ØYVIND KVELLO

# Utredning av atferdsvansker, omsorgssvikt og mishandling

UNIVERSITETSFORLAGET

# 1 Transaksjonsmodellen for utvikling

Teorier kan framstilles som et kart over et terreng, hvor terrenget i denne sammenhengen er den virkeligheten man møter i praksis. I likhet med kart er teorier forenklinger over sammenhenger innenfor praksisfeltet. Blir kart like detaljrike som terrenget, har de ingen funksjon fordi de ikke skaper oversikt. Blir de for enkle, har de liten verdi fordi de blir for unyanserte og platte. Akkurat som kart må markere det vesentligste ved et terreng slik at man kan gjøre seg rimelig nyanserte vurderinger av det, må teorier gi oss begreper som kan hjelpe oss til å forstå hvordan fenomener henger sammen, og som oppleves som nyttige når man skal håndtere de utfordringene man står overfor i praksis. Begreper preger vår oppfatning, for vi oppdager og tolker det vi har begreper for. Derved blir teorier styrende for hva vi ser etter, og hvordan vi forstår det. I vårt fagfelt har teorier stor betydning, og dette har ledet til en teoretisk fundamentalisme preget av ideologiske kamper mellom fagfolk. Det har ført lite godt med seg. Imidlertid viser dette hvor viktig teorier er for forståelse og handling.

Teorier er mer avgrenset enn teoretiske modeller. I dag er mange mer opptatt av teoretiske modeller enn teorier, altså mer overordnede teoretiske perspektiver som fungerer som en paraply for den kunnskapen forskning og praksis avdekker. Barns og unges utvikling forstås i dag best innenfor det som benevnes som transaksjonsmodellen, som er en teoretisk modell.

I dette kapitlet gis en innføring i de mest sentrale begreper og dimensjoner i transaksjonsmodellen, og hvordan disse begrepene belyser både barns normalutvikling og utvikling av patologi (psykiske lidelser). Mange av begrepene som presenteres i dette kapitlet vil bli belyst i bokens øvrige kapitler.

## Barn vokser inn i samfunnet

Oppvekst eller sosialisering handler om hvordan barnet i økende grad føres inn i og blir en aktiv deltager i samfunnet. Denne prosessen består i høy grad av individets utvikling, læring, vekst og modning.

***Informasjonsboks 1.1. Begrepet sosialisering***

Begrepet sosialisering er både abstrakt og omfattende. Målet for sosialiseringsprosessen kan brytes ned til å omfatte: dekking av grunnleggende behov på akseptable og hensiktsmessige måter, kontrollere impulser (emosjonsregulering), mestre de fysiske miljøforholdene, kunne utføre bestemte ferdigheter som anses som og/eller er viktige i kulturen, resonnere og handle i tråd med samfunnets verdier, planlegge eget liv (forberede framtiden), samt å balansere mellom selvstendighet og tilhørighet i et sosialt fellesskap.

***Informasjonsboks 1.2. Definisjoner av begrepene modning, vekst, læring og utvikling***

- *modning*: utvikling etter en genetisk styrt plan.
- *vekst*: en registrerbar økning i for eksempel størrelse, funksjonsdyktighet eller kompleksitet.
- *læring*: forandring av opplevelse og atferd som følge av erfaring skapt av prosesser mellom karakteristika ved miljøet og personen.
- *utvikling*: forandring av strukturer og funksjoner over tid som følge av modning, vekst og læring.

*Definisjonene er forfatterens videreutvikling av begrepsdefinisjonene til professor emeritus Olav Sletta.*

## Teorier om barns utvikling

Utviklingspsykologien var med sin sterke forankring i psykodynamisk teoritradisjon i en årrekke basert på troen om at barn i de første levemånedene primært var styrt av primitive impulser og instinkter, at de var i en autistisk og symbiotisk fase og derfor enten ikke oppfattet omverdenen, eller at de skilte lite mellom seg selv og omverdenen. I dag vet man at mennesker primært er sosialt orienterte individer helt fra fødselen av.

I psykologien betraktet man mor–barn-relasjonen som så viktig at man overså mye av fedres, søskens og øvrige sosiale systemers betydning for barns og unges utvikling. Psykologien hadde da en snever oppfatning av hvilke relasjonserfaringer som bidrar til å utvikle mennesker, avgrenset til en dyade mellom mor og barn på et begrenset fysisk areal knyttet til hjemmet.

Deler av psykologien har vært preget av et syn på mennesket som summen av sine erfaringer eller summen av de rollene man innehar, og viet genetisk arv ingen eller liten oppmerksomhet. Fagdiskusjonene om mennesket var et produkt av arv *eller* miljø, har i årenes løp bølget fram og tilbake. I dag har debatten stilnet ut fra overveldende forskningsfunn som viser at mennesket er et «både–og», altså et produkt av samspill *og* biologi (Deater-Deckard & O'Connor 2000). I et historisk perspektiv kan utviklingspsykologiske teorier grupperes i fire modeller: hovedeffektmodellen, addisjonsmodellen, interaksjonsmodellen og transaksjonsmodellen (Informasjonsboks 1.3.).

Det er lite empirisk støtte for hovedeffektmodellen og addisjonsmodellen. Diskusjoner om mennesker er produkter av biologi eller miljø, er derved passé fordi de blir for enkle modeller til å forklare kompleksiteten i menneskers utvikling. Mens det er god forskningsmessig (empirisk) støtte for interaksjonsmodellen, er det mindre støtte for transaksjonsmodellen fordi den har vist seg meget komplisert å operasjonalisere innen forskning. Det er derfor riktig å hevde at det er sterkere teoretisk enn empirisk støtte for transaksjonsmodellen. Mange sentrale forskningsfunn er imidlertid lette å integrere i et transaksjonelt perspektiv. Det styrker troen på at transaksjonsmodellen gir et godt bilde av barns og unges utvikling (Cummings et al. 2000, Van Bakel & Riksen-Walraven 2002). Forskning på barns og unges oppvekstmiljø er derved blitt meget kompleks fordi man følger en rekke sentrale faktorer knyttet til barnet og miljøet over flere år, for å avdekke mønstre i utviklingen (Valsiner under trykking).

Fundamentet i transaksjonsmodellen er at barnet og miljøet står i et gjensidig påvirkningsforhold. Barnet ses derved ikke som en passiv mottager av påvirkning fra miljøet, men betraktes å aktivt påvirke sitt eget utviklingsmiljø (Davidson 1999, Stevenson-Hinde 2000). Dette tankegodset kjenner mange fra Urie Bronfenbrenners (1979) teoretiseringer omkring oppvekstmiljø fra tidlig på 1970-tallet. Han forsøkte å forene klassisk sosiologi som ensidig belyste hvordan mennesket ble formet av samfunnskreftene, med utviklingspsykologi som på den tiden ensidig fokuserte på mors påvirkning av barnet.

***Informasjonsboks 1.3. Fire grupper av utviklingspsykologiske teorier***

- Hovedeffektmodellen omfatter teorier hvor man forstår barns og unges utvikling som styrt av én faktor, enten biologi eller samspill, altså et «enten–eller», ikke et «både–og».
- Addisjonsmodellen rommer en enkel kombinasjon av medfødte (konstitusjonelle) egenskaper og miljømessige faktorer. Her er konstitusjonen både utgangspunktet og i seg selv sterkt vektlagt, og miljømessige faktorer legges enten bare til eller trekkes fra effekten av denne konstitusjonen. Flere faktorer kan operere parallelt og benevnes da additive effekter.
- Interaksjonsmodellen vektlegger miljøet sterkere enn innenfor addisjonsmodellen. Her betraktes biologiens betydning å avhenge av spesifikke miljøegenskaper. Utviklingspsykologiske teorier innenfor denne gruppen er de første som på en forholdsvis likeverdig måte ivaretar både medfødte egenskaper og miljøets betydning.
- Transaksjonsmodellen kan betraktes som en forlengelse av interaksjonsmodellen, men skiller seg fra denne ved at både biologi og miljø betraktes å være i en kontinuerlig endring. Forandring over tid både ved individet og miljøet er mer vektlagt i denne modellen enn i interaksjonsmodellen.

Bronfenbrenner var en av dem som med sin teori banet vei for interaksjonsmodellen. Med sin videreutvikling av teorien hvor han vektla endringer over tid og framhevet det biologiske perspektivet sterkere, har hans teori blitt benevnt som bioøkologisk, og er en av de mer sentrale innen transaksjonsmodellen (Bronfenbrenner 1992). Denne boken bygger på transaksjonsmodellen hvor Bronfenbrenners teori er en av de mest styrende for fokuset i boken.

## Transaksjonsmodellen

Innenfor transaksjonsmodellen beskrives som nevnt barns og unges utvikling som ikke å ligge i barnet, ei heller i dets miljø, men som en felles konstruksjon av relasjoner mellom individ og miljø og en gjensidig tilpasning mellom dem (Kochanska et al. 2004). Bærebjelkene i transaksjonsmodellen kan framstilles som: (1) tidsperspektivet (-dimensjonen), (2) arv og miljø, (3) delt og ikke-delt miljø samt (4) stress og sårbarhet som nå oftere beskrives som risiko- og beskyttelsesfaktorer (Sameroff 2000, Sameroff & MacKenzie 2003).

### Tid

Både personer og miljø er i konstant endring, om ikke alltid så stor. Situasjoner og relasjoner vil derfor alltid over tid være i utvikling ved at de påvirker og lar seg influere av hverandre (Masten & Reed 2002). Bronfenbrenner (1989) introduserte begrepet kronosystem for å betegne den stadig foranderlige og sammenvevde naturen ved personer, miljø og proksimale prosesser over tid. Begrepet proksimale prosesser er knyttet til den nærmeste utviklingssone, det vil si at det barnet kan utføre med hjelp av en mer erfaren, er det som barnet på sikt kan utføre alene. Mye av kompetanseutviklingen hos barn foregår på denne måten; en læring fra mer kompetente personer.

### Arv og miljø

Arv kan også benevnes som medfødte eller konstitusjonelle forhold. Arv er sentralt i forståelsen av hvordan barn utvikler seg, men gir lite mening hvis man ikke inkluderer miljøets betydning. Det er derved i dag blant forskerne som befinner seg i forskningsfronten, ingen faglig sterk strid om disse to dimensjonene. Mønstre for menneskers utvikling innebærer at både arv og miljø må studeres, og de ulike forskergruppene framskaffer kunnskap som snarere

må karakteriseres som små, ulike vektinger mellom betydningen av arv og miljø, framfor sterk vektlegging av én av disse (Reiss et al. 2000a, Shonkoff & Phillips 2000, Vandell 2000). Siden miljøet påvirker genetikken (Fonagy 2001), er det imidlertid komplisert å studere årsak–virkning-forhold når det gjelder menneskers utvikling.

Det er veldokumentert at arv utgjør mellom 30 til knapt 50 prosent for personers utvikling, og resten av personers fungering forklares med samspillerfaringer (Collins et al. 2000, Turkheimer 2000). Genetikk har derved en betydelig innvirkning på hvem mennesker utvikler seg til å bli. Det er sjelden at arv forklarer mer enn 50 prosent av personlighetstrekk (Matthews et al. 2003). Det kan synes noe søkt og kanskje lite meningsfylt med slike prosentangivelser mellom arv og miljø (Larsen & Buss 2002), men resultatene baseres på avanserte statistiske beregninger med klare konsekvenser for forståelsen av hvordan mennesker utvikler seg. Prosentangivelsene bør heller betraktes som retningsgivende framfor absolutte.

Konklusjoner fra forskning på genetikk viser at genetiske disposisjoner sjelden alene er tilstrekkelig for utvikling av psykiske lidelser. Uheldige miljøbetingelser må derfor som oftest være til stede for at genetiske disposisjoner for psykiske lidelser utvikles til å bli en lidelse (Johnson et al. 2001). Noen få vansker synes å være så sterkt betinget av medfødte egenskaper (konstitusjon) at miljøbetingelsene har relativt liten påvirkningskraft for utviklingen. Eksempler på dette er autisme, schizofreni, manisk-depressiv lidelse (bipolar lidelse) og hyperaktivitet/ADHD. Mer spesifikt antas genetikk å forklare over 90 prosent av utvikling av autisme (Bailey et al. 1995). Mellom 60 til 75 prosent av bakgrunnen for utvikling av schizofreni er genetikk (Leverton 2003). Den sterke genetiske arveligheten ved schizofreni leder til cirka 17 prosent risiko for at biologiske barn av en person med schizofreni selv utvikler schizofreni. Hvis begge foreldrene har schizofreni, øker risikoen for at barnet skal utvikle samme lidelse til 46 prosent. Risikoen for at barnebarn av schizofrene utvikler lidelsen, er omkring fem prosent, mot én prosent i den generelle befolkningen (Owen et al. 2002, Scourfield & McGuffin 2001). Omkring 80 prosent av bipolar lidelse (manisk-depressiv) forklares med genetiske forhold (Hammen & Rudolph 2003, Leverton 2003). Genetikk som årsak til ADHD utgjør mellom 60 til 90 prosent (Nadder et al. 2001). Dette er de fire psykiske lidelsene som i sterkest grad er styrt av genetikk. Miljøet blir likevel ikke overflødig tross sterk genetisk arvelighet av lidelsene; miljøet er viktig for personens grad av funksjonsnivå og tilpasningsevne og derved livskvalitet. Det er derved ikke slik at genetikk innebærer at miljøet har liten påvirkning på utvikling av vansker og generell fungering.

Samspillet mellom arv og miljø kompliseres ytterligere ved at kulturen delvis påvirker hvilken form for psykopatologi som utvikles når barn lider overlast i oppvekstmiljøet (Harkness & Super 2000). Derfor varierer forekomsten av symptomer og psykiske lidelser noe mellom ulike kulturer.

## Delt og ikke-delt miljø

Begrepene delt og ikke-delt miljø betegner henholdsvis de erfaringene barn i samme familie har til felles, eksempelvis hvor de bor og foreldrene, mens ikke-delt miljø betegner det søsken ikke har til felles, eksempelvis at de går i ulike skoleklasser og ikke har samme venner. Foreldres forskjellsbehandling av barna regnes til ikke-delt miljø, eksempelvis at far er raus og positiv mot sin datter, men ofte kritiserer og fornedrer sin sønn. Begrepene delt og ikke-delt miljø er delvis forklaringen på hvorfor søsken ofte er betydelig ulike hverandre, for det er ikke-delt miljø som antas å påvirke personlighetsutviklingen mest (Plomin & Colledge 2001).

Det er behov for å ta alder i betraktning når man skal vurdere om delt eller ikke-delt miljø er av størst betydning for personers utvikling: Delt miljø synes viktigere i småbarnsalder, mens genetikk blir mer sentralt i ungdomsalder for å forklare utvikling (Rende 2000). Ulike genetiske forhold, å ha vokst opp i ulike faser i familiens liv og ikke-delt miljø er hovedforklaringer på at søsken kan være meget ulike.

Generelt er søsken lite like. Det forklares med at barn sterkest preges av det ikke-delte framfor det delte miljøet. Faktorer i familiemiljøet leder til søskenulikhet framfor søskenlikhet, mens andre finner at variasjoner i foreldres divergerende oppdragelses-

praksis ikke kan forklare majoriteten av søskenulikheter (Reiss et al. 2000b). Siden barn har ulik genetisk sammensetning, sosialiseres forskjellig, samt reagerer ulikt på samme miljø og stimulering, forklarer det godt hvorfor søsken utvikler seg ulikt (Feinberg et al. 2001). Søsken synes også mer ulik dem man er nærmest i fødselsrekken, altså første og andre er mer ulike enn første og tredje. Søsken er mer lik hverandre hvis det er flere år mellom dem, enn søsken som er født med kortere intervall (Feinberg & Hetherington 2000).

En designmessig sterk studie av tvillinger viste at adopterte barn ikke lignet sine adoptivsøsken mer enn barn som ikke er beslektet med hverandre i andre familier (Plomin & Bergman 1991). Det nedtoner betydningen av delt miljø for barns utvikling. Debatter i kjølvannet av slike studier har vært om ordinære oppvekstforhold ikke påvirker barn særlig sterkt, men at et ekstremt oppvekstmiljø, derimot, slår ut som meget betydningsfullt for hvordan barn utvikler seg.

Utvikling av angstlidelser og depresjon er sterkere knyttet til ikke-delt enn delt miljø, mens for atferdsvansker er delt miljø mest sentralt (Wamboldt & Wamboldt 2000). Det innebærer at det er flere faktorer bak utvikling av emosjonelle vansker, mens atferdsvansker ofte baseres på familiekarakteristika. Det øker risikoen for at flere barn i samme familie har atferdsvansker, mens det ikke er like sannsynlig at flere søsken har emosjonelle vansker.

## Stress og sårbarhet

Sårbarhet er karakteristika ved personen som øker risikoen for utvikling av psykiske lidelser, mens stress er uheldige miljøpåvirkninger. Stress kan sies å være alle hendelser eller kroniske miljøforhold som truer, utfordrer, forsterker eller skader individets mentale eller biologiske kapasiteter eller fungering, og som forringer livskvaliteten (Grant et al. 2003). Barns og unges sårbarhet fastsettes ut fra hva en forventer som gjennomsnittlig mestring for barn i samme aldersgruppe. Kombinasjoner av sårbarhet og stress forklarer hvorfor noen barn utvikler vansker, mens andre ikke gjør det.

| **Grad av sårbarhet** | **Grad av stress** | |
|---|---|---|
| | *lav* | *høy* |
| *lav* | lav risiko for utvikling av vansker | moderat til høy risiko for utvikling av vansker |
| *høy* | moderat risiko for utvikling av vansker | høy risiko for utvikling av vansker |

*Figur 1.1. Stress- og sårbarhetsmodellen*

Figur 1.1 illustrerer at barn med høy grad av sårbarhet ofte utvikler vansker ved høy grad av stress, men også har en betydelig risiko for slik utvikling ved lav grad av stress. Barn med lav grad av sårbarhet utvikler vansker først ved høy grad av stress. Stress–sårbarhets-modellen bygger på at ikke alt stress er like stressende for personer. Det er stress som spesielt utfordrer (trigger) en persons sårbarhet som i betydelig grad øker risikoen for at personen utvikler vansker (Coie et al. 2000, Sameroff et al. 2000).

Begrepet stress er komplisert, siden det både kan gjøre individer mer sårbare, men også i en del tilfeller kan lede til utvikling av motstandsdyktighet mot senere stressfaktorer (Wachs 2000). Det uttrykkes eksempelvis i ordtaket: «Det som ikke knekker en, det herder en.» Samtidig vet man at personer ofte blir mindre mottagelige for stress når de først har utviklet en psykisk lidelse. Årsaken er at mye av personens utvikling vil styres av denne lidelsen (Kendler et al. 2000, 2001).

Stress- og sårbarhetsmodellen er opprinnelig knyttet til forskning på schizofreni og depresjon. Den oppnådde ikke særlig anvendelse utenfor disse miljøene. I dag er det risiko- og beskyttelsesfaktorer som er allment benyttet for å analysere barns oppvekstmiljø og fare for skjevutvikling. Risikofaktorer kan ses som både stress og sårbarhet. Modellen stress–sårbarhet la for stor vekt på faren for negativ utvikling av vansker og for liten på friskvernfaktorer.

## Risiko og beskyttelse som ramme for utvikling

I transaksjonsmodellen er risiko- og beskyttelsesfaktorer nerven i teorien fordi den både omfatter indi-

vid, arv, miljø, tidsdimensjon, samt delt og ikke-delt miljø. En nokså ensidig opplisting av sentrale risiko- og beskyttelsesfaktorer gir egentlig lite kunnskap. Det er viktigere å forstå hvordan disse dimensjonene står i et gjensidig påvirkningsforhold til hverandre. Selv om forskning på og teoretiseringer om risiko- og beskyttelsesfaktorer i hovedsak vedrører barn og unge, gjelder disse faktorene også for voksne (Hankin et al. 2004).

Begrepet risikofaktor er en fellesbetegnelse på faktorer som øker faren for utvikling av psykiske lidelser, men begrepet risiko forteller lite om mekanismene som ligger bak utvikling av vansker, bare sannsynligheten for at vansker utvikles. Beskyttelsesfaktorer betegner forhold som demper risikoen for utvikling av vansker ved nærvær av risikofaktorer. Beskyttelsesfaktorenes betydning blir tydeligst når risikofaktorene er store framfor små, og når de har vart en viss periode (Werner 2005). Risiko- og beskyttelsesfaktorer er atskilte dimensjoner i betydningen at når man skårer tilstrekkelig lavt på en risikodimensjon, blir den ikke automatisk en beskyttelsesfaktor. For eksempel hvis foreldrene ikke er emosjonelt overinvolverende i barnet, innebærer ikke det at foreldrenes oppdragelsesstil overfor barnet blir en beskyttelsesfaktor. For å forstå barns og unges utvikling må man analysere risiko- og beskyttelsesfaktorer på tre områder: personene selv, foreldrene/familien og det øvrige oppvekstmiljøet, totalt seks områder.

Mange av risikofaktorene som mennesker utsettes for, er kroniske. Personer utsatt for alvorlige risikofaktorer tenderer derfor mot å eksponeres for risiko over lang tid. Samme risikofaktor kan endres noe i uttrykksform, og konsekvensene av den varierer med både barnets og familiens utviklingsfase og hvilke andre risikofaktorer de eksponeres for. Foreldres håndtering av stressorer eller traumer læres av barna. Derfor går dårlig håndtering av traumer ofte over generasjoner (Rutter 2000a). Det blir en sosial arv. Foreldre som strever med oppdragelsen av barna, tenderer både mot å påvirke dem negativt rent genetisk og med et oppvekstmiljø som preges av flere betydelige risikofaktorer som de håndterer dårlig (Werner 2005). Foreldre som er belastet med negativ sosial arv, kjennetegnes derved av å både ha med seg og selv skape mange risikofaktorer som de håndterer på lite hensiktsmessige måter – enten ut fra mangel på ressurser eller forståelse av hvordan de påvirker familiens utvikling. En studie som gikk over ni år, viste at antall risikofaktorer i en familie hadde en stabilitet på 70 prosent (Sameroff et al. 1993). Det betyr at både antallet og typen av risikofaktorer tenderer mot å være stabile i familier. Mennesker tenderer mot å velge et miljø som «matcher» dem. Både ut fra en sosial seleksjonsprosess og hva man er vant til og komfortabel med, velger personer ofte samlivspartnere med omtrent lik grad av stressorer og evne til å håndtere dem (Capaldi & Shortt 2003). Foreldre vil derfor ofte ha samme grad av belastninger og typer og antall av risikofaktorer knyttet til seg.

Selv om barn og unge som eksponeres for flere risikofaktorer har økt fare for å utvikle vansker (Grant et al. 2003, Sandler et al. 2003), er det en god del personer som over tid lever under ekstremt stress uten at de utvikler symptomer (Monroe & Hadjiyannakis 2002). Man kan derfor hevde at risiko er et probabilistisk begrep, det vil si at det indikerer statistisk sannsynlighet for skjevutvikling. Faktum er at de fleste barn og unge som er beheftet med betydelige risikofaktorer, ikke vil utvikle vanskene som de statistisk sett har økt sannsynlighet for å få.

De senere år har forskning på risiko- og beskyttelsesfaktorer beveget seg i retning av å studere individuelle forskjeller i oppfatning og håndtering av stress (Werner & Smith 2001). Forskning på hvordan risikofaktorer slår ut, viser at det avgjøres i betydelig grad av hvordan personen selv oppfatter dem, altså attribueringen av dem (Shiner et al. 2002). Det synes å være ett av flere viktige skiller mellom mennesker som opplever flere alvorlige risikofaktorer og som enten lever godt med dem eller tar skade av dem, om de makter å håndtere risikofaktorene aktivt framfor å la seg passivisere, å betrakte mestring av dem som et resultat av indre, stabile egenskaper slik at man vil mestre dem om de oppstår igjen, og å anse de negative hendelsene som viktige erfaringer for ens liv og personlige utvikling slik at man opplever at det var verd å gjennomleve dem. Denne oppfatningen av å ha vokst på utfordringer og strabasiøse perioder leder til at stress ikke blir overveiende negativt, og meningsfullheten innebærer også en tro på at man vil kunne

håndtere framtidige utfordringer (Antonovsky 2000).

Sosial attribusjon handler om hvordan man årsaksforklarer sosiale fenomener, eksempelvis årsaker til eller motiver bak atferd. Sosial attribusjon kan deles inn i global versus spesifikk, indre versus ytre og stabil versus ustabil.

Tendensen til å attribuere suksesser til indre og stabile forhold, og nederlag til ytre og ustabile, benevnes som et selvbeskyttende attribusjonsmønster. En selvbeskyttende attribusjonsstil er nært knyttet til høy innsats, gode mestringsstrategier og en høy grad av selvaksept. Sentralt i attribusjonsteori er kontrollaspektet («locus of control»). Kontroll er også nært knyttet til å oppleve hendelser og ens liv som meningsfylt. Hvis man opplever at tilfeldighetene råder, vil mennesker ofte bli stresset eller apatiske fordi de ikke opplever at de kan påvirke. Personer som opplever å kontrollere viktige hendelser i livet, vil ha en langt mer aktiv innstilling til å løse utfordringer enn de som opplever at skjebnen råder, og at de er utsatt for mye uflaks. Denne troen på å kunne kontrollere eller ikke, er ett av de mest sentrale aspektene i motivasjon (Schunk & Ertmer 2000). Ofte er det et mønster av gjensidig forsterkning som leder til selvoppfyllelse; troen på å mestre gir sterk motivasjon, som igjen leder til høy innsats, som igjen øker sjansen for å mestre, som styrker selvaksepten, som igjen påvirker troen på å mestre eget liv (Compas et al. 2001). Risikofaktorer som overvelder personer slik at de opplever å ikke kunne håndtere dem, kan lede til utvikling av et uheldig attribusjonsmønster som lært hjelpeløshet, som igjen øker faren for utvikling av psykiske lidelser (Grant et al. 2004).

***Informasjonsboks 1.4. Sosial attribusjonsstil***

| Ulike former | Eksempler |
|---|---|
| global | «Jeg får lett kontakt med barn.» |
| spesifikk | «Dette var et barn jeg fikk god kontakt med.» |
| indre | «Jeg er god til å samarbeide i team.» |
| ytre | «Hvis teammedlemmene er gode i faget sitt og hjelper meg, kan jeg nok bidra med noe.» |
| stabil | «Jeg er god til å få til kompromisser ved uenighet.» |
| ustabil | «Denne gangen ble vi enige. Vi hadde flaks.» |

Det er vanskelig å gi noen få stikkord for hva som kjennetegner hensiktsmessig håndtering av stressfulle situasjoner fordi det varierer med personens alder, personlige ressurser, kontekst, type og alvorlighetsgraden i risikofaktorene. Ved ukontrollerbare situasjoner er kloke strategier unngåelse, ignorering, forminskning av trusselen for seg selv, slik at den ikke paralyserer, og reformulering, slik at man ser dette som prøvelser framfor trusler, utfordringer framfor problemer, lærerikt framfor å få seg en knekk. Ved kontrollerbare situasjoner er det klokt at man alene eller sammen med andre vurderer kortsiktige og langsiktige konsekvenser av ulike handlingsalternativer, viser målbevissthet kombinert med fleksibilitet i strategivalg, beholder en optimistisk innstilling preget av at man tror man kan håndtere utfordringene, samt søker sosial støtte. Studier av barn som står godt imot betydelige risikofaktorer, viser at de kjennetegnes av tøffhet eller robust legning, en fleksibilitet i å tilpasse seg, varierte mestringsstrategier og en god «match» mellom barnet og omverdenen.

Lovende forebyggende tiltak og tidlig intervenering baseres på kunnskap om risiko- og beskyttelsesfaktorer (Catalano et al. 2002, Hawkins et al. 2002). Derfor er risiko- og beskyttelsesfaktorer den røde tråden i denne boken, selv om kunnskapen innen feltet på langt nær er ferdigutviklet. For eksempel overgår antall risikofaktorer antall beskyttelsesfaktorer i denne bokens sjekklister. Det skyldes ikke at det er slik, men forskning har i mange år vært mer rettet mot avdekking av risiko- enn beskyttelsesfaktorer.

På sikt er det et mål å ha like finmaskede oppfatninger av beskyttelsesfaktorer som risikofaktorer.

### *Kumulativ risiko*

Tidlige livshendelser kan ikke ses uavhengig av senere hendelser. Å oppleve flere risikofaktorer parallelt eller tett på hverandre benevnes som multippel risiko eller kumulativ risiko (Sameroff et al. 2003). Det er vanskelig å forutsi utviklingen for barn og unge når de er utsatt for kumulativ risiko (Clarke & Clarke 2000). Grunnen er at man vet lite om hvordan disse risikofaktorene vil påvirke hverandre, og derved hvordan de slår ut i forhold til personen som er utsatt for dem (Kraemer et al. 2001, Rutter & Sroufe 2000). Studier av risiko- og beskyttelsesfaktorer bekrefter ordtaket: «En ulykke kommer sjelden alene.» Det synes å være et skille mellom majoriteten av personer som erfarer få risikofaktorer og har en god utvikling, og et mindretall som rammes av mange risikofaktorer. Det synes som om færre mennesker er mellom disse to ytterpunktene enn karakterisert ved én av dem.

Studier av risikofaktorer viser at det er i mindre grad enkeltstående risikofaktorer som skal vekke bekymring, men kumulativ risiko. Jo flere tydelige og alvorlige risikofaktorer og jo tidligere i barnets liv disse er til stede, desto verre prognose (Appleyard et al. 2005, Jones et al. 2002). Ofte opererer man med en grense på tre til fire tydelige risikofaktorer før faren for uheldige konsekvenser for barnets utvikling er sannsynlig. Forskning viser at det er antallet risikofaktorer som er viktigst for å forutsi barns utvikling framfor eksempelvis i hvor mange av barnets miljøer det er risikofaktorer. For å illustrere med et eksempel vil barn med åtte risikofaktorer knyttet til hjemmet ofte ha dårligere prognose enn et barn med to risikofaktorer i hvert av de viktige miljøene: hjem, skole og nærmiljø (Appleyard et al. 2005, Morales & Guerra 2006).

Kumulativ risiko er regelen for barnevernsklienter. Ofte kommer begge foreldrene fra belastede familier, de flytter ofte, er utenfor ordinært arbeidsmarked, misbruker rusmidler, det er høyt konfliktnivå i familien og flere brå relasjonsbrudd (Sameroff et al. 2000). Siden majoriteten av brukerne i barnevernet preges av kumulativ risiko, må tiltakene både være bredspektrede (dekke flere områder) og omfattende (massive).

### *Resiliens*

Ordet resiliens er en oversettelse av det engelske «resilience». Begrepsdefinisjonen varierer mellom de ulike teoretikere. Noen eksempler på definisjoner kan være: «Å sikre positiv utvikling og å unngå negativ utvikling under vanskelige forhold», «Mønstre av god tilpasning i forhold til tidligere og nåtidige vansker», «Å ruste barn og unge til å utvikle nødvendige ferdigheter for å sikre høy grad av livskvalitet», eller: «Evnen til å utvikle seg positivt tross betydelig grad av eller hyppig motgang» (Luthar & Zelazo 2003, Masten & Reed 2002). Naglieri og LaBuffe (2005) hevder at majoriteten av dagens forskere innen feltet definerer resiliens som positive utfall, tilpasning eller at man når utviklingsmessige milepæler til tross for at man har opplevd betydelige risikofaktorer, motgang eller stress. Oppsummerende kan man si at definisjonen av resiliens sentreres rundt tre forhold: god utvikling hos høyrisikobarn, å beholde kompetanse under stress, og å komme seg raskt og godt etter traumer (Friborg et al. 2005, Kazdin & Weisz 2003, Luthar et al. 2000, Sexton et al. 2003).

I en litteraturgjennomgang fant Hjemdal et al. (2001) 15 hovedgrupper av resiliensfaktorer. Eksempler på disse er familie- og oppvekstkarakteristika, indre og stabil attribuering, evne til å beholde håp ved motgang, god problemløsningsevne preget av evne til å analysere og være fleksibel i stil, ha høy selvaktelse, lett temperamentsstil, god sosial kompetanse, (religiøs) tro samt egostyrke. Disse drøftes i denne boken.

Sentrale dimensjoner i resiliens er de som inngår i begrepet egostyrke. Definisjon av begrepet egostyrke viser at det grenser til resiliens, men at disse to begrepene ikke er synonyme. Overlappingen mellom disse to begrepene blir tydelig når innholdet i egofunksjonene defineres. Når en person har en velfungerende egofunksjon, benevnes det egostyrke eller egoresiliens.

***Informasjonsboks 1.5. Begrepet egostyrke***

Egostyrke kan også benevnes som egoresiliens. Egoresiliens innebærer ressurssterk og fleksibel håndtering av farlige eller stressfulle situasjoner. Høy egoresiliens er knyttet til empati, evne til å utsette behovstilfredsstillelse, god evne til resonnering, problemløsningsevner og høy IQ. Kjernen i egostyrke er fleksibilitet og tilpasningsevne, evne til å håndtere utfordringer og å komme seg etter traumer.

Egofunksjoner:

- forsvarsmekanismer
- impulskontroll
- objektforhold (forholdet til andre mennesker)
- realitetsvurdering
- selvoppfatning

*Definisjonene bygger på Kaplan 2005, Sroufe 1997.*

Begrepsbruk som motstandsdyktige eller resiliente barn kan lett assosieres med personegenskaper, selv om det ikke er tilfellet. De siste 15 år har man i forskning og praksis i økende grad vektlagt systemenes betydning for barns og unges utvikling av resiliens og derved en bevegelse over til systemteoretiske studier og forklaringer av forskningsfunn (Roberts & Masten 2004, Yates & Masten 2004).

Det er de senere år stilt spørsmål om i hvilken grad beskyttelsesfaktorer er universelle, og om man kan lage gode allmenngyldige oversikter over beskyttelsesfaktorer eller om disse er sterkt kulturavhengige (Gerard & Buehler 2004). Den tverrkulturelle anvendelsen av begrepet og forskningen på hvordan risiko- og beskyttelsesfaktorer fungerer, har økt de siste årene, men resultatene er foreløpig få (Boyd-Franklin & Bry 2000).

Selv om forskning på resiliente barn og unge har økt betydelig de siste 20 årene og flere av studiene viser at man kan lykkes med å bygge motstandskraft i personer og samfunn (Goldstein & Brooks 2005), har det generelt de siste år vært lite framdrift i kunnskapsutviklingen om risiko- og beskyttelsesfaktorer (Grant & McMahon 2005). Det skyldes den kompliserte dynamikken mellom risikofaktorer (sårbarhet og stress) og beskyttelsesfaktorer. Modeller for å forklare dynamikken mellom risiko- og beskyttelsesfaktorer er foreløpig bare på et tidlig utviklingsstadium og ikke tilnærmet ferdig utmeislet.

### *Motstandsdyktighet*

En periode benyttet man begrepet motstandsdyktige barn for de resiliente. Begrepet motstandsdyktig kunne feilaktig oppfattes som at barna tålte alt og berget seg uansett hva de gjennomgikk. Forskning viser at resiliente personer slett ikke er usårlige. De føler stress både under og etter eksponering for risikofaktorer. Resiliente personer er derfor ikke uberørt av det de erfarer av vansker, men de er dyktige i håndtering av risikofaktorene. Troen på at de såkalte «løvetann»-barna var uberørt av de betydelige risikofaktorene de var eksponert for, er med andre ord feil. Mange av dem tok skade av sin turbulente oppvekst. En betydelig andel av de erklærte «løvetann»-barna hadde andre og ofte mer dempede symptomer på å ha lidd overlast enn mange av de andre som de vokste opp sammen med, og som det tydeligvis ikke gikk så godt videre i livet. Omfattende og langvarige studier viste eksempelvis at 85 prosent av løvetannbarna led av angstlidelser eller depresjon (Luthar 1993), eller somatiske plager og mistrivsel (Werner & Smith 1992). Disse vanskene var det ikke like lett å oppdage som utagerende vansker, og derved oppsto en feilkonklusjon om at de tålte det mes-

te uten å ta skade. Begrepet pseudoresiliens betegner nettopp at personer kan ha lite påfallende, men likevel reelle vansker (Pollack 2005).

