brukerorientert, kontekstrelatert tiltaksutvikling. *Precision medicine* trenger tilgang til data fra mange pasienter og fra flere kilder for å være vellykket. Samtidig åpner kontinuerlige målinger av umiddelbare behandlingseffekter for at man kan ha mer evaluering med forankring og på initiativ fra praksisfeltet. Man vil kunne evaluere tiltak uten at rammeverk som datainnsamling og lagring må innføres parallelt dersom utfallsmåling blir standard i tjenestene. Der ML kan vise oss hvem vi hjelper, og hvor vi bør gjøre nye tiltak, kan en kontekstorientert tiltaksutvikling hjelpe der ML påpeker at vi ikke når frem. Tjenesteleverandører kan få svar på hva av deres «vanlige praksis» som er virksomt for hvem og under hvilke betingelser.

Vi ønsker tjenester der forskningsfunn, behandlererfaringer og pasientenes ønsker gis rom. Datastyrt *precision medicine* bør ikke få overstyre personlige verdier og ønskemål, men informere pasientens valg mellom effektive tiltak. Samtidig må vi la konteksten for enhver behandling bli en del av datagrunnlaget. Systemer som lar tiltaksutvikling og evaluering komme fra praktikere og andre interessenter, kan settes opp slik at tiltak kvalitetssikres kontinuerlig. Vi bør måle utfall av både igangsatte tiltak og vanlig praksis fortløpende, og samtidig være lyttende til, og undersøkende av, konteksten der hjelpen gis. Slik unngår vi at tiltak utvikles for diagnoser eller konstruerte gjennomsnittsmennesker i et ideelt forskningsscenario, og sørger for at de tilrettelegger for reell behandlingssammenheng og enkeltmennesker.

Referanser

- Aarons, G., & Chaffin, M. (2013). *Scaling-up evidence-based practices in child welfare services systems*. CYF News, 5.
- Balas E. A., Boren S. A. (2000). *Managing Clinical Knowledge for Health Care Improvement*. Yearbook Medical Informatics (1) s. 65-70.
- Chorpita, B. F., Daleiden, E. L., Ebesutani, C., Young, J., Becker, K. D., Nakamura, B. J., Phillips, L., Ward, A., Lynch, R., Trent, L., Smith, R. L., Okamura, K., & Starace, N. (2011). *Evidence-based treatments for children and adolescents: An updated review of indicators of efficacy and effectiveness*. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18(2), s. 154-172. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2011.01247.x>
- Collins, L. (2019). *Optimization of Behavioral, Biobehavioral, and Biomedical Interventions - The Multiphase Optimization Strategy (MOST)*. Springer International Publishing AG
- Delgadillo, J., de Jong, K., Lucock, M., Lutz, W., Rubel, J., Gilbody, S., Ali, S., Aguirre, E., Appleton, M. (2018). *Feedback-informed treatment versus usual psychological treatment for depression and anxiety: a multisite, open-label, cluster randomised controlled trial*. *Lancet Psychiatry*, 5, s. 564-72
- Jacqueline Nevin, Harry O'Hayon, Ushma Patel, Andrew Saintry, Peter Spencer, Dean McMillan 2018 *Feedback-informed treatment versus usual psychological treatment for depression and anxiety: a multisite, open-label, cluster randomised controlled trial*
- Esteve, A., Kuprel, B., Novoa, R. A., Ko, J., Swetter, S. M., Blau, H. M., et al. (2017). *Dermatologist-level classification of skin cancer with deep neural networks*. *Nature*, 542, s. 115-118. <https://doi.org/10.1038/nature21056>.
- Grant, J., Green, L., Mason, B. (2003). *Basic research and health: a reassessment of the scientific basis for the support of biomedical science*. *Res Eval*, 12 s. 217-224
- Kasthurirathne, S. N., Biondich, P. G., Grannis, S. J., Purkayastha, S., Vest, J. R., & Jones, J. F. (2019). *Identification of Patients in Need of Advanced Care for Depression Using Data Extracted From a Statewide Health Information Exchange: A Machine Learning Approach*. *J Med Internet Res*, 21(7), e13809. doi:10.2196/13809
- Keles, S., Taraldsen, K., & Olseth, A. R. (2020). *Identification of Multisystemic Therapy (MST) Subgroups with Distinct Trajectories on Ultimate Outcomes in Norway*. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, <https://doi.org/10.1007/s10802-020-00735-3>
- Kendrick T, El-Gohary M, Stuart B, Gilbody S, Churchill R, Aiken L, Bhattacharya A, Gimson A, Brütt AL, de Jong K, Moore M. (2016). *Routine use of patient reported outcome measures (PROMs) for improving treatment of common mental health disorders in adults*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7. Art. No.: CD011119. DOI: 10.1002/14651858.CD011119.pub2.
- Khoury, M. J., & Galea, S. (2016). *Will precision medicine improve population health?* *Journal of the American Medical Association*, 316(13), s. 1357-1358. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.12260>.

- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Smart, D. W., Vermeersch, D. A., Nielsen, S. L., & Hawkins, E. J. (2001). *The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: are outcomes enhanced?* *Psychotherapy Research*, 11(1), s. 49-68
- Lyon, A.R., Dopp, A.R., Brewer, S.K., Kientz, J., & Munson, S. A. (2020). *Designing the Future of Children's Mental Health Services*. *Adm Policy Ment Health* 47, s. 735-751 <https://doi.org/10.1007/s10488-020-01038-x>
- Lyon, A. R. & Koerner, K. (2016). *User-centered design for psycho-social intervention development and implementation*. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 23(2), s. 180-200, <https://doi.org/10.1111/cpsp.12154>
- Pigoni, A., Delvecchio, G., Madonna, D., Bressi, C., Soares, J., & Brambilla, P. (2019) *Can Machine Learning help us in dealing with treatment resistant depression? A review*. *Journal of Affective Disorders*, 259, s. 21-26, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.009>.
- Saunders, R., Buckman, J. E. J., Cape, J., Fearon, P., Leibowitz, J., & Pilling, S. (2019). *Trajectories of depression and anxiety symptom change during psychological therapy*. *Journal of Affective Disorders*, 249, s. 327-335, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.02.043>. Saunders 2020
- Subramanian, S. V., Kim, R., & Christakis, N. A. (2018). *The average treatment effect: A construct ripe for retirement. A commentary on Deaton and Cartwright*. *Social Science and Medicine*, 210, s. 77-82. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.04.027>.
- Weisz, J. R., et al. (2017). *What five decades of research tells us about the effects of youth psychological therapy: A multilevel meta-analysis and implications for science and practice*. *Am Psychol* 72(2): 7s. 9-117.
- Weisz, J. R., & Kazdin, A. E. (2017) *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents*. The Guilford Press.
- Wratschko K. (2009) *Empirical Setting: The pharmaceutical industry*. Strategic Orientation and Alliance Portfolio Configuration. New York, NY: Springer.
- Wrzeszczynski, K. O., Frank, M. O., Koyama, T., Rhrissorrakrai, K., Robine, N., Utro, F., et al. (2017). *Comparing sequencing assays and human-machine analyses in actionable genomics for glioblastoma*. *Neurology Genetics*. <https://doi.org/10.1212/NXG.00000.00000.00016.4>.

Livskvalitet og mestring blant alenekommende unge flyktninger etter bosetting

Av Brit Oppedal, Anne Kristine Solhaug, Sinthu Sivabalan og Mehak Akram



Brit Oppedal er seniorforsker ved Avdeling for barns helse og utvikling.

Anne Kristine N. Solhaug er PhD-stipendiat ved Avdeling for barns helse og utvikling, FHI. Hun er utdannet psykolog fra NTNU.

Sinthu Sivabalan er 23 år gammel og ferdig med videregående skole. Hun skal begynne på ingeniørstudier, og ønsker å utdanne seg innenfor romfart. Sinthu kom til Norge for åtte år siden. Hun deltar i rådgivningsgruppen til prosjektet Mestring i Mottak og Kommuner, MiMK, ved FHI.

Mehak Akram er 22 år og ferdig med videregående skole. Neste år skal hun begynne å studere medisin. Mehak kom til Norge for sju år siden, og deltar i rådgivningsgruppen til prosjektet Mestring i Mottak og Kommuner, MiMK, ved FHI.

Dette kapittelet handler om en gruppe ungdommer i en spesielt sårbar situasjon, som øker risikoen for psykiske plager. De betegnes som «enslige mindreårige asylsøkere», EMA, fordi de har kommet til Norge som asylsøkere før de fylte 18 år, uten følge av voksne omsorgspersoner. Vi retter søkelyset mot ungdommer som har fått asylsøknadene sine innvilget og oppnådd flyktningstatus og opphold i Norge, og derfor omtales som enslige mindreårige flyktninger, EMF. Nå står de overfor en ny krevende fase i fluktprosessen, nemlig overgangen fra opphold i asylmottak til bosetting i kommunene. Målsettingen er å bidra med kunnskap som kan gjøre denne overgangen mer forutsigbar for, og fremme mestring blant, EMF.

Enslige mindreårige asylsøkere (EMF) skal håndtere etableringen i kommunen de er tildelt, uten støtte fra nære omsorgspersoner. Dette skjer i en fase av livet da de også må løse en rekke vanlige sosiale, kognitive og emosjonelle utviklingsoppgaver, for å bli selvstendige individer som kan vare på seg selv. Tenårene innebærer en økt risiko for å oppleve psykiske plager og lidelser, som angst og depresjon og ulike typer atferdsforstyrrelser^{1,2}. Vennetverkene får større betydning, og relasjoner til jevnaldrende blir dypere og mer komplekse, samtidig som forholdet til foreldre, andre foresatte og voksne også endrer karakter³. Skolearbeidet stiller større krav til abstrakt tenking⁴. I tenårene gjennomgår de fleste ungdommer en intens utforskning av hvem de er og vil være, som skal hjelpe dem å utvikle en sammenhengende og enhetlig opplevelse av identiteten sin, der opplevelsen av hvem man er forblir stabil i over tid og i ulike situasjoner, uavhengig av hvem man er sammen med⁵.

Disse vanlige utviklingsoppgavene og mentale endringene må EMF-ungdommene løse når de står overfor enda en stor overgang i livene sine: bosetting i en ny flerkulturell kontekst, hvor de skal forholde seg på nye måter til sin egen etnisk-kulturelle bakgrunn og samtidig lære å forstå en ny kultur (akkulturasjon). I dette kapittelet fokuserer

Tiden barna og ungdommene tilbringer i omsorgssentre og asylmottak medfører nye stressorer, særlig knyttet til usikkerhet omkring resultatet av asylsøknaden.

vi på to forhold som er avgjørende i denne perioden for at EMF kan nå sine ambisjoner om et godt liv i Norge: Helse og helsetjenester og mulighetene til å etablere nære relasjoner til voksne og jevnaldrende.

Forskning viser at EMA og EMF er en heterogen gruppe med betydelig variasjon i bakgrunn, sosiale nettverk, kompetanse, alder og traumatiske erfaringer. Men de har til felles en sterk motivasjon for å lykkes i landet de har kommet til, og fokus i omsorgen for dem bør rettes mot deres ressurser, styrker og utviklingspotensial^{6,7}. Målsettingen med kapittelet er:

- å beskrive utfordringer og muligheter ungdommene møter når det gjelder å håndtere helseplagene sine, og etablere nye støttende relasjoner til voksne og jevnaldrende ved overgangen til bosetting i kommunene og starten på sitt nye liv i Norge.
- å foreslå tiltak som kan redusere belastningene og øke livskvaliteten i denne viktige fasen, med bakgrunn i erfaringene til Mehak og Sinthu, tidligere EMF-ungdommer som er rådgivere til forskningsprosjektet vårt «Mestring i mottak og kommuner», og medforfattere til dette kapittelet.

Psykiske helseplager

For EMA, som for flyktninger flest, innebærer det at tiden før avreise og flukten fra hjemlandet - ofte med midlertidige opphold i flyktningeleirer eller andre steder underveis - traumatiske og stressende hendelser som kan gi næring til psykiske plager og lidelser. Nesten alle barna har vært utsatt for minst én traumatisk hendelse, men det store flertallet av dem rapporterer at de har opplevd akkumulerte krigs- og katastroferelaterte traumer. I en norsk studie oppgir ungdommene å ha opplevd i gjennomsnitt 12 av 21 mulige krigs- og katastroferelaterte traumatiske hendelser (Solhaug m.fl. submitted).