### *Utfallene for høyrisikobarn*

Forskningsresultatene om hvordan høyrisikobarn utvikler seg, er ikke bare sprikende, men også delvis motstridende. Det er derfor ikke et tilstrekkelig solid grunnlag til å konkludere skråsikkert om hvordan barn og unge vil utvikle seg når de er utsatt for risikofaktorer. Gradering av risiko gir ikke alltid et godt grunnlag for predikering, for det er ikke slik at alle barn i høyrisikogrupper er mer skjøre eller sårbare og oftere utvikler vansker, enn barn og unge i moderate risikogrupper (Felner 2005).

Werner og Smith er klassikere innenfor resilienslitteraturen med sine langvarige (longitudinelle) studier i høyrisikoområdet Kauai på Hawaii. Studien omfattet 698 barn født i 1955. I 1985 hadde disse personene blitt 30 år, og 30 prosent av dem hadde utviklet betydelige psykososiale vansker. Antallet er høyt sett i forhold til forekomsttall over psykososiale vansker generelt, men lavere enn det man kanskje forventet ut fra deres oppvekst i et høyrisikoområde. Felles for dem som utviklet vansker var at de hadde gjennomlevd vanskelige svangerskap og kompliserte fødsler, og at de i løpet av sine to første leveår hadde opplevd: høy grad av stress, kronisk fattigdom, foreldre uten utdanning, dysfunksjonelle familieforhold, skilsmisse hos foreldrene, foreldre med alkoholisme eller psykiske lidelser (Werner & Smith 1992, Werner 2005). Hva kjennetegnet mange av dem som håndterte stress dårlig? Det virker som om problemunngåelse, høy risikovillighet, impulsivitet, vanskelig temperamentsstil og høyt aggresjonsnivå var fellesfaktorer for mange av dem som håndterte stressfulle og farlige situasjoner dårlig, slik at de utviklet betydelige vansker. Delvis er dette trekk som bunner i genetikk, men mest er resultat av miljøforhold.

Det er mulig å snu selv meget uheldig utvikling (Nelson 1999), men målet kan sjelden bli at barnet kommer til å fungere som om det ikke har hatt disse vesentlige, negative opplevelsene. Innsatsen må både være intens og langvarig for å redusere negative konsekvenser når barn har blitt preget av sin eksponering for alvorlige risikofaktorer. Omsorgssvikt og mishandling er eksempler på to alvorlige risikofaktorer. Konsekvensene av disse er ofte negative for barns utvikling, og en endring av denne predikeringen innebærer tidlig intervenering, intensiv og langvarig innsats (Rutter & TERAST 1998, Shonkoff & Phillips 2000).

Høyrisikobarn med en trøblete ungdomstid kan stake ut en bedre kurs i 20- til 30-årsalderen, spesielt hvis én eller flere av følgende dimensjoner er til stede i livet: voksenopplæring, frivillig militærtjeneste, aktiv menighetsdeltagelse, støttende venn eller partner (Werner 2005). Frivillig militærtjeneste og aktiv menighetsdeltagelse er trolig to av de nevnte fire faktorer som er minst overførbare fra det amerikanske til det norske samfunnet.

## Sentrale risiko- og beskyttelsesfaktorer

Visse risikofaktorer ligger ofte til grunn for utvikling av vansker, mens visse beskyttelsesfaktorer synes å være ekstra virksomme ved nærvær av risikofaktorer. En metaanalyse av 1200 studier viste at godt foreldre–barn-samspill, gode sosiale ferdigheter hos barnet og tilgang til sosial støtte er blant de desidert viktigste beskyttelsesfaktorene. Noen av de alvorligste risikofaktorene er dårlig kvalitet på nærmiljøet, en straffende oppdragelsesstil, lav sosioøkonomisk tilhørighet, moderate eller alvorlige psykiske lidelser hos foreldrene, samt et høyt konfliktnivå og lav grad av trivsel i foreldrenes parforhold (Durlak 1998). Nedenfor gis en mer utdypende oversikt over noen av de mest sentrale risiko- og beskyttelsesfaktorer. De viktigste er samlet i sjekklisten plassert avslutningsvis i dette kapitlet. De fleste risiko- og beskyttelsesfaktorer i den nevnte sjekklisten forklares og utdypes ofte flere steder i denne boken.

### Faktorer knyttet til individet

#### *IQ*

I flere studier finner man at høy IQ er en sentral beskyttelsesfaktor (Buckner et al. 2003). I en norsk studie utført av Friborg og kolleger (2005) fant man imidlertid ikke at høy IQ samvarierte systematisk

med resiliens. Studier indikerer at IQ – eller kognitive evner – modifiserer risikofaktorer først i særlig grad når barnet har utviklet en viss evne til å tenke abstrakt og fleksibelt (Mash & Barkley 2003, Shirk 2004). Denne evnen til abstrakt tenkning blir tydelig fra omkring tiårsalderen av. Det er imidlertid ingen bred enighet mellom forskere om hva som ligger i intellektuelle evner, om det eksempelvis er minne, evne til å styre seg selv (eksekutive funksjoner) eller motivasjon som er de sentrale faktorene (Masten 2001). De fleste mål på høy IQ forutsetter imidlertid ofte alle disse.

Det er en bred enighet om at det ikke er slik at jo høyere IQ, desto bedre tilpasning. Høy IQ-koeffisient sier ikke alltid så mye om personens tilpasningsevne eller på hvilke områder personen har gode ferdigheter. Likeså er ikke høy intelligens det samme som klokskap, selv om høy intelligens er en forutsetning for det. Grad av klokskap og hvilke områder man er intelligent på, må tas med i vurderinger av om høy IQ har særlig beskyttende verdi. Det viktigste ved høy IQ synes å være fleksibiliteten og evnen til å tenke abstrakt, slik at man kan håndtere de risikofaktorene man eksponeres for og kompensere for de vanskene man har.

Det er en tydelig genetisk arvelighet av IQ. Delt miljø er viktigst i barndommen, for i ungdomsalderen synes ikke-delt miljø å være viktigst for intelligensutviklingen. Barns IQ er ofte lavere når de vokser opp i familier med kumulativ risiko, sammenlignet med ingen eller én risikofaktor (Plomin et al. 2001).

### *Oppmerksomhets- og konsentrasjonsevne*

Evnen til å fokusere på og holde ut oppgaver over tid er knyttet til resiliens (Wills et al. 2001). Barn og unge med svak oppmerksomhet og konsentrasjon får ofte vansker med å oppfatte helheter, siden oppmerksomhets- og konsentrasjonsvanskene leder til stadige avbrudd. De sliter derfor med å se sammenhenger mellom intensjon, handling og resultat og lærer derfor dårlig av hendelser. Å oppfatte sammenhenger mellom intensjon, handling og resultat er helt fundamentalt for å forstå seg selv og omverdenen, likeså en forutsetning for interessen for å planlegge. Å tenke i årsak–virkning-forhold er også grunnlaget for moralske handlinger.

### *Selvaksept*

Studier av barn og unge som til tross for å ha vært utsatt for mange risikofaktorer likevel utvikler seg godt og rapporterer høy grad av livskvalitet, viser at høy selvaktelse er en beskyttelsesfaktor og lav selvaktelse er en risikofaktor (Carr 2004). God selvaksept innebærer en stødighet som leder til at man håndterer stress med fatning og velger mestringsstrategier ut fra refleksjon framfor å bli grepet av panikk og bare foreta seg noe i håp om å lykkes (Bonanno et al. 2002, Corning 2002).

Positiv selvaksept baseres ofte på en realistisk selvoppfatning. Personer med realistisk selvaksept er de som holder best i motgangstider, slik at man ved store vansker ikke tviler for sterkt på seg selv og opplever å bli handlingslammet eller fullt ut avhengig av andre for å håndtere risikofaktorene (Rohner & Britner 2000, Zimmerman 2000). Lav selvaksept innebærer usikkerhet på seg selv, lav innsats for å mestre fordi man ikke tiltror seg å lykkes, og en sterk tvil på egne ferdigheter. Derfor er lav selvaksept knyttet til svak resiliens (Dumont & Provost 1999).

Personer som mestrer utfordringer aktivt, kjennetegnes av en positiv selvaksept som kan være noe bedre enn det mer objektive vurderinger gir grunnlag for. En sterkt urealistisk, positiv selvaktelse indikerer imidlertid både sårbarhet og psykiske lidelser (Seery et al. 2004).

### *Optimistisk innstilling*

Optimisme er tydelig knyttet til resiliens (Raikkonen et al. 1999, Segerstrom et al. 1998). Forklaringen er at optimisme er nært knyttet til motivasjon fordi en har tro på å lykkes og å nå de mål man setter seg. Det gir følelse av mestring, som igjen er knyttet til utvikling av god selvaksept. Optimistiske mennesker er populære og skaffer seg derfor ofte venner som kan bistå en (Kvello 2006), og er generelt flinke til å ivareta og å aktivere støttende relasjoner ved behov (Aspinwall 2001).

Det er en tydelig grense mellom forholdsvis realistisk optimisme som er en beskyttelsesfaktor, og en tydelig urealistisk optimisme som er knyttet til lav grad av resiliens og gjerne indikerer mental umodenhet eller psykiske lidelser.

### *Aktivitetsnivå*

Moderat aktivitetsnivå er knyttet til resiliens (Mendez et al. 2002). Årsaken til denne sammenhengen er at personer med moderat aktivitetsnivå søker stimulering i motsetning til inaktive personer. Personer med hyperaktivitet vil imidlertid ofte ikke ha tilstrekkelig skjerpet fokus til å nyttiggjøre seg den stimulering som finnes fordi de ofte har vansker med å få med seg helheter, slik at mye av erfaringene deres blir bruddstykker av et hele. Det gjør stimuleringen mindre nyttig og utviklende for dem.

### *Tilknytningsstil*

Trygg tilknytningsstil regnes som en av de desidert viktigste beskyttelsesfaktorene, og utrygg tilknytningsstil er sterkt forbundet med utvikling av psykopatologi (Yates et al. 2003). Det er likevel ikke slik at personer med trygg tilknytningsstil ikke utvikler vansker, mens det for personer med utrygg tilknytningsstil alltid er motsatt. Det handler om ulik grad av sårbarhet eller resiliens, altså at personer med trygg tilknytningsstil sjeldnere enn personer med utrygg tilknytningsstil utvikler psykiske lidelser. Det er også andre viktige skiller mellom personer med trygg versus utrygg tilknytningsstil; førstnevnte utvikler mildere typer av vansker og bedres raskere enn personer med utrygg tilknytningsstil.

## Faktorer knyttet til foreldre/familie

### *Familien*

Familiestress har vært et sentralt tema i studier av familier som påvirkningsfaktor for barns og unges utvikling. Det er grunnlag for å hevde at jenter og gutter reagerer ulikt på samme type familiestress (Gaylord et al. 2003). Noen studier peker i retning av at jenter som gruppe rammes mer av familiekonflikter enn gutter (Beyers et al. 2003), selv om det er for dårlig grunnlag til å konkludere.

Spesielt foreldrene, men familien generelt, har en sterk påvirkning på barns utvikling, og et betydelig antall av risiko- og beskyttelsesfaktorer finnes derfor i familien (Lyons-Ruth et al. 2003). Foreldre med dårlig omsorgsutøvelse er derfor en meget betydelig risikofaktor for barns utvikling. På den andre siden er god omsorgsutøvelse hos foreldre en av de sterkeste beskyttelsesfaktorene for barns og unges utvikling (Parke 2004). Det er en kombinasjon av stimulering, varme, grensesetting, tilsyn og beskyttelse som er de viktigste dimensjonene i foreldres omsorg for barn. Ved lav skår på disse dimensjonene blir foreldrenes omsorg en risikofaktor, ved høy skår blir de en beskyttelsesfaktor (Campbell 2002, Conger & Conger 2002).

Kjennetegn ved familier forklarer bare i moderat grad emosjonelle vansker (angstlidelse og depresjon) hos barn og unge (O'Connor et al. 2001). Det er sterkere sammenhenger mellom foreldres mangelfulle oppdragelsesstil og atferdsvansker hos barna, enn sammenhengen mellom foreldres oppdragelsesstil og angst eller depresjon hos barnet. I sum konkluderer enkelte forskere med at omkring 41 prosent av barns psykopatologi kan forklares med familiekarakteristika (O'Connor et al. 2001).

Sammenhenger mellom foreldres oppdragelsesstil og psykiske lidelser hos barnet forklares best via tilknytningsstil (Williams & Riskind 2004). Kunnskap om hvilke samspillkarakteristika som sikrer trygg tilknytningsstil, er den samme kunnskapen man trenger for å redusere risikoen for at barn utvikler psykiske lidelser.

Daglig stress som hyppig skifte av omsorgspersoner, kvalitativt dårlig omsorg, inkonsistent eller hard grensesetting har lavere alvorlighetsgrad enn traumer eller akutte kriser. Førstnevnte er ofte mer kroniske enn sistnevnte og derfor likevel meget skadelige for barns utvikling (Naglieri & LaBuffe 2005). Barn med lavt evnenivå og av lav sosioøkonomisk status synes spesielt sårbare for risikofaktorene dysfunksjonelt familieliv og langvarig stress (Göpfert et al. 2004).

Blant de mest skadelige erfaringer er markant negative oppfatninger om og handlinger i forhold til nære relasjoner, brudd i hvem som gir barnet daglig omsorg, mangelfulle hensiktsmessige læringserfaringer og deltagelse i grupper som skiller seg ut som avvikende når det gjelder holdninger, normer, verdier og atferd (Rutter 2000b).

En del høyrisikobarn har i voksen alder valgt å bryte båndene til sin biologiske familie for å utvikle seg godt. Det gjelder spesielt de med alkoholiserte foreldre samt de som har vært fysisk og psykisk mishandlet (Werner 2005).

**Sjekkliste 1.1. Vurdering av familiers resiliens**

- familiesamhold (emosjonelle bånd mellom familiemedlemmene). Slike samspill strekker seg fra godt samhold til separate og uengasjerte.
- familiens evne til å tilpasse seg (kan graderes fra rigid via strukturert, fleksibel til kaotisk).
- foreldrenes problemløsningsevne.
- involvering (engasjere seg i og vise interesse for hverandres aktiviteter), (mangel på involvering, involvering med lite følelser, narsissistisk involvering (egeninteressen er framtredende), empatisk involvering, overinvolvering og symbiotisk involvering (sammenfiltring av foreldre og barn med dårlig avgrensning av individene).
- oppdragelsesstil. Oppdragelsesidealet i den vestlige verden er en demokratisk oppdragelsesstil.
- positiv interaksjon mellom omsorgspersoner og barnet.
- foreldrene deler sentrale verdier og holdninger med de nærmeste sosiale nettverksrelasjonene.

*Listen bygger på Sheridan et al. 2005.*

Barn kan tape foreldre ved samlivsbrudd og ved død. Barn som mister sine foreldre ved dødsfall, øker risikoen for å utvikle psykiske vansker, men det er ikke en stor risikofaktor for psykopatologi i verken barndom, ungdomsår eller voksen alder (Harrington & Harrison 1999).

Moderat og alvorlig grad av pykiatriske lidelser hos foreldrene er en betydelig risikofaktor for at barn og unge også utvikler slike vansker, både ut fra genetiske disposisjoner, men aller mest ut fra negativt samspill. Psykiske lidelser hos foreldre øker både barnets sårbarhet samtidig som psykiske lidelser hos foreldre ofte innebærer kumulativ risiko (Silberg et al. 2001).

**Sjekkliste 1.2. Vurderingskriterier for sammenhenger mellom psykiske lidelser hos foreldrene og barnas utvikling**

- Stikkord for vurdering av konsekvenser for barna av foreldres psykiske lidelser er at *varigheten* og *alvorlighetsgraden* er viktigere enn spesifikt hvilken type lidelse det er.
- Jo tidligere i barnets liv omsorgspersonen blir psykisk syk, desto verre er ofte konsekvensene for barnet.
- Jo mer alvorlig den psykiske lidelsen er, desto verre er ofte konsekvensene for barnet.
- Jo lengre tidsperiode den psykiske lidelsen varer, desto verre er ofte konsekvensene for barnet.
- Barn rammes hardere når mor er psykisk syk enn når far er det, og verst når begge foreldrene er det.
- Gutter synes mer sårbare enn jenter for psykisk sykdom hos foreldrene. Ofte synes barn av samme kjønn som den psykisk syke forelderen å ha høyere risiko for utvikling av psykiske lidelser fordi foreldre har sterkere påvirkning på barn av eget kjønn, noe som trolig handler om at barn identifiserer seg med foreldre av samme kjønn.

*Listen bygger på Luoma et al. 2001, Göpfert et al. 2004, McCarty & McMahon 2003, L. Murray et al. 1999.*

Lav sosioøkonomisk tilhørighet, å være enslig forsørger, arbeidsledighet og det å motta sosialtrygd er alle sammen betraktet som familiemessige risikofaktorer for at barn utvikler psykiske lidelser (Wicks et al. 2005). Imidlertid har mange av studiene av disse dimensjonene ikke i tilfredsstillende grad dokumentert hvilken risiko disse er i seg selv, og i hvor stor grad disse blir risikofaktorer grunnet at de ofte er knyttet til andre risikofaktorer.

### *Flyttinger*

Hyppige flyttinger regnes som en risikofaktor (Scanlon & Devine 2001, Temple & Reynolds 1999). Flyttinger blir først en betydelig risikofaktor når barn begynner å integreres i nærmiljøet ved slutten av førskolealder og til utgangen av grunnskolen. Flyttinger i samme nærmiljø har ikke negative konsekvenser for barn så lenge det ikke innebærer betydelig nedgang i standard, men flyttinger som leder til skifte av barnehage, skole og vennekrets, er en risikofaktor. Det er ikke lett å vise til et eksakt antall av flyttinger, men mer enn to flyttinger med oppbrudd fra nærmiljø i grunnskolealder kan anses som en tydelig risikofaktor.

Familier med hyppige flyttinger kjennetegnes ofte av en kaotisk livsstil, er ikke tilknyttet ordinært arbeidsliv og med hyppig skifte av samlivspartnere. Det er derfor vanskelig å skille ut hvilke av disse risikofaktorene som er mest skadelige for barna. Imidlertid finner man også økt forekomst av vansker hos barn og unge fra velfungerende familier som ofte flytter, slik som yrkesmilitære, misjonærer og ansatte i diplomatiet/utenrikstjenesten.

## Faktorer knyttet til det øvrige oppvekstmiljøet

### *Andre voksne*

En studie av 12 000 ungdommer viste at å ha en god relasjon til minst én voksen – som forelder, lærer eller mentor – var en svært sentral beskyttelsesfaktor (Resnick et al. 1997). Gode relasjoner i familien er utvilsomt viktig, men studier av personer som kommer seg gjennom strevsomme tider på en god måte og håndterer å leve med risikofaktorer over tid uten å skades sterkt av det, viser at de har til felles å ha minst én god relasjon til et annet menneske ut over familien (Brody et al. 2002, Rosenfeld et al. 1997).

### *Venner*

Vennskap er utvilsomt en av de viktigste sosialiseringsagenter for barn og unge. Å ikke utvikle gjensidige, positive vennskap av vanlig varighet for alderen de første fem leveår er blant de viktigste prediktorer for utvikling av psykiskiatriske lidelser (se Kvello 2006 for en oversikt).

Generelt finner man at sosial aksept blant jevnaldrende virker modererende på konsekvenser av alvorlige stressorer i familien. I tråd med dette finner man at vennskap med jevnaldrende modererer også effekter av foreldres negative oppdragelsesstil (Criss et al. 2002). Tendensen til i høyere grad å søke råd fra jevnaldrende enn hos foreldrene har ikke negative resultater på lang sikt hvis vennene er ordinær ungdom, men er negativ hvis vennene er antisosiale (Fuligni et al. 2001). Både antall og kvalitet i vennskap hos barn predikerer hvor lett de gir andre hjelp, og hvor lett de selv ber om hjelp og lykkes i å få hjelp fra andre (Rose & Asher 2004). Fordi ungdommer primært velger venner med samme grad av risikobakgrunn som seg selv, vil negative vennevalg ikke utløse, men forsterke risikoen for eksempelvis rusmiddelmisbruk, voldelig atferd, skoleskulk og kriminalitet (Capaldi et al. 2001, Patterson et al. 2000).

Relasjoner er relativt typespesifikke. Det betyr at gode vennskapsrelasjoner til jevnaldrende bare delvis kan bøte for dårlige voksen–barn-relasjoner (Flores et al. 2005, Rutter & O'Connor 1999). I tråd med dette finner man at søsken bare delvis kan erstatte venner, og at tettere foreldrekontakt bare delvis kan erstatte mangel på jevnaldrende venner. Årsaken er at det som læres i horisontale relasjoner (jevnaldringsrelasjoner) har et annet innhold og annen form enn det som læres i vertikale relasjoner (voksen–barn). I tråd med dette vil eksempelvis støttekontakter fra ikke til bare delvis kunne erstatte mangel på venner. Det er foreløpig bare avdekket at støttekontakter er nyttig ved funksjonshemninger og ikke ved atferdsvansker, og det er ingen god forskningslitteratur som har avdekket at støttekontakt på sikt bedrer barns og unges evne til å utvikle positive vennskap til jevnaldrende (Durlak 1979, Soldal 2003, Weisz et al. 1995).

Når barn utsettes for sterkt stress, finner man at (aktiv) mestring og sosial aksept blant jevnaldrende er beskyttende faktorer mot internaliserende vansker, og sosial aksept blant jevnaldrende er en beskyttelsesfaktor mot eksternaliserende vansker.

### *Skoletilpasning og skolefaglige prestasjoner*

Barn og unge som har vokst opp i ustabile eller dysfunksjonelle familier, kjennetegnes ofte av lave skolefaglige prestasjoner og atferdsvansker i skolen (Wang & Gordon 1994). Det er tre mål på skoletilpasning: skolefaglige prestasjoner som svarer til evnenivå, en atferdsmessig tilpasning i form av å innordne seg fellesskapets regler og forventninger, samt trivsel.

Dårlige barnehager og skoler kan utvilsomt bidra til at elever utvikler vansker, men de fleste barnehager og skoler fungerer ofte ikke så dårlig at de er hovedårsak til at barna utvikler vansker. Kaotiske barnehager og skoler med dårlig kontakt mellom ansatte og barn og som er lite fleksible, bidrar betydelig til å forsterke barnas vansker (Caprara et al. 2000, Haynes et al. 2003, Malecki & Elliott 2002).

En god relasjon mellom pedagog og elev har vist seg å være en betydelig beskyttelsesfaktor, slik at høyrisikobarn ikke utvikler vansker, reduserer alvorligheten i dem eller håndterer dem bra. Positivt samspill mellom lærer og elev forebygger lave skolefaglige prestasjoner og skoleskulk hos barn fra lavere sosioøkonomiske grupper (Esposito 1999). I en svensk studie har skolestart vist seg som en kritisk faktor for barn som har vokst opp med mangelfull omsorg: Barn som trives og tilpasser seg dårlig i skolen, har betydelig verre prognose enn de som inkluderes godt i skolen (Kerr & Stattin 2000).

Store kulturforskjeller mellom skole og familie er en tydelig risikofaktor fordi barnet lett tvinges til lojalitetsvalg hvor det ene valget innebærer ekskludering av det andre, men hvor barnet ikke kan ekskludere noen av dem, og bruker mye tid i et system det devaluerer (Greenberg et al. 2003, Roosa et al. 2002).

## Bruk av sjekklisten

Sjekkliste 1.3 over risiko- og beskyttelsesfaktorer er forholdsvis komplisert å benytte. Den kan ikke leses vannrett, siden én beskyttelsesfaktor kan virke beskyttende mot flere risikofaktorer. Listen er ikke rangert, og derfor er det ikke slik at de alvorligste risikofaktorene er satt over de mindre alvorlige, og heller ikke slik at de viktigste beskyttelsesfaktorene er satt øverst i kolonnene. Sjekklister med risiko- og beskyttelsesfaktorer gir ikke noen form for vekting av hvor alvorlige risikofaktorene er, eller hvor virksomme beskyttelsesfaktorene er for enkeltindivider. Den vurderingen må foretas av fagpersonen som bruker sjekklisten. Man kan derfor hevde at sjekklisten bare er en oversikt over sentrale faktorer, og at listen ikke har større verdi enn fagkunnskapen til den som bruker den (Duggal et al. 2004). Årsaken til mangel på vekting av de ulike risiko- og beskyttelsesfaktorene er at det ikke er forskningsmessig dekning for å rangere dem fordi de varierer mellom individer, og at kumulativ risiko leder til at risikofaktorer endrer karakter når de opptrer sammen. Det eksisterer foreløpig ingen modell med klar spesifisering av hvilke risikofaktorer som i hvilken alder, hvilket omfang og hvilken form leder til hvilke vansker i ulike faser (McMahon et al. 2003). Trolig er noen beskyttelsesfaktorer mer alders-, kjønns- og kontekstspesifikke enn andre. Sjekklisten kan heller ikke benyttes slik at man adderer antall risikofaktorer i de tre venstre kolonnene og ser dem i forhold til antall beskyttelsesfaktorer sammenlagt fra de tre kolonnene lengst til høyre. Årsaken er at man må gradere omfanget og alvorligheten i de ulike risikofaktorene og styrken i beskyttelsesfaktorene. Beskyttelsesfaktorene må være beskyttende mot risikofaktorene, altså en «match», slik at antallet beskyttelsesfaktorer er langt mindre viktig enn hvilke beskyttelsesfaktorer som er til stede.

Det er flere svakheter knyttet til sjekklistens oppsummering av forskning på risiko- og beskyttelsesfaktorer: Listen består både av ytre, lett observerbare forhold og mer bakenforliggende faktorer. Det gjør listen omfattende og noe uryddig. Likeså er det flere av punktene i den som er tett knyttet til andre, og noen av dem kan ses som å ligge bak andre dimensjoner i listen. Eksempelvis er god oppdragelsesstil hovedårsaken til trygg tilknytningsstil hos barnet.

Majoriteten av studiene som ligger til grunn for sjekklisten, er utenlandske studier – i hovedsak amerikanske, noen engelske og noen få fra andre land. Det er usikkert hvilken overføringsverdi de har for

norske forhold. Årsaken til at få norske studier inngår i sjekklisten, er for det første at de er gjort på få personer over få år, og de kan derved ikke generaliseres til å gjelde for folk flest. Resultatene fra de få, men gode, norske studier gjort på risiko- og beskyttelsesfaktorer rimer imidlertid i høy grad med de amerikanske studiene. Det styrker troen på at denne sjekklisten sterkt basert på amerikanske studier også har tydelig relevans for norske forhold.

**Sjekkliste 1.3. Sentrale risiko- og beskyttelsesfaktorer knyttet til barn, unge og deres oppvekstmiljø**

| Risikofaktorer knyttet til personen | Risikofaktorer knyttet til foreldrene (familien) | Risikofaktorer knyttet til det øvrige oppvekstmiljøet |
|---|---|---|
| • ble født prematurt (meget lav fødselsvekt, har ledet til komplikasjoner eller alvorlige følgetilstander)<br>• hjerneorganiske skader<br>• en vanskelig temperamentsstil (spesielt temperamentsdimensjonene impulsivitet, hyperaktivitet, oppmerksomhets- og konsentrasjonsvansker)<br>• reservert temperamentsstil (eksempelvis sky, aktivt tilbaketrekkende og utrygg)<br>• generell utviklingsforsinkelse<br>• lave intellektuelle evner<br>• en utrygg tilknytningsstil<br>• utsatt for omsorgssvikt, fysiske og/eller seksuelle overgrep<br>• flere alvorlige somatiske sykdommer i førskolealder<br>• Adoptert (sterkt avhengig av historien i forkant av adopsjonen)<br>• Fosterhjemsplassert (todelt risiko: både selve flyttingen, men også årsaken til flyttingen)<br>• vansker med å etablere langvarige, gjensidige og positive vennskap med jevnaldrende<br>• Å flytte fra eller miste nære venner i dødsfall<br>• utsatt for alvorlig og langvarig mobbing<br>• rusmiddelmisbruk | • lang atskillelse fra primær omsorgsgiver i barnets første leveår (omfatter en varighet på én uke eller mer hos de yngste og mest sårbare barna. Gjelder hvis den som forlater det har vært den eneste som har gitt det omsorg)<br>• foreldrene dør eller av annen grunn brått kontaktbrudd mellom forelder og barn<br>• alvorlig somatisk sykdom hos én eller begge foreldre<br>• moderat eller alvorlig grad av psykiske lidelser hos én eller begge foreldre<br>• kroniske, alvorlige familiekonflikter<br>• foreldre som er voldelige mot hverandre<br>• kriminalitet hos foreldrene<br>• rusmiddelmisbruk hos foreldrene<br>• foreldre som selv har vokst opp med omsorgssvikt og mishandling (omkring en tredjedel fortsetter en slik mangelfull omsorg for egne barn)<br>• foreldre som er arbeidsledige eller sporadisk sysselsatte<br>• hyppig boligskifte/flyttinger<br>• samlivsbrudd mellom foreldrene (de primære omsorgspersonene)<br>• primær omsorgsgiver inngår i nytt parforhold (nye familiekonstellasjoner slik som steforelder og stesøsken)<br>• søsken født i barnets to første leveår (gjelder når foreldre har lite energi og dårlige foreldreferdigheter)<br>• familier med uavklart status knyttet til oppholdstillatelse i landet<br>• fire eller flere barn og disse med mindre enn fire års mellomrom (gjelder for foreldre som er alene om omsorgen, eller som har lite energi eller marginale foreldreferdigheter)<br>• tilhører en lite ansett rase/etnisitet i samfunnet<br>• foreldre som framstår som rigide i holdninger, verdier og meninger når det gjelder oppfatning av barns utvikling | • høy grad av sosial deprivasjon i boområdet (spesielt høy arbeidsledighet og sosial nød)<br>• lav integrering av beboerne i nærmiljøet<br>• høy forekomst av vold, kriminalitet og sterk eksponering av rusmidler i nærmiljøet<br>• problemfylte økologiske overganger (overganger mellom ulike mikromiljø)<br>• en barnehage eller en skole preget av svak struktur, høy forekomst av atferdsvansker hos barna, overveiende svak eller negativ kontakt mellom de voksne og barna, uklare standarder for ønsket atferd, uklare konsekvenser av regelbrudd, samt konfliktfylt eller svakt utviklet kontakt mellom foreldrene og de ansatte i barnehage eller skole |

| Beskyttelsesfaktorer knyttet til personen | Beskyttelsesfaktorer knyttet til foreldrene (familien) | Beskyttelsesfaktorer knyttet til det øvrige oppvekstmiljøet |
|---|---|---|
| • førstefødt i familien (gjelder hvis foreldrene har lite energi og marginale foreldreferdigheter)<br>• en lett temperamentsstil<br>• sosial legning<br>• aldersadekvate sensorisk-motoriske ferdigheter<br>• god IQ (inkluderer gode lese- og skriveferdigheter når barnet når barneskolealder)<br>• mye oppmerksomhet fra voksne til barnet (spesielt de to første leveårene)<br>• en trygg tilknytningsstil<br>• aktiv (ikke passiv eller hyperaktiv)<br>• god oppmerksomhet og konsentrasjon<br>• god emosjonsregulering<br>• gode kommunikasjonsferdigheter<br>• har hobbyer og interesser (spesielle talenter som det utvikler og får bekreftelser på)<br>• evne til å planlegge egen livssituasjon (framtidsorientering)<br>• aktiv håndtering av vansker framfor å bli passiv eller trekke seg unna<br>• kan be om bistand og selv hjelpe andre<br>• god selvaksept og føler seg verdt å like/elske<br>• har realistiske vurderinger av seg selv<br>• høy målorientering (setter seg høye og oppnåelige mål som det strekker seg etter)<br>• empatisk/prososial i innstilling og handling<br>• humoristisk sans<br>• selvstendig (selvhjulpen, kontroll over eget liv, men må ikke bære preg av ekstrem selvhjulpenhet som bunner i mangelfull oppfølging fra foreldrene)<br>• gode skolefaglige prestasjoner<br>• tro/overbevisning (religiøs tro eller en følelse av sammenhenger i livet, å se seg selv som en viktig del av en større helhet) | • god kompetanse hos mor<br>• foreldre med trygg tilknytningsstil<br>• foreldre med god egostyrke og god emosjonsregulering<br>• flere omsorgspersoner enn én<br>• foreldre som er i arbeid eller i studier<br>• høyere utdannelse hos foreldrene<br>• foreldre som er integrert i majoritetskulturen i samfunnet<br>• en klar struktur og rimelige regler hjemme<br>• godt søskenforhold, slik at de støtter hverandre (spesielt viktig ved motgang) | • trygt nabolag tilrettelagt for barn og unge<br>• felles grunnleggende verdier i barnets eller den unges sosiale nettverk<br>• støttende besteforeldre eller andre voksne<br>• positive, gjensidige og langvarige vennskapsrelasjoner til minst én jevnaldrende (som er prososial og involvert i skolearbeid)<br>• en inkluderende barnehage/skole preget av stabilitet blant personalet, en varm kontakt mellom ansatte og barna, tydelige forventninger til barnas atferd, klare konsekvenser ved regelbrudd, de ansatte er samstemte/enhetlige, og kontakten mellom barnehage/skole og foreldrene er allsidig og hyppig<br>• ved mange risikofaktorer: å ha tilgang til støttende voksne i det offentlige (ofte lærere, ansatte i hjelpeapparatet) eller nabolaget |

*Oversikten er forfatterens metaanalyse*

De eldste studiene som sjekklisten bygger på, er opp mot 20 år gamle. Det er derved uklart i hvilken grad de passer dagens samfunn. Selv om samfunn er i stadig utvikling, må man anta at mange av de viktige særtrekk ved samfunnet på midten av 1980-tallet også gjelder i dag. Når man sammenligner studier av risiko- og beskyttelsesfaktorer foretatt i ulike tidsperioder, finner man imidlertid en høy likhet i konklusjonene. Det indikerer at studier som er nær et kvart århundre gamle, kan ha relevans og rime med studier som er publisert samme år som denne boken utgis.

Sjekklisten kan være nyttig for planleggere som jobber med barns og unges oppvekstmiljø, slik at man kan vurdere særtrekk og derved prioriteringer av satsingsområder for å forebygge vansker. Den kan være nyttig for ansatte innenfor pedagogiske arenaer ved prioriteringer av innsatsområder når det gjelder forebygging eller å utvikle god kompetanse og å bygge motstandsdyktighet i barn og unge. For ansatte i hjelpeapparatet kan sjekklisten fungere som en hus-

keliste over dimensjoner som bør kartlegges før inntak eller avvisning av saker. Det er eksempelvis vanlig at man i skolehelseteam, barn-i-krise-grupper og lignende får framlagt saker hvor fokus er på risikofaktorer knyttet til individet. Sjekklisten kan bidra til en bred kartlegging av risikofaktorer, men ikke minst skaffe en oversikt over beskyttelsesfaktorer.

Ved tiltak bør man først vurdere å forsterke allerede virksomme beskyttelsesfaktorer, mens strategi nummer to kan være å aktivere «sovende» beskyttelsesfaktorer, og tredje strategi kan være henvisning til hjelpeapparatet for en grundigere utredning og hjelpetiltak.

## Svakheter ved resiliensforskning

Noen forskere finner at man ofte avdekker ulike risikofaktorer om man intervjuer eller om man benytter sjekklister (Lewinshon et al. 2003), mens andre finner at man kommer fram til et nokså identisk bilde av situasjonen uansett hvem av disse to man benytter (Grant & McMahon 2005).

Forskning på resiliens bør bli mer alders-, kjønns- og kontekstspesifikk og avklare sentrale dimensjoner ved kumulativ risiko. Forskning på resiliens er i høy grad basert på måling av fungering på ett gitt tidspunkt. Slike tverrsnittsstudier har en svakhet ved at man må resonnere seg fram til hvilke risikofaktorer som ledet til vansker, og hvilke beskyttelsesfaktorer som var virksomme. Denne gjettingen innebærer en fare for feilkonklusjoner.

En del forskning på resiliens er retrospektiv. Det er studier som baseres på at informantene forsøker å huske fra egen oppvekst. Forskning viser imidlertid at mennesker tenderer mot å huske visse ting, glemme andre, noe huskes korrekt, andre forhold fordreies til det tendensiøse. Det er vanskelig å vite i hvilken grad slike faktorer påvirker forskningsresultatene ved retrospektive studier, og de er derved problematiske å ta høyde for eller å korrigere.

Noen studier følger personer over lang tid (longitudinelle studier). Disse er få i antall. Werner (2005) har gjort en undersøkelse over gode longitudinelle studier av resiliens hos barn og unge i den vestlige verden, og finner 19 studier. Det er med andre ord få gode studier å basere seg på, noe som igjen krever varsomhet i form av konklusjoner.

Forskning på risiko- og beskyttelsesfaktorer er også ofte foretatt i små utvalg og i høyrisiko- og ikke i lavrisikogrupper. Studier av risikofaktorer har vært langt flere enn studier av beskyttelsesfaktorer. Derfor er kunnskapen om førstnevnte langt mer detaljert enn om sistnevnte (Corning 2002, Moradi & Subich 2004, Schat & Kelloway 2003, Smith et al. 2003). Forskning på risiko- og beskyttelsesfaktorer eller resiliens har derfor blitt kritisert for å være en mangel- og svakhetsmodell, mer enn en motstandskraftmodell (Brooks & Goldstein 2001).

Det er foreløpig gjort få studier av tiltak for å styrke barns resiliens eller å bygge motstandskraft i barn. Noen av studiene har gitt nyttige erfaringer å bygge videre ut fra. Noen av tiltakene er utført i Norge, se eksempelvis Waaktaar og Christie (2000).

***Informasjonsboks 1.6. Alvorligheten av risikofaktorer***

- Fireåringer som har fem eller flere risikofaktorer, har en mellom 5,7 til 12,3 ganger forhøyet risiko for å utvikle psykiske lidelser sammenlignet med jevnaldrende med færre risikofaktorer.
- Det er antallet (kvantiteten) av risikofaktorer mer enn typen av de enkelte risikofaktorene som best predikerer om barn og unge vil utvikle vansker eller ikke. Kunnskapen om hvordan samme vanske kan være et resultat av ulike utviklingsforløp («equifinality»), og hvordan samme risikofaktor kan lede til forskjellig resultat («multifinality») er forholdsvis dårlig avdekket.
- Det er barn og unge med vansker på tvers av arenaer framfor isolert til én som har størst risiko for utvikling av vansker. Denne faktoren synes underordnet antallet av risikofaktorer.

*Listen bygger på Diener & Kim 2004, Furstenberg et al. 1999, Hirshfeld-Becker et al. 2003, McMahon et al. 2003, Sameroff et al. 2004.*

# 2 Omsorgskvalitet

Omsorg for barn kan graderes langs et kontinuum fra nær optimal omsorg til omfattende omsorgssvikt og mishandling. Det er lett å skape enighet mellom fagfolk og allmennhet om hva som inngår i ekstrem omsorgssvikt og mishandling. Derimot er det både blant fagfolk og allmennhet tydelig usikkerhet omkring hvor grensen mellom god nok omsorg versus utilstrekkelig omsorg skal trekkes. I dette grenselandet stilles barnevernsfaget overfor vanskelige prøver. Det er avveininger mellom å ha en bred normalitetsoppfatning, slik at man ivaretar toleranse for forskjeller, men ikke blir så normrelativ at man ikke definerer avvik. Faren ved en bred normalitetsforståelse er at man nedtoner en del barns, unges og familiers behov for bistand. En for snever normalitetsforståelse indikerer rigiditet overfor temaene godt versus dårlig, riktig versus galt, vanlig versus uvanlig, sunt versus sykt. Den blir både moraliserende, belærende og indikerer en mangel på kultursensitivitet. Mange omsorgsformer kan være gode nok for mange barn. I dette kapitlet drøftes hvilke kriterier som kan benyttes for å definere om barn og unge har god nok omsorg.

## God nok omsorg

Barnevernsarbeid innebærer vanskelige vurderinger av hva som er god nok omsorg versus omsorgssvikt og mishandling. Begrepet god nok omsorg er avledet fra Winnicotts (1969) begrep *god nok mor* («good enough mother»), som betegnelse på at selv om omsorgen ikke var god, var den tilstrekkelig til at barnet kunne utvikle seg normalt. Barn har ulik sårbarhet og opplever ulik grad av risiko- og beskyttelsesfaktorer. Vurderinger av omsorg for barn må derfor gjøres i forhold til det enkelte barns forutsetninger og behov og ikke kollektivt (Budd et al. 2001). Utredninger i barnevernet blir derved foretatt primært i forhold til barnas behov og forutsetninger, og sekundært hva som er vanlig versus uvanlig, normalt eller unormalt, eller hva som gagner de voksne best, eller å la økonomiske rammer for tjenesten styre fagvurderingene.

***Informasjonsboks 2.1. Seks viktige dimensjoner ved foreldrerollen***

- sosial integrering (hjelpe barnet til å få en tilhørighet i nærmiljøet eller majoritetskulturer)
- sosial støtte
- stimulering
- struktur (skape forutsigbarhet og rytme)
- tilsyn, kontroll
- å gi trygghet, noe som inkluderer å beskytte mot farer og gi en følelse av at man er trygg og vernes

*Listen bygger på Bradley & Corwyn 2006.*

***Informasjonsboks 2.2. Tidsperspektiver i utredning av barneomsorg***

Omsorg for barn dekker en rekke områder og stiller krav til foreldre om et bredt spekter av ferdigheter. Utredninger av barneomsorg må dekke disse områdene – ofte i tre tidsperspektiver:

1 *nåtid* – fordi vurderinger av god nok omsorg og hjelpetiltak i høy grad baseres på situasjonen slik *den er.*
2 *fortid* – fordi forståelse av dagens situasjon må ses i lys av tidligere erfaringer for barnet og familien for øvrig, og fordi situasjonen slik den er ofte bunner i slik *den har vært.*
3 *framtid* – fordi gode vurderinger innebærer predikering, altså slik *det kan bli,* og legger føringer for valg av hjelpetiltak. Det er i nåtid og framtid at endringer kan skapes.

Det er en fare for at teoretisering og forskning innenfor akademia blir en fagutøvelse som vektlegger middelklassens verdier for foreldreskap. Det kan lede til at man ikke ser tilstrekkelig bredspektret på ulike oppvekstforhold for barn, selv om man vet at det kan være betydelige forskjeller mellom ulike oppvekstmiljø som klassifiseres som gode nok. Fortsatt kritiseres utredningsmetoder som benyttes av barnevernet for å være mer knyttet til meget god eller optimal foreldrefungering framfor en kunnskapsutvikling basert på hva som er et minimum for å kunne benevnes som godt nok for det enkelte barn (Budd et al. 2001).

## Definisjoner

Det er ingen universelle definisjoner av omsorgssvikt eller mishandling (Slack et al. 2003). Omsorg for barn kan ikke løsrives fra den tid eller den kultur man lever i eller den etnisitet man tilhører. Definering av omsorgssvikt vil derfor variere i tråd med dette (Ferrari 2002, Korbin 2002). Omsorg for barn kan heller ikke løsrives fra barnas forutsetninger og omsorgsbehov. Omsorgssvikt må derfor ses i forhold til dimensjoner som tid, kultur, etnisitet, barnets forutsetninger og behov.

Selv om fagfolk flest ikke betviler at omsorgssvikt eller mishandling av barn foregår, viser fagdebattene tydelige ulikheter i definisjoner av innholdet i begrepet og derved også hvor man trekker opp demarkasjonslinjen mellom god nok versus ikke god nok omsorg. Forsøkene på å definere god nok omsorg for barn har ført til diskusjoner som viser at det ligger et stykke fram i tid, og at det er en betydelig arbeidsinnsats som gjenstår før man kan komme til en noenlunde konsensus om begrepsinnholdet.

Barnevernsarbeid forutsetter at befolkningen har tillit til tjenesten. Det ligger en betydelig utfordring i å håndheve faglig satte terskler for god nok versus ikke god nok omsorg når dette avviker betydelig fra allmennhetens oppfatning. Forskning i USA viser at det er en bred enighet mellom folk flest og fagfolk om hva som er seksuelt misbruk i form av samleie, berøring og grov forsømmelse/omsorgssvikt, foreldreatferd som tydelig fornedrer barnet, fysisk avstraffelse som å gi ris eller slå med knyttneve i ansiktet, og dårlig ernæring. Informantene hadde ikke bare høy enighet i grensene for definering av atferden, men tok også avstand fra disse handlingene. Det var imidlertid bare moderat enighet mellom alminnelige mennesker om at det er omsorgssvikt å la barn se foreldrene ha samleie, se foreldrene være voldelige mot hverandre, true barnet, forlate barnet, riste barnet, forlate barnet alene i bil, isolere barnet fra andre mennesker unntatt foreldrene, ikke gi tilstrekkelig medisinsk behandling eller tannhelse, gi lite varme og bekreftelse, la barnet oppleve at foreldrene misbruker rusmidler, fortelle barnet at det påfører foreldrene smerte, slå barnet med åpen hånd i ansiktet, samt la barnet være dårlig kledd ut fra vær og føre. Det var lav grad av enighet mellom informantene om det å ikke følge opp barnets skolearbeid, gå inn på tenåringers rom når man vet at de er nakne, forvente at unge barn utøver omsorg overfor foreldrene, la tenåringsbarn se forelder av motsatt kjønn naken, at barn over elleve år sover sammen med foreldrene og å rise barnet med hånd som omsorgs-

svikt eller mishandling (Bensley et al. 2004). Denne oversikten viser at det er meget betydelige forskjeller mellom hva allmennheten godtar og de standarder barnevernsfaget setter. Listen for hva som er godt nok settes lavt. Amerikanske forhold kan ikke overføres direkte til å gjelde norske, men ikke bare er den amerikanske og norske kulturen individualistisk framfor kollektivistisk, men Norge har nære bånd til USA og er i betydelig grad influert av denne kulturen. Det er derfor interessant å reflektere over i hvilken grad disse resultatene også gjelder for norske forhold, og hvilke konsekvenser det har for barnevernet som både skal styres av folkeviljen (politikere), og som er avhengig av allmennhetens tillit for å utøve det faget det er satt til ut fra lov om barneverntjenester (1992).

Det synes å være større vansker med å avklare omsorgssvikt- enn mishandlingsbegrepet (Melton et al. 1997). De fleste definisjoner av mishandling handler om at barn og unge er påført skade eller er i tydelig fare for å bli det. Det omfatter å slå, sparke, kaste, bite, brenne, skolde, kvele, drukne, forgifte osv. (Emery & Laumann-Billings 2002, Myers & Stern 2002). Definisjoner av omsorgssvikt omfatter betydelige forsømmelser i ivaretagelsen av grunnleggende behov hos barn og unge på områder som å gi ernæring, kle for situasjonen, beskytte mot farer, gi oppmerksomhet, stimulering og bekreftelse og utvikle nødvendige ferdigheter og selvstendighet. Emosjonelt misbruk omfatter hard straffing for mindre forseelser, kritisering, latterliggjøring, ydmyking, truing, avvisning, ekskludering fra fellesskapet, og det å involvere barnet i prostitusjon og kriminalitet (Dubowitz & Black 2002, Ericksson & Egeland 2002).

Begrepsdefinisjonene for omsorgssvikt og mishandling tilpasses ulike kulturer. Tverrkulturelle sammenligninger innebærer derved at samme betegnelse omfatter ulike vansker knyttet til omsorgen og

***Informasjonsboks 2.3. Elleve kategorier av omsorgssvikt og mishandling***

- *emosjonell mishandling*: for eksempel emosjonelle eller fysiske overgrep som kan lede til emosjonelle vansker hos barnet.
- *fysisk omsorgssvikt*: for eksempel å ikke gi barnet tilstrekkelig med mat eller hensiktsmessig påkledning, eller å ivareta et tilstrekkelig hygienisk nivå.
- *medisinsk omsorgssvikt*: for eksempel å ikke gi barnet somatisk, psykiatrisk eller tannhelsemessig hjelp for å forebygge eller behandle vansker.
- *seksuelle overgrep*: definert som upassende seksuell kontakt som kan skade barnet. I mest alvorlig form inkluderer det vaginal, oral og anal stimulering og inntregning.
- *seksuell utnyttelse*: for eksempel å utnytte barnet seksuelt ved å spille inn pornografiske filmer og å lede eller tvinge til prostitusjon.
- *uetisk veiledning av barnet*: innebærer å lede barnet til antisosiale handlinger.
- *utdanningsmessig omsorgssvikt*: å holde barnet tilbake fra eller tillate eller godta at barnet ikke går i grunnskolen.
- *utviklingsmessig omsorgssvikt*: definert som mangelfull emosjonell omsorg, kognitiv eller fysisk stimulering som kan lede til utviklingsmessige vansker hos barnet.
- *mangelfullt tilsyn*: å forlate barnet uten tilsyn eller med kvalitativt og/eller kvantitativt dårlig tilsyn.
- *fysisk mishandling*: å utsette for fysiske overgrep som eksempelvis å slå, sparke, bite, kaste og brenne barn.
- *mangelfull sikring*: å utsette for fysiske farer, slik som å forlate små barn alene, å la barn være på steder med betydelig fare for å påføres skader.

*Oversikten bygger på Besharov 1990.*

med ulik prognose for barna og effekter av hjelpetiltak. En studie gjort i stater som Latvia, Litauen, Makedonia og Moldova som har en likhet med hverandre i form av totalitær styreform, viser at det også er betydelige forskjeller mellom disse landene når det gjelder definisjon av begrepet omsorgssvikt og mishandling. Likeså er det tydelige forskjeller mellom disse landene i hvilken grad slike opplysninger registreres og kan gjenfinnes i statistikker (Sebre et al. 2004). Slike forskjeller må antas å være enda mer betydelige i land med ulike styreformer og med store kulturelle forskjeller.

***Informasjonsboks 2.4. Fem grader av omsorgssvikt***

- *alvorlig*: periodevis tilbakeholdelse av varme/kjærlighet. Barnet veier nær det normale og denne noe lave vekten har ikke ført til organiske skader. Barnet er noe forsinket i utvikling og ofte skittent.
- *moderat alvorlig*: hyppig tilbakeholdelse av varme/kjærlighet. Det er ikke-organiske årsaker til at barnet ikke legger på seg og utvikles, dårlig hygiene og foreldrene har dårlige omsorgsferdigheter og egne betydelige problemer.
- *meget alvorlig*: emosjonell fraværenhet fra barnet. Det er ofte forlatt alene. Det er ikke-organiske årsaker til at barnet ikke legger på seg og utvikler seg sakte. Barnet har utslett og sår på kroppen, og foreldrene har psykiske lidelser.
- *livstruende*: forholdsvis konstant mental fraværenhet. Barnet er ofte forlatt alene. Det er ikke-organiske årsaker til at barnet ikke legger på seg eller utvikles. Det er ofte sykt og har mange infeksjoner grunnet dårlig hygiene.

*Oversikten bygger på Browne 2002.*

Man har nordiske data som ligner de gjengitte for kommunistiske land. Utveksling av den nordiske velferdsmodellen er basert på betydelig erfaringsutveksling mellom landene. Sammenligninger i vurdering av omsorgssvikt- og mishandlingssaker viste imidlertid tydelige forskjeller mellom saksbehandlere i Danmark, Norge og på Island. Det var også tydelige forskjeller mellom barnevernskontorene i Norge i vurdering av barnevernssaker (Grinde 2003, 2006).

Det synes å være lettere med alvorlig inngripen i saker hvor det er avdekket tydelige risikofaktorer som rusmiddelmisbruk eller alvorlige psykiske lidelser hos foreldrene enn mange mer moderate risikofaktorer, men som i sum utgjør en alvorlig trussel mot barnas utvikling (Backe-Hansen 2001, Grinde 2006). Dette kan både tolkes som mangelfull kunnskap om betydningen av kumulativ risiko, eller at man føler seg trygg på å ha bevis som holder ved en prøvelse for nemnd eller rettsinstansene.

Graderingene vist i informasjonsboksene 2.4 viser tydelig kulturelle forskjeller. Dette er amerikanske standarder som tydelig avviker fra standarder satt i mange vesteuropeiske land – spesielt skiller beskrevne gradering seg fra skandinaviske definisjoner. Toleransen for hva man mener barn skal tåle, er med andre ord lavere i Norge enn gjengitte amerikanske standard. Dette illustrerer at grenser for hva som er god nok omsorg er knyttet til både en tidsdimensjon i tillegg til kulturers generelle standard for barns oppvekstmiljø. Definisjoner av ikke god nok omsorg vil derfor gjelde for et mindretall av barn. Derfor vil graderinger endres over tid. Informasjonsboks 2.4 skiller ikke på alder. Både alvorlighetsgrad og konsekvenser avhenger av barnets forutsetninger og behov. Begge disse er alderspesifikke.

Selv om det er en bred enighet om at man kan skille mellom omsorgssvikt og mishandling som to ulike fenomener, opptrer de ofte parallelt, slik at dis-

se to samspillformene flyter over i hverandre og skillene snarere blir uklare framfor skarpe (Dong et al. 2004, Hart et al. 2002a, Kalichman 2000, Stevens et al. 2005). Det synes som om graden av omsorgssvikt eller mishandling er en god indikator for at andre former for dårlig barneomsorg også forekommer: Jo høyere foreldre skårer på mishandling, desto større er risikoen for at de også svikter i omsorgen for barnet og motsatt (Hulme & Agrawal 2004, Schneider et al. 2005). Studier i USA viser at omkring to tredjedeler av mishandlede barn er også utsatt for omsorgssvikt (USDHHS 2003). Faktisk er det mental fjernhet som synes å være eneste form for omsorgssvikt som opptrer alene (Lundén & Broberg 2003). I forskning har det derfor vært vanskelig å skille hvilke konsekvenser mishandling har på barn og unge versus omsorgssvikt, siden disse to ofte opptrer parallelt.

***Informasjonsboks 2.5. Fem grader av emosjonell mishandling***

- *alvorlig*: tidvis verbale angrep, rakke ned på, sverte, gjøre til syndebukk og en noe kaotisk familiesituasjon.
- *moderat alvorlig*: hyppige verbale angrep, rakke ned på, sverting og periodevis avvisning. Barnet opplever periodevis vold i familien og ser foreldrene ruset.
- *meget alvorlig*: hyppig avvisning, periodevis tilbakeholdelse av mat og drikke, isolering og frihetsberøvelse. Barnet er hyppig vitne til vold i familien og ser ofte foreldrene ruse seg.
- *livstruende*: hyppig avvisning, svikter i å gi omsorg, hyppig tilbakeholdelse av mat og drikke, isolering og frihetsberøvelse. Foreldrene terroriserer barnet, og barnet opplever ofte foreldrene psykotiske.

*Oversikten bygger på Browne 2002.*

## Forekomst

Det er stor usikkerhet knyttet til forekomst av omsorgssvikt og mishandling. Slike opplysninger har en tendens til å bli holdt tilbake av foreldre og delvis barna, og definisjonene av omsorgssvikt og mishandling vil til en viss grad prege forekomsten. Det er ingen nyere, større norske studier av forekomst av omsorgssvikt og mishandling. Man må derfor basere seg på utenlandske studier. Undersøkelser i USA fra 2003 indikerer at 12,4 av 1000 barn og unge var utsatt for omsorgssvikt og/eller mishandling (USDHHS 2005). Studier i Storbritannia, Australia og Nord-Amerika indikerer at mellom 1 til 10 per 1000 barn og unge er utsatt for omsorgssvikt.

Omfanget av fysisk mishandling av barn antas å være betydelig (Hildyard & Wolfe 2002). Akkurat som for omsorgssvikt er det vanskelig å skaffe en god oversikt over forekomst av mishandling. Tverrkulturelle studier som inkluderte USA, Canada, Belgia, Nederland, England og Tyskland, ga et sprik i forekomst av fysisk mishandling fra å omfatte 2,9 til 21 per 1000 barn og unge (Gilbert 1997). Noen studier med en vid definisjon av fysisk mishandling stipulerer at mellom 10 til 25 prosent av barn og unge har vært utsatt for fysisk mishandling (Wekerle & Wolf 2003). En avgrensning av begrepet til alvorlig fysisk mishandling indikerer at det rammer omkring 5 til 9 prosent av barn og unge i Europa og USA. Omkring en femtedel av registrerte mishandlingssaker omfattet emosjonell mishandling (Creighton 2004).

Tallene referert til over for både omsorgssvikt og mishandling viser et tydelig sprik og leder til vansker med å konkludere om forekomst for begge omsorgsformer. Det er grader av omsorgssvikt og mishandling. Derfor vil det i forskning som i praktisk barnevernsarbeid være mange skjønnsmessige vurderinger og ikke alltid så åpenbart om det er godt

ungdommer kan tilskrives ungdommenes genetiske egenskaper (O'Connor et al. 1995). Selv om foreldre tilpasser seg karakteristika ved barnet, er det sjelden at foreldre helt skifter oppdragelsesstil alt etter hvilke barn de har kontakt med. Hovedregelen er at når barn er utsatt for omsorgssvikt og mishandling er kjennetegn ved foreldrene en sterkere påvirkningsfaktor enn at barna hadde kjennetegn som utløste uheldig foreldreatferd (Maccoby 2000, O'Connor et al. 2000). Derved er det primært trekk ved foreldrene som predikerer omsorgssvikt og mishandling, framfor trekk ved barna (Farrington et al. 2001, Jaffe et al. 2004a, Sprang et al. 2005).

Voksnes sterke identifisering med hverandre leder imidlertid til at mange er tilbøyelige til å unnskylde omsorgssvikt og mishandling av barn ved å hefte merkelapper som vanskelig og avvikende på barnet, og at foreldre gjør så godt de kan. Ofte er slike uttalelser så allmenngyldige og vage at de ikke rimer med konsekvensene de er ment å både forklare og forsvare. Man kan godt analysere og forklare barns utvikling sirkulært i form av gjensidige påvirkninger, men ansvarliggjøre lineært ved at det er klart de voksne som må ta hovedansvaret for situasjonen. Ansvar må ikke blandes med skyld. Voksne har ansvar for å ordne opp i en rekke forhold de ikke er skyldige i. Det omfatter også mange situasjoner og utfordringer deres barn skaper.

## «Non-Organic Failure to Thrive» (NOFT)

De groveste former for omsorgssvikt overfor små barn leder ofte til utvikling av NOFT, som er et akronym for den engelske betegnelsen: «Non-Organic Failure to Thrive». NOFT kan beskrives som en grov fysisk og emosjonell understimulering av barnet. NOFT er ikke en diagnose i ICD-10, slik at man derfor gir diagnosene: Spisevansker og vanstell (R63.3), eller Spiseforstyrrelse i barndommen (F98.2).

Symptomer på NOFT kan være vekstreduksjon, spiseproblemer (vegrer seg for å ta til seg føde), brekninger, diaré, forsinket psykomotorisk utvikling, barnet når ikke språklige eller kognitive milepæler som forventet ut fra alder, er sosialt og emosjonelt umodent, og viser en utrygg tilknytningsstil. En del av disse barna karakteriseres av dårlig blodsirkulasjon i huden, lite motorisk spontanaktivitet og mangel på pludring og lydproduksjon. Kroppslig har de ofte tynne armer og ben, men stor mage. Hender og føtter er ofte røde, kalde og fuktige, håret er pistrete, matt og fett med et betydelig hårtap, og området rundt øynene er ofte mørkt. Barnet er ofte forkjølet og har stadig infeksjoner. Blikket karakteriseres ofte som stirrende tomt. Barnet virker trist, øynene er tårefylte, det gråter ofte og smiler sjelden. Barnet reagerer gjerne lite når man tar initiativ til kontakt med det (Iwaniec 2004, Smith & Fong 2004). Mangelfull ernæring kan i tillegg til de nevnte fysiske indikasjonene innebære at disse barna er vanskelige å trøste, oftere har voldsom gråt og viser mer irritabilitet ved stress enn jevnaldrende (Freides 2001). Diagnosen NOFT stilles på bakgrunn av symptomer hos barnet og hvordan foreldrene fungerer som omsorgsgivere. Mangelfull høyde- og vektøkning hos barnet bør være så betydelig at det er under tredje til femte prosentil (Kerr et al. 2000, Marino et al. 2001).

Noen av symptomene skissert for NOFT finner man også ved kroniske infeksjoner, cystisk fibrose, metabolske forstyrrelser, hjertefeil, dårlig næringsopptak i tarmen (malabsorpsjon) eller matallergi. Mistanker om NOFT må følges opp av en grundig medisinsk utredning for å utelukke disse tilgrensende vanskene, slik at man sikrer riktig diagnose.

Den grove omsorgssvikten som ligger bak NOFT, antyder at foreldrene må ha alvorlige psykiske vansker eller psykisk utviklingshemning. Studier indikerer at 70 prosent av barna med NOFT har en forelder med en psykisk lidelse (Duniz et al. 1996).

## Omsorgssvikt og mishandling i generasjoner

Foreldre kan komme i vanskelige perioder der de strever med å sikre gode relasjoner til og utviklingsbetingelser for barna. Dette synes mer å være unntak, slik at regelen er at familier som preges av omsorgssvikt og mishandling har disse karakteristika over år, selv om omfang, grad og type av omsorgssvikt og mishandling kan variere på tvers av familiefasene og barnets utviklingsnivå (Dixon et al. 2005a,

Ertem 2000, Locke & Newcomb 2004, Newcomb & Locke 2001).

Omsorgssvikt og mishandling tenderer ikke bare mot å gå over år i familier, men også over generasjoner (Caspi et al. 2002, Crouch et al. 2001).

***Informasjonsboks 2.7. Fem årsaker til transgenerasjonell overføring av omsorgssvikt og mishandling***

Hamilton og Browne (1999) angir fem årsaker til transgenerasjonell overføring av omsorgssvikt og mishandling:

1 Vanlige kjennetegn ved foreldre som svikter i omsorgen og mishandler sine barn er andre vansker, slik som vold mellom dem, rusmiddelmisbruk, lærevansker og psykiske lidelser. Dette er vansker som er forholdsvis stabile, som tenderer mot å gå over generasjoner, og som er nært knyttet til vansker med å skjøtte rollen som forelder.
2 Mange mishandlende og omsorgssviktende foreldre har selv en oppvekst preget av alkoholmisbruk, voldsbruk, mange flyttinger og et liv preget av generell ustabilitet. Slike livsmønstre tenderer mot å gå over generasjoner, slik at oppdragelsen av egne barn har betydelige likhetstrekk med den omsorg man selv fikk som barn. Trolig er overføringen av omsorgssvikt og mishandling mellom generasjoner på 30 prosent, med en innlagt statistisk feilmargin på ± fem prosent (West et al. 2000). Over to tredjedeler makter derved å endre den negative omsorgen de selv fikk til ikke å ramme egne barn.
3 Personer tenderer mot å finne partnere som ligner dem selv på sentrale områder som personlighet, sosial bakgrunn, verdier og holdninger. For eksempel finner man en likhet mellom partnere når det gjelder IQ og antisosial atferd på 30 prosent eller mer. Likhet mellom partnere er også funnet ved at de ofte har samme alvorlighetsgrad i psykiske lidelser og rusmiddelmisbruk. Personer med belastet oppvekst tenderer med andre ord mot å finne samlivspartnere med lignende bakgrunn, som derved forsterker vanskene man allerede hadde før etableringen av parforholdet (Plomin et al. 2001).
4 Mange mishandlende og omsorgssviktende foreldre er sosialt isolerte. Dette bygger både på sentrale kjennetegn ved dem selv, deres bosituasjon og det dårlige renommé mange av dem har. Andre mennesker holder seg derfor på avstand, slik at de forhindres fra å bryte denne sosiale isolasjonen. De relasjoner de lykkes å skape, er ofte med andre med tilsvarende belastningsgrad.
5 Noen barn som utsettes for omsorgssvikt og mishandling karakteriseres av atferdsvansker, lærevansker og dårlig somatisk helse. Dette er delvis genetisk styrte egenskaper som stiller ekstra krav til foreldrenes kreativitet, fleksibilitet og refleksjonsevne knyttet til barneomsorg. Derfor finner man at mange omsorgssviktende foreldre selv har samme vansketype som barna har grunnet både genetiske forhold og samspill, samtidig som de har dårlig utviklede evner og/eller ferdigheter til å håndtere disse behov hos barnet på tilfredsstillende måter.

I tråd med at dårlig barneomsorg ofte går over generasjoner, finner man at mødre som rapporterer å ha hatt foreldre som oppdro dem med harde metoder, selv preges av negative innstillinger til livet, urealistiske forventninger til utviklingen til barnet og en negativ holdning overfor det. Mens mødre som har vært utsatt for fysisk mishandling i oppveksten, tenderer mot å være fiendtlige overfor barnet, er mødre utsatt for seksuelle overgrep i oppveksten ofte hjelpeløse og ettergivende i samspill med det (Daggett et al. 2000).

**Sjekkliste 2.1. Risiko for å videreføre omsorgssvikt og mishandling fra egen oppvekst til egne barn**

- Foreldrene makter ikke å tilgi sine foreldre den dårlige oppveksten og blir derfor uforsont. Det leder lett til at man blir sterkt selvmedlidende, og derfor i høy grad fokuserer på å dekke egne behov og savn framfor å rette fokus mot de barn man har omsorg for.
- Foreldrene er seg ikke bevisste sin egen, dårlige oppvekst og derfor splittet i oppfatningen av den. De blir derved vaklende i oppfatningen av barndommen og ikke handlekraftige i forhold til å beslutte seg for å gjøre endringer.
- Foreldrene har vansker med å se seg selv i lys av sin barndom med den forringede selvinnsikt det indikerer.
- Foreldrene tenker at egen oppvekst ikke har betydning for seg selv som omsorgsperson, og kompenserer derfor lite for de vansker man har.

*Listen bygger på Egeland et al. 1988.*

Det er tydelig mange faktorer som synes å forklare den transgenerasjonelle overføringen av omsorgssvikt og mishandling. Forklaringene omfatter både genetiske og samspillbaserte faktorer. Disse to dimensjonene går under samlebetegnelsen sosial arv. Sosial arv er derved komplekse mønstre som tenderer mot å ha sterk innflytelse på personer. Trolig er det tilknytningsstil som i sterkest grad leder til at omsorgssvikt og mishandling går over generasjoner (Page 1999, Weinfield et al. 2000).

Det er flere tydelige svakheter knyttet til studier av hvordan omsorgssvikt og mishandling tenderer mot å gå over generasjoner. Flere av disse studiene er retrospektive, og det er usikkert i hvilken grad informantene har presise oppfatninger av barndommen grunnet en naturlig glemselskurve. Enkelte forskere finner imidlertid at det generelt er god validitet i retrospektive rapporteringer om omsorgssvikt og mishandling fra egen barndom (Bifulco et al. 1997). Mange av informantene i denne typen studier har utviklet psykiske lidelser. Det er uklart i hvilken grad nåtidige psykiske lidelser preger rapportering om egen barndom (Rutter 2000a). Flere av studiene av hvordan omsorgssvikt og mishandling går over generasjoner, mangler gode kontrollgrupper. Konsekvensene av dette er at man har lite variasjon når det gjelder graderinger av omsorgssvikt og mishandling, og stort sett bare har forsket på grupper hvor det har vært en omfattende eller tydelig omsorgssvikt og mishandling. Flere av studiene man bygger kunnskapen om overføring av omsorgssvikt og mishandling over generasjoner på, er basert på at forskere visste at foreldrene var omsorgssviktende eller mishandlende, og at forskningsdesignen derfor ikke er basert på et tilfeldig (randomisert) valg av informanter med påfølgende problemer med å generalisere funnene.

## Høyrisikoforeldrene

Gruppen foreldre som svikter i omsorgen og mishandler sine barn er heterogen, og det er derfor vanskelig å gi beskrivelser av dem som én gruppe. Omsorgssvikt og mishandling foregår på tvers av sosial klasse, etnisitet, kjønn, aldersgrupper og mange andre karakteristika. Karakteristika ved barnet og oppvekstmiljøet har imidlertid langt mindre forklaringsstyrke for mishandling og omsorgssvikt enn karakteristika ved foreldrene.

**Sjekkliste 2.2. Høyrisikofaktorer for at barn utsettes for omsorgssvikt og mishandling**

- kjennetegn ved barnet
  - barn med utviklingsforsinkelse eller -avvik (inkluderer betydelig prematuritet og lav fødselsvekt)
  - barn med vanskelig temperamentsstil og atferdsvansker
- kjennetegn ved det sosiale nettverket
  - sosialt isolert familie
  - betydelige konflikter i forhold til opprinnelsesfamiliene
  - lav grad av sosial støtte i det sosiale nettverket
- kjennetegn ved familiesituasjonen
  - betydelig eller alvorlig grad av stress over lengre perioder
  - familier preget av omfattende voldsbruk
  - høyt konfliktnivå og svakt utviklede ferdigheter i konflikthåndtering
- kjennetegn ved foreldrene
  - dårlig emosjonsregulering (evne til å styre følelsene)
  - generelt en lav selvaksept, og spesielt lav selvoppfatning knyttet til omsorg for barn
  - mangelfull empati overfor barnet
  - opplever sitt liv som sterkt styrt av ytre forhold, og tar lite ansvar for den mangelfulle omsorg som de gir til barna
  - psykiske lidelser hvor depresjon, psykose og personlighetsforstyrrelser er de som ofte har størst konsekvens for omsorgsevnen (generelt vil høy bruk av umodne forsvarsmekanismer øke risikoen for omsorgssvikt og mishandling)
  - rusmiddelmisbruk
  - ung og umoden
  - urealistiske forventninger til hva man kan forvente av barn på ulike utviklingsnivå eller aldre
  - utrygg tilknytningsstil

*Listen bygger på Berger 2005, Browne 2002, Cicchetti 2004, Emery & Laumann-Billings 2002, Kolko 2002, Wekerle & Wolfe 2003.*

## Konsekvenser

Det er vanskelig å sette to alvorlige oppvekstbetingelser som omsorgssvikt og mishandling opp mot hverandre i et forsøk på å avgjøre hvilken som er mest skadelig for barnas utvikling. Kompleksiteten knyttet til forholdet mellom risiko- og beskyttelsesfaktorer vanskeliggjør utledning av slik kunnskap, i den grad en slik avklaring er interessant. De fleste som har dristet seg til en slik vurdering, konkluderer med at omsorgssvikt og emosjonell mishandling kanskje gjennomgående er mer skadelig for barns og unges utvikling enn fysisk mishandling (Ericksson & Egeland 2002, Higgins & McCabe 2000).

Omsorgssvikt og mishandling forekommer i mange alvorlighetsgrader, variasjoner og kombinasjoner. Det er derfor ofte vanskelig å predikere forholdsvis nøyaktig hvordan barna vil utvikle seg, og om de vil skades dypt og omfattende eller ikke (Hildyard & Wolfe 2002, Slep & Heyman 2001).

Årsaken til at det er vanskelig å beskrive hvilke konsekvenser omsorgssvikt og mishandling av barn gir, er at definisjonene av begrepene omsorgssvikt

og mishandling varierer mellom de ulike studiene, likeså er det et komplekst bilde av risiko- og beskyttelsesfaktorer for hvert barn og for familien samlet, kjennetegn ved barnet og oppvekstmiljøet for øvrig som er vanskelig å favne i forskningsdesignene.

**Sjekkliste 2.3. Karakteristiske oppfatninger og tankestiler hos foreldre som mishandler barna**

- Foreldrene er svake i å registrere og tolke riktig sine barns emosjonelle uttrykk.
- Foreldrene er lite opptatt av og oppmerksomme på barnets atferd og legger lite merke til små endringer som er viktige for å være i forkant av negativ atferd hos barnet, eller å berømme små framskritt i endring av atferd.
- Foreldrene observerer sterkt i forhold til sine sort-hvite («enten–eller») forforståelser av barnets atferd og merker seg lite informasjon som ikke rimer med forforståelsen. Ofte forventer de at barnet er fiendtlig av natur og har vrang vilje. De beskriver ofte barnet som avvikende og usedvanlig krevende. Ofte indikerer dette utrygg tilknytningsstil hos foreldrene.
- Foreldrene rapporterer selv eller man kan observere at foreldrene blir mer stresset av sitt barn (det barnet gjør eller krever) enn det som er vanlig.
- Foreldrenes kunnskap om og holdninger til barneomsorg er svakt utviklet og/eller betydelig avvikende fra det som er gjengs i majoritetskulturen.
- Foreldrenes oppfatninger av barnets atferd er urealistiske og fordreide (mishandlende foreldre er ofte mer negative til barnets atferd og oppfatter det som mer irriterende og krevende enn andre som er sammen med barnet).
- Foreldrenes emosjoner og deres reaksjoner på stress avviker fra det forventede (mishandlende foreldre er ofte harde og inkonsistente i grensesettingen av barn. Foreldrene er impulsive og har dårligere ferdigheter i å styre barnet enn andre foreldre. Mishandlende foreldre håndterer ofte stress med sinne som kan ende med vold).
- Kvaliteten i forelder–barn-relasjonen er dårlig (mishandlende foreldre er ofte pågående, kontrollerende og negative, samt mindre sensitive, responderende og samhandlende med sine barn enn andre foreldre).
- Foreldrene tillegger negative situasjoner å bunne i stabile trekk ved barnet (indre, stabil attribuering).
- Foreldrene har ikke maktet å skape en trygg tilknytningsstil hos barnet (mishandlede barn har ofte utrygg tilknytningsstil til primær omsorgsgiver).