Andel ungdommer som har vært utsatt for traumatiske opplevelser som er vanlige blant EMA:

- 74 %: væpnet kamp (skyting, flyangrep, bombeeksplosjoner eller liknende) på nært hold
- 85 %: blitt slått, sparket, skutt på, eller på andre måter fysisk skadet
- 65 %: skilt fra familien mot sin vilje (av ukjente personer, politiet, soldater, pga. flukt fra hjemlandet e.l.)
- 40 %: huset de bodde i hadde blitt angrepet av militære eller bombet
- 34 %: skolen de gikk på ble bombet
- 89 %: at de under flukten til Norge hadde vært livredde mange ganger

Tiden barna og ungdommene tilbringer i omsorgssentre og asylmottak medfører nye stressorer, særlig knyttet til usikkerhet omkring resultatet av asylsøknaden.

Forskning fra Norge viser at 21 % av asylsøkende barn hadde klinisk relevant depresjon, 33 % klinisk relevante angstplager, og hele 63 % rapporterte klinisk relevante symptomer på post-traumatisk stress (PTSD)⁸. Lengden på opphold i mottak og avslag på asylsøknaden er forbundet med betydelig økning i psykiske plager⁹⁻¹¹.

På gruppenivå er forekomsten av plagene stabil over tid, men det er betydelige individuelle variasjoner, noe som indikerer at den enkelte ungdom opplever store svingninger i nivået av psykiske plager^{12,13}. I en studie av EMF-ungdommer som hadde fått opphold og var bosatt i Norge, rapporterte 42 % at de enten hadde stabilt høyt, eller økende nivå av depresjon over en treårsperiode¹⁴.

Til tross for at ungdommene sliter med mye psykiske plager, opplever mange god livskvalitet, på nivå med andre ungdommer både med og uten innvandrerbakgrunn¹⁵.

En av de grunnleggende utviklingsoppgavene ungdommer står overfor, er å etablere nye, stabile voksenrelasjoner utenom familien.

«Det første problemet som kommer, det største stresset som plager oss alle sammen, tror jeg, er om vi kommer til å få oppholdstillatelse. Om vi kommer til å ha et bedre liv. Om vi kommer til å dra tilbake til det helvetet vi kommer fra. Alle disse tingene plager oss så mye at vi tenker ikke så mye på andre ting. Vi er ikke helt trygge. Vi har ikke så mange folk rundt som kjenner oss, og som vi kjenner, og vi har ikke et språk som vi kan snakke sammen, og sånn. Så ofte, i den situasjon, føler man seg veldig alene og veldig ensom. Man føler seg ikke trygg med noen, og man kan ikke fortelle tingene sine.» (M. Akram om tiden i mottak, 16-10-2019)

Tiltakskjede

Basert på forekomst og stabilitet i symptomer på PTSD blant EMA og EMF, anbefaler vi en tiltakskjede for psykisk helsehjelp til barn og unge med fluktbakgrunn, med utgangspunkt i traumefokusert omsorg som universalt tiltak til alle barna og ungdommene. Dette er imidlertid ikke nok til å redusere PTSD-symptomer blant dem som sliter, og som ikke kommer til i barne- og ungdomspsykiatrien (BUP). Det kan være at de ikke er kvalifisert for slik behandling, at ungdommene selv ikke ønsker det, eller fordi henvisninger fra EMA og EMF blir avslått i BUP som opplever at ungdommenes situasjon er for ustabil til at de kan nyttiggjøre seg behandling¹⁶.

Forskning har vist at traumefokuserte gruppeintervensjoner, som Teaching Recovery Techniques, TRT, kan redusere nivå av PTSD-symptomer blant EMA og EMF, og øke livskvaliteten deres. Det er også mer akseptabelt for ungdommene å delta i slike mestringskurs, enn å henvises til BUP. Slike selekterte gruppeintervensjoner bør derfor tilbys barn og unge som lider av mye traumerelaterte psykiske plager. Mehak, som deltok i et TRT-kurs etter å ha vært bosatt i flere år, anbefaler at TRT tilbys EMF-ungdommer så tidlig som mulig etter bosettingen. Som et siste ledd i kjeden kan individualterapi i spesialisthelsetjenesten tilbys til barn og unge med et mer komplisert symptombylle^{17,18}.

Nye relasjoner

En av de grunnleggende utviklingsoppgavene ungdommer står overfor, er å etablere nye og stabile voksenrelasjoner utenom familien. Forskning viser at ungdommene er forsiktige med å etablere slike relasjoner under asylsøknadsbehandlingen, fordi de er engstelige for at noe de sier eller gjør kan spolere mulighetene til å få opphold¹⁹⁻²¹.

Når ungdommene har fått innvilget asyl, kommer den store lettelsen, og gleden over endelig å kunne se framover og begynne å planlegge livene sine. Mange er helt uforberedt på at overgangen til hverdagen i kommunene der de har fått opphold, er forbundet med store forandringer og nye utfordringer. De blir tildelt ny kontaktperson i kommunen, de skal etablere nye vennskap i og utenfor bokollektivet, og det skal gjøres valg om utdanningsforløp. Nå som hele tilværelsen ikke lengre dreier seg om hvorvidt man får opphold, senkes gjerne skuldrene, og mange opplever at plager med angst, depresjon og PTSD blir sterkere og vanskeligere å undertrykke. Det er ikke rart at ungdommene i denne perioden er svært slitne. De føler seg ensomme fordi de må klare alt alene, og savnet etter nære, støttende og omsorgsfulle voksenpersoner er stort^{7,22}.

For å ruste EMF til denne overgangen, er to ting av stor betydning, ifølge Mehak og Sinthu: For det første må de få anledning til å bli kjent med personen som skal være kontaktpersonen deres på det nye bostedet. De må treffes og ha kontakt med hverandre ikke bare én gang, men mange ganger før flyttingen. Kontaktpersonen er ungdommenes viktigste voksenperson. Som profesjonell omsorgsperson har vedkommende mange oppgaver i å støtte ungdommenes utvikling og tilpasning, som det normalt er foreldrene som tar seg av, som f.eks. å veilede dem i forhold til skole,

Hensikten med denne realitetsorienteringen er at ungdommene utvikler mestringsstrategier

økonomi og helse. For ungdommene kan et positivt forhold til kontaktpersonen før de flytter, gjøre at de føler seg tryggere og mindre alene i overgangsfasen. For det andre må ungdommene forberedes godt på hva som venter dem i kommunen. Sammen med kontaktpersonene i asylmottaket og kommunen, bør de diskutere hvordan den enkelte kan håndtere vanlige utfordringer f.eks.

knyttet til rutiner og samvær i bokollektivet og helse- og skolesituasjonen, og hvordan de kan etablere nye venne- og voksenkontakter. Hensikten med denne realitetsorienteringen er at ungdommene utvikler mestringsstrategier som gjør dem bedre rustet til å møte den nye hverdagen.

Bofellesskapet og voksenrelasjoner

Tidligere forskning har vist at EMF kan, og vil, være selvstendige. Men samtidig gir mange også uttrykk for at de savner voksne som kan ta vare på dem, hjelpe dem med råd, økonomi og andre praktiske ting, slik at de kan slappe litt av på alt ansvaret de bærer alene⁷. Selv om mange opplever god støtte fra familien i hjemlandet, savner de stabile, nære relasjoner til voksne i lokalmiljøet^{7,23}. En nyere undersøkelse blant EMF, viser at mange ungdommer har positive, støttende forhold til minst én voksenperson, men at det er store variasjoner i hvordan de opplever relasjonene til sine kontaktpersoner og andre voksne de omgås. Det er ikke alltid ungdommenes behov for å bli ivaretatt og forstått, og for praktisk hjelp og emosjonell støtte, blir ivaretatt.

«Jeg ville sagt at dere bør prate og spørre ungdommene om hvordan de har det og hva de trenger om det er noen problemer på skolen eller utenfor hjemmet, eller hjemme. Kanskje bare gå en liten tur og prate med ungdommene og få dem til å føle seg komfortable, og oppleve at de kan tro på de voksne. Sitt og prat med ungdommene og vær en god lytter. Vi alle trenger noen som kan sitte og høre på oss. Og gjør noen gøyale ting sammen med ungdommene. og bli kjent med deres venner på skolen! Vis at dere virkelig bryr dere om ungdommene, sånn at når de er i en dårlig situasjon, så kan de komme til dere og spørre om hjelp.» (S. Sivabalan om hvordan voksne kan hjelpe ungdommene med overgangen til livet i Norge, 06-05-2021)

I bofellesskapene har de ansatte vaktordninger, og ungdommene har mange voksne å forholde seg til. Til tider kan de voksne oppleves som at de «bare sitter på kontoret», og er mer opptatt av å passe på at alle reglene som gjelder i kollektivet overholdes, enn av ungdommenes behov for omsorg²⁰. Det er viktig at EMF opplever bokollektivet som hjemmet sitt, og ikke som en institusjon:

«Det er en så sensitiv og viktig ting. De (voksne) har et for tett forhold til reglene som står i kontrakten. De er på jobb, de har regler og målsetning, men dette er jo hjemmet vårt. Bofellesskapet er en institusjon som skal funke, reglene er laget for de som bor på institusjon, ikke for oss som har dette som hjemmet vårt. De kan være veldig regelbaserte. Men de burde heller diskutere reglene med oss, lage reglene sammen med oss, ikke bare gi oss en liste.» (M. Akram, om å gi reglene mening, 16-03-2021)

Voksenkontakter i nærmiljøet

Noen ungdommer kan oppleve mye utskiftning av personalet i bokollektivene og av kontaktpersoner, som kan være en barriere for at ungdommene vil knytte seg til dem. Dessuten har disse relasjonene en avslutningsdato: Når ungdommene når myndighetsalder 18 år, fases kommunenes tiltak, som f.eks. opphold i bokollektiv, ut. Akkurat som de fleste andre ungdommer i Norge ser frem til attenårsdagen med

Men mange gruer seg til at tiltakene skal opphøre, og er redde for at de ikke vil klare å håndtere økonomi, ensomhet, behov for hjelp og støtte, alene

glede og forventning, er det også en del EMF som gleder seg til denne dagen, og til å føle seg frie og selvstendige.

Men mange gruer seg til at tiltakene skal opphøre, og er redde for at de ikke vil klare å håndtere økonomi, ensomhet, behov for hjelp og støtte, alene⁷. De savner kontinuiteten i omsorgssituasjonen som andre ungdommer har, selv om de flytter hjemmefra. Vi har derfor tidligere påpekt at det er en viktig oppgave for offentlig ansatte omsorgspersoner å starte prosessen med å overflødiggjøre seg selv som ungdommenes tilknytningspersoner på et tidlig tidspunkt.

De bør benytte den fortroligheten de har fra ungdommene til å bistå dem med å etablere kontakter med voksenpersoner i lokalmiljøet som kan bli deres trygge base, der stabilitet og kontinuitet i relasjonen kan opprettholdes også etter at kontakten med det offentlige fases ut⁷. Sinthu og Mehak understreker at dette er et svært viktig tiltak, som vil gjøre det lettere å lære om den norske kulturen, og gjøre seg kjent med og integreres i lokalmiljøet.

Skolen: lærer- og vennerelasjoner

En annen betydningsfullt utviklingsoppgave i ungdomsårene, er å etablere mer omfattende og dypere relasjoner til jevnaldrende. For ungdommer med kort botid i Norge, er skolen en spesielt viktig arena for sosial omgang med jevnaldrende, og kanskje første anledning de har til stabil omgang med norske ungdommer, med og uten innvandrerbakgrunn.

Men det er både strukturelle og individuelle utfordringer som kan gjøre det vanskelig å lykkes med denne sosiale integreringen. De fleste EMF har store hull i grunnskoleopplæringen pga. uroligheter og krig i hjemlandet og tiden de har vært på flukt²⁴. Bosettingskommunene og fylkeskommunene samarbeider om å tilby den opplæringen elevene trenger for å lære norsk og å tette kunnskapshullene slik at de kan gå over i et ordinært opplæringstilbud²⁵. Disse forberedende tiltakene innebærer at EMF gjerne er 2 - 3 år eldre enn medelevene når de begynner å følge ordinær undervisning, noe som vanskeliggjør sosial omgang mellom dem. EMF føler seg ofte voksne og mer erfarne enn de andre elevene²⁴.