*Listen bygger på Asarnow et al. 2001, Brophy & Dunn 2002, Caspi et al. 2004, Dadds et al. 2002, Dixon et al. 2005b, McCarty & Weisz 2002, McGuigan et al. 2000, Milner 2003, Morris et al. 2001, Smith et al. 2004.*

***Informasjonsboks 2.8. Konsekvensene av omsorgssvikt og mishandling i forhold til fire dimensjoner***

Konsekvensene av omsorgssvikt og mishandling må ses i forhold til fire dimensjoner:

1 Hvor tidlig i barnets liv det startet,
2 alvorligheten i,
3 omfanget av og
4 varigheten av dette omsorgsmønsteret.

*Listen bygger på Éthier et al. 2004.*

I tråd med vansker i definering av omsorgssvikt og mishandling og at det også er grader innenfor disse to omsorgsformene, er det komplisert å forske på effekter av slike oppvekstforhold. For å spå hvordan barnet vil utvikle seg, synes det i dag best å tenke ut fra: «Jo flere former for omsorgssvikt og mishandling barnet opplever i tillegg til alvorlighetsgrad, desto verre prognose» (Rodgers et al. 2004). Det er tydelig at omsorgssvikt som starter i løpet av spedbarnsalder, gir langt verre prognose for barna enn den som starter senere i barnets liv (Hildyard & Wolfe 2002).

Samspillet mellom barn og omsorgspersoner påvirker klart utviklingen av barnets sentralnervesystem og hjerne. Den hjerneorganiske utviklingen er meget omfattende de to første leveår, og kjennetegnes av en høy grad av plastisitet. Barn er i behov av adekvat omsorg og ernæring – spesielt de første tre leveår, for å sikre normal hjerneorganisk og nevrologisk utvikling, og feil- og underernæring kan lede til avvikende hjerneorganisk utvikling (Koplewicz 2002). Hjerneceller og områder som blir lite brukt, slik som ved lite stimulering, påvirker senere funksjonsnivå og utviklingspotensial på disse områdene (Glaser 2000). Slik dårlig utviklet eller skadet sentralnervesystem og hjerne øker risikoen for utvikling av psykiske lidelser (Cicchetti & Walker 2001, Kaufmann & Charney 2001, Teicher et al. 2003). Selv om forskningen ikke har kommet langt, synes man å avdekke i tråd med hypotesene også at ulike tilknytningsstiler innebærer forskjeller i barnas hjerne (Fonagy 2001a). Det styrker også hypotesene om at ulike former for omsorgssvikt og mishandling trolig leder til ulik hjerneorganisk fungering.

Med visse reservasjoner kan man trekke ut noen konsekvenser av omsorgssvikt og mishandling: Generelt har omsorgssviktede barn en utviklingsforsinkelse grunnet dårlig stimulering. Mange viser hele livet gjennom betydelige tilpasningsvansker grunnet mangelfulle sosiale ferdigheter og psykiske lidelser (MacDonald 2001, Kim & Cicchetti 2004, Smith & Fong 2004). Omkring 40 prosent av omsorgssviktede barn utvikler med årene depresjon, og 30 prosent lider på grunn av atferdsforstyrrelse og rusmiddelmisbruk (Moran et al. 2004). På sikt vil en god del barn utsatt for omsorgssvikt og mishandling utvikle personlighetsforstyrrelser (Johnson et al. 2006). Mishandling og omsorgssvikt kan defineres som traumer, og man får derved de karakteristiske reaksjonene knyttet til slike livssituasjoner. Forekomsten av posttraumatisk stresslidelse (PTSD) er uklar, men antatt å være betydelig for barn og unge utsatt for mishandling. Anslag basert på små studier viser at mellom en fjerdedel og halvparten av barn utsatt for fysisk mishandling innfrir diagnosekravene for PTSD (Lansford et al. 2002).

Traumebegrepet er både omfattende og lite avklart. Traume kan avgrenses noe ved å hevde at det inngår som én av faktorene i det mer omfattende begrepet risikofaktorer. Mange personer som har vært utsatt for traumer som krigsopplevelser, trafikkulykker og lignende, diagnostiseres til å ha posttraumatisk stresslidelse (eller PTSD etter det engelske: «Post-Traumatic Stress Disorder») (Ginzburg et al. 2003).

ha vært utsatt for alvorlig stressorer eller traumer (Monroe & Hadjiyannakis 2002), andre finner at 90 prosent av menn og 80 prosent av kvinner som opplever traumer ikke utvikler PTSD (Yehuda 2004). Dette feltet er forholdsvis lite utforsket, og foreløpig synes det som om antall risikofaktorer man eksponeres for, er ett av de viktigste skillene for hvem som utvikler vansker etter alvorlige stressorer eller traumer, men det er åpenbart at det også handler om lengden på traumet, hvor uforberedt man var, personlighetsstruktur og hva som skjer i etterkant. Antallet av traumer påvirker åpenbart risikoen for utvikling av PTSD, ved at flere traumer i betydelig grad øker risikoen for utvikling av lidelsen (Abram et al. 2004, Dube et al. 2003). Traumer forårsaket av mennesker medfører større risiko for negative mentale ettervirkninger enn traumatiske hendelser forårsaket av naturkatastrofer (Atkinson et al. 2001). For å betone at traumer også kan lede til vekst og utvikling, benyttes i engelskspråklig litteratur begrepet «post traumatic growth».

Omkring åtte til tolv prosent av voksne personer i USA innfrir kriteriene for PTSD, dobbelt så ofte hos kvinner som hos menn (Ozer et al. 2003). Lidelsen gjelder ikke bare for voksne, for også barn kan utvikle PTSD ved traumatiske hendelser: Omkring 25 til 60 prosent av barn som overlever katastrofer innfrir kriteriene for PTSD (Yule 2000). Mer spesifikt utvikler omkring tre prosent av barn PTSD etter å ha opplevd en tornado (Stoppelbein & Greening 2000), 90 prosent etter å ha opplevd en orkan (Goenjian et al. 2001), og over 28 prosent av barn i New York etter det al-Qaida-initierte attentatet 11. september 2001 (Hoven et al. 2005). Det er en meget høy andel av personer med diagnosen PTSD som har erfart seksuelle overgrep. Omkring halvparten til 90 prosent av dem som har denne diagnosen har en slik erfaringsbakgrunn (Lipschitz et al. 1999, McLeer et al. 1998). Fysisk vold (Dubner & Motta 1999), fysisk mishandling (Widom 1999) og krigsopplevelser er hyppige årsaker til utvikling av PTSD (de Bellis 2001).

Symptomene knyttet til diagnosen PTSD er mer tilpasset voksne enn barn (Carrion et al. 2002), noe som leder til større usikkerhet av forekomst blant barn enn hos voksne. De mest sentrale trekk ved barn som har PTSD, synes å være: (1) uttrykker nye former for aggresjon, (2) nye frykter – ofte ikke relatert til selve traumet, slik som frykt for mørket, gå på toalettet alene, og (3) forsterket eller gjenoppstått separasjonsangst (Scheeringa & Zeanah 2001, Scheeringa et al. 2003). Barn med symptomer på PTSD nær opp til å innfri diagnosekriteriene har ofte nokså like alvorlige problemer som de som innfrir diagnosekriteriene (Carrion et al. 2002).

Siden mange personer med diagnosen følelsesmessig ustabil personlighetsforstyrrelse har vært utsatt for seksuelle overgrep, mishandling og omsorgssvikt, er det drøftet om diagnosen heller bør være PTSD. Dette har ikke fått bredt gjennomslag, og hvilken av de to diagnosene som settes avhenger av hvilke opplysninger terapeuten vektlegger, og preferanser.

Det er høy forekomst av andre lidelser for personer med PTSD (komorbiditet): Omkring 80 prosent har andre diagnoser, ofte depresjon, generalisert angstlidelse eller rusmiddelmisbruk.

Andre lidelser som barn og unge utsatt for omsorgssvikt og mishandling ofte har, er vansker med å inngå i gjensidige, positive og stabile relasjoner til andre. De sosiale ferdighetene som kreves for utvikling av vennskap, er i høy grad etablert i samspill mellom foreldre og barn og videreutvikles i samspill med jevnaldrende (Kvello 2006). Hos voksne vises disse vanskene i forhold til kolleger på jobb og i parforhold med påfølgende høyt konfliktnivå og ofte relasjons- og samlivsbrudd (Colman & Widom 2004). Forskere mener at hovedårsaken til disse relasjonsvanskene er en utrygg tilknytningsstil som ofte er ett av resultatene av omsorgssvikt og mishandling (Hildyard & Wolfe 2002). Utrygg tilknytningsstil er igjen nært knyttet til dårlig emosjonsregulering. Det er i høy grad samme risikofaktorer som ligger bak utvikling av utrygg tilknytningsstil som for dårlig emosjonsregulering (Shipman et al. 2000). Dårlig emosjonsregulering vises ofte i form av aggressivitet, impulsivitet, mistenksomhet, lite glede, tristhet eller lite uttrykk av følelser og man framstår som passiv eller apatisk (Maughan & Cicchetti 2002, Ystgaard et al. 2004). Dette er også karakteristika for mange med utrygg tilknytningsstil og barn og unge utsatt for omsorgssvikt og mishandling.

Ignoreringen som ligger i omsorgssvikt eller det

konfliktfylte og avvisende samspillet som er til stede ved mishandling, er en sterk risikofaktor for utvikling av lav selvaksept (Kernis et al. 2000). Barn utsatt for omsorgssvikt og mishandling har vansker med å beskrive seg selv på realistiske måter, og deres oppfatninger rimer ofte dårlig med jevnaldrendes og voksnes oppfatninger av dem. Vansker med å danne et realistisk bilde av seg selv gir også konsekvenser i form av vansker med å sette sammen erfaringer til en helhet og utvikle gode forståelser av sammenhenger mellom intensjon, handling og effekt (Maughan & Cicchetti 2002). Vansker med å forstå seg selv gir en svak identitetsfølelse og fremmedfølelse. Det skaper en emosjonell nummenhet og lav selvaksept (Toth et al. 2000). Dette er kombinasjoner som er avdekket til å være sentrale risikofaktorer for selvmord (Kaplan et al. 1999).

Mishandlede barn betrakter generelt sin omverden som aggressiv, straffende, utnyttende og konfliktfylt. De er derfor ofte mistenksomme, avvisende og utnyttende overfor andre (Toth et al. 2000). Det leder til at andre barn ofte trekker seg unna dem, slik at de blir sosialt isolerte og gjerne tyr til andre barn og unge med samme vansker. Omsorgssviktede barn har vansker med å forstå egne og andres følelser. De har større vansker enn mishandlede barn i å skille mellom typer og tolkninger av ansiktsuttrykk (Pollak & Kistler 2002). For eksempel tenderer mishandlede barn i overdreven grad mot å tolke ansiktsuttrykk som sinte, og å reagere sterkt på disse. Mishandlede barn synes spesielt å ha vansker med å gjenkjenne tristhet og avsky (Pollak & Tolley-Schell 2003). Disse vanskene med å gjenkjenne og forstå grunnleggende emosjoner indikerer både vansker med forståelse av seg selv og andre og en forringet utvikling av empati. Det leder igjen til vansker med å skape et smidig samspill med andre, siden feiltolkningene lett leder til upassende responser og derved konflikter og avvisninger med påfølgende skuffelser og frustrasjoner.

Mange omsorgssviktede barn, men også mishandlede, har ulike former for kognitive vansker og er i læringssituasjoner ofte lite entusiastiske, lite utholdende, lite kreative i problemløsning, har vansker med språkforståelse, lav IQ, og generelt en liten interesse for skolefag (Hildyard & Wolfe 2002, Shonk & Cicchetti 2001). Barn utsatt for omsorgssvikt viser ofte en markant økning i IQ etter at de kommer under annen omsorg som fosterhjem og lignende (Rutter 1999). Forklaringene på dette er flere, men sannsynligvis handler det om at barn som kommer til god nok omsorg er mer mentalt nærværende ved at de slipper å ta mye ansvar eller bekymre seg, samt økt stimulering i den nye omsorgsbasen.

Det er selvsagt stressende å vokse opp med omsorgssvikt og mishandling, og mange barn og unge som utsettes for slik omsorg har tydelige hormonelle avvik (Kaufman et al. 2004). Forklaringen er at stress leder til økt produksjon av stresshormoner (glukocortikoider, et adrenalinhormon), og en høy forekomst av disse over lang tid er skadelig for visse hjerneceller og sentra i hjernen – spesielt hippocampus, som er viktig for hukommelsen. Trygt tilknyttede barn har moderat produksjonsøkning av glukocortikoider ved stress, mens utrygt tilknyttede barn har høy produksjon (Glaser 2000). Barn som vokser opp med høy grad av stress, har derfor økt risiko for spesiell hjerneorganisk utvikling med påfølgende dårlig emosjonsregulering (Shonkoff & Phillips 2000). Det er en fare for at de som utsettes for alvorlig stress over lang tid får nedsatt funksjon i det stressmodererende systemet HPA (hypothalamic-pituitary-adrenal). Barn utsatt for omsorgssvikt og mishandling preges av tydelig svekket funksjon i dette systemet med konsekvenser i form av nedsatt evne til å håndtere den høyere forekomsten av stress som de opplever sammenlignet med jevnaldrende (Hart et al. 1996).

Mishandlede barn har ofte generelle vansker med å skille omsorg fra korrigering. Arbeid med barn og unge utsatt for omsorgssvikt og mishandling baseres derfor på at grensesettingen gjøres med nøytrale emosjoner. En del barn med utrygg tilknytningsstil rapporterer at de ønsker å være mer nær sin lærer, men viser samtidig lite positive emosjoner og en generell utrygghet overfor læreren (Lynch og Cicchetti 1992). De framstår derved som ambivalente og kan bli vanskelig å forstå om man ikke kjenner til denne mekanismen hvor de rives mellom intense ønsker om nærhet og å utløse omsorg, og samtidig frykter en slik nærhet og omsorg og derved utløser avvisningsreaksjoner. Relasjonsvansker kan forklare

hvorfor en del omsorgssviktede og mishandlede barn ser mye på TV eller holder på med andre aktiviteter som tillater distanse fra andre, fordi tett emosjonell eller fysisk kontakt med andre lett oppleves som truende.

Voksne som har vært utsatt for omsorgssvikt som barn, har oftere sammenlignet med voksne uten en slik barndom, somatiske komplikasjoner, er ofte syke og har ofte operative inngrep, samt diffuse somatiske plager og kroppslige smerter med uklar årsak og som er vanskelig å diagnostisere (Felitti et al. 2001, Kendall-Tackett 2000).

## Stimulering og språkutvikling

Tradisjonelt har man i barnevernsarbeid i betydelig grad fokusert på sammenhenger mellom mishandling, omsorgssvikt og barns språkutvikling. Kunnskapsnivået har vært sparsomt om sammenhenger mellom foreldres omsorg for barna og sistnevntes språkutvikling. Definisjonen av vansker knyttet til språkutvikling har vært bred og omfattet forsinket språk, lite ordforråd og dårlig uttale. Kunnskap om årsaker til språkvanskene er lett å blande på tvers av type vanske.

Språkvansker er høyfrekvente i førskolealder, og prognosen er for de fleste barn god. Omkring syv prosent av femåringer har spesifikke språkvansker (Johnson 1999, Tomblin et al. 1999). Språk er forholdsvis konkret og lettere å få en oversikt over enn en rekke andre mål på utvikling. Mange foreldre er derfor opptatt av barnas språkutvikling. Ulike oversikter over henvisningsårsaker viser at bekymring for barnets språkutvikling derfor er en av de viktigste årsakene til at foreldre til barn i førskolealder kontakter hjelpeapparatet.

Generelt finner man at det er høy usikkerhetsgrad knyttet til språkvurdering av barn under tre år, men deretter begynner individuelle forskjeller i språkferdigheter å bli nokså stabile (Feldman et al. 2005). To av fem barn som i treårsalderen har milde språkvansker, har innhentet mye av vansken når de er 5,5 år gamle og har ofte normale språkferdigheter ved åtteårsalder (Bishop & Adams 1990). Mange lettere grader av språkvansker vokser en betydelig andel av barna av seg i løpet av få år. Hvis barn fram til fire- til femårsalder har lite språk, er det større sannsynlighet for at de har en språkforstyrrelse framfor språkforsinkelse (Rutter & Mahwood 1991).

Det er et stort overlapp mellom språkvansker og lesevansker (Catts et al. 1999). Spesielt barn med spesifikke språkvansker når de er 5,5 år, har tydelig forhøyet risiko for å ha lese- og skrivevansker ved 8,5-årsalder (Bishop & Adams 1990). De fleste barn med språk-, lese- og skrivevansker greier seg bra, men atferdsvansker er rapportert som en av de hyppigste vansker som opptrer sammen med språkvansker (Fergusson & Lynsky 1997, J. Jensen et al. 1999).

### Foreldres påvirkning av barns språkutvikling

Det har vært foretatt flere studier av sammenhenger mellom mødres språk og deres samtaler med barna og barnas språkutvikling. Mødre som i liten grad støtter barnet i problemløsning, som i liten grad introduserer begreper for eller forklarer hva som skjer i samspillet, men heller utfører oppgaver for det, har ofte barn med dårlig utviklet vokabular (Culp et al. 2000). Mødre som uttrykker mange positive emosjoner i samspillet og som prater mye med barnet, er knyttet til god språkforståelse (reseptivt vokabular) hos barna (Hubbs-Tait et al. 2002, Smith et al. 2000). Foreldre som leser mye for sine barn leder til god språkutvikling hos barnet (Raikes et al. 2006).

Språkstimulering av barn varierer noe med sosial klassetilhørighet: Foreldres sosioøkonomiske status er knyttet til barnas verbale og nonverbale språkutvikling, det vil si dårligst for dem med lav sosioøkonomisk tilhørighet. Det er et konsistent funn på tvers av en rekke studier i flere land at lavere sosioøkonomisk tilhørighet er knyttet til svak språkutvikling og språkvansker hos barna. Det er imidlertid mer usikkerhet knyttet til i hvor sterk grad eksempelvis enkeltstående former for språkstimulering, slik som lesing for barn, påvirker språkutviklingen. Årsaken er at i familier hvor foreldre skårer godt på én form for språkstimulering av barnet, som oftest også skårer godt på andre former for språkstimulering. I forskning er man derfor usikker på i hvilken grad man måler effekter av slike enkelte former for språkstimulering, eller all den øvrige gode språksti-

mulering som ofte også er til stede i disse familiene. Man kan derved hevde at barn flest enten vokser opp med variert og god språkstimulering, eller ensidig og dårlig språkstimulering (Raikes et al. 2006).

Det er sammenhenger mellom foreldres omsorg for barna og deres tilegnelse av språk. I forlengelsen av dette har man avdekket at omsorgssvikt leder til språkvansker hos barnet (Landry et al. 2000, Slack et al. 2003). For at omsorg skal lede til språkvansker, må omsorgssvikten være i grove former, samtidig med at barnet ikke stimuleres språklig i form av barnehagetilbud eller lignende (Cicchetti 2002). På den andre siden er det en rekke gode studier som viser at spesielle miljøbetingelser, som sterk sosial deprivasjon, å ha døvfødte foreldre, å vokse opp i en språkfattig kultur, sjelden alene er en hovedårsak til spesifikke språkvansker (Bishop & Mogford 1988). Konklusjonen synes å være at det kun er ved meget alvorlig omsorgssvikt kan man forvente å finne betydelige, generelle språkvansker hos barna, hvis det ikke foreligger andre risikofaktorer i tillegg til omsorgssvikt. Språkvanskene er da ofte et dårlig utviklet impressivt og ekspressivt språk, og ikke spesifikke språkvansker. Mishandlede barn har derimot ikke så ofte avvikende språkutvikling som omsorgssviktede barn (Allen & Wasserman 1985).

## Språkvansker knyttet til genetikk og psykiske vansker

Mange språkvansker er i høy grad influert av genetikk (Eley et al. 2001). Vanlige vansker hos eller risikofaktorer knyttet til personen som øker faren for utvikling av språkvansker er psykisk utviklingshemning, autisme og kronisk mellomørebetennelse (Bishop 2002). Omkring 80 prosent av barn med spesifikke språkforstyrrelser og 30 prosent av barn med fonologiske vansker har psykiske lidelser (Cohen et al. 2000). Mer spesifisert finner man at cirka 26 prosent av barn med atferdsvansker og 20 prosent av barn med emosjonelle vansker også har språkvansker (Cantwell & Baker 1991). Barn med språkforstyrrelse i førskolealder og som har lesevansker i skolealder, har en høyere risiko for å utvikle atferdsvansker enn barn med språkvansker i førskolealder, men som ikke har lesevansker i skolealder (Tomblin et al. 2000).

Oppsummerende kan man hevde at det er moderat grad av genetisk arvelighet for språkvansker som artikulasjonsvansker, fonologiske vansker, grammatiske vansker samt vansker som angår vokabular og verbal hukommelse. Miljøpåvirkningen synes i hovedsak å være ikke-delt. Disse funnene viser ingen kjønnsforskjeller (Kovas et al. 2005).

***Informasjonsboks 2.9. Fire hypoteser om språkvansker hos barn i barne- og ungdomspsykiatrien***

En betydelig andel av barn i barne- og ungdomspsykiatrien har språkvansker. Fire hypoteser er utmeislet for å forklare denne sammenhengen – og de fire trenger ikke å utelukke hverandre:

1. Det kan skyldes en felles forutgående årsak (eksempelvis forstyrrelse i utviklingen av sentralnervesystemet).
2. Barnets språkvansker kan øke risikoen for avvisning og isolasjon fra jevnaldrende som igjen leder til utvikling av psykiske lidelser.
3. Lærevansker som følge av språkvansken kan lede til skolefaglig og sosial nederlagsfølelse og derved utvikling av psykiske lidelser.
4. Psykopatologi og språkvansker kan være ulike stadier i en konstitusjonelt (medfødt) betinget vanske.

## Tiltak ved omsorgssvikt og mishandling

Tiltak for å bedre omsorgssviktende og mishandlende foreldres samspill med barna er noe av det vanskeligste endringsarbeid som hjelpeapparatet blir stilt overfor. Prognosene er derfor forholdsvis dårlige. Tiltakene må derfor både være omfattende, vare over lengre tid og rettes mot flere systemer parallelt. Hjelpetiltak overfor omsorgssvikt gir ofte dårligere resultat enn tiltak med mishandling (Miller-Perrin & Perrin 2007).

Effektstudier viser at atferdsterapeutiske teknikker satt inn overfor foreldrene og barnet gir de beste resultater. Tiltak må også inkludere tilrettelegging og behandling i barnehage og skole, samt i en del saker også å jobbe med familiens sosiale nettverk (Edgeworth & Carr 2000, Jones 2003). Innholdet i tiltakene vil variere i tråd med problemtypen, men ofte inneholder vellykkede tiltak stressredusering knyttet til foreldrenes valg og livsstil, økning i sosial støtte fra det sosiale nettverket, og et hovedfokus på å hjelpe foreldrene til et bedre repertoar av foreldreferdigheter for stimulering, omsorg og konflikthåndtering (Geeraert et al. 2004, Guterman 1999, O'Riordan & Carr 2002).

Psykoterapeutisk behandling av foreldre er et for snevert tiltak for å hjelpe barna og foreldrene ut av omsorgssvikt og mishandling. Det er en tydelig lovmessighet at foreldre med betydelig egenproblematikk må ha hjelp til å løse den før de kan fokusere på barnas behov, men det er ingen lovmessighet som tilsier at bedret situasjon for de voksne automatisk leder til bedring i deres foreldreferdigheter. Derfor vil ikke økonomiske tiltak, psykoterapeutisk behandling, flytting til mer egnet bolig, bedret økonomi og avlastning automatisk lede til at foreldrene blir mer adekvate i omsorgen av barna. Dette er ferdigheter som må trenes hvis de er mangelfulle, og bedres ikke som en bieffekt av at foreldrene personlig får en bedret livssituasjon.

**Sjekkliste 2.4. Profittering på tiltak for å redusere eller avslutte omsorgssvikt og mishandling**

- Foreldrene vedstår seg omsorgssvikten eller mishandlingen.
- Foreldrene påtar seg ansvaret for den mishandlingen og omsorgssvikten de har utsatt barnet for.
- Foreldrene gjør ikke barnet i særlig grad ansvarlig for situasjonen som har vært, eller mener at det er barnet som må endre seg for at omsorgssvikten eller mishandlingen skal opphøre.
- Foreldrene ser at det dreier seg om endring av samspillmønstre og ikke enkeltstående hendelser eller detaljer.
- Foreldrene betrakter tiltakene som nyttige og avviser dem ikke ut fra liten tiltro til deres effekt, de ansatte som utfører dem, eller at de ikke er praktisk gjennomførbare.
- Foreldrene makter å se at barnas grunnleggende behov må få mest framtredende plass i tiltaksplanen og ikke deres egne behov.
- Foreldrene benekter ikke forhold som eget rusmiddelmisbruk, egne psykiske lidelser og lignende som bidrar til omsorgssvikten eller mishandlingen.
- Foreldrene har kognitive forutsetninger for å lære seg nye omsorgsferdigheter.
- Foreldrene makter å stå i kravsituasjoner over en lengre periode, forplikte seg til et samarbeid og la andre kontrollere om de gjør framskritt i tiltaksperioden.

*Listen bygger på Cicchetti 2004, Edgeworth & Carr 2000, Emery & Laumann-Billings 2002, Kolko 2002, MacDonald 2001.*

# 3 Diagnostisering og predikering

Det er faglig god etikk å oppdage betydelig risikoutsatte personer og intervenere før de utvikler vansker. Innsats i en tidlig fase av livet, eller en tidlig fase av en lidelse eller vanskelig livssituasjon, benevnes som tidlig intervenering. Det er uklare skillelinjer mellom tidlig intervenering og forebygging.

Barnevernet er et undersøkelses- og tiltaksorgan. Barnevernet beskriver familiers styrker og svakheter samt belyser deres behov for hjelpetiltak. Barnevernet diagnostiserer ikke foreldre eller barn, men jobber tett på etater som baserer seg på en slik medisinsk tradisjon. Ansatte i barnevernet må derved ha grunnleggende kunnskap om de vanligste diagnoser og funksjonen til diagnoser.

En viktig del av barnevernets vurderinger er kausalslutninger, altså om årsak–virkning-forhold. Prinsippene bak slike vurderinger er nær de som ligger bak diagnostisering: Akkurat som diagnoser angir prognose (predikering), skal barnevernet predikere barns og unges utvikling med og uten hjelpetiltak.

Dette kapitlet gir en oversikt over andelen barn og unge med psykososiale vansker, dimensjoneringer av hjelpetjenester og en kort innføring i diagnostisering, predikering og tidlig intervenering.

## Andel barn og unge som har psykososiale vansker

Begrepet psykososiale vansker er en sammenslåing av psykiske og sosiale vansker, også benevnt som sosioemosjonelle vansker. Ofte går disse hånd i hånd, siden betydelige psykiske lidelser lett vil lede til sosiale konsekvenser, og at vansker med å fungere i samspill med andre vil lede til eller forsterke allerede eksisterende psykiske lidelser. Omkring en tredjedel av barn og unge med psykososiale vansker har primært sosiale vansker, like mange har primært emosjonelle vansker og ytterligere en tredjedel kombinerer disse to vansketypene. Psykososiale vansker kan graderes fra lette til alvorlige. Moderate og alvorlige grader av psykososiale vansker innebærer at de ofte faller inn under psykiatriske diagnoser, eller såkalte psykiske lidelser.

Forskning viser at omkring 21 til 23 prosent av barn og unge har psykososiale vansker (Angold et al. under trykking, Angold et al. 2002, Costello et al. 2003, Lavigne et al. 1996). Omkring ti prosent av dem har milde og forbigående vansker, omkring fem til seks prosent har vansker i moderat form, og like mange har alvorlig grad av psykososiale vansker. En sammenligning på tvers av kulturer viser omtrent samme forekomst av psykososiale vansker i vestlige land, Norge inkludert. Forekomststudier av psykososiale vansker blant barn og unge gjort på 1980- og 1990-tallet kritiseres for å ha stipulert en for høy forekomst av dem blant barn og unge (Costello et al. 2003). Imidlertid er forekomsttallene på tvers av studier i vestlige land meget like Det øker troverdigheten av dem.

Akkurat som man har estimert forekomsten av det vide begrepet psykososiale vansker, har man også gode mål på forekomsten av psykiske lidelser hos barn og unge. Omkring ti til 13 prosent av barn og unge i USA oppfyller diagnosekriteriene for

minst én psykisk lidelse (Angold et al. 1999b, Chen et al. 2005, U. S. Department of Health and Human Services 1999). Data fra Nasjonalt folkehelseinstitutt angir en noe lavere forekomst enn de siterte amerikanske studiene, og stipulerer at omkring åtte prosent av barn og unge innfrir kriteriene for minst én psykisk lidelse. Det er betydelige kjønnsforskjeller, hvor gutter rammes oftere enn jenter av de aller fleste typer av syndromer og psykiske lidelser (Reinherz et al. 1999).

Tallene gjengitt over viser at nær en fjerdedel av barn i deler eller hele sin oppvekst kan klassifiseres å ha psykososiale vansker. Forekomsten er så omfattende at man nær må hevde at for mellom ti til 13 prosent av barn og unge er psykososiale vansker å anse som en del av normalutviklingen, mens omkring like mange har vansker i et slikt omfang og alvorlighet at det har konsekvenser for deres livskvalitet og utvikling med behov for tiltak fra hjelpeapparatet.

## De små blir oversett

Selv om forekomsten av psykiske lidelser er tilnærmet likt fordelt mellom førskole-, barneskole- og ungdomsalder, gjenspeiles ikke dette i henvisning av barn og unge for profesjonell bistand (Angold et al. 1999b). Førskolebarn er desidert mest underrepresentert i hjelpeapparatet som eksempelvis barne- og ungdomspsykiatrisk enhet i helseforetak (BUP), som mottar henvisninger på kun 0,7 prosent av barn i førskolealder (SINTEF 2004). Det er ikke lett å finne tall for hvor mange førskolebarn det kommunale hjelpeapparatet gir bistand til, men trolig jobbes det mer med førskolebarn der enn i spesialisttjenestene. Årsakene til den lave henvisning til BUP synes å være flere, hvor de viktigste er:

1 Årsaker til utvikling av vansker starter lenge før de første symptomer kommer tydelig til syne. Starten på utviklingen av en psykisk lidelse er derfor ofte nokså umerkelig (Glaser 2000, Sandberg et al. 2001).
2 Mange ansatte i BUP mangler tilstrekkelig kompetanse på spedbarn og vegrer seg samtidig for å vurdere vanskene hos såpass små barn.
3 Symptomer på psykopatologi endres stadig hos små barn i tråd med deres generelle utvikling (Zeanah et al. 1997a).

Spesielt førskolebarn lider av at både foreldre og fagfolk har en tilbøyelighet til å se an situasjonen og ha en sterk tiltro til spontan heling, selv om forskning viser at betydelige psykososiale vansker hos spedbarn tenderer mot å vare i flere år (Mesman & Koot 2001). Rådet er derfor at symptomer best forstås *innen* i stedet for *mellom* barnets utviklingsfaser. Spesielt vanskelig er det å vurdere symptomer opp til treårsalderen fordi mange symptomer barn har på vansker i denne aldersperioden er forbigående, mens andre er tidlige uttrykksformer for senere mer omfattende og alvorlige problemer. Det er ikke lett å skille mellom disse to symptomgruppene (Sameroff & Fiese 2000). I påvente av mer spesifikk kunnskap synes den klokeste strategien å være å vurdere barnas vansker i denne alderen ut fra intensiteten i symptomene, altså høy framfor moderat skår på sjekklister for vansker (Mathiesen & Sanson 2000), for å skille de som er betydelig risikoutsatt for å utvikle psykiatiske lidelser fra de mindre risikoutsatte.

Tydelige symptomer tidlig i livet kan være svake eller visket ut i ungdomsalderen (Nagin & Tremblay 1999). Forskning viser at barn og unge som på ett tidspunkt innfrir diagnosekriteriene for en psykisk lidelse, har tre ganger høyere risiko enn sine jevnaldrende til senere også å innfri kriteriene for en psykisk lidelse – enten den samme eller en annen psykisk lidelse (Costello et al. 2003, Lewinsohn et al. 1999). Går man motsatt vei i resonnementsrekken, finner man at hovedregelen for ungdom og voksne med psykiske lidelser er at majoriteten av dem viste betydelige vansker allerede i førskole- og barneskolealder (Kessler et al. 2005, Kim-Cohen et al. 2003).

Konsekvensen av denne kunnskapen er at helsestasjon og barnehager blir viktige arenaer for å bedre oppdagelsen av risikoutsatte barn med psykiske lidelser for forebygging og tidlig intervenering. Dette er et komplisert fagfelt. Foreløpig er det stor variasjon i effekten av mange forebyggende tiltak, og utplukking av risikobarn preges av mange falske positive kasus (personer som innfrir kriterier på lister

for risikoutsatte, men som ikke utvikler vansker) (Bennett 2000, Bennett et al. 1999).

Fortsatt er det behov for omfattende forskning på psykiske lidelser i førskolealder. Angold og Egger (2004) hevder at forskning på førskolebarns psykiske helse ligger omkring 30 år bak slik forskning på eldre barn og unge. Ved NTNU i Trondheim er det satt i gang en stor studie av førskolebarn for å kartlegge deres psykososiale helse (Wichstrøm, Berg-Nielsen, Kvello, Kårstad & Onsøien med flere). Forskningsstudien går under betegnelsen: Tidlig Trygg i Trondheim (TTiT). Dette er en av de større studier av førskolebarns psykiske helsestatus på verdensbasis. Resultater fra studien vil bli publisert fra omkring år 2009 av.

## Tidlig intervenering

Tidlig intervenering er av stor betydning og bør understrekes fordi mange av de viktigste utviklingsmessige milepæler passeres allerede i løpet av de første fem leveår, slik som hjernens utvikling, nevral utvikling, tilknytningsstil, emosjonsregulering, selvaksept og sosiale ferdigheter (Karr-Morse & Wiley 1997). Tidlig intervensjon i form av oppdagelser av risikoutsatte barn og tiltak satt inn i førskolealder vil redusere antallet ungdom med alvorlige psykiske lidelser.

Ingen større utbredelse av lidelser har vært bekjempet ved behandling alene, men via forebygging. Interessen for forebygging har bølget fram og tilbake i ulike perioder. Statusen knyttet til forebygging er langt lavere enn status knyttet til behandling. Trendsettende profesjoner som leger/psykiatere og psykologer er i sin utdanning i hovedsak trent til behandling og er derfor ofte svake både teoretisk og i praksis på forebygging av vansker (Group for the Advancement of Psychiatry 1999). Vi er nå igjen inne i en periode med et forsterket fokus på forebyggende arbeid og tidlig intervenering (St.meld. nr. 39 (2001–02), St.meld. nr. 40 (2001–02), St.meld. nr. 16 (2006–2007)). Man har i dag forholdsvis nyansert kunnskap om effektiv forebygging overfor mange ulike risikogrupper (Ryan 2005), men det tar tid før den iverksettes innenfor praksisfeltet. Fagfeltet preges fortsatt av tiltak av meget varierende kvalitet hvor mange later til å tro at primærforebygging er effektivt mot alle vansketyper, og at generelle programmer er tilstrekkelige. Fakta er at primærforebygging er virksomt for ressurssterke personer – altså personer flest. For personer med betydelig risiko for å utvikle moderate eller alvorlige vansker hjelper ikke primærforebyggende tiltak. Det krever spesiallagde programmer for de enkelte risikogruppene. Økning i primærforebygging vil derved i fra liten til ingen grad redusere antallet som utgjør målgruppen for sekundær- eller tertiærforebygging, altså barnevernets målgruppe.