«Jeg var veldig spent på skolen, men det ble ikke sånn som forventet. Jeg mistet motivasjonen, hadde ikke lyst å dra på skolen. Jeg følte at norske venner ikke kunne forstå meg, derfor har jeg bare utenlandske venner. Jeg hadde mye mer erfaringer enn de andre, det er jo ikke deres feil, ... men siden vi har opplevd så mye, det har vært så mange (traumatiske) situasjoner vi har erfart, det er noe (spesielt) med oss som har opplevd sånne ting. ... Vi er litt mer voksne i hodet på grunn av dette». (M. Akram om møtet med skolen, 07-04-2021)

En annen faktor som kan påvirke forholdet mellom EMF og de nye klassekameratene er at sistnevnte ikke har god informasjon om EMF, hvem de er, hvorfor de er her, og hva de kommer fra.

«De norske ungdommene har lite peiling på, eller informasjon om, oss og om de som kommer som EMF og andre flyktninger. De burde ha litt informasjon om det.» (M. Akram om å begynne på skolen, 07.04-2021)

På samme måte som EMF må forberedes godt på hva som venter dem når de begynner på skolen i bostedskommunen før de flytter, må elevene i klassen og på skolen være bedre forberedt på hva det vil si å legge ut på flukt alene når man er mindreårig.

Mehak peker på at selv om hun gledet seg stort til å begynne i vanlig skole i

At medelevene ikke har kunnskap om bakgrunnen til EMF, kan gi negative utslag på oppførselen

kommunen sin, «alt blir så bra, jeg skal gå på skolen, livet har startet», så ble realiteten helt annerledes. Erfaringene hennes er ikke unike. Ungdommene er i en sårbar fase, og deres norskspråklige kompetanse er ennå ikke så bra. Det kan lett føre til misforståelser og konflikter. At medelevene ikke har kunnskap om bakgrunnen til EMF, kan gi negative utslag på oppførselen deres og samhandlingen med den nye eleven som f.eks. mobbing og ekskludering.

Mehak forteller at det kan være vanskelig å be lærerne om hjelp til det som skjer sosialt, fordi man ikke vet hvordan de ville reagere. De vonde og dramatiske opplevelsene EMF bærer med seg fra fortiden, gjør at det kan være vanskelig å vurdere hvilke problemer som er store nok til at man kan be om hjelp til dem. Problemene de har på skolen kan virke veldig små i forhold til minnene om de store, traumatiske erfaringene de bærer med seg. I tillegg kan mange streve med å finne en balanse mellom behovet for hjelp, støtte og omsorg og kravene de har til seg selv om å klare alt på egen hånd.

Med utgangspunkt i disse erfaringene, er et av poengene som går igjen i Mehaks og Sinthus råd at de voksne må komme til ungdommene. De voksne må ta kontakt med ungdommene først og bruke tid på å bygge opp et tillitsforhold. På sikt kan dette bidra til at ungdommene føler seg trygge nok til å oppsøke dem hvis de har behov for hjelp og støtte, eller bare ønsker en prat. Dette rådet gjelder alle voksne som ungdommene er avhengige av: de profesjonelle omsorgspersonene, skolens helsesykepleier («det holder ikke å komme på besøk i klassen og presentere seg, og så si til oss at det er bare å komme til kontoret deres dersom vi ønsker en prat»), og lærerne.

De voksne må kontakte ungdommene og vise at de er interessert i dem. Mehaks og Sinthus erfaringer gjenspeiler resultater fra forskningen vår som viser at mange ungdommer er svært skeptiske til å prate om personlige ting med voksenpersonene de har kontakt med^{7,26}.

Konklusjon

Overgangen fra asylmottak til kommunal bosetting sammenfaller i alder for de fleste EMF med en periode der de må finne gode løsninger på mange nye sosiale, kognitive og emosjonelle utviklingsoppgaver. Det er derfor viktig at tiltakene de lokale tjenestene tilbyr ungdommene for å fremme positive utviklingsforløp mot god livskvalitet og integrering inn i storsamfunnet, er godt forankret i kunnskap fra utviklingspsykologi, akkulturasjonspsykologi og psykisk helse.

Kunnskap fra utviklingspsykologi og -psykiatri viser at ungdom som er midt oppi en så kompleks utviklingsfase trenger et godt støtteapparat som samarbeider på tvers av sektorer for å mestre overgangen til nye faser²⁷. I dette kapittelet har vi diskutert hvordan forholdene kan legges til rette for å skape en forutsigbar og trygg kontekst for EMF i denne viktige fasen. Vi håper at informasjonen og rådene om helse og nære relasjoner, basert på Mehaks og Sinthus egne erfaringer, og kunnskap fra forskning, kan bidra til at EMF får effektive støttetiltak i overgangen fra mottak til bosetting.

Referanser

1. Moffitt TE, Caspi A, Dickson N, Silva P, Stanton W. *Childhood-onset versus adolescent-onset antisocial conduct problems in males: Natural history from ages 3 to 18 years*. *Development and Psychopathology*. 1996;8(2):399-424.
2. Nolen-Hoeksema S, Larson J, Grayson C. *Explaining the gender difference in depressive symptoms*. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1999;77(5):1061-72.
3. Palmonari A, Kirchlner E, Pombeni ML. *Differential effects of identification with family and peers on coping with developmental tasks in adolescence*. *European Journal of Social Psychology*. 1991;21(5):381-402.
4. Overton W, Byrnes JP, O'Brien DP. *Developmental and individual differences in conditional reasoning: The role of contradiction training and cognitive style*. *Developmental Psychology*. 1985;21(4):692.
5. Erikson EH. *Identity Youth and Crisis*. New York, NY: W.W.Norton & Company, Inc; 1968.
6. Eide KB, T. *Enslige mindreårige asylsøkere. Kunnskapsstatus og forskningsutfordringer*. Oslo: Regionsenteret for barns og unges psykiske helse; 2010.

7. Oppedal B, Seglem KB, Jensen L. *Avhengig og selvstendig. Enslige mindreårige stemmer i tall og tale*. Folkehelseinstituttet; 2009. Report No.: Folkehelseinstituttet rapport 2009:11.
8. Jensen TK, Skar A-MS, Andersson ES, Birkeland MS. *Long-term mental health in unaccompanied refugee minors: pre- and post-flight predictors*. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2019;28(12):1671-82.
9. Jakobsen M, Meyer DeMott MA, Wentzel-Larsen T, Heir T. *The impact of the asylum process on mental health: a longitudinal study of unaccompanied refugee minors in Norway*. *BMJ Open*. 2017;7(6):e015157.
10. Nielsen SS, Norredam M, Christiansen KL, Obel C, Hilden J, Krasnik A. *Mental health among children seeking asylum in Denmark - the effect of length of stay and number of relocations: a cross-sectional study*. *BMC Public Health*. 2008;8(1):1-9.
11. Ryan DA, Benson CA, Dooley BA. *Psychological distress and the asylum process: a longitudinal study of forced migrants in Ireland*. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2008;196(1):37-45.
12. Bean TM, Eurelings-Bontekoe E, Spinhoven P. *Course and predictors of mental health of unaccompanied refugee minors in the Netherlands: One year follow-up*. *Social Science & Medicine*. 2007;64(6):1204-15.
13. Vervliet M, Lammertyn J, Broekaert E, Derluyn I. *Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors*. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2014;23.
14. Keles S, Friborg O, Idsøe T, Sirin SR, Oppedal B. *Resilience and acculturation among unaccompanied refugee minors*. *International Journal of Behavioral Development*. 2018;42(1):52-63.
15. Seglem KB, Oppedal B, Roysamb E. *Daily hassles and coping dispositions as predictors of psychological adjustment: A comparative study of young unaccompanied refugees and youth in the resettlement country*. *International Journal of Behavioral Development*. 2014;38(3):293-303.
16. Sønsterudbråten S, Tyldum G, Raundalen M. *Et trygt sted å vente. Omsorgspraksiser på asylmottak for enslige mindreårige*. https://www.udi.no/globalassets/global/forskning-fou_i/asylmottak/et-trygt-sted-aa-vente.pdf; FAFO; 2018. Report No.: 2018/05.
17. Oppedal B, Solhaug AK, Friborg O, Biele G. *Mestring i mottak og kommuner. Implementering og evaluering av "Teaching Recovery Techniques" i asylmottak og bosettingskommuner*. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2019.
18. Sarkadi A, Ådahl K, Stenvall E, Ssegona R, Batti H, Gavra P, et al. *Teaching Recovery Techniques: evaluation of a group intervention for unaccompanied refugee minors with symptoms of PTSD in Sweden*. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2017.
19. Kohli RKS. *The Sound Of Silence: Listening to What Unaccompanied Asylum-seeking Children Say and Do Not Say*. *British Journal of Social Work*. 2006;36(5):707-21.
20. Skårdalsmo EMB, Harnischfeger J. *Vær snill! - Råd fra enslige mindreårige asylsøkere og flyktninger til voksne omsorgsgivere (Please - Advice from unaccompanied minor asylum-seekers and refugees to adult caretakers)*. *Norges Barnevern*, 94. 2017;94(1):6 - 21.
21. Slagsvold KAL. *Trapped between disaster and uncertainty: A quantitative study of mental health of unaccompanied minor asylum-seekers in Norwegian reception centers*. [Master thesis]. University of Oslo: Department of Psychology; 2014.
22. Kohli RKS. *Social work with unaccompanied asylum seeking children*. Hampshire: Palgrave MacMillan; 2007.
23. Oppedal B, Idsøe T. *The role of social support in the acculturation and mental health of unaccompanied minor asylum seekers*. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2015;56(2):203-11.
24. Oppedal B, Guribye E, Kroger J. *Vocational identity development among unaccompanied refugee minors*. *International Journal of Intercultural Relations*. 2017.
25. Liden H, Aasen B, Seeberg ML, Staver AB. *Fra bosetting til voksenliv. Den kommunale tjenestekjeden for enslige mindreårige asylsøkere*. Oslo, Norge; 2020. Report No.: 2020:1.
26. Oppedal B, Jensen L, Seglem KB, Haukeland Y. *Etter bosettingen: Psykisk helse, mestring og sosial integrasjon blant ungdom som kom til Norge som enslige mindreårige asylsøkere (After resettlement: Mental health, coping and social integration among youth who arrived in Norway as unaccompanied minor asylum-seekers)*. FHI Rapport 2011:8: Norwegian Institute of Public Health; 2011.
27. B. MK, B. BE. *Mental Health and Transitions from Adolescence to Emerging Adulthood: Developmental and Diversity Considerations*. *Canadian Journal of Community Mental Health*. 2014;33(1):77-86.

Barn og unge med samisk bakgrunn og psykisk helse: betydningen av kontekstuell kompetanse og trygg etnisk identitet

Av Merete Saus



Merete Saus er professor i pedagogikk og jobber med lektorutdanningen ved institutt for lærerutdanning og pedagogikk (ILP) ved UiT Norges arktiske universitet.

Hun har tidligere vært instituttleder ved Regionalt kunnskapssenter for barn og unge, Nord (RKBUNord).

I dette kapittelet skal jeg drøfte psykisk helse blant barn og unge med samisk bakgrunn, og betydningen av kulturell kompetanse i møte med samiske barn og unge. Det er ikke basert på en idé om at samiske ungdom har særlige psykiske utfordringer fordi de er samiske. I stedet er det en forståelse om at minoritetsposisjonen kan føre til situasjoner som påvirker den psykiske helsen negativt. Barn og ungdom med minoritetsbakgrunn kan være utsatt for ulike risikofaktorer for psykisk uhelse. Det har ikke noe med minoritetene å gjøre, men med de opplevelser og erfaringer som de kan bli utsatt for fordi de er minoriteter. Det finnes også mange beskyttelsesfaktorer som legger til rette for utvikling av god psykisk helse for samiske barn og ungdommer. For dem som jobber med barn og unge med samisk bakgrunn, er det viktig å vite noe om hvordan man kan motvirke risikofaktorene, og hvordan man kan legge til rette for beskyttelsesfaktorene. Dette kapittelet handler om det. Det er basert på en teoretisk forståelse om at nettverk og historie har betydning for sosialisering og hvordan man kan legge til rette for god psykisk helse for barn og unge med samisk barndom. Diskusjonen er basert på mine erfaringer gjennom 25 år som forsker og underviser i dette temaet. Hensikten med kapitlet er å gi innspill til hvordan man kan integrere kulturell kompetanse for dem som jobber med barn og unge med samisk bakgrunn, og for myndighetene som bestemmer rammebetingelsene for arbeid med barn og unge med samisk bakgrunn.

Betydning av nettverk og historie

Kulturell kompetanse kommer i dette kapittelet til å ha denne betydningen: virksomhet som legger til rette for situasjoner som fremmer beskyttelsesfaktorer og motvirker at risikofaktorer får kraft og betydning for barn og unge med samisk bakgrunn. Kulturell kompetanse er med andre ord noe som handler om kyndighet i virksomhet som fremmer god psykisk helse, ikke kjennskap til spesifikk kultur. Denne forståelsen av kulturell kompetanse er kontekstuell og legger vekt på å forstå personen i sin sammenheng (Saus, 2003).

Det innebærer at kulturell kompetanse ikke handler om kunnskap om en kultur, men kunnskap om den enkelte personen og de betydningsfulle omgivelsene som omgir denne personen

Det er teoretisk tenkning man gjenfinder i Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell. Denne modellen viser hvordan det nære miljøet, samfunnet og betydningsfulle hendelser blir viktige rammer for personen, og fungerer som kontekst for personens sosialisering (Bronfenbrenner, 1979). Å vokse inn i en kultur er å være i et samspill med både de nære og mer fjerne kontekstuelle forholdene. I modellen er også tid en viktig faktor. Bronfenbrenner (1986) understreker at hendelser som har betydning for en persons livshistorie også er med på å forme individet. Det betyr at sosialiseringen inn i en kultur ikke bare påvirkes av nettverket, men også av hendelser i fortiden og forestillinger om hva som kan skje i fremtiden. Det innebærer at kulturell kompetanse ikke handler om kunnskap om en kultur, men kunnskap om den enkelte personen og de betydningsfulle omgivelsene som omgir denne personen.

Det er omtalt som kontekstuell kompetanse (Saus 2003, 2006). Det å ha kulturell kompetanse er å kunne omsette kontekstuell forståelse til praktisk arbeid med barn og unge. Det er ikke bare hendelser i en persons livshistorie som kan få betydning for sosialiseringen. Også historiske hendelser kan ha betydning (Saus, 2019 a). Når man skal jobbe med å bistå, og legge til rette for, samiske barn og unges psykiske helse i dag, må man også ha kompetanse i hvordan historiske hendelser påvirker folkegrupper i dag (Saus, 2019). I arbeid med barn og unge med samisk bakgrunn er fornorskning en slik historisk hendelse som kan ha betydning for sosialiseringen.

Fornorskning er betegnelsen på politikken som ble ført overfor samene fra 1700-tallet frem til 1960-tallet. Det er aktiv og uttalt assimileringsspolitikk, preget av et mål om å få den samiske befolkningen til å bli norsk (Bjørklund, 1985, Eidheim, 1987, Minde, 2003). Assimilering betyr at minoriteter frivillig eller med tvang endrer sin levemåte til majoritetens kultur, og som politikk innebærer det at man forsøker å få minoriteten til å bli lik majoriteten (Eriksen, 1998). Fra 1970-tallet kom det endringer og det ble forsøkt med mer integrering, men det var først på 1990-tallet det ble en tydelig endring med mer positive holdninger til minoriteter og vern og beskyttelse for kulturell egenart og samfunnsdeltakelse (Brandal, 2017, Moen og Lund, 2010).

Selv om politikken er endret, preger det fremdeles mange samer, enten ved at de selv opplevde at det samiske ble forsøkt utslettet, eller at det er opplevelser som preger familiene i ettertid. En av de vanlige senvirkningene av fornorskingspolitikken er at unge med samisk bakgrunn ikke fikk mulighet til å lære samisk, og dermed opplever at de er fratatt noe viktig. En annen langtidseffekt er opplevelsen av å ønske å ta det samiske tilbake, men at det kan være vanskelig. Høgmo (1986) har i et generasjonsdiagram vist hvordan fornorskningen førte til at beste- og foreldregenerasjoner aktivt forsøkte å legge til rette for de yngre ved å sosialisere dem til å bli norske. Resultatet ble en verken-eller-identitet. Det å skjule sin samiske bakgrunn ble en måte å overleve på (Nergård, 1994). Dette har ført til et historisk traume, det vil si en traumatisk hendelse som har rammet hele folkegruppen, og som påvirker folkegruppen på ulike måter i dag. Det kan man kalle en kulturell smerte (Nergård, 1992, Saus, 2019 a). Kulturell kompetanse må ha grep om disse prosessene og innlemme kunnskap om hvordan fortiden preger samtiden. Mange ungdommer med samisk bakgrunn snakker om et ønske om å ta tilbake samisk identitet, men opplever det som vanskelig og av og til med motstand. De snakker ikke samisk godt nok, og vegrer seg derfor å bruke språket. De kan oppleve hets og hatkommentarer når de bruker kofte. Slike eksempler er det mange av, og innimellom får det også oppmerksomhet i media. Se for eksempel filmen om den unge samiske artisten Agnete; *Agnete jienada - Agnete bruker stemmen* (NRK, 2021), som handler om hvor vanskelig det kan være å ta den samiske identiteten tilbake. Kulturell kompetanse innebærer med andre ord også å ha et godt verktøy for å støtte barn og ungdoms identitet, og ha kunnskap om at for barn og ungdom med samisk bakgrunn kan ikke identitet kun sees i lys av dagens situasjon. Det kan være vanskelig å bygge en trygg og sikker samisk identitet, uten at man forstår

Trygg etnisk identitet betyr at man ikke tviler på sin etniske identitet, altså at man ikke nages av spørsmål om «er jeg samisk eller norsk»

langtidseffekten som fornuksingspolitikken har hatt på folk med samisk bakgrunn.

Et av de synlige tegnene på denne endringen er opprettelsen av Sametinget i 1989. Sametinget er et folkevalgt organ hvor de som er over 18 år, og som føler seg som samiske og har samisk som morsmål, eller har foreldre, besteforeldre eller oldeforeldre som hadde samisk som morsmål, har stemmerett. Det bor stemmeberettigede over hele landet, ikke bare i Nord-Norge, og andelen unge samer i byene øker (Pedersen og Nyseth, 2015). Sametinget skal styrke samiske interesser og styrke samenes politiske stilling i Norge (Sametinget, 2021). I arbeidet med samiske barn og unge har Sametinget en viktig rolle både for å fremme en politikk som styrker deres rettigheter, bevilge midler for å utvikle nye tiltak og for å sette deres situasjon på den nasjonale, politiske dagsorden. De fleste faglige utviklingsprosjekter som har ført til bedring i situasjonen til barn og unge med samisk bakgrunn har hatt Sametinget som støttespiller og tilrettelegger. Styrking av Sametingets mulighet til å påvirke norsk barnepolitikk og barnefaglig utvikling er dermed en virkningsfull måte å jobbe for samiske barn og unges psykiske helse på.

Barn og ungdom med samisk bakgrunn og psykisk helse

Forskning om den psykiske helse for barn og unge med samisk bakgrunn kan deles inn i tre viktige funn. For det første er den psykiske helsen god og lik andre barn og unge i Norge (Kvernmo, 1999). For det andre er det en beskyttelse å ha trygg etnisk identitet (Kvernmo, 2004, Jávo, 2003). For det tredje rapporterer samiske barn og unge fremdeles at de opplever trakassering og diskriminering basert på etnisk tilhørighet (Hansen og Skaar, 2021).

Det kan ved første øyekast se ut som disse tre funnene er motsetninger. Men det som binder dem sammen er stikkordet «trygg etnisk identitet» (Kvernmo, 2004, Jávo, 2003, og Hansen og Skaar, 2021). Det å oppleve trygg etnisk identitet er viktig psykisk velvære (Phinney og Ogn, 2007). For at barn og ungdom med samisk bakgrunn skal ha like god psykisk helse som majoritetsbefolkningen, er trygg etnisk identitet viktig. Trygg etnisk identitet betyr at man ikke tviler på sin etniske identitet, altså at man ikke nages av spørsmål om «er jeg samisk eller norsk». Man kan godt ha begge identitetene, det vil si at man opplever seg som både samisk og norsk. Men det er altså risiko for psykisk uhelse å ikke føle seg trygg på sin etniske identitet. Det betyr at det å være samisk minoritet i en norsk majoritet, kan være assosiert med større grad av psykiske helsevansker, mens det å være same på et sted hvor man er en del av en samisk majoritet, kan være en beskyttelse for psykisk uhelse (Kvernmo, 2004, Jávo, 2003).

Det betyr at det er viktig at ikke det som tidligere ble omtalt som «kjernesamiske områder», altså områder hvor samer er i majoritet blir de eneste stedene man retter innsats mot barn og ungdom med samisk bakgrunn. Det er like viktig å rette oppmerksomheten mot områder hvor samer er i minoritet. Dette er områder hvor det kan være vanskelig for barn og unge å utvikle en trygg etnisk identitet. Det er her det er ungdom som synes det er krevende å ta tilbake samisk språk, kle seg i kofte eller på andre måter vise samisk identitet. Å støtte barn og ungdom i søken etter samisk identitet er viktig for å legge til rette for god psykisk helse og velvære for dem. Det kan man gjøre på mange måter, og mange av dem er verken dyre eller krevende å få til. Det handler om å vise frem samisk kultur på mange flere arenaer, bruke samisk språk i media og filmer, og mer opplæring om samisk historie og samtid i skolen - for å nevne noen. La heltekarakterer i ungdomsfilmer være samiske, og dermed gjøre det populært og attraktivt å vise samisk tilknytning, kan ha stor betydning. Det å vise frem samisk samtidskultur og samfunnsnivå, og det å la det være flere muligheter til å bli stolt av å være same, er grep som kan gjøre det mye lettere for barn og ungdom å utvikle trygg samisk identitet. Det er innsats som er relativt enkel og som gjøres på samfunnsnivå, men som kan ha stor innflytelse på psykisk velvære for barn og unge med samisk bakgrunn.

Det at barn og unge med samisk bakgrunn opplever negative ytringer når de rundt dem vet at de er samer, viser at det også må gjøres noe på samfunnsnivå. Holdninger til samer og samiske samfunn må endres

Mobbing og trakassering

Barn og unge med samisk bakgrunn rapporterer om mange opplevelser med mobbing og trakassering basert på etnisk identitet (Hansen og Skaar, 2021). De opplever hatytringer, negative hendelser når de er på kafeer og utesteder, og trakassering i offentlige rom for at de snakker samisk eller bruker kofte. Noen ungdommer forteller at når folk vet at de er samiske, så opplever de oftere samevitser og negative karakteristikk av samer enn når folk ikke vet at de er samiske. Det kan altså være en trigger for folk å snakke negativt om samer og samiske saker når man vet at dem det gjelder er til stede. Dette fremstår som, og oppleves som, trakassering. Rasisme er ikke blitt borte selv om politikken overfor samene er blitt bedre.

Dette må man møte både på samfunns- og individnivå. På individnivå må man møte dette på to måter, adekvate tiltak når det skjer og forebygging mot at det skjer. Adekvate tiltak er at mobbeombud og skolene tar rasisme og etnisk trakassering på samme alvor som andre mobbesituasjoner. Å forebygge at det skjer, er å jobbe systematisk for at alle elever skal føle stolthet for den kulturelle bakgrunnen de har, uansett etnisitet. Det kan skolen legge til rette for, ved å bygge opp under stolthet for den man er, uansett etnisk, språklig og religiøs bakgrunn. Det å ha en tilhørighet til en minoritet, kan snakkes om som en ressurs, noe å være stolt av - og som noe bra. Dette gjelder uansett kulturell bakgrunn. Å vri oppmerksomheten fra problemer og mangler til positive aspekt som mestring, stolthet og mangfold, gir barn med minoritetsbakgrunn en mulighet til å bygge opp en trygg samisk identitet. Ikke minst flytter det ansvaret til alle som jobber med folk - ikke bare dem som jobber med samiske barn og unge. Fordi det er like viktig at barn og unge med samisk bakgrunn møtes på en respektfull måte slik at de kan leve i omgivelser som støtter opp om trygg etnisk identitet, må man rette oppmerksomheten mot alle. Det er ikke barn og unge med samisk bakgrunn som må endres, men de som møter barn og unge med samisk bakgrunn. Jobben på individnivå er hovedsakelig forebyggende; det å lære alle å møte minoriteter på en respektfull måte.