## Innbyggernes hjelpeapparat, ikke systemenes

Hjelpeprofesjoner for barn og unge kan ikke alene baseres på at foreldrene oppdager barnas vansker i en tidlig fase. Foreldre oppdager generelt visse vansker, men overser ofte andre typer av problemer hos barna sine. Forsinket taleutvikling er hyppigste vanske foreldre nevner om sine barn (Caupte & Accardo 1996). Foreldre er imidlertid sjelden bekymret for mangelfulle sosiale ferdigheter hos egne barn. Kan hende skyldes det at disse er vanskeligere å vurdere enn det mer konkrete, språklige. Foreldre har derfor ikke alltid det trente blikket for å oppdage en rekke vansker hos sine barn. Ett eksempel som kan tjene som illustrasjon av dette: I omkring 45 prosent av tilfellene som klinikere vurderte som betydelige vansker hos barn i aldersgruppen 30 til 60 måneder, var foreldrene enige. I 55 prosent av tilfellene mente foreldrene at symptomene bare var midlertidige. I bare fire av ti tilfeller som klinikere vurderte som alvorlige, oppsøkte foreldrene hjelp for barnet (Pavuluri et al. 1996).

Det er ikke bare foreldre som ofte avventer for lenge før de søker bistand: Det har lenge vært avdekket at barnehager, skoler og helsestasjonsansatte har en for avventende holdning til barn som strever, fordi de ansatte sjelden har en klinisk utdanning, men utdanninger innen førskole- og allmennpedagogikk, kunnskap om primærforebygging eller er ufaglærte. Avventende holdninger til å melde bekymring blant personale som kommer i kontakt med barn, er ikke spesielt for Norge, men et internasjonalt fenomen, (Gunn et al. 2005). Barnehager og skoler henviser

ikke barn og elever hovedsakelig ut fra grad av belastning i barnet, men den grad av belastning barnet er for systemet. Hvis det kommunale hjelpeapparatet i hovedsak baserer seg på henvisninger og meldinger, har man gjort prioriteringer i å være systemenes hjelpeapparat (barnehage, skole) framfor å være innbyggernes hjelpeapparat.

Å tilføre ansatte i barnehager og skoler kunnskap om symptomer og vansker, behov og rettigheter gir begrenset verdi. Det er ikke lett å formidle mangeårig utdannelse og omfattende praksis i form av enkeltstående kursdager, pamfletter, foldere og lignende. Mange års forsøk på å tilføre ansatte på helsestasjoner og på pedagogiske arenaer slik kunnskap har ikke ledet til tydelig økning i oppdagelsen av risikoutsatte barn og unge (jevnfør de årlige statistikker fra Statistisk sentralbyrå). Det indikerer et større behov for at de som besitter denne kunnskapen når brukerne, enn for å skjerpe blikket til andre som kan oppdage barn, unge og familier som har behov for og krav på hjelpetjenester.

## Dimensjonering av hjelpeapparatet

Den rapporterte pågangen til hjelpeapparatet fra barn og unge synes å ha økt de siste 15 årene. Hvordan kan man tolke den tydelige økningen av henviste barn til hjelpeapparatet? Bokens forfatter mener at årsakene kan oppsummeres i fem forhold: For flere vansker har *debutalderen sunket* de siste år. Det leder til at en del metoder man har benyttet ved slike vansker har mindre eller ingen effekt når brukeren med vansken er blitt yngre. Det har vært en dreining i retning av at barn som har psykososiale vansker har dem i mer *alvorlig grad* og gjerne *flere typer av vansker* parallelt (sammensatte vansker). Det innebærer behov for mer langvarige og mer massive tiltak for at hjelpen blir tilstrekkelig. Flere typer av vansker innebærer ofte hjelpetiltak ut fra ulikt lovverk og etater. Det forutsetter effektivt samarbeid på tvers av etatene. I tråd med informasjon og alminneliggjøring av psykiske lidelser kombinert med større mobilitet i befolkningen og endringer i personers sosiale nettverk med mindre slekts- og stedstilhørighet, har *terskelen for å be om profesjonell hjelp sunket, og nærmiljø og sosialt nettverk har mindre ansvar for å bistå.*

Ved siste milleniumsskifte ble det fra statlig hold antydet at minst fire til syv prosent av barn og unge har psykososiale vansker i et omfang som tilsier behov for tiltak fra hjelpeapparatet (Sosial- og helsedepartementet 2000). Ut fra dagens kunnskap om at forekomsten av psykososiale vansker hos barn og unge har økt, synes det mer riktig å anslå at mellom ti til tolv prosent av barn og unge har psykososiale vansker i et slikt omfang at de trenger profesjonell bistand.

Psykisk helsearbeid for barn og unge er diffust forankret i kommunenes organisasjon (Myrvold 2004), uoversiktlig og med uklare samarbeidsstrukturer (Andersson et al. 2005). Det oppleves av foreldre ofte som vanskelig å finne fram i systemet av hjelpetjenester, og det blir ofte foreldrene som sørger for å binde sammen de ulike delene av hjelpeapparatet ved å gjenta og viderebringe informasjon (Sandbæk 2002, Aamodt 2005). Eksemplene er mange på at ulike deler av hjelpeapparatet jobber med samme familie parallelt uten å vite om hverandre eller koordinere seg, eller at de endog motarbeider hverandre ut fra ulik teoretiske preferanser, ulike arbeidsformer og tiltak samt profesjonskamper og etatskonkurranse (Innst. S. nr. 121 (2002–03)).

Taushetsplikten er ikke et hinder for tverrfaglig og tverretatlig samarbeid (BFD 2005a), men benyttes fortsatt som unnskyldning for å ikke utveksle viktig informasjon og skape et godt samarbeid.

To av de største utfordringene i hjelpeapparatet er lang ventetid ved henvisning og manglende koordinering, slik at man får vansker med å sette inn massive tiltak parallelt (Kvello & Wendelborg 2003). Brukeren mister viktig tid fordi ansatte i hjelpeapparatet avventer tilbud fra andre etater før de kan levere egne tjenester til brukerne (St.meld. nr. 34 (1996–97)).

Brukerens opplevde behov kan stemme dårlig med fagpersonenes, og lede til misnøye og konflikter (Sverdrup et al. 2005). Brukerundersøkelser viser nettopp at en del av de ansatte på pedagogiske arenaer og i hjelpeapparatet er lite handlekraftige, har mangelfull kunnskap og personlige preferanser som står i strid med brukerens og som leder til maktspill.

## Diagnostisering

Det er ulike ferdigheter som kreves for å være terapeut og yte kompenserende og helende bistand, kontra det å utrede personer/situasjoner. Mens rådgivning og terapi er å legge til rette for endringsprosesser, baseres utredninger på evnen til å gjøre vurderinger av nåværende situasjon, finne årsaker og antyde prognose. Barnevernet skal både utrede saker og sette inn egnede hjelpetiltak. De medisinske institusjonene barnevernet samarbeider med, benytter utredninger og diagnostiseringer som blir et grunnlag for barnevernets vurderinger. Selv om barnevernet ikke diagnostiserer, er det klare paralleller mellom utredningene til de medisinske institusjonene og saksutredningene de barnevernsansatte foretar på grunnlag av bekymringsmeldinger fordi begge forsøker å beskrive situasjoner, årsakssammenhenger og egnede tiltak.

Det er to diagnosesystemer: ICD-10 og DSM-IV. ICD-10 (International Classification of Diseases) er utarbeidet av Verdens helseorganisasjon (WHO). DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) er det amerikanske diagnosesystemet, utviklet av psykiaterforeningen i USA (The American Psychiatric Association). Hovedskillet mellom de to systemene er at det europeiske har mer runde formuleringer og er sterkere fokusert på personens indre dynamikk i diagnosebeskrivelsene, mens DSM i sterk grad baseres på mer detaljerte ytre, observerbare tegn, altså atferd.

ICD-10 er det offisielle diagnosesystemet i Norge. Siden DSM-IV gir mer detaljerte beskrivelser av de ulike diagnosene benytter fagpersoner også det amerikanske diagnosesystemet i Norge – spesielt i forskning.

For å beskrive en persons fungering kreves kartlegging/vurdering på flere områder. Disse områdene samles i såkalte akser. Det er seks akser i ICD-10 (mot fem i DSM-IV).

***Informasjonsboks 3.1. De seks klassifikasjonsaksene i ICD-10***

I Klinisk syndrom
II Spesifikke utviklingsforstyrrelser
III Intelligensnivå
IV Kroppslige sykdommer
V Avvikende psykososiale forhold
VI Funksjonsnivå, helhetlig vurdert

Diagnoser baseres på et visst antall (1) *inklusjonskriterier* som må oppfylles før diagnosen kan stilles. Diagnoser er formulert slik at de overlapper med flere andre. Det er et skille mellom å tenke seg diagnoser som *kategoriske* (enten har man lidelsen, eller så har man den ikke), i forhold til å betrakte diagnoser som *dimensjonale* (det vil si at man kan ha trekk som er forenlige med vansken, men ikke innfrir diagnosekravene). I dag anser flere fagfolk diagnoser som dimensjonale heller enn som kategoriske (Thomas & Guskin 2001). Hvis diagnoser bygges på *monotetiske kriterier*, innebærer det at individet skal innfri alle kriteriene for å få diagnosen. Hvis diagnoser bygges på *polytetiske kriterier*, nevnes flere kriterier, og det angis hvor mange av disse som må være innfridd for å stille diagnosen. Polytetiske kriterier gjør det mulig å fange variasjonene i en lidelse, men øker også sjansene for at hvis man innfrir kravene til én diagnose, så gjør man det også i forhold til andre, såkalt komorbiditet. Diagnosemanualer består også av (2) *eksklusjonskriterier*, og hvis disse foreligger, skal ikke diagnosen settes. (3) I diagnosemanualer gis for hver lidelse også *differensialdiagnoser*, det vil si nærliggende diagnoser. Differensialdiagnoser bør sjekkes før man beslutter hvilken som best betegner personens fungering og livssituasjon.

Fordelen med diagnoser er at de:

## Komorbiditet

Komorbiditet betegner at en person innfrir kriteriene for to eller flere diagnoser. Komorbiditet er vanlig, siden diagnoser er laget slik at de delvis overlapper. Komorbiditet oppstår også som et resultat av at enkelte psykiske vansker er tidlige forløpere til andre, eksempelvis slik som generalisert angstlidelse er forløper for senere depresjon (Silberg et al. 2001a), og moderate atferdsvansker er forløper for alvorlige atferdsvansker (Eaves et al. 2000).

Behandlingsresultater er ofte dårligere når en person har flere lidelser, sammenlignet med behandlingseffekten for hver av disse lidelsene når de opptrer separat (Rhode et al. 2001). Komorbiditet indikerer derfor ofte lengre behandlingstid (King et al. 2000). På side 56 ble det skissert at dagens barn og unge jevnt over har mer alvorlige lidelser og mer sammensatte lidelser enn bare tiår tilbake. Det forklarer noe av det rapporterte økte trykket på hjelpeapparatet av personer som ber om bistand.

## Predikering

Predikering handler om å forutsi utvikling. Predikering er derfor viktig i alle vurderinger av behov og tiltak fordi de må baseres på avveininger av hva som vil skje på sikt. Predikeringer kan defineres som kvalifiserte antagelser om hva som vil skje. Treffsikkerheten ved predikering er selvsagt lavere enn ved vurdering av nåsituasjonen. Det skyldes at framtiden alltid innebærer mange usikkerhetsmomenter, altså x-faktorer. Jo lengre fram i tid man skal predikere, desto flere x-faktorer vil det være, med økt risiko for å predikere feil.

Mange ganger predikerer man bedre ut fra historie enn diagnose. For eksempel vil faren for nye kriminelle handlinger for en person bedre predikeres av vedkommendes historie med lovbrudd enn selve diagnosen, eksempelvis psykisk utviklingshemning, dyssosial personlighetsforstyrrelse eller atferdsforstyrrelse. Selv om historien gir viktig informasjon om personers tilbøyeligheter, påvirkes menneskers atferd i høy grad av settinger. Derfor predikeres ikke alltid personers atferd best ut fra kunnskap om vedkommendes personlighet. I valg mellom kunnskap om situasjon eller personlighet for å predikere menneskers atferd, synes man jevnt over å treffe best med kunnskap om situasjonen hvor atferden skal utøves, enn ut fra kunnskap om vedkommendes personlighet. Grunnen er at mennesker tenderer mot å reagere forholdsvis likt på tvers av en rekke situasjoner. Selvsagt predikerer man aller best med kunnskap om både situasjonen og personligheten (Merry & Harsent 2000).

Regler for predikering er: Jo yngre barn er, desto mer forsiktig med predikering, og jo lengre fram i tid man skal predikere, desto større varsomhet. Det er også ofte for unøyaktig å predikere ut fra enkeltkilder (Frick 1998). Jo færre kilder man baserer prediksjonene på, desto større risiko for å predikere feil. Klinikere påvirkes ofte av egne, individuelle oppfattelser i sine vurderinger (Jensen & Watanabe 1999). Derfor blir prediksjonen best når flere fagpersoner gjør den sammen, slik at de veier opp for hverandres tilbøyeligheter til særegne fokuspunkter og oppfatninger.

Sentrale svakheter ved predikering er at fagpersoner tenderer mot å fokusere på nærvær av risikofaktorer framfor fravær av dem, og mer på risikofaktorer enn beskyttelsesfaktorer. Andre svakheter ved predikering er at man gjerne leter etter fakta som bekrefter ens antagelser, og derved utelukker viktig informasjon som står i motsetning til de antagelser man har (Budd et al. 2002, Sanbonmatsu et al. 1997).

### *Tre former for predikering*

Det er tre hovedgrupper av prediksjoner:

- *Klinisk bedømmelse* er å bygge på primært egen, delvis andres, kliniske erfaring.
- *Aktuarisk analyse* innebærer å benytte statistikk for å predikere, altså statistisk sannsynlighet.
- *Strukturert klinisk vurdering* baseres på en kombinasjon av klinisk bedømmelse og en aktuarisk analyse, for eksempel at klinikerens erfaring avveies i forhold til sjekklister basert på forskning.

Klinisk bedømmelse av eksempelvis fare for å gjenta seksuelle overgrep eller andre kriminelle handlinger, har en treffsikkerhet på cirka 50 prosent (Hanson & Harris 2000). Kan hende har predikering av eksempelvis fare for framtidig voldelighet en periode blitt

noe underkjent og ansett som meget upresise. Nyere studier viser at predikering av framtidig vold både på kort, medium og lang sikt er omtrent like god, det vil si moderat bedre enn tilfeldigheter eller sjansen for å gjette rett (Buchanan & Leese 2001, Mossman 2000). Likevel synes klinisk bedømmelse å være så sterkt influert av praktikeres tilbøyeligheter og preferanser at den har liten troverdighet – selv om mange erfarne klinikere gjerne vil bruke sin pondus, sitt renommé og tittel for gi inntrykk av å framstille nær riktige fakta når de predikerer ut fra sin kliniske erfaring.

Aktuarisk analyse gir bedre prediksjoner enn klinisk bedømmelse, men feilkildene er mange når man skal overføre forskningsfunn basert på mange individer i ulike kulturer til å gjelde den enkelte bruker i den kulturen vedkommende lever i. Selv om aktuarisk analyse er mer presis ved predikering av vold enn klinisk bedømmelse (Harris et al. 2002, Monahan et al. 2001), er det rimelig å hevde at både aktuarisk analyse og klinisk bedømmelse er for upresise til at man kan konkludere særlig på grunnlag av dem (Litwack 2001).

Kombinasjonen av aktuarisk analyse og klinisk bedømmelse, altså strukturert klinisk vurdering, er i dag ansett som den mest presise predikeringsformen (Douglas & Kropp 2002, Hanson & Thornton 2000, Kropp et al. 2002). Denne predikeringsformen skiller en fagperson fra en ikke-faglært, den dyktige fra den mindre dyktige. Sjekklistene fungerer da som rettesnorer for hvilke faktorer som er vesentlig å vurdere, og den kliniske erfaringen benyttes til å vurdere momentene i sjekklisten i forhold til personen man skal predikere for. Sjekklister kan derved ikke erstatte fagpersoner, og det er ikke alltid skårsummen i forhold til sjekklister som er mest interessant, men en vurdering av hvordan disse momentene er i forhold til den personen man skal predikere for og hjelpe.

Strukturert klinisk vurdering binder forskning og praksisfelt sammen, og er et godt eksempel på hvordan disse to feltene utfyller hverandre. I denne boken presenteres en rekke sjekklister som er ment å danne utgangspunktet for strukturerte kliniske vurderinger. De er ment å hjelpe praktikere til å fokusere på de mest relevante faktorene og til å strukturere vurderingene. Sjekklistene er i seg selv nokså meningstomme og krever at det er praktikere med god faglig ballast som benytter dem. Sjekklistene er ikke bygget opp omkring kritiske verdier og gir ingen vekting av risiko eller fravær av dette, slik at det er klinikeren som må foreta vektingen og konkluderingen.

En svakhet ved evalueringsstudier av predikeringsmetoder er at de tre predikeringsformene ikke er brukt i samme sak. Kunnskapen er derfor basert på flere studier for hver av predikeringsformene (Litwack 2001), og ikke en sammenligning av dem.

## Sensitivitet og spesifisitet

God predikering handler om man har kriterier å gå ut fra som både er sensitive og spesifikke: Sensitivitet er at kriteriene fanger opp det vesentlige, slik at man unngår en så grov vurdering at man overser viktige dimensjoner. Spesifisitet handler om at man ikke måler uvesentlige dimensjoner for det man skal predikere, altså ikke fokuserer på dimensjoner knyttet til selvhjelpsferdigheter når man skal vurdere omsorgsferdigheter. Troverdigheten til predikeringer avhenger derfor av sensitiviteten og spesifisiteten ved kriteriene man bygger på. Utvikling av fagfeltet handler derfor om å lage sjekklister og forske på klinisk praksis, slik at man sikrer et godt grunnlag for strukturert klinisk vurdering.

Lov om barneverntjenester (1992) baseres på at man skal gripe inn når det er overveiende sannsynlig at barn vil utvikle vansker. Ovenfor er det redegjort for hvor komplisert det er å predikere barns utviklingsløp, for feilkildene er mange og konsekvensene av feil predikering ofte alvorlige. I fylkesnemnda for sosiale saker og i rettsapparatet sitter ofte sakkyndige med det til felles at de er utdannet til og har erfaring fra behandling av psykiske lidelser og lite kunnskap om og erfaring i forebygging, tidlig intervenering og predikering av småbarns utvikling. Felles for mange av de sakkyndige medlemmene i nemnder og rettsapparat er at de til daglig jobber med saker med psykisk syke voksne og flere av pasientene har barn. Det er velkjent at barn av psykisk syke er en høyrisikogruppe for utvikling av betydelige vansker. Det er likevel sjelden at ansatte i voksenpsykiatrien melder bekymring til barnevernet. Det blir derved underlig

at disse fagpersonene skal vurdere kvaliteten på barnevernets arbeid og vurderinger, både fordi de ofte er spesialister på voksne og ikke barn og unge, og at de i sin yrkespraksis har vist stor tålmodighet i å vite om barn som lider overlast uten å foreta seg noe ut fra en sterk lojalitet til sin voksne pasient.

## En skeptisk fylkesnemnd

Barnevernskonsulent Siri hadde forberedt en sak om omsorgsovertagelse og sammen med kommunens advokat skulle hun føre den for fylkesnemnda for sosiale saker. Foruten juristen var nemnda bekledt med to meget godt tilårskomne alminnelige medlemmer med en fortid i lokalpolitikken. Det ene sakkyndige medlemmet var en trivelig og anerkjent psykologspesialist med nær all sin fartstid fra en voksenpsykiatrisk poliklinikk. Han foretok sakkyndige utredninger i barnevernssaker på oppdrag fra både retten og kommunene. Noen ganger satt han som sakkyndig vitne, andre ganger var han sakkyndig medlem i nemnda og retten. Verken han eller nemndslederne virket å oppfatte disse rollene som uforenlige, oppleve det som plagsomt, eller i det hele tatt å sette spørsmålstegn ved praksisen. Han hadde i sin lange praksis ved poliklinikken bare meldt bekymring til barnevernet tre ganger, noe som var dramatisk lavt sett i forhold til hvilke saker han jobbet med til daglig, og den alvorlige risikofaktoren det er for barn å vokse opp med foreldre med psykiske lidelser. Han dekket seg bak å ha oppfordret pasientene sine til selv å kontakte barnevernet.

Det andre sakkyndige medlemmet var en høgskolelektor som hadde gjort en god jobb som barnevernspedagog da hun jobbet klinisk. Det var en god del år tilbake, for etter hovedfag ble det undervisning på høgskole i barnevernsfaget og liten erfaring fra praksisfeltet.

Siri fikk en tøff jobb overfor dette panelet av nemndsmedlemmer når hun skulle gjøre rede for risikoen for skjevutvikling og konklusjonen om at hjelpetiltak ikke ville være tilstrekkelig for å sikre gode nok utviklingsvilkår for barna i saken. Siris argumentasjonsrekker ga lite gjenklang i en nemnd hvor den ene sakkyndige aldri hadde jobbet med tidlig intervensjon eller barn i det hele tatt unntatt som sakkyndig, og den andre satt med erfaring fra en tid da barnevernet både hadde en annen type brukere og tiltaksvalg. De eldre lokalpolitikerne assosierte lett barnevernets framstilling med egne barn, barnebarn og barn de så i nabolaget. Derfor modererte og normaliserte de mye av det som Siri problematiserte. Det var ikke lett for Siri å framlegge de alvorlige risikofaktorene hun hadde avdekket og de symptomene hun hadde observert hos barnet, når helsesøsteren og barnehagens ansatte mente det ikke var grunnlag for bekymring. Både helsesøsteren og avdelingslederen på barnehagen unnlot å gjøre nemnda oppmerksom på at de ikke hadde klinisk utdannelse og ikke jobbet med psykopatologi og derfor ikke var egnet til å foreta slike vurderinger. Ikke ble det stilt særlig mange spørsmål fra de fem i nemnda om hvordan disse vitnene hadde sjekket at foreldrene hadde profittert på de råd som var gitt, og hvordan den påstått gode samarbeidsalliansen mellom helsesøsteren, avdelingslederen og foreldrene hadde kommet barna til gode i form av bedret familiefungering. Siri lot seg skyve ut på sidelinjen og argumentene hennes fikk snarere et preg av synsing, magefølelse og private standarder framført i en agiterende stil, framfor faglig godt begrunnede vurderinger framført i en nyansert form med skissering av alternativer. Ikke langt ute i forhandlingene sluttet flere av nemndsmedlemmene å notere, lente seg tilbake i stolene og la armene i kors. De hadde bestemt seg.

Kasuistikken over viser at det var to verdener som fungerte som lukkede systemer og manglet det som kunne koble dem sammen: Siri med sitt sterke fokus på alvorlige risikofaktorer og symptomer og sin gode kunnskap om tidlig samspill og intervenering, men med vansker i å formulere dem til et mer helhetlig mønster som kunne begripes av en nemnd med variert kompetanse og bakgrunn; den psykologfaglige sakkyndiges kunnskap om behandling av lidelser med fokus på voksne pasienter og med mangel på kunnskap om tidlig intervenering og vern om barns rettigheter (med mindre han hadde rollen som sakkyndig); den barnevernsfaglige sakkyndiges kunnskap fra egen praksisperiode med tyngde på

# 4 Vurderingsgrunnlag

**Barnevernet skal i undersøkelser ved bekymringsmelding sørge for at saken blir tilstrekkelig opplyst til at man kan vurdere alvorligheten i situasjonen, og kartlegge sentrale årsak–virkning-forhold slik at man kan beslutte riktige hjelpetiltak. Informasjonsgrunnlaget må være bredt, og ulike metoder må som oftest benyttes for å innfri disse kravene til utredning. I dette kapitlet drøftes observasjon og innhenting av informasjon via samtale med foreldre og samarbeidspartnere.**

## Observasjon som metode

Ofte baserer man utredninger på samtaler med foreldrene om hva de legger vekt på i oppdragelsen av barna. Det synes å være lite verdifullt. Å samtale med foreldrene om deres generelle holdninger til og tanker om barneoppdragelse gir dårlig grunnlag for å forstå hvordan samspillet mellom foreldre og barn faktisk er (Grusec & Mammone 1995). Grunnen er at ideer, holdninger, verdier og meninger ikke så lett omsettes til atferd. Ved intervju får man heller informasjon om hvordan personen ønsker å oppfatte seg selv, og hva vedkommende tror intervjueren ønsker av svar eller har som ideal, framfor hva de faktisk gjør. Derfor er det ikke så sterk sammenheng mellom foreldrenes forestillinger om barneoppdragelse og det som faktisk skjer i samspillet. Det rimer med annen forskning som viser at barneoppdragelse ikke er særlig knyttet til bestemte kognitive innstillinger. Innstillinger kommer noen ganger forut for og andre ganger etter handlinger (Goodnow & Collins 1990). Mange ganger handler mennesker for så i ettertid å rettferdiggjøre dem, altså berettige de handlinger som er utført. Utredninger må derfor i høyere grad baseres på observasjoner av hva foreldrene faktisk gjør i samspill med barna, framfor intervju av foreldrene om deres oppdragelsesstil.

Observasjon er verbale eller skriftlige uttrykksformer for den atferd som utfolder seg i en kontekst. Mer konkret handler observasjoner om å beskrive fenomener man betrakter. Observasjon kan formes som fyldige beskrivelser, eksempelvis i form av historier, eller dokumentasjon av hva man har observert via avkryssinger på ferdiglagede skjema. Styrken ved observasjoner er at de gir rom for fyldige beskrivelser. Slik får man fram komplekse dimensjoner framfor kategorier som innebærer et «enten–eller». Fordelene ved bruk av skåringsskjema er at de kan fungere som en god strukturering av observasjoner og sikre at man observerer det essensielle og ikke glemmer viktige momenter. Å bare følge sjekklister slavisk kan imidlertid være en for knapp observasjonsform, siden mye viktig informasjon kan bli utelatt (Roberts 2001).

Observasjon blir som regel også for snevert som eneste metode for informasjonsinnhenting ved saksutredninger. Observasjon er derved én viktig metode i utredninger, men ikke den eneste. Observasjon er vanskelig og krever trening. Troverdigheten til observasjoner er avhengig av at de er riktig utført (D. Goldberg 2000, Streiner & Norman 1998). Observasjoner skal være beskrivende, og tolkninger ut-

føres i etterkant. Fyldige beskrivelser og eksemplifiseringer øker troverdigheten til observasjonene (Page 1999), for gode observasjoner skal kunne vurderes/evalueres av andre og til en viss grad la seg etterprøve.

Observasjon anbefales som metode når man skal undersøke komplekse sosiale interaksjoner (Kerig & Lindahl 2001), slik som vurderinger av barns utvikling og familiesamspill (Dyer 1999). Bokens forfatteren mener at observasjon er barnevernsansattes viktigste redskap, og anser observasjon som hovedmetode for både å bedømme alvorlighetsgrad i saker, hvilke tiltak som bør settes inn og for å vurdere effektene av tiltakene.

Studier på observasjoner av foreldre og barn viser at de karakteristika som avdekkes på ett tidspunkt viser seg å holde over år (Weinfield et al. 2002). Forklaringen er at gode observasjoner fanger grunnleggende mønstre framfor det mer flyktige, overfladiske og utpreget situasjonsspesifikke ved ekstreme situasjoner som forekommer sjelden. Slike sentrale karakteristika er så sterk knyttet til personers personlighet og etablerte samspillrepertoar, at de tenderer mot å vedvare.

Barnevernets ansatte observerer ofte i hjemmet. Observasjon i slike naturlige miljø skiller barnevernet fra en rekke andre hjelpetjenester: I den grad PPT gjør observasjoner, er det ofte i barnehage og skole. Det kan nærme seg barnevernets observasjon i omgivelser med betegnelsen «naturlige miljø», i motsetning til kunstige miljø, som klinikker (terapeuters kontor, leketerapirom og lignende). Selv om det er tale om ulike styrker og svakheter, synes de fleste som har jobbet med observasjon som metode å anbefale at den foretas i naturlige miljø framfor klinikker, kontorer og lignende (Kelly & Barnard 2000, Zelenko 2004). En enkel regel er å forsøke å observere i det miljø man ønsker å vite noe om, eksempelvis familiesamspill i hjemmet framfor på terapeutkontor, observasjon av disiplinproblemer rapportert i barnehagen observeres der framfor i hjemmet, osv.

Observasjon er i betydelig grad basert på klinikeres erfaringer, og konsekvensen av dette er mangelfulle mål på hva som er godt versus for dårlig, normalt versus unormalt og lignende som grunnlag for konklusjoner ut fra observasjonene. I tråd med dette mangler man fortsatt gode atferds-/samhandlings-

## Den viktige smokken

Det var mye som manglet i stellet og omsorgen for fire år gamle Aron og seks år gamle Glenn André. Begge hadde operert ut tennene under narkose fordi de rett og slett hadde råtnet grunnet dårlig tannstell. Foreldrene mente at det handlet om dårlige gener i familien, og begrunnet denne oppfatningen med at flere av slektningene hadde dårlige tenner. Barnevernet, tannlegene og legene mente det handlet om dårlig stell som inkluderte spising av mye søtsaker, og at tannpuss var nær fraværende i familien. Begge barna brukte smokk. Foreldrene hevdet i samtaler med barnevernskonsulenten at det bare var om kvelden for å få dem til å sove, men aldri på dagtid. Foreldrene fortalte mange historier om hvordan de rett etter at barna hadde sovnet, lirket ut smokkene. De fortalte med stor innlevelse for å overbevise om at det var sant. Temaet ble langt viktigere for foreldrene enn det barnevernskonsulenten hadde tenkt seg i de første samtalene. Da hun hadde vært på seks hjemmebesøk, observerte hun at barna ofte gikk omkring med smokk. Hun observerte at når barna ble sutrete, hadde falt og slått seg, eller skulle avledes fra å slåss med hverandre, ga foreldrene dem smokk. Var barnas sinne ekstra ille eller situasjonen skremmende for barna, avledet foreldrene ved å rulle smokkene i honning og sukker. Foreldrene unnskyldte seg og forklarte alt som unntak fra regelen om at barna hadde sovet dårlig, brygget på forkjølelse og lignende. Da barnevernskonsulenten ba foreldrene prøve å ta fra barna smokken, reagerte barna med skriking og trass og med roping og hiving av leker. Det ble et spetakkel verken mor eller far håndterte særlig, og begge var lettet da de kunne gi barna smokkene tilbake. Observasjonene viste at smokk ikke bare ble brukt ved leggetid, og hvordan foreldrene strevde med å stå i situasjoner og å håndtere barnas utageringer. Observasjonene ble nyttige for å starte med konkrete tiltak for å lære foreldrene bedre grensesetting overfor barna.

indikatorer knyttet til dimensjoner som varme, omsorg og respondering i samspill mellom familiemedlemmer. Den enkelte observatør blir derfor stående nokså alene i vurderingen av slike grunnleggende dimensjoner ved barns oppvekstforhold.

**Sjekkliste 4.1. Vurderingsdimensjoner ved samspill mellom foreldre og barn**

- foreldrenes evne til å veilede barnet i kompetanseutviklingen (stillasbygging («scaffolding») for å bistå barnet i dets nærmeste utviklingssone).
- foreldrenes herming (speiling) av barnets atferd for spedbarn, og i tillegg for alle aldersgrupper hvordan de ser på barnet, bekrefter emosjoner, affekt og atferd, samt støtter barnet.
- foreldrenes respons når barnet opponerer.
- foreldrene gir ikke bare barnet en følelse av, men også en reell påvirkning på eget liv.
- grad av tilpasning av foreldrenes responser i forhold til barnets alder og utviklingsnivå.
- grad av ekthet i samspillet mellom forelder og barn.
- intensiteten i, hyppigheten og varigheten av emosjoner, affekter og atferd mellom foreldre og barn.
- kvaliteten på interaksjonen i *ulike* kontekster (for å vurdere hvor situasjonsspesifikke vanskene i samspill er).

*Listen bygger på Clark et al. 2004.*

Observasjoner av familier er alltid nær overveldende når det gjelder informasjonstilfang. Som observatør må man sortere hva man skal ha et skjerpet fokus på, for gode barnevernsfaglige observasjoner skal være fokuserte. Observasjonene skal kartlegge de viktigste dimensjonene ved barns utvikling. Det innebærer ofte en kombinasjon av å bare være til stede hos familien, andre ganger å gi dem oppgaver de skal utføre. Å bare «ta inn det som skjer» blir så tilfeldig at det ofte er lite nyttig som eneste observasjonsform. Slike observasjoner blir ofte for sterkt preget av det foreldrene ønsker å fokusere på, eller særegenheter og preferanser hos observatøren.

## Ulike observasjonsformer

Observasjoner innebærer en strukturering av *hva* man skal observere og *hvordan*. Derfor er det utviklet forskjellige observasjonsformer som minuttobservasjon, intervallobservasjon, løpende protokoll og strukturert observasjon (se Holmberg & Lyster 2002 for en innføring i disse metodene). God observasjon forutsetter at observatøren har god kjennskap til disse observasjonsmetodenes styrker og svakheter og anvendelsesområde for å velge rett observasjonsform.

Observasjoner av personer kan være strukturert (gjøre bestemte handlinger likt for alle som observeres ut fra en manual), eller ustrukturert (la den som observeres i høy grad prege situasjonen). Det anbefales ofte å kombinere disse to i observasjon av barn, og en slik kombinasjonsform benevnes som semistrukturert observasjon (Thomas et al. 1997).

En kan skille mellom tre hovedformer av observasjon i forhold til observatørrollen (Angrosino 2005):

1. deltagende observasjon: hvor man blander seg med dem man observerer, og partene er innforstått med rollene man har,
2. ikke-deltagende observasjon: hvor de som observeres ikke vet at de blir observert eller observatør holder distanse til de observerte, og
3. reaktiv observasjon: hvor det gjerne er kontrollerte settinger og deltagerne vet at de observeres, og kontakt mellom observert og observatør er på sistnevntes initiativ.

Det er ulike fordeler og ulemper knyttet til deltagende versus ikke-deltagende observasjon. Ikke-deltagende observasjon innebærer at man eksempelvis sitter i familiens stue og observerer hvordan familiemedlemmene forholder seg til hverandre, sitter i en krok på kjøkkenet og betrakter middagsspisingen, eller sitter bakerst i skoleklasserommet og betrakter samspillet mellom elevene og elevene i forhold til læreren. Deltagende observasjon er å leke med barna i barnehagen samtidig som man observerer dem, delta i familiens middagsspising mens man observerer, eller undervise en skoleklasse i tillegg til at man observerer dem. Mens styrken ved ikke-deltagende observasjon er at man kan konsentrere seg fullt og helt om observasjonen, er svakheten at man kan virke forstyrrende på de andre fordi man blir et «fremmedelement» og situasjonen kan oppleves som kunstig. Deltagende observasjon har sin styrke i at man kan påvirke situasjonen ved eksempelvis valg av aktiviteter og komme tett på den som observeres. Svakheten er at man kan få vansker med å konsentrere seg tilstrekkelig om observasjonen, og problemer med å vurdere i hvilken grad situasjonen man observerer preges av ens egen deltagelse. Deltagende observasjon kan også gi mer informasjon om den observertes tilpasningsevne ved nye situasjoner eller potensialet hos den observerte under andre betingelser (hvor observatøren ledet an), enn hvordan personen til vanlig fungerer.

Gode observasjoner innebærer ofte å veksle mellom familiens vanlige aktiviteter og å gi dem oppgaver for å se i hvilken grad de makter å organisere seg for å håndtere nye situasjoner. Slike oppgaver kan være å be dem med på en tur i skog og mark, bli med i akebakken eller ut på lekeplassen, samle familien til samtale, dra til et kjøpesenter for å handle og lignende.

## Fars aketur

Barnevernskonsulenten spurte mor og far om hva de drev med i helgene. Mor fortalte at på lørdager dro de til byen for å handle og deretter gikk de på kafé. På søndager likte de å gå turer i skog og mark. Barnevernskonsulenten sa så at han ville komme på hjemmebesøk på søndag og gå tur sammen med dem.