Det at barn og unge med samisk bakgrunn opplever negative ytringer når de rundt dem vet at de er samer, viser at det også må gjøres noe på samfunnsnivå. Holdninger til samer og samiske samfunn må endres. Samfunnskritikk er greit, og samiske samfunn må tåle å være gjenstand for samme kritiske vurdering som andre samfunn i Norge. Det er de; samiske interesser, foreninger og politiske partier gjennomfører samfunnskritiske diskusjoner hver dag. Men det kan ikke være slik at det er greit å snakke negativt om samer og samiske samfunn hvor det kun er overfor samer dette blir aktualisert. Det er ikke samfunnskritikk, men mobbing. Opplevelsen om at det samiske gjøres relevant kun når de vet at de er sammen med en med samisk bakgrunn, viser at synlighet og usynlighet er en vesentlig del for å forstå hvordan man kan legge til rette for utvikling av trygg etnisk identitet for barn og unge med samisk bakgrunn.

Usynlighet og synlighet

Minoriteter forteller at det å bli sett, og det å ikke bli sett, som minoritet begge er forhold som påvirker relasjonen til omgivelsene (Saus m.fl. 2017, Douglas og Saus 2019). Det er ikke likegyldig hvordan man blir møtt som same. Noen ganger er man for synlig, andre ganger ikke synlig nok. Samiske ungdommer har ikke nødvendigvis et utseende som gjør at «de ser samiske ut». Det gjør at det i noen situasjoner ikke er synlig at de er samer. I andre er det samiske for synlig, noe som også kan ha både fordeler og ulemper. Det å være synlig eller usynlig som same, kan altså oppleves ulikt i ulike relasjoner. Det kan variere fra situasjon til situasjon og fra sted til sted. I noen relasjoner er det samiske for synlig, og man opplever det som en ulempe, i andre situasjoner er synligheten en fordel. Denne variasjonen fremtrer fordi relasjonen som barn og unge inngår i gir dem ulike tilbakemeldinger på den samiske bakgrunnen.

Kulturell kompetanse handler derfor om å anerkjenne at man har makt i relasjonen og at man som omgivelser har innflytelse på om det er mulig å utvikle en trygg samisk identitet

I firefeltstabellen under er det skilt mellom det å oppleve det samiske som for synlig og usynlig, og hvilke fordeler og ulemper det kan føre til. Dette gjelder ikke alle i alle situasjoner, men er opplevelser som samer kan fortelle om (Saus m.fl. 2017, Douglas og Saus, 2019). Tabellen beskriver et utvalg av konsekvenser som oppstår når det samiske blir for synlig eller usynlig. Som vi ser, påvirker det viktige hensyn som hvorvidt man får informasjon og tilbud om rettigheter man har som urfolk. Det påvirker om man opplever rasisme, eller om kultursensitive tiltak settes i verk. Dette er det vanskelig for barn og unge med samisk bakgrunn selv å ta ansvar for fordi det handler om hvordan de møtes av andre. Dette er ikke en oversikt som viser egne holdninger til sin samiske identitet. Det viser hvordan relasjonen og omgivelsenes holdninger til samisk kultur og samfunn påvirker situasjonen for barn og unge med samisk bakgrunn. Relasjonens og omgivelsens makt er betydningsfull for hvordan de opplever sin samiske identitet. Kulturell kompetanse handler derfor om å anerkjenne at man har makt i relasjonen og at man som omgivelser har innflytelse på om det er mulig å utvikle en trygg samisk identitet.

| | Fordel | Ulempe |
|-------------------|---|---|
| For synlig | <ul style="list-style-type: none"> • Rettigheter innfris fordi det samiske er synlig. • Det er lett å legitimere behov for kulturell sensitivitet. • Det er lett å identifisere og sette i gang aktuelle tiltak som er forankret i samisk kultur og samfunn. • Synlighet gjør det også lettere å involvere samiske barn og ungdom når man skal sette i gang tiltak. | <ul style="list-style-type: none"> • Det er en fare for stereotypisering fordi man ser kulturen mer enn individet. • Det kan oppstå fordommer fordi den samiske blir møtt med snevre ideer om hva som er typisk samisk. • Det er lettere å bli utsatt for rasisme. • Individuelle behov kan være vanskeligere å se fordi man er opptatt av kulturen. • utfordringer tilskrives kulturen, og hver enkelt i folkegruppen blir derfor møtt med en idé om at de har samme utfordringer. • De med negative holdninger til minoritetsgruppen kan gi uttrykk for disse overfor enkeltpersoner som er synlig representant for samisk kultur og samfunn. |
| Usynlig | <ul style="list-style-type: none"> • Opplever lite rasisme fordi folk ikke vet at det er noe å diskriminere. • Unngår stereotypisering fordi folk ikke vet at de har samisk bakgrunn. • Enkeltpersoner opplever negative holdninger overfor minoritetsgruppen fordi det uttrykkes mest til dem man vet har samisk bakgrunn. | <ul style="list-style-type: none"> • Rettigheter innfris i mindre grad enn når det samiske er lett å se. • Det er vanskeligere å oppdage for å kunne ta kultursensitive hensyn (som f.eks. tolk, tilby språkopplæring, markere samefolkets dag og legge til rette for identitetsstøttende tiltak). • Forventninger til enkeltindivider tar ikke hensyn til at de også tilhører en minoritet. • Det blir ikke gitt relevant informasjon om rettigheter som minoritet. • Behov for kulturelle eller språklige tilpasninger overskygges av andre behov fordi man ikke ser hvordan det samiske er aktuelt i den gitte situasjonen. |

Tabell 1 Fordeler og ulemper med minoritetsstatusens synlighet og usynlighet (Saus m.fl. 2017, Douglas og Saus 2019).

Som vi har sett av diskusjonen her, er det ikke det å være samisk som kan knyttes til psykisk uhelse eller velvære. Det er imidlertid hvordan man blir møtt som samisk minoritet som har betydning for den psykiske helsen

Tabellen viser at man må legge vekt på kontekstens betydning for en trygg samisk identitet, og at det ikke skal få negative konsekvenser for samiske ungdommer å vise sin samiske identitet. Det er også viktig at dette gjelder både for ungdom som har sterk samisk tilhørighet, godt kjennskap til samisk språk og er aktiv språkbrukere, og for ungdom med mindre sterk tilknytning og som ikke har like lett tilgang til samisk språk og kulturelle tradisjonsmarkører. For denne siste gruppen er det ekstra viktig, fordi de er ekstra sårbare for de negative konsekvensene av at det samiske ikke er synlig for omgivelsene. Det betyr at de i større grad vil oppleve at deres rettigheter til kultursensitive tiltak ikke innfris, og deres tilknytning til det samiske ytterligere svekkes. Det har, som vi så i kapitlet om trygg etnisk identitet, stor betydning for god psykisk helse og velvære.

Avslutning

Som vi har sett av diskusjonen her, er det ikke det å være samisk som kan knyttes til psykisk uhelse eller velvære. Det er imidlertid hvordan man blir møtt som samisk minoritet som har betydning for den psykiske helsen. Hvordan man møter barn og unge med samisk bakgrunn påvirker den psykiske helsen. Det påvirker muligheten til å utvikle en trygg etnisk identitet, og det er det som påvirker psykisk helse og velvære. Kulturell kompetanse i møte med barn og unge med samisk bakgrunn omfatter ikke bare kunnskap om samisk kultur og samfunnsliv, men også kunnskap om omgivelsene som samiske barn og unge lever i. Omgivelsene består av samtiden, men også den påvirkningen fortiden har i dag.

Det peker mot at tiltak for å legge til rette for psykisk velvære ikke skal rettes mot barnet eller ungdommen, men mot samfunnet omkring. Det er i de kontekstuelle rammene, i måten man møtes på og i fremtidshåpet, at innsatsen må rettes. Hvordan skolen underviser om samisk historie og samtid er viktig. Ressursene bør rettes mot at de som jobber med barn og unge har kunnskap om sammenhengen mellom fortid og nåtid, og hvor viktig etnisk identitet er. Å demme opp for rasisme i samfunnet vil ha direkte virkning på barn og unge med samisk bakgrunn sin psykiske helse. Å øke den generelle kunnskapen om forholdet mellom minoriteter og majoriteter vil kunne føre til mindre rasisme. Filmer hvor heltene er samiske kan være godt psykisk helsevern, fordi barn og unge kan se opp til gode samiske rollemodeller. Det vil kunne gjøre det lettere for dem som er i en minoritetssituasjon å skape en trygg etnisk identitet. Det er tiltak på samfunnsnivå som vil ha størst og bredest effekt for å beskytte barn og unge med samisk bygrunn mot psykisk uhelse. Vi som samfunn må gjøre det lett å være stolt av å være same. Det vil legge til rette for god psykisk helse og velvære for barn og unge med samisk bakgrunn.

Referanser

- Bjørklund, I. (1985). *Fjordfolket i Kvænangen: Fra samisk samfunn til norsk utkant 1550-1980*. Tromsø: Universitetsforlaget
- Brandal, N., og Brazier, E. (2017). *De fremmede og staten. I. Plesner, T., N. Brandal, N. og Døving C.A. (Eds.). Nasjonale minoriteter og urfolk. I norsk politikk fra 1900 til 2016*. Oslo: Cappelen Damm Akademiske.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, Urie. (1986). *Ecology of the Family as a Context for Human Development. Developmental Psychology*, 22(6), s. 723-742
- Douglas, M., og Saus, M. (2021). *Invisible Differentness in Sámi Child Protection Services. Child Care in Practice. Northern Ireland Journal of Multi-disciplinary Child Care Practice*, 27(3), s. 251-265
- Eidheim, H. (1987). *Aspects of the Lappish minority situation* (Vol. 14, Oslo occasional papers in social anthropology (trykket utg.). Oslo: Department of Social Anthropology, University of Oslo
- Eriksen, T.H. (1993). *Små steder - store spørsmål: Innføring i sosialantropologi*. Oslo: Universitetsforlaget
- Hansen, K.L. og Skaar, S. W. (2020). *Unge samers psykiske helse. En kvalitativ og kvantitativ studie av unge samers psykososiale helse. UiT Norges arktiske universitet*
- Høgmo, A. (1986). *Det tredje alternativ: Barns læring av identitetsforvaltning i samisk-norske samfunn preget av identitetsskifte. Tidsskrift for Samfunnsforskning* 27(1986), 27(1986)nr 5, s. 395-416.
- Jávo, C. (2003). *Child-rearing and Child Behavior Problems in a Sami Population: A Cross-cultural Study of Families with Preschool Children*. Ph.D thesis. Department of Child and Adolescent Psychiatry, Faculty of Medicine, University of Tromsø

- Kvernmo, S. E. (1999). *North Norwegian adolescents in a multiethnic context : a study of emotional and behavioural problems, ethnic identity and acculturation attitudes in Sami, Kven and Norwegian adolescents*. Ph.D. thesis. Department of Child and Adolescent Psychiatry, Faculty of Medicine, University of Tromsø
- Minde, H. (2003). *Assimilation of the Sami - implementation and consequences*. Acta Borealia, Vol. 20, no. 2 (2003), s. 121-146
- Moen, B. B., & Lund, A. C. B. (2010). *Nasjonale minoriteter i det flerkulturelle Norge*. Trondheim: Tapir akademisk forlag
- Nergård, J.I. (1992). *Den vuxna barndomen : den psykotiske personen som vägvisare i vår kultur*. Ludvika: Dualis
- Nergård, J.I. (1994). *Det skjulte Nord-Norge*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- NRK (2021): <https://tv.nrk.no/serie/agnete-jienada>
- Pedersen, P., og Nyseth, T. (2015). *City-Saami: Same i byen eller bysame?: Skandinaviske byer i et samisk perspektiv*. Kårásjohka: ČálliidLágádus
- Phinney, Jean S, og Ong, Anthony D. (2007). *Conceptualization and Measurement of Ethnic Identity*. Journal of Counseling Psychology, 54(3), s. 271-281. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.54.3.271>
- Saus, M. (2003). *Kontekstuellet barnevern: barnevern i samiske landskap*. Ph.D. thesis, Institutt for pedagogikk, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitet i Tromsø
- Saus, M., Salamonsen, A., Douglas, M., Hansen, K.L. og Thode, S. (2018). *Kompetansehevende tiltak, kunnskapsmiljø og samiske barns særlige rettigheter. Rapport fra Regionalt kompetansesenter for barn og unge, psykisk helse og barnevern*, Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet
- Saus, M. (2019 a). *Kulturell smerte - begrepets bidrag til sosialt arbeid*. I Nergård, J., og Vitebsky, P. (red). *Kulturen som pasient: Uvanlige møter for vanlige folk*. Oslo: Universitetsforlaget
- Saus, M. (2019 b). *Samene i Norge: Hvordan kan barnevernet ta hensyn til samenes rettigheter som urfolk?* I Kvaran, I., Stubsrød, I., Paulsen, V. og Mevik, K (red.). *Barnevernspedagog. En grunnbok*. S. 158-199. Oslo: Universitetsforlaget

Hjelp til barn utsatt for traumer

Av Tine K. Jensen og Silje M. Ormhaug



Tine K. Jensen (PhD) er psykologspesialist og professor ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo. Hun er også seniorforsker ved NKVTS. Hennes interesser er knyttet til å forstå traumatiserte barn og ungdom og hvordan disse kan hjelpes. Hun har også forsket på psykologiske konsekvenser av katastrofer.

Silje M. Ormhaug er psykologspesialist og forsker ved NKVTS. Hun forsker på behandling av traumatiserte barn, og har hatt et særlig fokus på betydningen av den terapeutiske alliansen, og implementering av traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) i BUP. Nå leder hun en prosjekt som skal teste ut en tidlig intervensjon for traumeutsatte barn.

Mange barn og unge utsettes for potensielt traumatiserende hendelser i løpet av sin barndom. Det kan være ulykker, seksuelle overgrep og vold. Vanlige konsekvenser av traumatisering kan være posttraumatisk stress, depressive tanker, engstelighet, negative tanker om seg selv og manglende tillitt til andre. Vi kan ikke alltid beskytte barn mot slike hendelser, men vi kan gjøre nokså mye for at livene deres skal bli best mulig i tiden etter. For mange vil god sosial støtte være til god hjelp mens andre vil trenge mere profesjonell hjelp. Det finnes i dag flere evidensbaserte metoder som hjelper både barn og ungdom og deres foreldre. En stor utfordring er imidlertid at traumer ofte ikke avdekkes, og utsatte barn og unge går for lenge med sine plager uten å få hjelp. I dette kapitlet redegjør vi for hvordan traumer virker inn på barn og ungdom, hva man kan gjøre for å avdekke traumer og sentrale prinsipper for behandling.

Det kan være smertefullt å ta inn over seg hvor mange barn og unge som hver dag opplever ting som kan være traumatiserende. De opplever skremmende medisinske undersøkelser, vold i hjemmet eller på skolen, trusler eller seksuelle krenkelser på ulike sosiale medier, voldtekter, og bilulykker. Unge blir skutt på Utøya eller må evakuere hjemmene sine midt i romjulen på grunn av et jordskred. Vi kan ikke alltid beskytte barn mot slike hendelser men vi kan gjøre nokså mye for at livene deres skal bli best mulig i tiden etter.

Traumatisering av barn er et folkehelseproblem

I en nasjonal og representativ undersøkelse av ungdom i alderen 12-16 år fant forskerne at omtrent én av fem hadde opplevd vold (Hafstad & Augusti, 2019). Mange av ungdommene som hadde vært vitne til vold mot en av sine foreldre, hadde også opplevd flere andre former for vold og overgrep mot seg selv. Når det gjelder seksuelle overgrep, rapporterte 6 % i samme undersøkelse overgrep fra en voksen minst

Siden traume-eksponerte har dobbelt så stor risiko for å utvikle psykiske vansker enn de som ikke har vært utsatt for dette (Lewis mfl., 2019), er det viktig å identifisere disse barna tidlig slik at overgrep kan stoppes og adekvate tiltak kan iverksettes.

en gang, mens 4 % hadde opplevd det gjentatte ganger. Vi har dessverre ikke tall på hvor mange som har opplevd andre typer potensielt traumatiserende hendelser som internettrelaterte overgrep, ulykker eller krigshandlinger. Det er ikke så overraskende at det er prosentvis flere barn med traumeerfaringer i ulike behandlingssystemer enn i befolkningen generelt. Norske studier anslår at mellom 50 og 80 prosent av barn som er henvist til psykisk helsevern for barn og unge (BUP), har erfart en eller flere potensielt traumatiserende hendelser (Ormhaug, Jensen, Hukkelberg, Holt, & Egeland, 2012; Skar, Ormhaug, & Jensen, 2019).

I en studie med over 10 000 henviste barn rapporterte for eksempel nesten 80 % om slike opplevelser (Skar, Ormhaug & Jensen, 2019). Siden traumeeksponerte har dobbelt så stor risiko for å utvikle psykiske vansker enn de som ikke har vært utsatt for dette (Lewis mfl., 2019), er det viktig å identifisere disse barna tidlig slik at overgrep kan stoppes og adekvate tiltak kan iverksettes.

Hvorfor er det så vanskelig å oppdage barn som er traumatiserte?

Det er grunn til å tro at mange barn som er utsatt for vold og overgrep, ikke fanges opp av hjelpesystemene (Ormhaug et al., 2012; Bjørn Reigstad, Jørgensen, & Wichstrøm, 2006; B. Reigstad & Kvernmo, 2015; Skar et al., 2019) og det kan være mange grunner til det. For eksempel vil mange barn som er utsatt for krenkende hendelser som seksuelle overgrep, ikke fortelle om disse. Det er skamfullt, og de kan være redde for å ikke bli trodd (Flåm & Haugstvedt, 2013; Hafstad & Augusti, 2019; Jensen, Gulbrandsen, Mossige, Reichelt, & Tjersland, 2005; Steine et al., 2016). Foreldre til barn som utsettes for vold og overgrep vil i mange situasjoner ikke kjenne til hva barnet erfarer, for eksempel på skolen eller blant venner, og om overgrepene skjer i hjemmet vil de kanskje heller ikke ønske å bidra til avdekking av ulike grunner. Det kan også være vanskelig for foreldre å rapportere om symptomer som ikke viser seg i observerbar atferd, dersom barnet ikke selv forteller om det. Siden studier har vist at foreldre ofte underrapporterer barns reaksjoner etter traumatiske hendelser, anbefales det at en spør barnet direkte om egne, opplevde vansker (Skar, Jensen, & Harpviken, 2021). For behandlere er det ikke lett å slutte fra barnets symptomer eller uttrykksformer at de er traumatiserte og har utviklet posttraumatiske stress symptomer (PTSS). Mange av symptomene kan ligne på andre diagnostiske symptombilder. For eksempel tilbaketrekking og negativt selvbilde kan ligne på depresjon, og uro og konsentrasjonsvansker kan minne om ADHD. Mange av de mere typiske posttraumatiske stresssymptomene skjer også på et indre plan som ved gjenopplevelser, og å unngå ting som minner om det som har skjedd. Det kan være vanskelig å observere dette om man ikke snakker med barnet.

Vi må snakke med barn og ungdom om deres hverdagsliv

Av disse grunnene anbefaler vi at barn og unge i langt større grad enn i dag rutinemessig kartlegges for traumeeksponering og PTSD både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Ledere og terapeuter uttrykker imidlertid bekymring for om slik kartlegging kan føre til skade eller uroe barn (Hultmann mfl., 2014). Flere norske undersøkelser kan tyde på at det ikke er tilfelle (Dos Santos, Jensen, & Ormhaug, 2016). En stor norsk studie med over 10 000 barn i alderen 6–18 år fant også at de aller fleste barn ikke ble opprørte av å svare på spørsmål om traume-eksponering enten de var eksponert for potensielt traumatiserende hendelser eller ikke (Skar mfl., 2019).

Når en kartlegger traumatisering, anbefales det at den som snakker med barnet gir barnet en god begrunnelse for hvorfor man spør om barnets traumeerfaringer. Kartleggingen bør skje som en del av en god samtale hvor forklaringer gis, barnets

En god og sensitiv kartlegging kan formidle til barnet at den voksne forstår at slike ting skjer med barn og unge, at de tror på barnet, at de tåler å høre om det, og at det er hjelp å få.

svar valideres og anerkjennes og følges opp med tiltak blant annet for å sikre at barnet ikke lever under pågående vold og overgrep. Hvis terapeuten unngår å følge opp barnets svar fra karleggingen i en samtale, vil terapeuten kunne forsterke barnets opplevelser av at voksne ikke vil høre, eller ikke tror på barnet. Den voksne må også være varsom med å modellere unngåelse og dermed indirekte bekrefte en feiloppfatning om at det å snakke om traumer er farlig eller skadelig. Det er også viktig at barnet eller ungdommen føler seg trygg.

En måte å trygge barn eller ungdom på, er ved å fortelle hva som vil skje videre med de opplysningene som innhentes, og at videre rapportering til foreldre eller andre instanser ikke vil skje uten at barnet er involvert i prosessen (se Grande mfl., 2019). En terapeut kan ikke forvente at alle barn vil snakke om vanskelige erfaringer. Den voksne bør derfor komme tilbake til disse temaene gjennom sin kontakt hvis de fortsatt uroer seg for om barnet utsettes, eller har vært utsatt for, potensielt traumatiserende hendelser. En god og sensitiv kartlegging kan formidle til barnet at den voksne forstår at slike ting skjer med barn og unge, at de tror på barnet, at de tåler å høre om det, og at det er hjelp å få.

Hvordan utvikler barn og unge posttraumatisk stresslidelse?

Den meste brukte modellen for å forstå hva som bidrar til å utvikle, og opprettholde, posttraumatisk stress er Ehlers & Clarks modell (2000), som også er tilpasset barn og unge (se for eksempel Ehlers, Mayou, & Bryant, 2003; Meiser-Stedman, 2002; Meiser-Stedman et al., 2019; Salmon & Bryant, 2002).

Ved hjelp fra denne modellen kan utlede de fire M-ene; minne, mening, mestring, og meg selv.

Minne: Ifølge denne teorien blir PTSD vedvarende når det blir forstyrrelser i minneprosesseringen av de traumatiske hendelsene slik at minnene ikke er godt bearbeidet og integrert med andre selvbiografiske minner. På grunn av nedsatt prosessering og lagring av de traumatiske minnene, forblir minnene i et sensorisk format og responser og følelser blir lett trigget ved traumepåminnelser (f.eks. indre eller ytre påminnelser som følelser eller synsinntrykk). Traumepåminnelser kan fremkalle intens psykologisk og fysiologisk reaktivitet som frykt og skam. Forstyrrelser i minneprosessering av traumatet kan dermed forklare det påtrengende og ufrivillige kjennetegnet ved traumeminner; at de kommer uten at man har følelse av kontroll, noe som resulterer i økt aktivering, unngåelse og en følelse av å måtte være i beredskap for om noe skjer igjen.

Mening: Det andre sentrale aspektet av Ehlers og Clarks modell er relatert til hvordan negative vurderinger av traumer og/eller tanker og reaksjoner i etterkant av traumer påvirker individets tro på seg selv og verden. Når barn opplever én eller flere skremmende og overveldende hendelser, søker barna etter en forklaring eller årsak til hvorfor dette skjedde med dem. Dette er ofte et forsøk på å få gjenopprettet en følelse av kontroll eller forutsigbarhet i livet. Men hvis ingen rasjonell forklaring kan bli funnet, kan de utvikle unøyaktige og dysfunksjonelle oppfatninger for å få verden til å forbli forutsigbar og forståelig igjen. Dermed kan traumatiske opplevelser endre måten barn ser seg selv og verden på, og disse traumerelaterte tankene blir ofte globale og overgeneraliserte (Meiser-Stedman, Dagleish, Glucksman, Yule, & Smith, 2009; Nixon et al., 2010; Ready et al., 2015). Negative posttraumatiske tanker kan påvirke individets syn på seg selv (f.eks. «Jeg må være en dårlig person siden disse tingene skjer med meg») og verden (f.eks. «Noe ille kan skje når som helst»; «Jeg kan ikke stole på noen») og forårsaker en subjektiv følelse av vedvarende og nåværende trussel. Unøyaktige og dysfunksjonelle tanker og oppfatninger om årsaks-sammenheng og ansvar kan også resultere i følelser av skam og skyld, hjelpeløshet

og håpløshet. Et barn som sliter med disse følelsene vil sannsynligvis ha tanker om å være verdiløst og skadet, noe som kan føre til depresjon og øker risikoen for tilbaketrekning, isolasjon og problemer med mellommenneskelige relasjoner. Dermed kan posttraumatiske negative tanker bidra til utvikling og vedlikehold av PTSS, men også føre til depresjon og angst (Beck, 2005).