Da han troppet opp på søndagen, virket både mor og far mindre fornøyde. Barnevernskonsulenten insisterte på tur, og foreldrene måtte bøye av. Det tok lang tid for foreldrene å gjøre fire barn og seg selv klare til turen. Ingen visste hvor tøyet var, og lette like mye på soverom og i kommoder som i garasjen. Omsider var de klare. Mor dirigerende, nær amper, og far var tidvis overflødig, tidvis i veien for en mor som var fokusert på å virke handlekraftig og å ha oversikt. Familien var klar for tur etter nær halvannen time med leting og forsøk på organisering. Far hadde ikke godt med klær, men var bedre utrustet enn mor. Hun gikk uten sokker i skoene og i T-skjorte med en tynn jakke utenpå. Det var vinter, seks kuldegrader og vind. Mor sa hun alltid var så varm, og at det derfor bare var godt å gå slik. Det rimte dårlig med at hendene et stykke på veien ble blåfrosne, og at hun hadde brukt en del tid på å lete etter egnet antrekk for seg selv, men måtte gi opp.

På vei til målet gikk familien som en militær kolonne, hvor det var barnevernskonsulenten og eldste datter i familien som sørget for kontakt mellom rodene. Ingen pratet særlig med hverandre, ingen snudde seg for å se om alle var med, og ingen oppmuntret de minste med hva som skulle komme, slik at strabasene skulle virke mer overkommelige. Vel framme i akebakken dukket et nytt dilemma opp for familien: De var syv personer (barnevernskonsulenten inkludert) og bare tre akebrett. Ett hadde styre og meier og var det desidert beste. Det tok far. Ett var et vanlig akebrett med flat bunn og hvor man ville kjenne humpene (for) godt. Det delte to av barna. Mor valgte å se på, likeså barnevernskonsulenten, og de to øvrige barna fikk et akebrett på deling som hadde avrevede håndtak og en diger sprekk i midten av bunnen. Far og de fire barna akte og viste stor glede i bakken, men det var liksom tre team: far, samt to og to av barna. Mor røykte og så andre veier enn der akingen foregikk. Hun var opptatt av hvem som hadde flyttet inn etter familien Mork, og hvorfor familien Häger hadde malt vinduskarmene hvite. Det var påfallende at de to familiene som allerede var i akebakken da familien Støver ankom, plutselig forsvant og ikke ville ha med dem å gjøre.

To av barna ble rimelig frosne fordi de var for dårlig påkledd. Det var barnevernskonsulenten som oppdaget dette og måtte fortelle mor og far at turen måtte avrundes. Mens han ga bort vottene og luen til de forfrosne barna, sa han at alle fikk skli ned bakken to ganger til og så skulle de hjem. Han telte høyt med fingrene i været som støtte for de to minste barna. Han fikk så bekreftet av alle barna at de visste hvor mange ganger to var. Barna rusjet sine to runder og stilte seg opp klar til å vandre hjem, men de måtte vente: Far var ikke ferdig. Han tok hele tre turer ned skilen før han var rede til å bli med. Han smilte bredt og syntes turen hadde vært morsom.

Kasuistikken viser at familien Støver slett ikke hadde turgåing på søndager som sin store interesse. Her var kaoset og mangelen på utstyr indikasjoner gode nok, og det til tross for at de hadde blitt forespeilet at turen skulle gjennomføres en uke i forveien. Dette er ikke det viktigste i observasjoner, men samspillet mellom familiemedlemmene. Samspillet mellom familiemedlemmene avvek tydelig fra ordinære familier i forberedelse, kontakt, deling av emosjoner og opplevelser og lignende. Det var nyttige observasjoner som ble speilet til foreldrene senere – ikke for å konfrontere, men hovedsakelig for å skape arbeidsmål. Observasjonen ga barnevernspedagogen sammen med andre observasjoner mange indikasjoner på mangelfullt familiesamspill og en liste over hvilke konkrete ferdigheter man skulle jobbe med i foreldreveiledningen. Slik var «avsløringen» ikke ment å «ta» foreldrene, men for å sette tiltaksmål. Gode observasjoner er spissede slik at man kan vurdere om barnas omsorg er god nok, predikere og utmeisle mål for og innhold i hjelpetiltakene.

## Fallgruver

Både sanse- og refleksjonsevnen hos observatøren blir satt på prøve ved observasjoner. Observasjoner preges klart av observatørens legning, følelsestilstand, samt fysiske og psykiske fungering (Borge et al. 2001, Porter et al. 2001). Observasjoner preges også av det teoretiske rammeverket som observatøren har sin forankring i (Greenberg 1995). Grunnen er man som observatør ofte ser etter og tolker ut fra de begreper og sammenhenger mellom fenomener som teoriene har vektlagt. Derfor vil det være variasjoner mellom fagfolk i hva som beskrives, vektlegges og hvordan fenomener i observasjonene tolkes.

*Førsteinntrykket* legger lett føringer for hva man senere observerer. Likeså tenderer *sisteinntrykket* å «fargelegge» alt man har observert. Begrepet *haloeffekt* betegner at et generelt positivt inntrykk man har fått, tenderer mot å prege hele observasjonen. Begrepet *oppvurderingstendens* betegner at mennesker som generelt har en meget positiv (og kanskje naiv) oppfatning av andre, tenderer mot å overdimensjonere det positive og nedtone det negative av det observerte. Begrepet *nivelleringstendens* betegner at man utjevner det man har gradert og havner sånn noenlunde «midt på treet». Likeså vil mangel på mål med observasjonen lett gjøre den tilfeldig. Det kan lede til at man forsøker å skape fornuft i det materialet man har skaffet seg, med en betydelig fare for å anta og begynne å dikte der man mangler observasjonsdata i et forsøk på å få observasjonene til å framstå helhetlige. Jo mindre bevisst man er på disse forholdene, desto økt risiko for at man preges av disse svakhetene, og med redusert verdi av observasjonene som resultat.

## Framtoning ved utredning

Relasjon mellom bruker og hjelper varierer med målet for relasjonen, om man utreder, vurderer, kartlegger eller yter bistand til brukere. Ved utredning er en nøytral relasjon mellom utreder og bruker det som anbefales framfor en varm og støttende relasjon (Thompson et al. 1997). Den nøytrale stilen må imidlertid ikke være slik at brukeren føler ubehag, eksempelvis at man «gir så lite av seg selv» at brukeren blir usikker og tilkneppet eller frenetisk pratende. Det er flere årsaker til en anbefaling om en nøytral stil ved utredninger: (1) Først og fremst handler det om en tydelig rolleutførelse, slik at familien hele tiden er klar over at mandatet er en vurdering av familien. (2) Jo sterkere man relaterer seg til brukeren, desto større fare for at man blir utpreget subjektiv framfor tilnærmet objektiv. Dette kan forklares med

begrepet parallellprosesser: Gode relasjoner baseres på at man identifiserer seg med brukeren. Det er nødvendig for å unngå å objektivisere vedkommende. I tråd med at man identifiserer seg med brukeren, vil man også både motta og la seg influere av brukerens energi og følelser og blir subjektiv. (3) En varm og aktiv stil leder lett til for sterk påvirkning av hva brukeren skal mene og fortelle, og gir derfor mindre objektiv informasjon. Spesielt vil personer som er lett påvirkbare, som har mye å skjule eller er usikre, lete etter hva observatøren ønsker av dem og forsøke å gi det. I slike tilfeller vil en tydelig førende stil lett bli et mål på hvor servil den som utredes er, framfor andre karakteristika ved personen.

## Sympatiske Joachim

Joachim hadde lenge brent for mennesker som strevde, og hadde gjennomført sin høgskoleutdanning med iver og faglige dypdykk. Resultatene var synlige i form av gode karakterer og praksisevalueringer. Ved siden av studiene jobbet han som støttekontakt, trente et guttelag i fotball og var medlem i både Røde Kors og Amnesty International. Han var trygg av natur, så behov hos andre og var ikke redd for å engasjere seg eller å bidra. Hans første jobb var i en barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk. Han hadde masser av empati og levde seg sterkt inn i andres livsskjebner. Innlevelsene ble så sterke at han tapte av syne sin rolle som utreder og ble en mellomting mellom terapeut og et varmt medmenneske med tendenser til eksessiv (overdreven) empati – hvor han ikke bare levde seg inn i, men ble lik den andre: Når mor gråt under anamneseopptaket, var Joachim også på gråten, når far var sinna over krenkelser familien hadde vært utsatt for av andre, kjente Joachim så sterkt på denne krenkelsen av familien, at han lot fars sinne smitte fullt og helt over på seg selv.

Joachim var sympatisk og ble godt likt av familiene han samtalte med. Det forførte ham til å tro han gjorde en bedre jobb enn han faktisk gjorde. Det var først etter flere års praksis at han så hvordan han hadde vært så sterkt preget av parallellprosesser at han egentlig ikke fungerte som fagperson. Det ble en rollelikhet mellom ham og dem han samtalte med. Det var neppe hva han var ansatt og betalt for å utføre av tjenester. På videoopptakene av seg selv fra den tiden ser han en sosialkonsulent som ivrer i å nikke på hodet, kommentere det som sies, vise tydelige reaksjoner på alt som blir fortalt ham for å vise at han følger med og forstår dem, og i tillegg bidrar han med erfaring fra sitt eget liv. Rollen som utreder ble erstattet med privatpersonen Joachim, en rollemikstur som verken ble sosialkonsulent eller utreder.

Hjelpefunksjonen eller terapeutisk stil skiller seg tydelig fra utredningsfunksjonen ved at førstnevnte posisjon i sterkere grad innebærer å identifisere eller relatere seg til brukeren, mens sistnevnte posisjon er en mer distansert, vurderende stil uten å bli avvisende eller å virke kald.

Det synes som om velfungerende familier profitterer best på en åpen og samarbeidende terapeutstil, mens kaotiske og dysfunksjonelle familier preget av uklare grenser mellom medlemmene, kaos, fiendtlighet og åpne konflikter, nyttiggjør seg en mer dirigerende terapeutstil (Hampson & Beaver 1996b). Dette gjenspeiler seg delvis også ved observasjon.

Relasjoner mellom brukere av og ansatte i barnevernstjenesten skiller seg fra typiske terapeutiske relasjoner på tre sentrale områder:

1 Motivasjonen for hjelp hos barnevernsbrukere er jevnt over lavere eller mer svingende enn for eksempel hos personer som går til psykoterapi,
2 barnevernet har både en rolle som hjelper og som sosial kontrollør, noe som kan lede til at brukeren får et ambivalent forhold til den barnevernsansatte og tjenestene som denne leverer, og
3 barnevernsarbeid innebærer en økning i omsorgsfunksjonene til foreldre og derved en kombinasjon av krav, støtte og å tilføre ferdigheter. Det innebærer både press og stadige evalueringer

om ferdighetsmål er nådd. Dette leder lett til konflikter. En tradisjonell psykoterapeutisk relasjon baseres i høy grad på støtte og lite krav om ferdighetsutvikling, og mer fokus på pasientens subjektive opplevelse og reduksjon i forhold til symptomer på sjekklister eller kriterier i forhold til diagnoser.

## Etterrettelige observasjoner

Enhver observasjon preges av hva de observerte tror er årsaken til og formålet med observasjonen. Det gjelder for voksne og større barn. Små barn lar seg i liten grad affisere av å bli observert, men kan preges av at de voksne rundt dem endrer seg. Selv om foreldre er bevisst at de blir observert og kan uttrykke spenning eller ubehag knyttet til dette, viser forskning at de i hovedsak ikke blir så preget at deres ferdigheter blir vesentlig forringet. Konklusjoner av ulike forskningsbidrag viser at foreldre synes det er fra lite til moderat stressende å observeres i samspill med barna (Aspland & Gardner 2003). For foreldre som opplever å ha lite kontroll på sine barn, som frykter å ikke kunne innfri krav til foreldrerollen, eller som har mye å skjule for observatøren, er samspillobservasjon mer stressende enn det er for foreldre som opplever seg som dyktige i håndteringen av barna eller gjerne vil ha bistand til å utvikle seg til det bedre (Guzell & Vernon-Feagans 2004).

Lytton (1971) fant at fedre doblet antall positive bemerkninger under observering i forhold til normalsituasjonen. Mødre har generelt vist seg å bli mer verbalt aktive og lekende med barna når de observeres, enn de er i det daglige samspillet (Mahoney & Spiker 1996). Man har også sett at mødre kan være mer fiendtlige, strengere og i mindre samspill med barna når de observeres hjemme kontra på en klinikk, altså at naturlige settinger gir bedre data om dagligsituasjoner enn de man får ved observasjoner i mer kunstige miljø (Lytton 1971). Forskning har vist at foreldre er mer aktive i samspill med barnet alene (dyade), enn når begge foreldrene deltar i samspillet med barnet (triade) (McHale et al. 1996). Man kan derfor forvente lavere aktivitetsnivå når man observerer to framfor én forelder i samspill med barnet.

## Å ta seg sammen

Jill visste at den sakkyndige skulle observere henne i to helger på rad. Hun grudde seg, men hadde blitt mer eller mindre overtalt av barnevernskonsulenten til å la en nøytral person gjøre vurderinger. Jill hadde hatt hjelp av sin mor og en venninne til å vaske og å rydde huset. Det var renere og penere der enn det noen gang hadde vært i de fem årene barnevernet hadde jobbet i saken. Nå luktet det rent og huset virket innbydende. Hun hadde sykemeldt seg fra jobben og ladet både fysisk og psykisk opp til den sakkyndige kom. Hun hadde overskudd, så ikke deprimert ut, hadde sminket seg og tatt på rene klær. Hun gikk ut og røykte, mens hun til vanlig satt i stuen og kjederøykte til tross for at minstemann var svært allergisk og hadde luftveisproblemer. Hunden som var lite oppdratt og både kunne gjøre fra seg inne og sørge for mye leven og spetakkel, var plassert hos mormor. Chinchillaene var hos en venninne, og rottene var plassert hos halvsøsteren.

Da den sakkyndige hadde kommet for å observere henne og barna, var hun på alerten hele tiden og viste gode ferdigheter både i å se barna, ta initiativ til samspill og å respondere på deres henvendelser. Hun meglet i konflikter mellom barna på en måte som nesten var som tatt ut fra en lærebok om temaet. Hun hadde rutiner som hun demonstrerte for den sakkyndige ved å få opp barna om morgenen, starte med bad og stell, deretter frokost. Familien var samlet til måltidene, og middag innebar yndlingsretter som fløyelsgrøt, taco, pizza og lasagne. Det var lite å bemerke, og rapporten fra den sakkyndige kunne ha blitt meget feilaktig om hun ikke hadde vært så klok å undre seg over hvordan dette samspillet harmonerte med barnas ulike vansker og dokumentene i saken. Konklusjonen i rapporten var tydelig på at denne observasjonen hadde vist mors potensial, men at hun ikke maktet å holde et slikt nivå eller for-

plikte seg i lengden. Barnevernet var heldig; de kunne fått en naiv eller uerfaren sakkyndig som med sin rapport kunne ha forledet fylkesnemnda til konklusjon om god nok omsorg.

Den sakkyndige hadde rett, for etter at observasjonene var over, forfalt huset til gammel standard, dyrene var tilbake, mors depresjoner ledet til at hun holdt senga og ikke sto opp før godt utpå dagen etter at barna hadde vært oppe en god stund, hun gikk i skitne klær, så deprimert ut, og hun var amper. Det ledet til at hun kjeftet, truet og kommanderte barna. Observasjonene mens den sakkyndige var til stede, viste altså ikke samspillet slik det var på det jevne, men det mor maktet når hun tok seg sammen og ga alt hun hadde. Derved var det ikke behov for å øve på foreldreferdigheter, mer forpliktelse og å kompensere for mors lave energinivå og å gjøre vurderinger av hvor lenge mor maktet å gi tilstrekkelig god omsorg, framfor å måle hvor god eller dårlig den var i de beste versus verste periodene.

Enhver observasjonsperiode bør ende med at observatøren stiller seg selv spørsmål om det man har observert av samspill rimer med barnas fungering. Hvis svaret på dette spørsmålet blir ja, synes bildet av situasjonen klart, men hvis svaret er nei, bør oppfølgingsspørsmålene bli:

1 Er det observerte et potensial hos foreldrene som i liten grad benyttes til daglig i familien?
2 Er observasjonen foretatt i en unntakssituasjon i familiens liv?
3 Har barna vansker som ikke skyldes dagens samspill med foreldrene, og enten handler om tidligere samspill, biologisk betingede vansker, eller konsekvenser av påvirkninger fra andre arenaer?

Det er god etikk å høre med de observerte hvordan de opplevde observasjonene, og å vurdere deres erfaring i lys av den informasjon man fikk fra observasjonene. Enhver observasjon i barnevernet bør også inkludere:

1 spørsmål til foreldrene om observasjonsperiodene representerte det gjengse samspillet i familien og
2 et forsøk på å sette seg i barnets sted ved å spørre seg selv som observatør: «Hvordan vil det være for dette barnet å bo 24 timer i døgnet, syv dager i uken med disse foreldrene eller i denne familien?»

Enkelte anbefaler observasjon av barn i flere arenaer for å trekke ut essenser på tvers av settinger (Benham 2000). Dette vektlegges spesielt innen bioøkologisk teori og andre teorier basert på systemteori hvor en vektlegger alle de sentrale arenaene for barnets utvikling kartlegges. Ut fra individorienterte teorier og tradisjoner i hjelpeapparatet som sterkt fokuserer på egenskaper *ved* individet heller enn egenskaper ved samspillet *mellom* personer, vil man ofte ikke se behovet for å innhente opplysninger fra eller selv observere i flere miljø.

Ved utredninger må man kartlegge om noen barn blir mer kritisert enn andre, favoriseres mer eller oftere blir utsatt for risikofaktorer eller omfattes av beskyttende faktorer (Carbonneau et al. 2001). Over år har man avdekket at barn som er familiens sorte får har dårlig prognose, og det er viktig å avdekke om noen barn har slike roller som berettiger andre familiemedlemmers avstraffing, ignorering, avvisning og lignende overfor dem. Der man finner tydelige oppdragelsesforskjeller mellom søsken, er utfallene meget ulike: Ungdom fra familier med meget ulik oppdragelsesstil overfor barna, viser meget ulike skolefaglige prestasjoner og en økt risiko hos dem for utvikling av rusmiddelmisbruk (Rushton et al. 2000).

## Predikering ut fra omsorgspersoner

I de første to leveår predikeres barns utvikling ofte bedre av å vurdere morens atferd enn barnets atferd. Forklaringen er at barnets atferd endres mye mer enn morens atferd, og at barnet i perioder påvirkes i betydelig grad av ytre faktorer (Malatesta et al. 1989). Fram til toårsalderen skal man som observatør vektlegge: (1) Karakteristika ved omsorgspersonen, og (2) samspillet mellom omsorgspersonen og barnet, framfor å lete etter symptomer hos barnet på at det lider overlast. I de verste tilfellene vil symptomer fes-

te seg i barnet etter svært få leveuker, eksempelvis apatiske barn som slutter å søke blikkontakt grunnet omsorgssvikt. Slike åpenbare saker oppdages ofte. Det er derimot et betydelig problem at såkalte «gråsonesaker» ikke oppdages eller prioriteres, noe som kan bunne i at man avventer til man ser tydelige symptomer hos barnet framfor å kartlegge risiko.

## Prematurfødte barn

Prematuritet eller et barn som krever intensiv oppfølging/behandling etter fødselen, kan representere en større risikofaktor for uheldig utvikling enn risikofaktorer ved mor i samme tidsperiode (Weinfield et al. 2002). Andre forskergrupper konkluderer nokså likt: En predikering av hvordan barn vil utvikle seg ut fra vurderinger av mor–barn-relasjoner er mer usikker når barnet er prematurfødt enn et fullterminbarn. Disse funnene forklares med den sterke, ytre påvirkning for familier med prematurfødte barn fra hjelpeapparatet og det sosiale nettverket. For barn uten særskilte behov synes regelen å være at jo yngre barnet er, desto mer relasjonsspesifikke vil observasjonene bli (Zeanah et al. 1997b). Det betyr igjen at jo yngre barn er, desto sterkere «farges» de av relasjonene de observeres i.

## Settinger og antall observasjoner

Troverdigheten til atferds- og samspillobservasjoner øker tydelig når man har flere observasjoner. Observasjonsstedet er ofte hvor vansker er rapportert å eksistere, på bekostning av observasjoner på arenaer hvor vanskene ikke vises. Man kan derved gå glipp av informasjon om unntak fra vanskene, som er sentral informasjon i en løsningsfokusert tilnærming. Observasjoner av atferd synes å fungere best i halvstrukturerte situasjoner, det vil si situasjoner som gjentar seg, slik at barnet eller den unge vet hva som skal skje og hva som ventes av dem, men hvor voksenoppfølgingen er noe lav. Typiske situasjoner er når elever kommer til skolen og skal inn til første time, eller etter langfriminutt når de skal gå inn til ny time. Lignende situasjoner kan være på venteværelset på helsestasjonen og under lunsj i barnehagen. Observasjon i skoletimer er best hvis man skal se på relasjoner mellom voksne og elever eller mellom elevene i timene, eller hvordan lærerne organiserer timene.

Det anbefales flere hjemmebesøk før man kan konkludere med rimelig grad av sikkerhet om barns og unges oppvekstvilkår i familien (Budd et al. 2001). Det finnes ikke noen gode studier som gir svar på hvor mange observasjoner, hvor lenge hver av dem skal være, over hvor lang tidsperiode eller hvor hyppig. Det er derfor verken lett eller kanskje særlig klokt å tallfeste dette. Skal man driste seg til noen antydninger, vil ofte observasjoner på tre til syv timer sammenhengende og gjerne totalt åtte til 16 timer gi et godt innblikk i en families fungering. Foreldre som har en tendens til å ta seg sammen ved besøk, synes å vise hvordan de har det på det jevne når de observeres lenge av gangen, eksempelvis syv timer tre påfølgende dager. Dette er svært krevende for familien og bør kun gjennomføres når det antas å være nødvendig for at vurderingene skal bli riktige og hjelpetiltakene best mulig.

## Karakteristisk samspill i barnevernssaker

Det er store forskjeller mellom familier preget av omsorgssvikt. Man skal derfor være varsom med å beskrive mønster. Det som synes å gå igjen på tvers av observasjoner i familier som det er meldt bekymring for til barnevernet, er apati og lite emosjoner i samspillet, passiv-avhengig samspill mellom foreldre og barn, svingninger mellom passivt og aggressivt samspill, konfliktladet samspill, kaos og mangelfull planlegging, impulsivitet, sosial isolasjon, mangelfull sosial støtte, mangelfulle sosiale ferdigheter og mangelfull sosial kompetanse. Foreldrene er ofte kritiske, viser lite positiv oppmerksomhet, stimulerer lite, er lite responderende, lite sensitive, snakker lite (benytter korte og ofte ikke-fullstendige setninger), gir mange kommandoer, men holder lite fast på dem og uttrykker lite aksept sammenlignet med ikke-omsorgssviktende foreldre.

I observasjoner av omsorgssviktende og mishandlende familier finner man ofte at foreldrene er langt mer voksenorienterte framfor å fokusere regelmessig på barnet, og i samspill med barnet er de do-

minerende. Mishandlende foreldre viser større stress og irritabilitet og mindre sympati enn andre foreldre ved barnegråt (Wolfe et al. 1997). En forelder som ikke evner å gi god nok omsorg, har ofte en personlighet preget av vanskelig følelsesliv, vansker med å inngå i positive, gjensidige og langvarige relasjoner til andre, apati, vansker med å organisere seg selv, depresjon, fiendtlighet og hjelpeløshet (Dubowitz 1999).

Mishandlende foreldre har ofte lav selvaktelse og føler å ha lite kontroll i oppdragelsen av barna. De ser barnet som sterkt og seg selv som svak og derved som et offer (Bugental & Happaney 2000). Å bistå foreldre slik at de endrer oppfatningen av seg selv til å være sterke og handlekraftige og ser barnet som et søkende vesen, reduserer i betydelig grad faren for mishandling (Bugental et al. 2002). Mishandlende og omsorgssviktende foreldre har ofte en eksternal/ytre og ustabil attribusjon av barnets atferd. De føler altså at de selv i liten grad kan påvirke barnets atferd. Foreldres sinne kombinert med en ytre attribuering ved atferd som de mener må korrigeres, øker risikoen for mishandling. Mishandlende foreldre kjennetegnes av dårlig emosjonsregulering, høyt aggresjonsnivå og lav grad av empati. Dette kommer ofte til syne i observasjoner når de varer noen timer, men det er unntaksvis at man observerer fysisk mishandling. Selv når foreldre kan sies å inngå i et meget alvorlig, negativt og overgripende samspill med barna, er det sjelden at dette negative samspillet utgjør mer enn ti prosent av det totale samspillet. Korte og få observasjoner vil sjelden lede til at man observerer dette direkte. Grunnen er at foreldre tilslører fordi de vet det vil ha negative konsekvenser for dem. Selv om man sjelden observerer fysisk mishandling, vil andre samspilldimensjoner som involvering, stemning, fleksibilitet og lignende, være vel så nyttig informasjon som å ha observert enkeltstående tilfeller av fysisk avstraffelse av barnet (fordi grunnlag observasjon av ett fysisk overgrep ikke gir grunnlag for å hevde at dette forekommer hyppig, sammenlignet med når man har observert flere fysiske overgrep).

## Tester, kartleggingsverktøy og screeninginstrumenter

Utredninger av saker kan innebære bruk av tester, kartleggingsverktøy og screeninginstrumenter. Det er lite tradisjon for bruk av slike instrumenter i barnevernstjenesten, med unntak av kartleggingsverktøy. Mange sakkyndige og samarbeidspartnerne til barnevernstjenesten bruker imidlertid både tester og screeninginstrumenter.

Det skilles mellom objektive og projektive tester. Objektive tester er ikke objektive i betydningen at de gir riktige eller sanne svar, men at de baseres på standardiseringer. Denne standardiseringen gir økt tiltro til resultatene av testene. Projektive tester betegner tester hvor den som testes utfører oppgaver eller besvarer spørsmål, og denne informasjonen tolkes ut over det informanten har kunnskaper om. Eksempelvis kan barns tegninger vurderes i forhold til modenhet, sosial, emosjonell og kognitiv fungering. Barnet har ofte ikke kunnskap om at tegningen tolkes slik den gjør, og gir den informasjonen den gjør. Projektive tester er utbredt blant psykologer, og til dels pedagoger og psykiatere. Mange projektive tester har vist seg å ikke holde rent validitets- og reliabilitetsmessig (Sergeant & Taylor 2002). Tidligere ble disse testene sett på som eksklusive, og profesjoner kjempet om rettighetene til dem. I dag er tilliten til dem betraktelig lavere enn bare tiår tilbake. Eksempelvis er tolkning av barns tegninger av tvilsom reliabilitet og validitet hvis det benyttes for å avdekke hendelser, men kan være nyttig for å gi detaljer og skape økt klarhet i informasjon eller som en aktivitet parallelt med intervju (Oberlander 1995, Poole & Lamb 1998, Smith & Dumont 1995).

Computerbaserte vurderinger kan være et nyttig supplement ved vurderinger av barneomsorg, men kan ikke erstatte fagpersoners vurderinger (Grove et al. 2000, Snyder 2000). Utvikling av fagpersoner og tjenester må derfor fortsatt i høy grad heller baseres på kunnskapsøkning og øvelse i praktiske ferdigheter, enn en sterk tro på å erstatte en slik faglighet med databaserte programmer som skal gi faglige svar (Hanson et al. 2001).

Det er ofte tre eller fem svaralternativer i kartleggingsinstrumenter (Likert-skala). Noen hevder at jo

flere skåralternativer i tallområdet to til ti, desto mer nøyaktig blir skåringene (Streiner & Norman 1998). Dette forskningsfunnet taler derfor for flere skåralternativer. Utrente skårere vil imidlertid lett skåre for mye i skalaens midtområde og derved dra lite nytte av valgmulighetene som ligger mellom to til ti. Likeså preges skåringer av observatørens preferanser når det gjelder fokus. Graderinger i form av tall langs en skala vil lett influeres av observatørers tendens til å oppvurdere og jevne ut de inntrykkene de har fått, med påfølgende tvil om hvor godt vurderingen egentlig avdekker situasjonen (Briggs-Gowan et al. 1996, Fergusson 1997, Sawyer et al. 1998).

Mange av de tester og screeninginstrumenter som benyttes i dag, kritiseres for å være ensidig problemfokuserende framfor å balansere mellom problemer og ressurser, samt for å være myntet på å kartlegge én eller noen få vansker framfor vansker generelt (Myers & Winters 2002).

Bruk av tester, kartleggingsverktøy og screeninginstrumenter drøftes ikke videre. Det vises til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2005) for videre lesing. Hovedkonklusjonen er at metoder basert på foreldres vurderinger av barna synes å være like hensiktsmessige som mer omfattende kartleggingsverktøy for å oppdage vansker hos barn i en tidlig fase.

## Selvrapportering

Det er vanskelig å definere hva som er en god beskrivelse av seg selv. Den må være nyansert, slik at man får fram de ulike særtrekk og valører ved en selv. Den bør preges sterkere av det reelle selvet enn idealselvet. Den skal ikke stå i motsetning til mer objektive fakta. Store deler av den bør kunne bekreftes av andre. Den må tilpasses målet for selvbeskrivelsen, altså vil momenter man trekker fram om seg selv variere med situasjon, person og motiver for selvbeskrivelsen.

Det er store variasjoner mellom mennesker i grad av selvinnsikt og åpenhet. Hvordan personer velger å framstille seg overfor andre sier mye om deres personlighet: Det gir informasjon om evne til å observere seg selv, sette sammen små hendelser til mønstre, skille vesentlig fra uvesentlig, evne til å anerkjenne mindre positive egenskaper og valg, evne til å framstå samlet og integrert og skape en selvpresentasjon som det er flyt i og som blir poengtert, framfor en stakkato og fragmentert framstilling med intetsigende poenger. Bruk av adjektiver og adverb, nyanseringer, grad av detaljfokusering eller detaljfattighet, og refereranse til andres vurderinger gir verdifullt innblikk i den andres livsverden og hvordan vedkommende makter å se seg selv. Likeså vil selvpresentasjoner gi informasjon om tendenser til å dramatisere, overdrive eller bagatellisere, ønske om å imponere, framstå som eksepsjonell, mindreverdighetsfølelse, faktaorientering, opptatthet av relasjoner med mer.

Majoriteten av mennesker rangerer seg ofte som bedre enn (over) gjennomsnittet på en rekke områder (Alicke et al. 2001). I tråd med dette finner man også at mennesker tenderer mot å vurdere sine nære relasjoner som bedre enn for gjennomsnittet av mennesker (Murray 1999, Rusbult et al. 2000). Selv personer med lave prestasjoner har en tendens til å vurdere seg som relativt gode på disse områdene (Kruger & Dunning 1999). Mennesker pleier også å ha større tiltro til egne predikeringer av sosiale forhold enn det er objektivt grunnlag for (Dunning et al. 1990). Disse tilbøyelighetene må man ta høyde for når man vurderer personer på bakgrunn av samtaler med dem, altså at det som sies ofte er en persons oppfatninger og ikke nær objektive fakta.

Som en tommelfingerregel kan man si at jo mer alvorlig psykisk lidelse en person lider av, desto mindre realistiske er selvvurderingene og selvbeskrivelsene. For eksempel finner man at personer med personlighetsforstyrrelser beskriver seg selv markant annerledes enn det mange av de personene som lever tett på dem til daglig gjør (Riso et al. 1994). Graden av likhet i beskrivelser mellom de med personlighetsforstyrrelse og de som lever tett på dem er derfor bare moderat (Zimmerman et al. 1988). Imidlertid finner man et høyt samsvar mellom det de personene som lever tett på en person med personlighetsforstyrrelse forteller (Peselow et al. 1994). Andre eksempler er at deprimerte personer ofte overrapporterer reduksjon i sin sosiale og personlighetsmessige fungering i fortid, nåtid og framtid. Det er mer et uttrykk for effekter av å være deprimert enn hva som faktisk er tilfellet (McQueen et

al. 2002). Barn og unge med moderate eller alvorlige atferdsvansker har problemer med å gjøre realistiske vurderinger av seg selv. Det samme gjelder for barn, unge og voksne med ADHD (Fisher 1997, Zucker et al. 2002).

Barns selvrapporteringer reflekterer ikke særlig godt faktisk atferd eller handlinger, og stemmer derfor bare i liten grad med mer objektive atferdsobservasjoner. Likeså rimer barns fortellinger om seg selv bare delvis med voksnes vurderinger av dem. Van Aken et al. (1996) fant at samsvar på målte områder (skolefaglige prestasjoner, sosial akseptering blant jevnaldrende og selvakseptering) økte i tråd med barnets alder og var generelt høyere for jenter enn gutter. Cohn (1991) fant at denne kjønnsforskjellen forsvinner i de sene tenårene og tidlig voksen alder. Samsvaret i oppfatninger er størst mellom ungdom og foreldre/venner og minst i forhold mellom ungdom og lærer (van Aken et al. 1996).

## Motiver

Selvbeskrivelser kan ikke ses isolert. Motivene bak fortellingene må også tas i betraktning. Ønsket om å gi sosialt akseptable svar er et menneskelig fenomen, både fordi det høyner ens selvaksept å innbille seg å være i tråd med det ønskede, eller fordi man ønsker å framstå positivt overfor den som intervjuer en. Det er for eksempel vanlig at seksuelle overgripere benekter forholdet for å beskytte seg mot andres ønske om å ta avstand fra dem og straff eller andre konsekvenser (Lanyon 2001). Det kan være vanskelig å få informasjon via intervju når noe oppleves som potensielt pinlig, ekkelt eller straffbart (Singleton & Straits 1999).

Selvrapportering preges med andre ord i betydelig grad av om det foreligger sosial kontroll eller ikke, slik at jo høyere grad av sosial kontroll personen opplever ligger til situasjonen, desto mindre selvavsløring og økt fare for lyving (Loranger 1999). *Barnevernets to roller om sosial kontroll og hjelpe*-tiltak innebærer at mange av brukerne kan holde tilbake viktig informasjon eller lyve for å unngå uønskede konsekvenser knyttet til sosial kontroll. Mennesker kan også overdrive situasjoner negativt for å motta omsorg og sympati, eller overdrive sine vansker i antall, varighet, alvorlighet og konsekvens for å presse seg gjennom systemene og få bistand (Handwerk et al. 1999).

Barn og unge er ofte lojale overfor sine foreldre. De tenderer også ofte mot å veksle mellom å tro og forsøke å overbevise seg selv om at de vokser opp i en vanlig familie. Mange barn og unge kan være advarende skremt av foreldre mot barnevernet i undersøkelsessaker med beskjed om at hvis de forteller om en del forhold, vil det kunne lede til drastiske konsekvenser. Det er derfor mange årsaker til at mange barn utsatt for omsorgssvikt og mishandling ikke vil fortelle om oppvekstforhold. Forskere har funnet at de beskrevne mekanismer og påvirkninger leder til at mange barn og unge er lukket om negative forhold i sitt oppvekstmiljø. Man kan gå langt i lyving: Selv i tilfeller der overgrep fra foreldre mot barn er dokumentert via videoopptak som overgriperne selv har gjort, benekter en betydelig andel av barna i intervju at slike overgrep har skjedd (Sjoeberg & Lindblad 2002).

## Hukommelse

Det er tydelige forskjeller mellom mennesker hvor nøyaktig de husker. Derfor er det vanskelig å vurdere hvordan mennesker glemmer, fordreier eller setter hendelser i en gal tidsmessig sammenheng (Fergusson et al. 2000). Generelt kan man hevde at det vil være mange unøyaktigheter når mennesker bes huske tilbake på episoder, og husk kan ikke tilnærmelsesvis erstatte mer objektive opplysninger (Haber & Haber 2000).

Barn og unge har generelt en presis hukommelse innenfor et tidsrom på tre måneder, deretter oppstår det en betydelig grad av unøyaktighet (Larsen 2002). Det viser seg at mennesker generelt er tilbøyelige til å glemme selv alvorlige livshendelser, så intervju og spørreskjema dekker best den senere tid også hos voksne (Dalgard & Bjørk 1995).

*Hvordan man husker episoder påvirkes av åpen*bare forhold som forgiftninger (inkluderer rus), emosjonene man hadde under episoden, og psykisk fungering (Porter et al. 2001). I tillegg tenderer mennesker mot å huske det positive lenger enn det negative (Walker et al. 2003), for mennesker har en

tilbøyelighet til både å overse og å glemme informasjon som setter dem selv i et mindre flatterende lys (Sedikides & Green 2000).