Mestring: Globale og overgeneraliserte traumerelaterte tanker som nevnt over kan forklare mange av kjennetegnene til PTSS som indre uro, negative følelser og mangel på tillit til andre, unngåelse av traumepåminnere og påtrengende minnebilder. Disse tilstandene er så ubehagelige at mange utvikler en rekke mestringsstrategier for å føle seg bedre. Mange barn bruker mye krefter på å distrahere seg selv for unngå at de ubehagelige tankene dukker opp, for eksempel ved å hele tiden holde seg i bevegelse eller å forsvinne inn i dataspill for å holde tankene unna. Eldre barn og ungdom kan også oppsøke skremmende og farlige situasjoner fordi det gir dem en opplevelse av kontroll, mens andre får en opplevelse av lindring ved hjelp av rusmidler. Noen ganger vil disse strategiene være hjelpsomme på kort sikt, men på langsikt bare forsterke vanskene (Bryant, Salmon, Sinclair, & Davidson, 2007; Meiser-Stedman et al., 2014; Meiser-Stedman et al., 2019; Mitchell, Brennan, Curran, Hanna, & Dyer, 2017; Stallard & Smith, 2007).

Meg selv: Det siste området vi har lagt til modellen kaller vi «meg selv». Barnets utvikling er innvevd i de systemer som barnet inngår i - enten det er familien, skolen, eller nabolag. De utvikler seg i tråd med biologiske og kulturelt forankrede utviklingsprosesser, hvor de stilles overfor kvalitativt forskjellige, og i økende grad krevende, oppgaver. Barn er i utvikling, og alvorlig og tidlig traumatisering kan påvirke hjernen og det autonome nervesystemet (Teicher & Samson, 2016). Dette kan føre til skjevutvikling og problemer med en rekke funksjoner som håndtering av stress og affektregulering, hukommelse og læring av nye ferdigheter, og samhandling med andre. Særlig når den voksne, som normalt vil både være en fortolkningsstøtte (hjelp barnet forstå hva som har skjedd) og en reguleringsstøtte (hjelp barnet regulere seg selv), ikke er tilgjengelig eller er den som utsetter barnet for fare, så er faren for skjevutvikling stor. Når et barn erfarer slike brudd i det Robert Pynoos kaller «the parent as a protective shield», vil den grunnleggende opplevelsen av at de voksne er der for å beskytte det mot fare, svekkes. Dette kan føre til mistillit til voksne og en forsterket følelse av at ingen er der for meg (Pynoos, Steinberg, & Piacentini, 1999). Posttraumatisk stress utvikles derfor i samspeilet mellom type hendelser barnet har vært utsatt for; mengden av traumepåminnere i barnets liv og hvordan barnet responderer på disse; grad av foreldrestøtte og vennsrelasjoner; samt i hvilken grad hendelsene har ført med seg sekundære stressorer som tap og skolebytte.

Hvordan kan traumatiserte barn og unge best hjelpes?

Heldigvis viser forskningen at det er en rekke ting vi kan gjøre for at traumatiserte barn og unge skal få det bedre. I de nye retningslinjene for behandling anbefales en rekke metoder (ISTSS, 2019; NICE, 2019). De fleste av disse er godt forankret i kognitiv teori, utviklingspsykologi og nevroutviklingspsykologi.

En anbefalt metode som har blitt studert i over 20 randomiserte og kontrollerte studier er traumefokusert kognitive atferdsterapi (TF-CBT) (Se Cohen, Mannarino og Deblinger, 2018 for en oversikt). I Norge er det gjennomført en randomisert studie hvor TF-CBT ble sammenlignet med vanlig terapi som gis i BUP (Jensen et al., 2014). Studien viste at barn som mottok TF-CBT hadde færre symptomer på PTSS, depresjon og generelle psykologiske vansker. De hadde også vesentlig mer bedring av funksjon på skole, venner og familie enn dem som mottok vanlig terapi, og bedringene fortsatte etter endt behandling (Jensen, Holt, & Ormhaug, 2017).

Heldigvis viser forskningen at det er en rekke ting vi kan gjøre for at traumatiserte barn og unge skal få det bedre

**Fordi traumatisering
kjennetegnes av
hjelpeløshet er
det viktig å styrke
opplevelsen av
mestring.**

TF-CBT blir ved hjelp av støtte fra Helsedirektoratet implementert i alle landets poliklinikker som ønsker det. De positive erfaringen ved studien, samt oppdagelse av at mange barn har vært utsatt for traumatiseringen i en årrekke før de blir henvist til behandling, har ført til at det nå også utprøves en tidlig intervensjonsmodell (trinnsvis TF-CBT) i flere norske kommuner med foreløpige lovende resultater (Se NKVTS.no).

Fellelementer på tvers av anbefalte behandlinger

Det er særlig fire elementer som går igjen i flere av de evidensstøttede og anbefalte metodene.

Psykoedukasjon: Målet med psykoedukasjon er å styrke barna og familienes forståelse av hva posttraumatiske reaksjoner er, og hvordan de påvirker barn og familien i sin helhet. Det kan være hjelpsom å gi informasjon om posttraumatisk stress, forekomsten av traumer, og at forandring er mulig og på den måten formidle håp. Gjennom psykoedukasjon lærer ungdommen å koble symptomene sine til traumeopplevelsene i stedet for å tro at det er noe iboende galt med dem (f.eks. «jeg er dårlig», «jeg er gal», etc.). Slik informasjon bidrar også til å validere barnets erfaringer og normalisere deres responser.

Mestringsferdigheter: Fordi traumatisering kjennetegnes av hjelpeløshet, er det viktig å styrke opplevelsen av mestring. De fleste behandlingsmodeller inkluderer opplæring i en rekke mestringsstrategier som avslapning, kontrollert pust, følelsesidentifisering og regulering, kognitiv mestring og mindfulness for å håndtere barnets eller ungdommens fysiske, emosjonelle, kognitive og atferdsmessige vansker. Målet er å forhindre unngåelse av traumepåminnere og gjenvinne daglig funksjon for eksempel ved å sove bedre.

Eksponering for traumehistorien og kognitiv restrukturering: Målene for eksponering og kognitiv restrukturering er å mestre traumeunngåelse, frykt og andre negative traumerelaterte symptomer ved å hjelpe den unge til å forholde seg direkte til traumeminner. Teknikker inkluderer å lage og bearbeide traumehistorien sammen, samt å identifisere og korrigere traumerelaterte uhensiktsmessige tanker

Foreldrestøtte og ferdigheter: De fleste modellene for barn og ungdom involverer foreldre i behandlingen. Det er flere fordeler ved å inkludere en aktiv foreldrekomponent i behandlingen. For det første kan det bidra til å øke foreldrenes forståelse av ungdommens traumeopplevelser og øke den følelsesmessige støtten til barnet deres. Videre kan engasjerte foreldre legge til rette for en god behandlingseffekt gjennom å gi støtte til å praktisere ferdigheter lært i terapien utenfor det terapeutiske rommet. I tillegg kan inkludering av effektiv opplæring i foreldrehåndtering være spesielt viktig for barn eller ungdom som har utviklet traumerelatert atferdsproblemer, noe som kan føre til negative foreldre-barn-interaksjoner og funksjonsnedsettelse.

Mulige endringsprosesser i behandling av barnetraumer

• Engasjement og allianse

Et sentralt element i all behandling er å engasjere ungdommen i terapiprosessen og en god terapeutisk allianse ansees som helt nødvendig i all endringsarbeid (Murphy & Hutton, 2018; Shirk, Karver, & Brown, 2011), også i terapi med traumatiserte barn (Ormhaug, Jensen, Wentzel-Larsen, & Shirk, 2014; Zorzella, Muller, & Cribbie, 2015). En norsk studie som undersøkte den terapeutiske alliansen i TF-CBT og terapi som vanlig (TAU), fant at alliansen predikerte utfall i TF-CBT, men ikke TAU. Siden behandlingsresultatene var signifikant høyere i TF-CBT, indikerer dette at både en god allianse og et traumefokus er nødvendig for behandlingsrespons (Ormhaug et al., 2014). En studie av alliansebyggende atferd fant at det å utforske barnets erfaringer

Studier viser at mange foreldre har sterke negative reaksjoner knyttet til barnets traumatiske erfaringer, og andelen som rapporterer om symptomer på angst og depresjon er høy

ger og å bidra med positive reformulering samt en generelt støttende atferd tidlig i terapi, var forbundet med en sterkere allianse. Videre viste studien at det å ha fokus på traumeopplevelser ikke synes å undergrave alliansen, men at det heller forbedrer allianse med ungdom som er passive og tause i starten av terapien (Ovenstad, Ormhaug, Shirk, & Jensen, 2020).

• Betydning av foreldre og foreldreinvolvering

Studier viser at mange foreldre har sterke negative reaksjoner knyttet til barnets traumatiske erfaringer, og andelen som rapporterer om symptomer på angst og depresjon er høy (Holt, Cohen, Mannarino, & Jensen, 2014; Thoresen, Jensen, Wentzel-Larsen, & Dyb, 2016). Det positive er at de foreldre som deltar i behandlingen av sine barn også rapporterer om reduksjon av egne plager i etterkant (Holt, Jensen, & Wentzel-Larsen, 2014; Tutus & Goldbeck, 2016). Dette er endringer som ser ut til å bidra til at også barnets depressive symptomer, og eksternaliserende vansker reduseres, men endringene i foreldrenes psykiske helse ser ikke ut til å påvirke barnets nivå av posttraumatisk stress (Holt et al., 2014; Yasinski et al., 2016). Videre er det slik at foreldres aksept og støtte til behandlingen ser ut til å minimere sjansen for at barnet avbryter behandlingen for tidlig (Ormhaug & Jensen, 2018). Samlet viser disse studiene at foreldreinvolvering er viktig både for foreldrenes og barnas psykiske helse, og for å redusere sjansen for et avbrutt behandlingsforløp, men det er ikke i seg selv tilstrekkelig for å redusere barnets posttraumatiske stresssymptomer.

• Endring av uhensiktsmessige tanker

Det er økende dokumentasjon for at kognitive prosesser er viktige - ikke bare i utvikling og vedlikehold av PTSS - men også for behandlingsresultater. Flere studier har nå vist at endring av uhensiktsmessige tanker er en viktig mekanisme for å redusere PTSS i behandling både for barn utsatt for ulykker og enkeltstående hendelser (Meiser-Stedman et al., 2017), og for multitraumatiserte (Jensen, Holt, Ormhaug, Fjermestad, & Wentzel-Larsen, 2018; Pfeiffer et al., 2017). Det kan også se ut til at endringene av de uhensiktsmessige tanker endres forutfor endingene i posttraumatisk stress (Knutson, Czajkowski, & Ormhaug, 2018). Til sammen tyder disse studiene på at endring av uhensiktsmessige tanker hos traumatiserte bør være et hovedmål for behandlingen. Hva endringsmekanismene er, er fremdeles uklart og det kan være at flere ting bidrar til å endre uhensiktsmessige tanker. For eksempel kan det å gi psykoedukasjon og forklare barnet at mange har lignende opplevelser, og at det er de voksnes ansvar å passe på barn, bidra til å redusere tanker om at det er deres skyld og at det feiler dem noe. Opplæring i mestringsstrategier for å takle traumepåminnere eller å få hjelp til å snakke gjennom det som har skjedd, kan redusere følelsen av pågående trussel og at verden er et farlig sted og at ingenting kan bli bra igjen. Å oppleve nye korrigerende erfaringer kan gi tro på at andre er til å stole på.

Konklusjon

Selv om konsekvensene av å oppleve traumatiserende hendelser for mange barn og unge er alvorlig og gjennomgripende, har vi nå en rekke studier som viser at med god hjelp og støtte fra omgivelser, og også ved hjelp av terapeutiske intervensjoner, så kan traumatiserte klare seg bra og også i noen tilfelle vokse på disse (Glad, Jensen, Holt, & Ormhaug, 2013). Likevel er det noen utfordringer. Det er fortsatt mange traumatiserte barn som ikke identifiseres tidlig nok (Se Barneombudet, 2018). Det er fortsatt mange traumatiserte barn som ikke får traumefokusert behandling. Dette er uheldig da studier viser at plagene kan bli kroniske og vedvare helt til voksen alder dersom barn ikke får hjelp i tide (Bellis et al., 2019), og føre til store omkostninger både for

Det må etter vår mening fortsatt satses på kompetanseheving i alle tjenesteledd både på identifisering og behandling

den enkelte, og samfunnet som helhet (Kessler, 2000). Det må etter vår mening fortsatt satses på kompetanseheving i alle tjenesteledd både på identifisering og behandling. Lavterskeltilbudet bør styrkes slik at barn får tidligere hjelp. Etter mange år med implementering av traumefokusert behandling i spesialisthelsetjenesten, ser vi at flere og flere behandlere tar i bruk traumefokuserte metoder og får gode resultater, men det er viktig at denne kunnskapen vedlikeholdes over tid og forankres godt hos ledere.