Tidsangivelse for når man har hatt ulike symptomer på fysiske og mentale vansker, blir lett fordreid ved selvrapportering. Bestemte lidelser glemmes lett, og visse vansker huskes bedre enn andre. Det forringer troverdigheten til slike data. Mange personer har problemer med å huske når vansker startet. Selv når barn og unge nylig har utviklet en psykososial vanske, vil ulike informanter ofte ha et sprik på omkring tre måneder mellom angivelsene om oppstarttidspunkt. Jo lengre tidsperiode en vanske har vart, desto større sprik i informanters opplysninger om starttidspunkt. Angivelse av starttidspunkt mellom ulike informanter når vansker har vart over flere år, kan ofte ha en variasjon på opp til ett år (Angold et al. 1996).

***Informasjonsboks 4.1. Omsorgspersoners evne til å huske viktige anamnestiske opplysninger***

- De husker ofte i grove trekk barnas sosiale, motoriske og språklige utvikling.
- De husker dårlig eksakt taledebut hos barna sine.
- De husker barnets gangdebut nokså godt og bommer som regel med ± én måned.
- Konklusjonen er tydelig: Mest sikker er man på å få riktige anamnestiske opplysninger hvis omsorgspersonene har notert ned slike milepælpasseringer.

*Listen bygger på Hart et al. 1978, Hartenkins 1978, Rasmussen & Gillberg 1983.*

Resultater av kartlegging påvirkes også av antall ganger personen er kartlagt. Både ved bruk av spørreskjema og intervju rapporteres ofte færre symptomer ved andre enn første gangs kartlegging, hvor første gang ofte er den mest korrekte (Angold et al. 1996, Lauritsen 1996, 1998, Lucas et al. 1999, Piacentini et al. 1999). Andre gangs kartlegging kan derved gi et feilaktig inntrykk av at situasjonen er bedre uten at dette er riktig. Når man intervjuer barn to ganger om samme hendelse, vil likhet i informasjon i de to intervjuene være på omkring ti prosent, mens andre finner et overlapp på 30 prosent i informasjon om samme hendelse gitt i to samtaler (Fivush & Schwarzmueller 1998).

## Multiinformasjon

Utredninger i barnevernet baseres på en bred informasjonsinnhenting. Foruten å benytte observasjon og samtaler med familiemedlemmene, innhenter man også opplysninger fra andre som er sentrale for familien, slik som barnehage, skole, primærlege, helsestasjon, og kanskje PPT og BUP og andre hjelpetjenester. Et sentralt spørsmål er: Hvor mye informasjon fra hvor mange er nødvendig for at saken kan anses som tilstrekkelig godt opplyst? Med tilstrekkelig godt opplyst menes at man har gitt et nyansert bilde av de viktigste ressurser, risiko- og beskyttelsesfaktorer i familien. Dette er et sentralt spørsmål for alle profesjoner og etater som utreder og kartlegger personer (Baruch et al. 1999, P. S. Jensen et al. 1999). Det er imidlertid vanskelig å definere hva som kreves i utredninger for at de er brede nok til at saken er tilstrekkelig opplyst. De fleste som har beskjeftiget seg med dette problemet ender med å beskrive det som en skjønnsmessig vurdering (Grant et al. 2004).

Selv om tilstrekkelig opplyst som oftest innebærer multiinformasjon, altså at flere personer gir sin oppfatning av personen/saken, er det slett ikke slik at jo flere informanter, desto bedre er det (Findling et al. 2002). For det første må det være personer som har tett kontakt med den eller de som man skal uttale seg om. Uttalelser må dekke de viktigste arenaer, slik som hjem, barnehage, skole, arbeid, forhold til andre offentlige etater, slik som hjelpetjenester, samt

nærmiljø. Dessuten er det alltid et metningsnivå i saker hvor man opplever at nye uttalelser etter hvert gir lite ny informasjon. Det indikerer at saken med sannsynlighet er tilstrekkelig opplyst.

Vansker knyttet til multiinformasjon er hvordan man skal vurdere de ulike parters oppfatninger i forhold til hverandre og den man selv har (Angold 2002, Heilburn 2001, Yasnovsky et al. 2003). På den ene siden er det viktig å få bred informasjon og være rimelig trygg på at man ikke har så sparsomt med informasjon at man tillegger mangelfulle, foreldede og kvalitativt dårlige uttalelser for stor betydning. På den annen side vil man ofte oppleve at de ulike informantene spriker sterkt i vurderinger de foretar og opplysninger de gir (Thuppal et al. 2002, Youngstrom et al. 2000). Det leder til vansker med å avgjøre hvem som skal få forrang. Jo mer avvikende positiv eller negativ informasjonen er fra det som er majoriteten av informasjon i saken, desto større grunn til årvåkenhet. Som oftest dreier det seg da om at særdeles kompetente personer har gjort sin vurdering, eller minst like ofte er det tendensiøst og bunner i sterk partiskhet, spesielle oppfatninger og vektlegginger, eller ukyndighet.

Når fagpersoner gjør grove feilbedømminger knyttet til barneomsorg, synes noen av de hyppigste årsakene å være at man bygger på smal informasjonstilgang, det er svært konkrete beskrivelser som ikke tolkes eller løftes tilstrekkelig opp på et metanivå (overordnet nivå), og det er sterke og følelsesladede meninger knyttet til saken (Munro 1999). Godt barnevernsarbeid baseres derfor på bredt informasjonstilfang, men samtidig at man sikrer seg nødvendig distanse, slik at man ikke preges av sterke følelser i en selv eller smittes av andres følelser som kan prege ens faglige avveininger for sterkt. Det er tre forhold som kan bidra til dette: sterk faglighet, personlig trygghet og tilgang til fagfeller å drøfte med.

## Informantgruppers ulike styrker

*Det er forsket lite på når eksempelvis selvrapportering fra barn og unge er best egnet for å få et detaljert og riktigst mulig bilde av situasjonen, versus når det er best å kartlegge barn og unge via foreldre eller lærere* (Grant et al. 2004). Forskning på symptomer på psykiske lidelser viser at det er stor variasjon i hva barn og unge forteller til sine foreldre både ut fra alder og kvaliteten på relasjonen de har til foreldrene. Det anbefales derfor å både søke slik informasjon fra barnet eller den unge selv og foreldrene (Eaves et al. 1997).

Foreldre synes jevnt over å vurdere sine barn realistisk på en rekke områder (Borge et al. 2001, Findling et al. 2002, Kahana et al. 2003, Youngstrom et al. 2001). Mødre anses i vestlig kultur som bedre informanter om barna enn fedre, spesielt i forhold til barnas personlighetstrekk og emosjonelle og sosiale fungering (Lippa & Dietz 2000). Mødre er ofte bedre enn fedre til å fange opp barnas indre følelser, men ikke til å se hvordan denne indre tilstanden gir seg et ytre uttrykk, eksempelvis anta at barnet vil bli lei seg i gitte situasjoner, men ikke hvordan barnet gir denne tristheten uttrykk (Cassey & Fuller 1994). I en studie blant småskolebarn fant man at mødre i liten grad kunne fortelle om sine barns forsvarsmekanismer med unntak for utagering, men barna selv fortalte om flere forsvarsmekanismer enn mødrene (Yasnovsky et al. 2003). Innen både kliniske (Eisenstadt et al. 1994) og ikke-henviste grupper (Robinson et al. 1980) tenderer mødre oftere mot å oppleve at deres barn både hadde flere og sterkere grad av vansker, enn det fedre gjorde. Fedre tenderer mot å underrapportere en del forhold – spesielt emosjonelle, og tenderer mot å overrapportere atferdsavvik hos barna (Wirt et al. 1984).

Foreldres rapportering av barna preges i betydelig grad av foreldrenes personlighet og deres selektive oppmerksomhet på og forventninger til barnet (Prescott et al. 2000). Vurdering av foreldres rapportering av barna vil derfor alltid innebære en vurdering av foreldrenes personlighet.

Foreldrerapporter synes å ha betydelig verdi – også sett i et lengre utviklingsperspektiv for barnet (Olson et al. 2000). Foreldre som rapporterer problematferd i studier blant ikke-henviste barn og unge, har vist seg å være en god prediktor for at barnet eller den unge henvises til hjelpeapparatet innen fem år (Laitinen-Krispijn et al. 1999). Det kan skyldes to forhold: (1) Foreldre kjenner godt sine barn og vil lett oppdage vansker. (2) Foreldres oppfatning av

barnet preger samspillet med det og blir derved en selvoppfyllende profeti: Å forholde seg til barnet som avvikende kan påvirke barnet til å framstå som avvikende. Verdien av foreldres oppfatning av barnet er deres langvarige kontakt med det, at de ser det i flere situasjoner, og at foreldrenes forventninger til barnet – gode som dårlige – til en viss grad preger barnets utvikling. Foreldres forventninger til barnet under svangerskapet henger derfor sammen med deres vurdering av spedbarnets atferd og legger tydelige føringer for samspillet som vil forme mye av barnets utvikling (Mebert & Kalinowsky 1986, Zeanah et al. 1985).

Svakheter ved foreldres rapporteringer om barna er tendensen til å forsvare sitt barn, vektlegge de positive sider sterkt og nedtone de problematiske sidene. Barn i skolealder tilbringer store deler av sin våkentid borte fra foreldrene. Det kan derfor være komplisert for foreldrene å ha oversikt over hvordan barna har det og fungerer på arenaer utenfor familien. Personer som ser barnet på andre arenaer der foreldrene ikke er, vil derfor gi verdifull informasjon.

Barn som er yngre enn ni til tolv år gamle, er ofte dårlige til å rapportere om egne atferdsvansker, men er mer pålitelige i forhold til egne emosjonelle vansker (Hinshaw 1994). I intervju for diagnostisering vurderes foreldrene og den unge selv å gi like verdifull informasjon fra slutten av barne- og i tenårsalderen, med unntak for ved utredning av ADHD (Loeber et al. 1991). Impulsive barn og unge bedømmes ofte mest realistisk av foreldre og lærere og ikke av barnet selv. Barn og unge vil vite mer om forekomst av egen antisosial atferd enn det foreldre og lærere gjør, og barn og unge med slike vansker bør derfor være informanter (Bird et al. 1992). Læreres vurdering av ungdommers antisosialitet har høyere samsvar med fakta enn foreldrenes skåringer. Semistrukturerte intervjuer eller direkte observasjoner gir bedre data enn at barnet eller den unge selv fyller ut skjema for registrering av antisosial atferd (Patterson & Forgatch 1995). Årsaken er at mange barn og unge med antisosial atferd har foreldre med betydelige vansker og lav grad av selvinnsikt. I tillegg vil en del foreldre underkommunisere slike problemer hos barna fordi det er skambelagt å ha barn med denne type vansker. Venner gir lite troverdige vurderinger av atferdsvansker (Swenson & Rose 2003) fordi de selv ofte har samme type vanske og er lojale overfor sine venner og vil underkommunisere det som kan skape trøbbel for dem.

Barn er ofte bedre informanter enn foreldrene om egne posttraumatiske stressymptomer (Dyb et al. 2003a). Man skal imidlertid være oppmerksom på at informasjon om traumer i tidlige faser av livet er forbundet med både betydelige unøyaktigheter og feil (Loftus 1997, Woodall 1998). Man finner lav grad av likhet mellom de sammenhenger barn rapporterer mellom traumer og psykiske vansker og slik foreldre forstår disse sammenhengene for barnet. Som oftest har foreldrene et mer korrekt bilde enn barnet av slike kompliserte sammenhenger mellom hendelser og konsekvenser (Chesson et al. 1997).

Foreldre har ofte gode oppfatninger av en del karakteristika ved barn som vises indirekte, eksempelvis slik som selvaktelse. Foreldre konkluderer både ut fra barnets atferd og hvordan det generelt beskriver og presenterer seg selv (Masi et al. 1999).

Ulike lærere synes å vurdere elever nokså likt på tvers av flere settinger og type aktivitet. Lærere vurderer bedre atferdsforstyrrelser enn angst og depresjon hos elevene (Angold 2002). Lærerens praksislengde leder ikke til økt overensstemmelse med foreldres vurdering av elever (Kohen et al. 1997). Evnen til å vurdere elever avhenger av kunnskap og personlighet. Lærere blir derfor med økt praksislengde flinkere til å si hva som er vanlig versus uvanlig, men ikke særlig flinkere for hvert praksisår til å gjøre gode bedømmelser av hvordan eleven fungerer emosjonelt. Det er høyere samsvar mellom lærer og foreldre om barn og unge når sistnevnte tilhører høyere sosioøkonomiske grupper (Grietens et al. 2004).

Stress hos mødre er forhold som kan forklare noe av spriket i oppfatning av barn og ungdom mellom ulike observatører (Youngstrom et al. 2000) når det gjelder forhold som mental helse, depressivitet og foreldrenes holdninger til barnet (Youngstrom et al. 2000). Depresjon preger hvordan foreldre opplever sine barn. Deprimerte mødre synes å overdrive symptomer ved sine barn (Brewin et al. 1993), men dette er for lite utforsket til at man kan være konklu-

derende. Generelt finner man at personer med psykiske vansker tenderer mot å overdrive lignende vansker hos slektninger (Rende & Weissman 1999). Det er imidlertid uklart i hvilken form og grad foreldres psykiske lidelser preger deres beskrivelse av barna, men det er grunn til å være varsom ved tolkning av slik informasjon som foreldre med psykiske lidelser gir. Flere av studiene på ulike informanters oppfatninger av barn og unge er gjort i grupper med psykiske vansker. Mange av foreldrene er derfor stresset av å ha bekymret seg for og slitt i forhold til sitt barn, med økt fokus på det negative.

## Lavt informasjonssamsvar

I forrige kapittel understrekes at de ulike informantgrupper har ulike styrker. Det forklarer også faktumet at det ofte er et betydelig sprik i oppfatninger når flere fagpersoner vurderer samme barn, ungdom eller familie: Når foreldrepar og trente observatører vurderer spedbarns atferd i samme korte observasjonsperiode, er deres skåringer bare moderat samsvarende. Det er også bare moderat samsvar mellom foreldre som rapporterer mishandling av sine barn, og at barna innrømmer dette i intervju noen år senere når de har nådd tenårsalder (Tajima et al. 2004). Drevne klinikere vurderer personer forholdsvis likt på en rekke dimensjoner – ofte er det et overlapp på mellom 50 til 80 prosent (Hilsenroth et al. 2000, Westen & Muderrisoglu 2003, Westen et al. 1997). Selv der barn ble skåret av klinikere til tydelig å ha en psykisk vanske, var det sjelden at både foreldre og lærere også skåret barnet til å ha slike vansker (Fombonne 1994). Det er derfor grunn til å drøfte i hvilken grad foreldre og ansatte i pedagogiske arenaer er egnet til å oppdage barn med vansker og henvise dem for tiltak.

Ved måling av psykiske vansker vil enigheten mellom foreldre og barn bli fra lav til moderat (Borge et al. 2001, Simonoff et al. 1997b). Jo alvorligere barnet eller den unges vanske er, desto høyere grad av enighet finner man mellom de ulike informantene (Waaktaar et al. 2005). Ved alvorlige vansker synes informanter å være enige i de tydeligste symptomer i 75 prosent av tilfellene (Weisz 2003). Enigheten mellom informanter er høyere ved vansker som er lett observerbare i form av atferd (Baruch et al. 1999, Kristensen 2001). Derfor er samsvaret mellom foreldre og lærere høyere for atferdsvansker kontra angst eller depresjon (Satake et al. 2003, Yasnovsky et al. 2003, Youngstrom et al. 2000).

Informasjon om barns fungering gitt av barnet selv, foreldre og lærere overlapper i snitt på 30 prosent. Dette spriket forklares med at partene gir sitt spesifikke og delvis posisjonsstyrte syn på barnet (Kumpulainen et al. 1999, Youngstrom et al. 2000). Mennesker preges av det miljø som omgir dem, og vil derved framstå noe ulike i forskjellige sammenhenger og miljø (Kumpulainen et al. 1997). Det understreker betydningen av å innhente informasjon fra flere miljøer for at en sak blir tilstrekkelig belyst. En metaanalyse over 119 studier viste at best samsvar i informasjon mellom informanter finner man hvis de har samme rolle overfor barnet – den er da på tilnærmet 60 prosent – enn ulike roller – den er da på omkring 20 prosent (Achenbach et al. 1987).

Gjennomgangen av forskning gjengitt over viser at det ofte er et lavt samsvar (enighet) mellom ulike informanter omkring samme barn eller ungdom. Fram til 1980-tallet ble eksempelvis overensstemmelse mellom barns og foreldres rapportering betraktet som et tegn på troverdighet i informasjonen (van der Valk et al. 2001). I dag synes oppfatningen hos både forskere og klinikere å være at de ulike informantene har informasjon som er unik. De ulike informanters kunnskap betraktes som komplementær framfor konkurrerende eller overflødig (P. S. Jensen et al. 1999). Derfor tenker man snarere at alles oppfatninger er viktige for å forstå barnet eller den unge, framfor en debatt om hvem som kan erstatte hvem.

## Avveininger ved multiinformasjon

Oppsummerende kan man konkludere med at gode vurderinger av personer baseres på et rikholdig sett av informasjon, og erfarne utredere benytter flere kilder enn de mindre erfarne (O'Byrne & Goodyear 1997). Å innhente opplysninger fra tredjepart er vanlig i barnevernsfaglig utredning, men eksempelvis lite vanlig ved utredninger i voksenpsykiatrien (Nicholson & Norwood 2000). Barnevernet får der-

ved både rikere tilgang til informasjon enn mange andre instanser, men også en større utfordring i å vurdere motstridende informasjon og mangel på overlapp mellom informanters vurderinger. Å innhente opplysninger fra andre enn personen man utreder, benevnes å innhente komparentopplysninger. Det er fortsatt betydelig grad av usikkerhet om hvordan multiinformantopplysninger eller komparentopplysninger skal tolkes og kombineres (Youngstrom et al. 2003).

Barnevernets vurderinger av multiinformasjon må ikke være så forenklede at man konkluderer med det som majoriteten mener og tror er den riktigste informasjonen. Selv om ulike blikk på barn gir ulik informasjon og vurdering, og posisjonsstyrte blikk ikke lett kan erstatte hverandre, så er det ikke så enkelt som at alt veier like tungt. I så fall ville man sjelden kunne konkludere i utredninger av barnevernssaker. Bruk av multiinformasjon krever at fagpersonen vurderer årsaker til sprik i oppfatning, og vurderer hvilken som skal veie tyngst i forhold til de avgjørelser som skal tas. Multiinformasjonsinnhenting må alltid følges opp av slik vekting.

**Sjekkliste 4.2. Punkter for å vurdere/vekte multiinformasjon**

- hvilke motiver har informanten i forhold til saken (for eksempel provosert av barnet eller i situasjonen og ønsker drastiske tiltak, kjenner på en frykt for at barn kan plasseres utenfor hjemmet og vil derfor nedtone sine observasjoner, er usikker eller negativt innstilt til barnevernet i sin alminnelighet, eller denne barnevernstjenesten eller denne barnevernsansatte)?
- hvor lang tid har vedkommende kjent saken (slik at personen har oversikt over vanlige svingninger mellom gode og dårlige perioder i familien)?
- informantens oversikt over hvilke tiltak som har vært satt inn i saken og hvilken effekt de har gitt (fordi mange fagpersoner glemmer å tenke på at saken har en historie før de selv kom inn i den, og at deres tvil og inderlige ønske om at familien skal profittere tilstrekkelig på tiltak, leder til at de foreslår tiltak i desperasjon mer enn basert på grundige analyser av den enkelte saken)
- i hvilken grad har informanten sjekket via observasjoner at rådene eller veiledningen de har gitt har blitt fulgt opp, og at barnet har profittert på dem?
- kan man skille mellom dem som er mest versus minst positive av informantene i saken ut fra følgende kriterier: (1) Har observert i hjemmet eller ikke, (2) har hatt langvarig versus kortvarig kontakt i saken, (3) benytter primært evidensbaserte metoder eller ikke, (4) har en stilling hvor de statistisk sett burde hatt befatning med mange barn og unge, og hvor det er påkrevd en melding til barnevernstjenesten og de har enten meldt eller ikke meldt fra (sier noe om deres evne til å oppdage, mot til å handle og syn på menneskeverd og tiltro til barnevernstjenesten), samt (5) omfanget av informantenes utdannelse og kunnskapen de har om patologi og ikke bare kunnskap om normaltilstander?

*Oversikten er forfatterens.*

## Innhenting av opplysninger

Barnevernsarbeid er systemrettet. Det innebærer at man både kartlegger og setter inn tiltak i flere av systemene barn og familier er en del av. Barnevernsarbeid innebærer derfor et utstrakt tverretatlig samarbeid for å sikre en bred informasjonstilgang og tiltaksutførelse. Det skriftlige arbeidet i saker må i høy grad baseres på avveininger av ulike forhold mer enn argumentering.

Ansatte i barnehage, skole og voksenpsykiatri er

generelt ikke trent i vurderinger av samspill mellom foreldre og barn og grunnlaget deres er for tynt til at de kan uttale seg. Man skal derfor som en regel ikke be dem om å uttale seg om slike forhold. Derfor bør man ikke stille for eksempel fagpersoner i voksenpsykiatrien spørsmål om deres pasients omsorgsferdigheter. Først og fremst bunner det i at de er spesialister på voksne og ikke barn. Dernest er omsorg individspesifikk. Det vil si at en generell uttalelse om evne til å gi barn omsorg er lite interessant fordi barnevernsfaglige vurderinger alltid skal gjøres i forhold til det enkelte barn og ikke barn generelt.

**Sjekkliste 4.3. Innhenting av informasjon fra barnehage**

Generelt for uttalelsen: Vær tydelig når du ikke vet, når du selv har erfart noe, eller når du selv har fått informasjon via andre, om hva du antar versus hva du faktisk vet, og skill lavfrekvente hendelser fra de høyfrekvente.

Om rammene:

- Hvor lenge har barnet gått i deres barnehage og i hvilket omfang (timer eller prosent), samt hvor lenge har du hatt barnet på din avdeling/arbeidet med det?
- I hvilken grad har barnet vært i barnehagen/benyttet plassen (antall fraværsdager, hvilken oppmøtetid det har vært om morgenene)?
- Er det spesiell oppfølging fra personalet av barnet eller spesielle ressurser knyttet til det?

Generelt om oppfølging av barnet hjemmefra:

- Hvem er det som bringer/henter barnet til/fra barnehagen?
- Beskriv rutinene ved og kontakten mellom mor og barnet og far og barnet ved bringing til og henting av barnet fra barnehagen
- Beskriv hvordan hygienen er, og stell av barnet hjemmefra er (kroppshygiene, egnede klær, medbrakt mat og utstyr)
- Foreldres oppmøte ved foreldremøter og om de pleier å melde fra om eventuelle frafall fra avtaler

Karakteristika ved barnet:

- Beskriv hvordan barnet vente seg til å være i barnehagen (grad av savn av foreldrene)
- Beskriv barnet i forhold til følgende dimensjoner:
  - å lære seg og å forholde seg til rutiner
  - å lære seg og å forholde seg til grenser

Ferdigheter knyttet til å inngå i lek og samspill med andre:

Hvilke typer barn inngår barnet ofte i samspill med?
Hvilken alder har barna som X ofte leker med?
Beskriv barnets ferdigheter til å: (a) ta initiativ til samspill med andre, (b) besvare andres initiativ til samspill, (c) evne til å inngå i lek andre barn allerede har startet, (d) evne til å inngå i gjensidig positivt samspill med de andre barna.
Beskriv barnets evne til å forstå språk og å uttrykke seg språklig.
Beskriv hvordan barnet forholder seg til ulike personer i personalet – mønster i relatering til voksne.
Beskriv barnets humør og følelser som karakteriserer det.
Beskriv barnets evne til å håndtere konflikter og frustrasjoner.

Beskriv barnets fin- og grovmotoriske ferdigheter.
Beskriv barnets evne til å fungere i strengt strukturerte, halvstrukturerte og frie aktiviteter.
Beskriv barnets kognitive fungering (evne til å lære, forstå).
Beskriv barnets evne til å konsentrere seg om aktiviteter over lengre perioder.
Beskriv barnets evne til å gjøre ferdig aktiviteter.
Beskriv barnets aktivitetsnivå.
Beskriv barnets evne til å ta kollektive beskjeder.

Er det annet du ønsker å tilføye som kan være et vesentlig moment i saken, og som det ikke spurt etter i denne henvendelsen om uttalelse?

**Sjekkliste 4.4. Innhenting av informasjon fra skole**

Generelt for uttalelsen: Vær tydelig når du ikke vet, når du selv har erfart noe, eller når du har fått informasjon via andre.

Om rammene:

- Hvor lenge har eleven gått i deres skole, og hvor lenge har du vært kontaktlærer/spesiallærer for vedkommende?
- Hvilket fravær (omfang og hvilke oppgitte årsaker) har eleven hatt?
- Er det spesiell oppfølging av eleven eller spesielle ressurser knyttet til den (angi type og alvorlighetsgrad av de spesielle behovene, angi tiltaksform og omfang)?

Generelt om oppfølging av barnet hjemmefra:

- Beskriv hvordan hygienen er, og stell av barnet hjemmefra er (kroppshygiene, egnede klær, medbrakt mat og utstyr).
- Foreldres evne til å komme til foreldre- og kontaktmøter og om de pleier å melde fra om eventuelle frafall.

Karakteristika ved barnet:

- Beskriv eleven i forhold til følgende dimensjoner:
  - å lære seg og å forholde seg til rutiner
  - å lære seg og å forholde seg til grenser
- Ferdigheter knyttet til å inngå i lek og samspill med andre:
  - I hvilke typer barn inngår eleven ofte i samspill med?
  - I hvilken alder er de som eleven ofte er sammen med i skolen?
- Elevens ferdigheter til å: (a) ta initiativ til samspill med andre, (b) besvare andres initiativ til samspill, (c) evne til å inngå i samspill som andre elever allerede har startet, (d) evne til å inngå i gjensidig positivt samspill med andre.
- Beskriv barnets evne til å forstå språk og å uttrykke seg språklig
  Hvordan forholder eleven seg til de ulike i personalet – mønster i relatering til voksne?

Beskriv elevens humør og følelser som karakteriserer den
Beskriv elevens evne til å håndtere konflikter og frustrasjoner med: (a) jevnaldrende og (b) voksne
Beskriv elevens fin- og grovmotoriske ferdigheter
Beskriv elevens evne til å fungere i strengt strukturerte, halvstrukturerte og frie aktiviteter
Beskriv elevens kognitive fungering (evne til å lære, forstå og skolefaglige prestasjoner)
Beskriv elevens evne til å konsentrere seg om aktiviteter over lengre perioder
Beskriv elevens evne til å gjøre ferdig påbegynte aktiviteter
Beskriv elevens aktivitetsnivå
Beskriv elevens evne til å ta kollektive beskjeder

Er det annet du ønsker å tilføye som kan være et vesentlig moment i saken, og som det ikke spurt etter i denne henvendelsen om uttalelse?

**Sjekkliste 4.5. Innhenting av informasjon fra voksenpsykiatrien ved eventuell behandling av foreldre (lignende spørsmål kan også stilles til BUP og habiliteringstjeneste og lignende om barnet har kontakt med disse instansene)**

Generelt for uttalelsen: Vær tydelig når du ikke vet, når du selv har erfart noe, eller du har fått informasjon via andre.

- Hva var henvisningsårsak av pasienten, og hvem henviste når?
- Beskriv behandlingslengde, antall kontakter og hovedlinjer i ditt arbeid med pasienten.
- Hvilken kartlegging/utredning ligger bak diagnostiseringen?
- Hvilke(n) diagnose(r) har pasienten?
- Beskriv kort hvordan pasientens vansker/lidelse(r) kommer til uttrykk.
- Hvilken innsikt i egne problemer/lidelser har pasienten selv?
- I hvilken grad er pasienten genuint opptatt av/motivert for å gå i psykoterapi eller psykofarmakologisk behandling?
- Hva er prognosen uten behandling (inkludert spontanremisjon, det vil si betydelig bedring uten intervensjon)?
- Hva er prognosen ved god effekt av behandling?
- Er det annet du ønsker å tilføye som kan være et vesentlig moment i saken, og som det ikke spurt etter i denne henvendelsen om uttalelse?

**Sjekkliste 4.6. Innhenting av informasjon fra primærlege**

- Hvor lenge har du hatt kontakt med X?
- Hvor mange konsultasjoner har du hatt med X?
- Beskriv Xs psykiske og somatiske helsetilstand. Oppgi de diagnoser som eventuelt er stilt for X.
- Hvilke medisiner er eventuelt gitt i hvilke doser i hvilke perioder for X?

# 5 Utredning av foreldres omsorg for barn og unge

Ofte benyttes begrepet omsorgsevne i barnevernsfaglige miljø. Det er kontroversielt fordi evne kan ses som et potensial hvor ikke alle aspektene ved en evne nødvendigvis trenger å komme til uttrykk ved kartlegginger eller utredninger. Det gjelder også omsorg for barn og unge. Barnevernets utredninger av foreldres omsorg for barn og unge kan ikke hevdes å avdekke foreldrenes evne per se, men omsorgsutøvelse, omsorgsferdigheter eller omsorgspraksis. Disse erstatningene av begrepet *evne* betoner i sterkere grad observerbar atferd og er mindre statiske enn evne.

Utredning av samspill mellom foreldre og barn er komplisert fordi det dekker så mange kvaliteter at utrederen må ha god kjennskap til en rekke fagområder. Jo svakere fagligheten til utrederen er, desto mer allmenn og overflatisk vil vurderingen bli. Jo smalere den faglige bredden er, desto snevrere vil utredningsområdet bli. Gode utredninger er en forutsetning for å gi familier riktige hjelpetiltak. Godt barnevernsarbeid baseres derfor på gode vurderinger med basis i faktakunnskap om hvilke risikofaktorer som skader barns utvikling mest. Siden barn er forskjellige, må utredninger ta utgangspunkt i det enkelte barn og ikke automatisk overføre kunnskap om oppvekstbetingelsene for ett barn over til søsknene.

## En utredningsmal

Det finnes en rekke vurderingsskjema for klassifisering av samspill mellom foreldre og barn, for kartlegging av familieatmosfære og lignende dimensjoner. En utredningsmal for familieatmosfære og samspill mellom foreldre og barn er inkludert denne boken. Målet med utviklingen av denne malen har vært å sikre en systematisering av barnevernets utredninger av foreldres omsorg for barna. Utredningsmalen er primært utviklet for saker som grenser opp mot § 4-12 i lov om barneverntjenester. Malen blir lett for omfattende for mer avgrensede hjelpebehov etter nevnte lovs § 4-4. Den er også egnet for å evaluere effekter av hjelpetiltak. Utredningsmalen kan gjerne benyttes som diskusjonsgrunnlag mellom flere fagpersoner i vurderinger og i drøftinger med foreldrene om tiltak. Skjemaet er ment å være tilstrekkelig spesifikt til å utlede egnede hjelpetiltak, selv om hver dimensjon i malen kunne ha vært ytterligere nyansert.

Utredningsmalen forutsetter god faglig kunnskap hos utrederne, eller formulert annerledes; malen blir ikke bedre enn fagkunnskapen hos utrederen. En del utredningsmaler består av skåringer som kan adderes til sumskårer. Det kan gi en god pekepinn på hvor alvorlig situasjonen er, men samtidig en falsk trygghet fordi sumskåren ikke er mer korrekt enn vurderingsevnen til fagpersonene som gir grunnlaget for sumskårene. Utredningsmalen som er utviklet og følger denne boken, inneholder ikke slik sumskår og derfor heller ikke kritiske verdier for å avgjøre *god nok* versus *ikke god nok* omsorg, fordi dette til dels er en skjønnsmessig vurdering.

Utredningsmalen baseres på en nidelt gradering

for å konkretisere foreldrenes omsorg for barna. Hver dimensjon i utredningsmalen som skal skåres, består av fem beskrivelser. Familien man utreder forsøkes skåret mot den beskrivelsen som passer best. Ingen familier skal «tvinges» til å stemme med utredningsmalen. Passer ikke «terrenget» med «kartet», så skal de krysses av som: «ikke aktuelt». Fire av de fem beskrivelsene har to skåralternativer. Den midterste beskrivelsen har kun ett skåralternativ. For hver dimensjon som vurderes, er skåralternativ E idealet i den vestlige verden. Jo lenger fra E en skår er, desto mer anses det som potensielt skadelig for barn. Hvor skadelig vil delvis avhenge av det enkelte barns forutsetninger og behov, varighet, samt øvrige risiko- og beskyttelsesfaktorer.

Utredningsmalen kan brukes i sin helhet, eller bare deler av den. Den kan også suppleres med andre hjelpemidler. Skjemaet ligger til gratis, fri bruk på Universitetsforlagets hjemmeside www.universitetsforlaget.no. Den kan lastes ned og legges inn som arbeidsverktøy. I denne boken er det utformet et eksempel for å vise hvordan utredningsmalen kan brukes.

Utredningsmalen består av åtte seksjoner – og omfatter bakgrunnsfaktorer, forutsetninger for og mikroferdigheter knyttet til omsorg for barn og unge. I seksjon 3 er det rom for tredelt informasjon om somatisk og psykisk helse: (1) Slik informanten selv opplyser, (2) slik utrederen observerer og (3) det som framkommer i uttalelser fra eksempelvis primærlegen og spesialisttjenesten. I seksjon 4 benyttes begrepet belastninger, risiko- og beskyttelsesfaktorer. Risiko- og beskyttelsesfaktorene finnes i bokens sjekklister. Faktorer som gjelder for familien og som ikke er inkludert i denne bokens sjekklister, plasseres under: «Følgende belastninger er registrert». Seksjon 5 er ment å gi en oversikt over iverksatte hjelpetiltak. Det vil si hvilke typer av bistand familien har profittert på eller ikke hatt nytte av. Seksjon 6 omfatter mer overordnede dimensjoner ved familielivet og foreldres omsorg for barn og unge, mens seksjon 7 omfatter mikroferdigheter i samspill mellom foreldre og barn. Det er de to sistnevnte seksjonene som belyses i denne gjennomgangen av utredningsmalen. Hver skåre i seksjonene 6 og 7 har et kommentarfelt. Det er viktig at dette benyttes for å underbygge skårene. Det gjøres enten ved en utdypende forklaring og/eller at man henviser til dokumenter som følger saken. Seksjonene 6 og 7 er utformet som et kontinuum av handlingsdimensjoner. Dette kan oppleves som en kunstig framstilling av menneskers atferd, fordi det virker stilisert framfor levende, overforenklet og endimensjonalt framfor komplekst og flerdimensjonalt. Kontinuumet skal kun brukes så lenge det oppleves som nyttig av saksbehandler, for eksempel fordi det hjelper til å presisere faglige vurderinger. Om man opplever kontinuumet forvirrende eller lite nyttig, kan man i stedet bruke dimensjonene i utredningsmalen som tips til vurderingspunkter i utredninger. Seksjon 8 er oppsummering, en konklusjon. Det er viktig at denne oppsummeringen tar utgangspunkt i barnets behov og rettigheter og ikke i omsorgspersonene eller til familien generelt

Flere kan oppleve det som ubehagelig eller kritikkverdig å gradere personers og familiers fungering. Mange kan ønske å bistå mennesker med å gi dem den bistand de ber om. Det kan gå innenfor en del etater, men ikke i barnevernet. Grunnen er at lov om barneverntjenester (1992) ikke bare er en lov om hjelpetiltak, men også innebærer å utøve en sosial kontroll på vegne av storsamfunnet. Derved må man vurdere hva som er god nok versus ikke god nok omsorg for det enkelte barn. Slike vurderinger skal være åpne slik at andre kan vurdere dem . Det er viktig slik at andre kan komme med innspill til en stadig bedring av det teoretiske og forskningsmessige grunnlaget man bygger på i utøvelse av sosial kontroll og i gjennomføring av hjelpetiltak. Dette er sentralt i et åpnere barnevern. Utredningsmalen i denne boken er et forsøk på åpenhet omkring de dimensjoner som ofte legges til grunn i viktige avgjørelser om barn og unges behov for omsorg, og hvilke krav det stiller til omsorgsbasen.

Boken gir et faglig grunnlag for utredningsmalen. Det henvises ikke til enkeltstående sider, tema eller kapitler i boken for hver vurderingsdimensjon fordi det er resonnementsrekkene som er viktig, ikke isolerte fakta. Derfor er det tenkningen som ligger til grunn for boken som er viktig å tilegne seg og ha som bakgrunn for å forstå vurderingsdimensjonene i utredningsmalen. Et eksempel er utformet i dette

kapitlet for å illustrere hvordan utredningsmalen kan brukes.