Referanser

- Barneombudet (2018) «Hadde vi fått hjelp tidligere hadde alt vært annerledes» Erfaringer fra barn og unge utsatt for vold og overgrep. Barneombudets rapport, mars 2018.
- Beck, A. T. (2005). *The Current State of Cognitive Therapy: A 40-Year Retrospective*. Arch Gen Psychiatry, 62(9), s. 953-959. doi:10.1001/archpsyc.62.9.953
- Bellis, M. A., KarenFord, KatRamos Rodriguez, GabrielaSethi, DineshPassmore, Jonathon. (2019). *Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: a systematic review and meta-analysis*. The Lancet Public Health. doi:[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30145-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30145-8)
- Bryant, R. A., Salmon, K., Sinclair, E., & Davidson, P. (2007). *A prospective study of appraisals in childhood post-traumatic stress disorder*. Behav Res Ther, 45. doi:10.1016/j.brat.2007.04.009
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2018). *Behandling av traumer og traumatisk sorg hos barn og ungdom*. (Norsk oversettelse ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Dos Santos, N. E., Jensen, T. K., & Ormhaug, S. M. (2016). *Er det så ille å bli spurt om traumer? Barns opplevelser av traumekartlegging i BUP*. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 53(7), s. 536-545.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). *A cognitive model of posttraumatic stress disorder*. Behaviour Research and Therapy, 38(4), s. 319-345. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)
- Ehlers, A., Mayou, R. A., & Bryant, B. (2003). *Cognitive predictors of posttraumatic stress disorder in children: results of a prospective longitudinal study*. Behaviour Research and Therapy, 41(1), s. 1-10. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00126-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00126-7)
- Flåm, A. M., & Haugstvedt, E. (2013). *Test balloons? Small signs of big events: A qualitative study on circumstances facilitating adults' awareness of children's first signs of sexual abuse*. Child Abuse & Neglect, 37(9), s. 633-642. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.06.007>
- Glad, K. A., Jensen, T. K., Holt, T., & Ormhaug, S. M. (2013). *Exploring self-perceived growth in a clinical sample of severely traumatized youth*. Child Abuse & Neglect, 37(5), s. 331-342. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.02.007>
- Hafstad, G. S., & Augusti, E. M. (2019). *Ungdoms erfaringer med vold og overgrep i oppveksten: En nasjonal undersøkelse av ungdom i alderen 12 til 16 år*. Retrieved from Oslo:
- Holt, T., Cohen, J. A., Mannarino, A., & Jensen, T. K. (2014). *Parental Emotional Response to Children's Traumas* Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 23(10), s. 1057-1071. doi:10.1080/10926771.2014.953717
- Holt, T., Jensen, T. K., & Wentzel-Larsen, T. (2014). *The change and the mediating role of parental emotional reactions and depression in the treatment of traumatized youth: results from a randomized controlled study* Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 8(11).
- Jensen, T. K., Gulbrandsen, W., Mossige, S., Reichelt, S., & Tjersland, O. A. (2005). *Reporting possible sexual abuse: A qualitative study on children's perspectives and the context for disclosure*. Child Abuse & Neglect, 29(12), s. 1395-1413.
- Jensen, T. K., Holt, T., & Ormhaug, S. M. (2017). *A Follow-Up Study from a Multisite, Randomized Controlled Trial for Traumatized Children Receiving TF-CBT*. Journal of Abnormal Child Psychology, 45(8), s. 1587-1597. doi:10.1007/s10802-017-0270-0
- Jensen, T. K., Holt, T., Ormhaug, S. M., Egeland, K., Granly, L., Hoaas, L. C., . . . Wentzel-Larsen, T. (2014). *A Randomized Effectiveness Study Comparing Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy With Therapy as Usual for Youth*. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 43(3), s. 356-369. doi:10.1080/15374416.2013.822307
- Jensen, T. K., Holt, T., Ormhaug, S. M., Fjermestad, K. W., & Wentzel-Larsen, T. (2018). *Change in post-traumatic cognitions mediates treatment effects for traumatized youth—A randomized controlled trial*. Journal of Counseling Psychology, 65(2), s. 166-177. doi:10.1037/cou0000258
- Kessler, R. C. (2000). *Posttraumatic stress disorder: The burden to the individual and to society*. The Journal of Clinical Psychiatry, 61, s. 4-12; discussion s. 13-14.
- Knutsen, M., Czajkowski, N., & Ormhaug, S. M. (2018). *Changes in Posttraumatic Stress Symptoms, Cognitions, and Depression during Treatment of Traumatized Youth*. Behaviour Research and Therapy, 111, s. 119-126.
- Meiser-Stedman, R. (2002). *Towards a cognitive-behavioral model of PTSD in children and adolescents*. Clin Child Fam Psych, 5. doi:10.1023/a:1020982122107
- Meiser-Stedman, R., Dalgleish, T., Glucksman, E., Yule, W., & Smith, P. (2009). *Maladaptive cognitive appraisals mediate the evolution of posttraumatic stress reactions: a 6-month follow-up of child and adolescent assault and motor vehicle accident survivors*. J Abnorm Psychol, 118. doi:10.1037/a0016945
- Meiser-Stedman, R., Shepperd, A., Glucksman, E., Dalgleish, T., Yule, W., & Smith, P. (2014). *Thought Control Strategies and Rumination in Youth with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder Following Single-Event Trauma*. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 24(1), s. 47-51. doi:10.1089/cap.2013.0052

- Meiser-Stedman, R., Smith, P., McKinnon, A., Dixon, C., Trickey, D., Ehlers, A., . . . Dalgleish, T. (2017). *Cognitive therapy as an early treatment for post-traumatic stress disorder in children and adolescents: a randomized controlled trial addressing preliminary efficacy and mechanisms of action*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(5), s. 623-633. doi:10.1111/jcpp.12673
- Meiser-Stedman, R., McKinnon, A., Dixon, C., Boyle, A., Smith, P., & Dalgleish, T. (2019). *A core role for cognitive processes in the acute onset and maintenance of post-traumatic stress in children and adolescents*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(8), s. 875-884. doi:10.1111/jcpp.13054
- Mitchell, R., Brennan, K., Curran, D., Hanna, D., & Dyer, K. F. (2017). *A Meta-Analysis of the Association Between Appraisals of Trauma and Posttraumatic Stress in Children and Adolescents*. *Journal of Traumatic Stress*, 30, s. 88-93.
- Murphy, R., & Hutton, P. (2018). *Practitioner Review: Therapist variability, patient-reported therapeutic alliance, and clinical outcomes in adolescents undergoing mental health treatment - a systematic review and meta-analysis*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(1), s. 5-19. doi:10.1111/jcpp.12767
- Nixon, R. D. V., Nehmy, T. J., Ellis, A. A., Ball, S.-A., Menne, A., & McKinnon, A. C. (2010). *Predictors of posttraumatic stress in children following injury: The influence of appraisals, heart rate, and morphine use*. *Behaviour Research and Therapy*, 48(8), s. 810-815. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.002>
- Ormhaug, S. M., Jensen, T. K., Hukkelberg, S. S., Holt, T., & Egeland, K. (2012). *Traumer hos barn - blir de gjemt eller glemt? Kartlegging av traumatiske erfaringer hos barn og unge henvis til BUP*. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49, s. 234-240.
- Ormhaug, S. M., & Jensen, T. K. (2018). *Investigating treatment characteristics and first-session relationship variables as predictors of dropout in the treatment of traumatized youth*. *Psychother Res*, 28(2), 235-249. doi:10.1080/10503307.2016.1189617
- Ormhaug, S. M., Jensen, T. K., Wentzel-Larsen, T., & Shirk, S. R. (2014). *The therapeutic alliance in treatment of traumatized youths: Relation to outcome in a randomized clinical trial*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(1), s. 52-64. doi:10.1037/a0033884
- Ovenstad, K. S., Ormhaug, S. M., Shirk, S. R., & Jensen, T. K. (2020). *Therapists' Behaviors and Youths' Therapeutic Alliance During Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. doi:10.1037/ccp0000465
- Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., & Piacentini, J. C. (1999). *A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders*. *Society of Biological Psychiatry*, 46, s. 1542-1554.
- Ready, C. B., Hayes, A. M., Yasinski, C. W., Webb, C., Gallop, R., Deblinger, E., & Laurenceau, J.-P. (2015). *Overgeneralized Beliefs, Accommodation, and Treatment Outcome in Youth Receiving Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Childhood Trauma*. *Behavior Therapy*, 46(5), s. 671-688. doi:10.1016/j.beth.2015.03.004
- Reigstad, B., Jørgensen, K., & Wichstrøm, L. (2006). *Diagnosed and self-reported childhood abuse in national and regional samples of child and adolescent psychiatric patients: Prevalence and correlates*. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60, s. 58-66.
- Reigstad, B., & Kvernmo, S. (2015). *ADHD - eller noe annet? Belastende livshendelser hos barn med ADHD-symptomer*. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 52(4), s. 302-311.
- Salmon, K., & Bryant, R. A. (2002). *Posttraumatic stress disorder in children: The influence of developmental factors*. *Clinical Psychology Review*, 22(2), s. 163-188.
- Shirk, S. R., Karver, M. S., & Brown, R. (2011). *The alliance in child and adolescent psychotherapy*. *Psychotherapy*, 48(1), s. 17-24. doi:10.1037/a0022181
- Skar, A.-M. S., Jensen, T. K., & Harpviken, A. N. (2021). *Who Reports What? A Comparison of Child and Caregivers' Reports of Child Trauma Exposure and Associations to Post-Traumatic Stress Symptoms and Functional Impairment in Child and Adolescent Mental Health Clinics*. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*. doi:10.1007/s10802-021-00788-y
- Skar, A.-M. S., Ormhaug, S. M., & Jensen, T. K. (2019). *Reported Levels of Upset in Youth After Routine Trauma Screening at Mental Health Clinics*. *JAMA Network Open*, 2(5), e194003-e194003. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.4003
- Stallard, P., & Smith, E. (2007). *Appraisals and cognitive coping styles associated with chronic post-traumatic symptoms in child road traffic accident survivors*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(2), 1s. 94-201. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01692.x
- Steine, I. M., Winje, D., Nordhus, I. H., Milde, A. M., Bjorvatn, B., Grønli, J., & Pallesen, S. (2016). *Langvarig taushet om seksuelle overgrep. Prediktorer og korrelater hos voksne som opplevde seksuelle overgrep som barn*. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 11, s. 888-899.
- Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2016). *Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(3), s. 241-266. doi:10.1111/jcpp.12507
- Thoresen, S., Jensen, T. K., Wentzel-Larsen, T., & Dyb, G. (2016). *Parents of terror victims. A longitudinal study of parental mental health following the 2011 terrorist attack on Utøya Island*. *Journal of Anxiety Disorders*, 38, s. 47-54. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.01.004>
- Tutus, D., & Goldbeck, L. (2016). *Posttraumatic symptoms and cognitions in parents of children and adolescents with PTSD*. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(9), s. 997-1005. doi:<https://doi.org/10.1007/s00787-016-0821-x>
- Yasinski, C., Hayes, A. M., Ready, C. B., Cummings, J. A., Berman, I. S., McCauley, T., . . . Deblinger, E. (2016). *In-session caregiver behavior predicts symptom change in youth receiving trauma-focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT)*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(12), s. 1066-1077. doi:10.1037/ccp0000147
- Zorzella, K. P. M., Muller, R. T., & Cribbie, R. A. (2015). *The relationships between therapeutic alliance and internalizing and externalizing symptoms in Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy*. *Child Abuse & Neglect*, 50, s. 171-181. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.08.002>

Utgitt av
Rådet for psykisk helse
Postboks 817 Sentrum
0104 Oslo
Telefon 23 10 38 80
post@psykiskhelse.no
psykiskhelse.no

ISBN 978-82-91635-46-0