## Utredningsmalens seksjon 6: Generelle mål på familiefungering

Seksjon 6 består av 16 vurderingsdimensjoner. Dimensjonene er ment å fange mer overordnede forhold ved en families fungering.

### Den generelle familieatmosfæren

Familieatmosfære er en betegnelse for familieklimaet, altså stemningen i familien. Familieatmosfære avdekkes ofte som en generell følelse man får av å være på besøk hos familier. Familieatmosfæren skal være preget av at alle familiemedlemmene har verdsatte roller, trygghet og respekt. Familieatmosfære kan graderes langs en skala fra fiendtlig med mye aggressivitet i åpen eller fordekt form, til anspent med betydelige ladninger av nervøsitet. Harmonisk er idealet.

Denne dimensjonen er tydelig påvirkbar av at familier vet at de observeres på bakgrunn av en bekymringsmelding. Det må tas høyde for dette i skåringen. Familieatmosfæren kan ved observasjon både bli mer anstrengt og amper enn den er til vanlig, men også bedre fordi familiemedlemmene skjerper seg og kompenserer.

### Lyd-/støynivå

God struktur i familier og harmonisk familieatmosfære vil blant annet komme til uttrykk via normalt lyd- eller støynivået i familien. Familier som preges av kaos vil karakteriseres av et høyt lyd- og støynivå. Familier preget av foreldres rigiditet vil karakteriseres av for lav toleranse for lyd. Lyd-/støynivå kan graderes fra utpreget bråkete til lav toleranse for lyd, med ordinært lydnivå som det ønskelige.

### Familiehierarki

Familiehierarki er en betegnelse hentet fra tidlig teoretisering omkring familieterapi (strukturell familieterapi). Systemet familie bør bestå av to subsystemer (delsystemer/undersystemer): et hierarki av foreldrene og barna. Hierarkiet mellom foreldre og barn bør være tydelig framfor utvisket, men inkluderende framfor utstøtende eller urimelig distanserende. Med ulike posisjoner i hierarkiet følger ulike plikter og rettigheter, det betyr at voksne kan tillate seg mer enn barn, men har også flere forpliktelser i form av ansvar. Familiehierarki kan graderes fra grov parentifisering til meget betydelig distanse. I tråd med en demokratisk oppdragelsesstil, ønskes et tydelig hierarki hvor foreldrene markerer tydelig å være et eget subsystem.

### Planlegging

Struktur handler om god planlegging og å holde fast ved planene. Planlegging er en forutsetning for å få familielivet til å fungere godt og følge opp barn på ansvarlige måter. Den kan graderes fra impulsivitet bunnet i å ikke planlegge til detaljert planlegging med omfattende vansker med å improvisere eller fravike planene hvis det er nødvendig eller vil være mer hensiktsmessig. God planlegging klassifiseres som strukturert. Ansvarlighet er både en forløper til og en konsekvens av foreldres planlegging for familien.

### Foreldrenes evne til å organisere familien for oppgaver og gjøremål som gis i utredningen

Hvordan foreldre/familier takler å få oppgaver kan gi et godt bilde på hvilke ferdigheter de har, og hvilke som er mangelfullt utviklet hos dem. Det bør gis to oppgaver: En som foreldrene/familien selv beslutter, og som skal inkludere alle familiemedlemmene og alle kan utføre og trives med. Den andre kan gis av utrederen og bør være slik at den gir et godt bilde på hvordan familien håndterer ferdigheter som kreves i mange dagligdagse situasjoner. Familien kan som en ytterlighet framstå som dysfunksjonell ved å være preget av kaos og fra lite til ingen kontroll ved utføring av oppgaven, til foreldre som utfører oppgaven alene i stedet for sammen med barna som den andre ytterlighet. Ønsket fungering i familien beskrives som funksjonell.

## Struktur

Struktur handler om å skape oversiktlighet og forutsigbarhet for barnet. Foreldre skaper en ytre struktur. Det er forløperen for at barn skaper en indre struktur, som er en forutsetning for å styre seg selv godt og å utvikle god emosjonsregulering. Via tilrettelegging i form av ytre struktur hjelper foreldrene barna til planmessighet. Foreldres strukturering av familielivet kan graderes fra uforutsigbar i kaotiske familier til ritualisert som den andre ytterligheten i kontinuumet, med forutsigbar og fleksibel som ønsket fungering.

Struktur er nært knyttet til dimensjonen planlegging, og det er sjelden at samme familie skårer svært ulikt på disse to dimensjonene.

## Foreldrenes vurdering av familiefungeringen

Foreldrenes evne til å gjøre realistiske vurderinger av familiefungeringen gir et godt innblikk i evnen til å være realistisk, og å være ærlig overfor utrederen. Realisme i foreldrenes vurdering av familiesituasjonen er en meget god prediktor for deres vurdering av egne hjelpebehov og for evnen til å inngå i en rolle som mottager av hjelpetiltak. Foreldrenes vurdering av familiefungeringen kan graderes fra grovt urealistisk positiv til grovt urealistisk negativ oppfatning av familiefungeringen. Idealet er en realistisk oppfatning av familiesituasjonen.

## Samstemte foreldre

Foreldrenes evne til å enes om grunnleggende dimensjoner i omsorg for barn og unge benevnes på engelsk som «coparenting», altså hvordan foreldre makter å støtte opp om hverandre i foreldrerollen. Stor uenighet mellom foreldrene leder til konflikter, og til fysisk og/eller følelsesmessig tilbaketrekking. Barn og unge reagerer under slike oppvekstforhold enten med å bli låst i en forvirring med påfølgende handlingslammelse fordi de ikke kan følge begge foreldrene, og heller ikke makter å velge én av dem på bekostning av den andre. De kan også påta seg en meklingsrolle for å dekke over gapet mellom foreldrene, de manipulerer for å utnytte foreldrenes manglende samstemthet, eller de blir utagerende som en konsekvens av mangel på tydelighet i forventninger og krav til dem. Grad av samstemthet kan graderes fra liten til ingen samstemthet til rigid samstemthet, med samstemte foreldre som det ønskelige.

## Ansvarlighet

Foreldres ansvarlighet handler om evne til langvarig forpliktelse i omsorgen for barna. Forpliktelse innebærer at de voksne velger å forsake eller redusere omfanget av egne behov hvis det går på bekostning av å dekke grunnleggende behov hos barnet. Ansvarlighet handler på et overordnet nivå for eksempel om å ha rikelig tid med barna, dekke grunnleggende behov, og bidra til gode utviklingsbetingelser. Men det handler også om mer konkrete handlinger som for eksempel å velge personer som barnet kjenner og er trygg på som barnevakt. Forpliktelse handler også om å møte på helsekontroller med barnet (eller erstatninger for disse), ta det til tannlege, medisinske undersøkelser når det kreves, foreldremøter, konferansetimer og lignende. Ansvarlighet kan graderes langs et kontinuum fra grovt uansvarlig til overinvolverende, hvor ansvarlig er idealet.

## Ernæring

Ernæring er en dimensjon som man tar stilling til ut fra tre vurderinger: sunn versus usunn ernæring (feilernæring), regelmessig versus uregelmessig ernæring og riktig versus feil mengde ernæring. Feil mengde kan både være for mye og lede til overvekt, og for lite (underernæring). Ungdom styrer i høy grad egen ernæring og må skåres som deres ernæring mer enn foreldrenes praksis og oppfatninger.

## Hygiene

Hygienen vurderes på grunnlag av tilstanden til både kroppen og klærne. Renhold i hjemmet skåres imidlertid under bolig i seksjon 1. Tilstanden kan variere fra det å være uflidd til å være overopptatt av hygiene, hvor god hygiene er ønskelig. Foreldre kan

ha liten innflytelse på ungdoms hygiene, og det må tas i betraktning ved utredninger.

### Foreldres evne til å oppfatte barnet realistisk

Evnen til å oppfatte barnet realistisk er en forutsetning for godt samspill, og at barnet utvikler et stabilt selvbilde, god selvaksept og en klar identitet. Urealistiske oppfatninger av barnet baseres på at den voksne fyller det med sitt eget materiale (tanker, følelser og behov) i stedet for en «melodiøs» inntoning ut fra barnets signaler om forutsetninger og behov. Urealistiske oppfatninger av barnet leder til at foreldre stiller for lave eller for høye krav til barnet eller definerer det urealistisk positivt eller negativt. Sterk og tendensiøs definering av barn leder til at barnet taper seg selv, egne opplevelser og oppfatninger. Samspillet blir derved krenkende. Barnet vil bli fremmed for seg selv. Relatert til dette mønsteret er også parentifisering av barnet. Evnen til å oppfatte barnet realistisk kan graderes fra grovt forvridd oppfatning av barnet som selvhjulpent til grovt forvridd oppfatning av barnet som hjelpavhengig. Realistisk oppfatning av barnet er idealet.

### Forskjellsbehandling av barna

Søsken bør gis samme grad av varme og aksept, men oppdragelsesstilen må tilpasses det enkelte barns forutsetninger og behov. Forskjellsbehandling av barn skal ikke bunne i ulik favorisering, men tilpasning til barnas behov. Forskjellsbehandling kan beskrives som grov forskjellsbehandling som den ene ytterligheten, og utpreget lik behandling uten individuell tilpasning til barnas behov og forutsetninger som den andre. Det ønskede er å behandle barna noe forskjellig ut fra en likhetstankegang uten at familien mister et helhetlig preg.

### Foreldrenes omtale av og spontan kommentering av barnet

Foreldre kan forestille seg ut fra egne idealer og ut fra hva de mener er lønnsomt eller forventet fra den de samtaler med. Foreldrene kan også spontant kommentere barna. Det anses som mer «ekte» i betydningen slik de egentlig opplever barnet. Foreldrenes omtale og kommentering av barna kan skje i eller utenfor barnas påhør, og den kan graderes fra ofte negativ og krenkende kommentering til meget overdrevent kunstig og idylliserende kommentering. Den ønskede situasjonen er en overveiende positiv, realistisk kommentering av barnet.

### Foreldrenes ærlighet

Foreldres grad av ærlighet predikerer godt i hvilken grad de vil relatere seg til andre mennesker og forplikte seg i et endringsarbeid. Grad av ærlighet kan graderes fra omfattende løgnaktighet til ukritisk formidling av informasjon som motsatt ende av et kontinuum. Idealet er foreldre som er åpne og ærlige på en kontrollert måte, som er en god indikator på god psykososial fungering.

Personer kan god kombinere ukritisk formidling av informasjon med løgnaktighet. De krysses da av på to steder i kontinuumet i dimensjonen, med forklaring lagt til kommentarfeltet.

### Foreldrenes håndtering av krav stilt av ansatte i hjelpeapparatet

Foreldres evne til å stå i kravsituasjoner – som hjelpetiltak som skal bedre omsorgsferdigheten er, forutsetter et ønske om og et mot til å tørre å motta hjelpetiltak. Det baseres på realistiske vurderinger av familiens fungering. Foreldrenes evne til å stå i kravsituasjoner kan graderes fra tydelig opponerende og kranglevoren håndtering av kravsituasjoner til tydelig servil og underdanig holdning ved kravsituasjoner. Ønsket fungering er adekvat håndtering av kravsituasjoner hvor de ønsker å lære å forholde seg til besluttede mål.

## Utredningsmalens seksjon 7: Kvaliteter ved interaksjonen mellom forelder og barn

Seksjon 7 i utredningsmalen består av ni vurderingsdimensjoner knyttet til direkte samspill mellom for-

elder og barn. Noen av dimensjonene har mer overordnede aspekter ved seg, slik som grensesetting, mens andre går på mikroferdigheter slik som turtaking og affektinntoning.

## Foreldres initiativ til samspill med barnet

Foreldres initiativ til samspill med barnet handler om stimulering og veiledning av det. Initiativet skal i hovedsak preges av å ta utgangspunkt i barnets ståsted og følge opp dette, men også det å korrigere som et element i veiledning av barn. Observasjoner i barnevernssaker viser at omsorgssviktende og mishandlende foreldre tenderer mot å ha vansker med å ta utgangspunkt i barnet i tillegg til grunnleggende vansker med å tolke andre personer. Det fører til at de straffer eller frustrerer barnet i sine forsøk på selvstendighet og forsøk på selvkontroll.

Vurderingen av foreldres initiativ til samspill med barnet er aldersinndelt: for barn opp til ett år, og for de over ett år. For begge aldersgrupper graderes denne vurderingsdimensjonen fra ignorerende til dirigerende, med adekvat som ønskelig foreldreatferd.

## Foreldrenes respondering på barnets initiativ

Emosjonell tilgjengelighet hos foreldre er en av de viktigste dimensjonene i utviklingsstøttende samspill med barn og en av de viktigste beskyttelsesfaktorene ved nærvær av risikofaktorer. Foreldre som ikke er emosjonelt tilgjengelige, er en betydelig risikofaktor for skjevutvikling hos barn (Wiefel et al. 2005).

Respons på personers initiativ handler om å bli «sett». Det er viktig for barns utvikling av identitet, selvbilde og ønske om samspill med andre mennesker enn foreldrene. Barn som har responderende foreldre vil henvende seg til dem, mens barn som er vant til å ikke bli respondert på av foreldrene, enten blir bråkete, klamrende, masete eller det motsatte; de ignorerer foreldrene. Observasjoner av respondering må gå på om den virker ekte, og om den er adekvat ut fra barnets alder, forutsetninger og behov.

Mishandlende foreldre skårer ofte lavt på å støtte barnet, rose det, respondere på barnets initiativ, uttrykke positive affekter, delta i lek og å snakke med det. De er ofte kontrollerende, forstyrrer og griper unødig inn i barnets aktiviteter og er fiendtlige i sine holdninger overfor barnet.

Foreldrenes respondering på barnets initiativ kan graderes fra ignorerende til anmassende, med adekvat som idealet.

## Foreldrenes uttrykk, emosjoner og affekter i samspill med barnet

Vurdering av samspill innebærer å kartlegge hvilke emosjoner og affekter som kommer til syne mellom forelder og barn. Foreldres evne til å besvare barnets følelser og foreldrenes regulerte og normale variasjoner i følelsesuttrykk er viktig for barnets utvikling av et bredt repertoar, en nyansert oppfatning, aksept og håndtering av følelser (emosjonsregulering). Foreldres uttrykk av emosjoner i samspill med barnet kan graderes fra sterke svingninger i affekter til avflatethet, med et rikholdig, adekvat register av emosjoner som viktig for god emosjonsutvikling hos barna.

## Foreldrenes ferdigheter til å tilpasse seg barnet ved turtaking

Ansikt-til-ansikt-interaksjoner mellom barn og foreldre starter ofte når barnet er rundt to måneder gammelt, og preges av at det er barnet som leder an og foreldrene følger opp. Foreldrene «matcher» og regulerer barnets emosjoner og affekter, og samspillsekvensen får et gjentagelsespreg og en rytme (Feldman et al. 1999). Turtakingen bør innebære en tydelig struktur. Det betyr at kommunikasjonen mellom foreldre og barn flyter lett, og at den er regulert ved at den voksne avventer at barnet har kommunisert ferdig og koordinerer ved å «besvare» dette på en adekvat måte (Kochanska et al. 2005). Turtaking viser den voksnes evne til å tilpasse seg barnet, både i innhold, tempo og varighet i turtakingen. Dette er nært knyttet til foreldrenes grad av sensitivitet.

Turtaking vurderes opp til barnas ettårsalder og graderes fra lite og ofte avbrutt til overkjørende, med dialog som idealet.

## Foreldrenes affektinntoning overfor barnet

Primær omsorgsgivers evne til å registrere barnets signaler og besvare disse på en hensiktsmessig måte er helt avgjørende for barns utvikling (Parke 2004). Dette vises blant annet via foreldrenes affektinntoning i samspill med barna. Affektinntoningen er sentral for barnets utvikling av grunnleggende dimensjoner som tilknytningsstil, selvaksept, identitet og emosjonsregulering (Spiegel et al. 2000).

Affektinntoning innebærer å besvare det emosjonelle aspektet i det som kommuniseres. Det bygger på evnen til sensitiv observasjon og tolkning. Affektinntoning går i tre sekvenser: Den første er at omsorgspersonen forsøker å identifisere barnets følelser og deretter responderer adekvat. Det tredje stadiet er at barnet opplever at foreldrenes respons refererer til de følelsene det har. Speiling skiller seg fra affektinntoning ved at førstnevnte er en kopiering eller herming av den andre personen, mens affektinntoning er å respondere på den andre med en annen modalitet eller i annen form. Et eksempel kan tjene til klargjøring: Thomas på fem år kommer løpende ned fra soverommet og utbryter til sin far: «Pappa, pappa, jeg drømte at en dinosaur spiste meg!» Speiling vil da være at faren viser like oppspilte øyne og åpen munn som Thomas. Affektinntoning innebærer en annen modalitet og å bekrefte de emosjonelle aspektene i Thomas sitt utsagn. En dårlig affektinntoning vil da være å ikke besvare frykten, men å si: «Dinosaurer finnes jo ikke!» eller: «Det var jo bare en drøm!» En god affektinntoning vil være: «Huff da. Fortell hva som skjedde!» Når Thomas har fortalt ferdig om drømmen, kan det følges opp med at faren avslutter sekvensen med å si: «Det hørtes jammen skummelt ut! Ikke rart du ble redd. Men så godt at dinosaurer ikke finnes, og at det bare var en drøm.»

Misinntoning handler om at man ikke makter å besvare det emosjonelle budskapet i den andres kommunikasjon. Det er flere former for misinntoning: Bemektigelse, overinntoning (eksessiv inntoning), inautentisk inntoning og ikke-inntoning.

Bemektigelse betegner at omsorgspersonen former barnets indre ut fra sine egne behov. Barnets følelser endres for å passe med omsorgspersonens behov. Dette leder til at barnet opplever å ikke få delt opplevelser og derfor ikke føler fellesskap. Ofte starter det med at omsorgspersonen illuderer inntoning (later som om). Barnet åpner seg og forteller som en konsekvens av dette. Omsorgspersonen fokuserer utenfor eller på siden av barnets affekt. Siden barn er opptatt av å dele, vil de ofte gi slipp på sin opprinnelige affekt og følge omsorgspersonen. De taper derved den opprinnelige følelsen fordi de blir usikre på om opplevelsen de hadde gjelder eller ikke. Er dette mønsteret omfattende, mister ofte barnet seg selv og utvikler en uklar identitet. Bemektigelse er altså å fylle barnet med det man som omsorgsperson har behov for. Det innebærer å frarøve barnet dets budskap ved å gi seg selv fokus og presentere sine behov. Omsorgspersonen krever på denne måten oppmerksomheten.

Overinntoning (eksessiv inntoning) betegner invadering av og overidentifisering med barnet. Overinntoning er vanlig og riktig ved samspill med spedbarn. Det er viktig at foreldre speiler barnets signaler av følelser i en overdreven form fordi det letter barnets oppfattelse av dem og gir grunnlag for imitering. God affektinntoning overfor spedbarn er å «dra» følelsene lenger enn det barnet uttrykte. Det fungerer som en speiling fordi det er innen samme modalitet som det barnet uttrykte, men det kan også tangere affektinntoning (overinntoning). Et slikt samspill mellom foreldre og barn er vanlig og positivt i spedbarnsalderen, deretter er det negativt og uvanlig. Når barnet blir større, vil overinntoning – eller å overdrive følelsene – være et tegn på et teatralsk samspill.

Inautentisk inntoning betegner manglende samsvar mellom verbalt budskap og kroppsspråk. Barnet forvirres av det motstridende budskapet og blir enten handlingslammet av det, eller må velge ett av dem med tydelig usikkerhet knyttet til om det valgte riktig.

Ikke-inntoning betyr at man ikke responderer på barnet, og at indre opplevelser ikke deles. I omfattende grad leder det gjerne til psykisk isolasjon eller en åndelig ensomhet. Barnet kan forsterke sine signaler for å bli respondert på og derved framstå som bråkete og krevende, eller det kan gi opp og klare seg

selv og derved i liten grad søke kontakt med foreldrene. En del av disse barna som velger å ikke henvende seg til de voksne, kan virke triste, emosjonelt distanserte, likeglade eller lite empatiske.

### Foreldrenes bekrefting av barnet

En av hovedkildene til god selvaktelse er foreldre som bekrefter barnet. Bekreftelser gis blant annet ved å respondere på barnet, som er en egen dimensjon i utredningsmalen. Bekreftelsen skal ikke bare gis på barnets prestasjoner, men på den personen barnet er. Bekreftelser er da en konkret uttrykksform for dimensjonen varme i oppdragelsesstilene. Dette observeres i form av at foreldrene møter barnets blikk, smil, fysisk berøring, men aller mest via verbale utsagn. Denne dimensjonen tangerer derved flere av de andre dimensjonene i utredningsmalen, som blikkkontakt, fysisk berøring og spontan kommentering. Dette viser hvordan utrednigsmalen er konstruert ved at flere dimensjoner overlapper hverandre i stedet for at de er tydelig atskilte dimensjoner.

Det er to akser av bekreftelse. Den ene går fra avvisning (aktiv handling) til overstrømmende, mens den andre går fra ignorerende (passiv handling) til anmassende.

### Blikkontakt mellom forelder og barn

Blikk har tre hovedfunksjoner i omsorgsgivende samspill: Man skaffer seg oversikt (orienterer seg), man styrer (kontrollerer) og man bekrefter. Blikkkontakt er derfor viktig for et adekvat og utviklingsfremmende samspill mellom foreldre og barn. Blikkontakten kan graderes fra sjelden blikkontakt til stirrende blikk og en «på vakt»-holdning, med adekvat blikkontakt som ønskelig.

### Fysisk berøring mellom forelder og barn

Fysisk berøring av barn er en fundamental form for omsorg og stimulering. Med økende alder får fysisk berøring betydning som bekreftelse og omsorg. Berøringen sier noe om emosjonell nærhet og å bry seg om hverandre, men kan også være grenseoverskridende, upassende og krenkende. Den graderes i utredningsmalen fra lite til ingen fysisk berøring mellom forelder og barn til erotiserende berøring, med adekvat berøring som et ideal.

### Grensesetting

Grensesetting vurderes ut fra to dimensjoner: (1) konkret grensesetting og (2) tilsyn med barnet når det er borte fra foreldrene. Foreldre tilpasser seg barnets autonomi (selvstendighetsbehov) som oftest i barnets andre leveår (Kochanska & Aksan 2004). Det indikerer at foreldrene evner å registrere barnets behov for å prøve seg i utforskning av sin omverden, noe som er viktig både for stimulering og selvstendighetsutvikling.

Grensesetting kan graderes fra avvisende til omkast av posisjoner (parentifisering), med omsorgsfullt grensesettende som det som kjennetegner demokratisk oppdragelsesstil. Tilsyn kan graderes fra uvitende til frihetsberøvende, med adekvat tilsyn som viktig i en demokratisk oppdragelsesstil.

## Utviklingsbetingelser

Barn preges sterkt av samspillet med foreldrene (primære omsorgspersoner) på grunnleggende utviklingsområder. Utredning av hvordan foreldre utøver omsorgen for barna, konsentreres i barnevernsfaglig sammenheng rundt begrepet *god nok*. Hva som er god nok omsorg varierer med barns forutsetninger og behov. Noen av disse forutsetningene og behovene er generelle (for alle barn), mens mange er spesifikke (for det enkelte barn). Foreldres omsorg må derved være tilpasset det enkelte barn. God nok omsorg vil derfor være ulik for søsken. En ønsket omsorg er at foreldre forskjellsbehandler barna noe ut fra en sensitiv tilpasning til barnets forutsetninger og behov, ikke en forskjellsbehandling som bunner i at barna har ulik verdi. En slik kartlegging av foreldres omsorg for barna omfatter både mer overordnede forhold som for eksempel prioriteringer, ansvarlighet, struktur og samstemthet mellom foreldrene, og mikroferdigheter som eksempelvis ferdigheter i turtaking, blikkontakt og affektinntoning.

Bronfenbrenners bioøkologiske teori er en av de mest sentrale innen transaksjonsmodellen. Bronfen-

brenner (1979, 1992) oppfatter oppvekstmiljø som en serie sammenhengende strukturer, hvor den ene utgjør kjernen i den neste. Disse strukturene deler han inn i fire systemnivå som personer påvirker og påvirkes av: mikro-, meso-, ekso- og makrosystemet.

### 1. Mikrosystemet

Mikrosystemet er der barnet ferdes til daglig, altså hvor det har ansikt-til-ansikt-kontakt med andre. I mikrosystemet er det en direkte påvirkning mellom barnet og systemene. Mikrosystemene omfatter ofte hjemmet, nærmiljøet, barnehage eller skole og fritidsarenaene.

Mikrosystemene bør være mangfoldige for å sikre rikelig og variert stimulering av barnet. De viktigste elementene i mikrosystemene er:

(A) varierte aktiviteter som fordeler seg i forhold til om:
  (i) de utføres av barnet alene,
  (ii) barnet utfører dem sammen med andre – både jevnaldrende og voksne, og
  (iii) barnet observerer andre i aktivitet,
(B) barnet inngår i varierte roller, slik at barnets perspektiv utvides ved kognitiv og emosjonell stimulering,
(C) barnet utvikler mange og varierte sosiale relasjoner, slik at det stimuleres rikelig og gis mangesidige erfarer,
(D) barnet eksponeres for mange ulike rollemodeller som et bredt grunnlag for å identifisere seg med noen, og
(E) barnet inngår i molare aktiviteter – det vil si helhetlige handlinger med et klart handlingsforløp og en markert avslutning, slik at det får en forståelse av helheter framfor at hendelser deles opp til bruddstykker og barnet taper helheten av syne. Barnet bør derfor få en god forberedelse til aktiviteten.

### 2. Mesosystemet

Mesosystemet er to eller flere mikromiljø. Mesosystemet oppstår første gang barnet deltar i et annet miljø enn familien. Inngangen til nye mikromiljø betegnes som økologiske overganger. Eksempler på økologiske overganger er å få nye søsken, oppstart i barnehage eller skole og å flytte til et annet bosted. Barn og unge anses som sårbare ved økologiske overganger. Er kravene til kompetanse eller verdiene betydelig avvikende fra det som barnet er vant til, vil det betegnes som en «mismatch» og øke risikoen for at barnet blir stigmatisert i det nye mikromiljøet. Økologiske overganger gir derved rom både for positiv utvikling i form av økt kompetanse og livskvalitet, men kan også innebære stagnasjon og skjevutvikling.

Det er mesosystemet som er best egnet for å vurdere barns utvikling, framfor fokus rettet mot ett eller noen få mikrosystemer. Personers mesosystem er forholdsvis synonymt med et sosialt nettverkskart fordi et slikt kart dekker en persons viktigste personkontakter i de viktigste arenaene (eller mikrosystemene). Kartlegging av barns og unges sosiale nettverk er derved en kartlegging av hvem som inngår i, og kvaliteten ved deres mesosystem.

Barns utvikling avhenger av hvordan deres totale oppvekstmiljø fungerer, altså i hovedsak hvordan alle de sentrale mikrosystemene fungerer til sammen. Bronfenbrenner (1979) hevder at svakheter og mangler i ett mikrosystem (for eksempel familien) kan kompenseres for via styrker i andre mikrosystemer (for eksempel naboer, terapeuter eller barnehage). Et eksempel på en slik vurdering er å analysere risiko- og beskyttelsesfaktorer. Det er krevende å analysere hvordan mangler i ett system kan kompenseres for i et annet system.

### 3. Eksosystemet

Bronfenbrenners teori er tydelig influert av systemteori, og man søker å avdekke faktorer med tydelig indirekte påvirkning. Eksosystemet betegner med andre ord forhold med indirekte påvirkning på barnet. Denne påvirkningen skjer via personer barnet samhandler med eller sosiale institusjoner barnet deltar i. De viktigste samfunnsinstitusjonene er på eksosystemnivå. Eksempler er foreldrenes arbeidsplass, og foreldrene til venner.

### 4. Makrosystemet

En metafor for å forstå makrosystemet er at det er grunnmuren, armeringene og reisverket i huset, det

som legger rammene for personers liv – og åpner opp ved hjelp av mulighetene det gir, eller stenger ved de begrensningene som settes. Makrosystemet er de overgripende ideologiske, økonomiske, historiske og politiske vurderingene og beslutningene som tas for et samfunn. Slike beslutninger på storsamfunnsnivå vil konkretiseres i form av økonomiske disposisjoner, rettigheter og plikter. Det legges grunnlag for mange av kvalitetene ved barns og unges oppvekstmiljø på makronivå. Mål på kvaliteten ved et samfunn omfatter for eksempel brutto nasjonalprodukt, sosial trygghet, helsestatus og opplæring av og omsorg for den oppvoksende generasjon. Dette er vesentlig for at et samfunns ressurser utnyttes hensiktsmessig, at verdier, kultur, tradisjon, organisering og styreform opprettholdes og føres videre. Beslutninger om fødselspermisjon, barnetrygd, kontantstøtte, overgangsstønad, full barnehagedekning, retten til 13-årig skoleløp er noen av mange eksempler på hvordan makrosystemet skaper rammer for barnets oppvekst og viser hvilke prioriteringer og derved hvilke verdier som ligger til grunn.

## Utredningsmal for mesosystemnivå

Utredningsmalen som presenteres i dette kapitlet omfatter i hovedsak mikrosystemet familien. Utredninger av foreldres omsorg for barn og unge er fundamentalt viktig for å vurdere kvaliteten på oppvekstmiljøet og predikere barns utvikling, men utredning av dette mikrosystemet gir ikke et totalbilde. Barnevernet har i mange år vært systemrettet i sin praksis, og det innhentes opplysninger fra en rekke personer/etater i undersøkelsessakene. Utredningsmalens ulike seksjoner forutsetter og gir rom for slik multiinformasjon, For eksempelv via kommentarfeltene i seksjonene 6 og 7. Dette er et viktig fokus også i de øvrige seksjonene forid barnevernets ansatte sjelden kan besvare alle punktene i utredningsmalen uten å henvise til andres vurderinger. Derved sikres flere mikro- og eksomiljø plass i utredningsmalen. Gjennom hele boken presenteres sjekklister. Disse omfatter de mest sentrale mikrosystemene hos barn og unge, slik som foreldrene/kjernefamilien, og øvrig oppvekstmiljø, slik som slekt, nærmiljø, fritidsarenaer og barnehage eller skole. Utredningsmalens seksjon 2 og 4 dekker mesosystemet, seksjonene 1 og 3 gir indikasjoner på kvaliteten ved samfunnet og derved ekso- og makrosystemene, mens de øvrige seksjoner er knyttet til mikrosystemet familie.

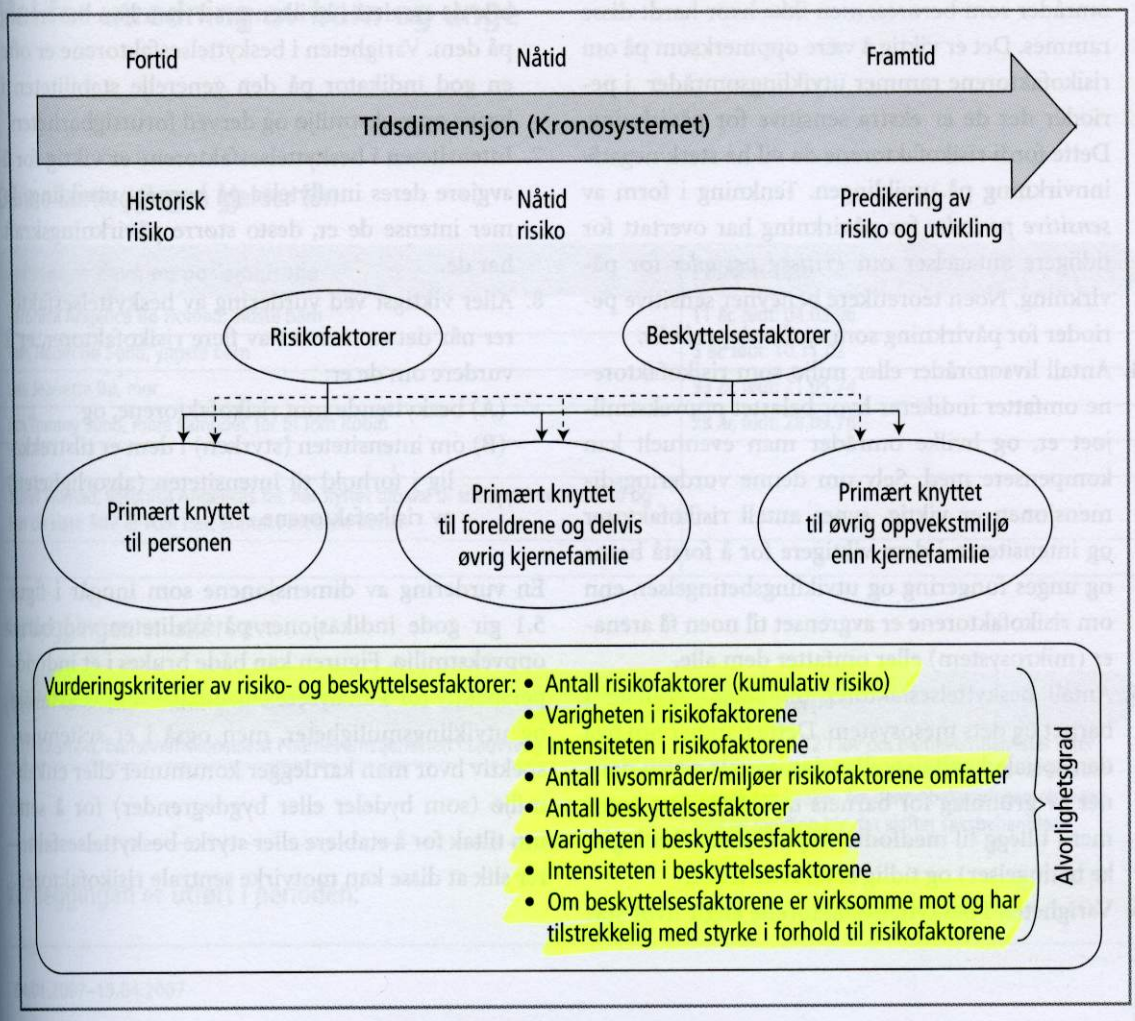
Risiko- og beskyttelsesfaktorer endres over tid. Tidsdimensjonen er derfor markant plassert øverst i figuren. I tråd med Bronfenbrenners begrepsvalg (1992) benevnes tidsdimensjonen også i figuren som kronosystem. Kronosystemet omfatter både risiko- og beskyttelsesfaktorene, både de som gjelder for individet, foreldrene/familien og for øvrig oppvekstmiljø. Kronosystemet understreker at forutsetningene i barns oppvekstmiljø kontinuerlig utvikles og endres, om enn ikke alltid så betydelig eller så synbart. Dette innebærer at både risiko- og beskyttelsesfaktorer endres over tid og eksempelvis kan slå ut ulikt for søsken.

Kronosystemet deles inn i: (1) historisk risiko, (2) nåtidig risiko, og (3) predikering av framtidig risiko. Historisk risiko bidrar til å forklare barnets fungering i nåtid. Antall historiske risikofaktorer gir et bilde av belastningsgraden barnet har vært eksponert for. Beskyttelsesfaktorer kan ha bidratt til å dempe konsekvensene av risikofaktorene, men hindrer ikke risikofaktorene i å være en belastning for barnet. Risikofaktorene er viktigere enn beskyttelsesfaktorene for å kartlegge og vurdere barnets belastningsgrad, men både risiko- og beskyttelsesfaktorer må analyseres for å vurdere nåsituasjonen og for å predikere framtidig utvikling.

Utredninger av barns og unges oppvekstmiljø baseres i hovedsak på nåtid. Selv om dagens situasjon kan forklares godt av fortid (historisk risiko), påvirkes framtidig fungering i nåtid. En slik påvirkning innebærer reduksjon av risikofaktorer og en styrking av beskyttelsesfaktorer. Hvor styrking av beskyttelsesfaktorer ikke er mulig eller tilstrekkelig, vil intervensjoner i form av terapi og treningsprogram kunne være nyttige.

Dimensjoner ved analyser av risikofaktorer er skissert i figur 5.1. Det omfatter åtte vurderingsdimensjoner:

1. Antall risikofaktorer er sentralt for å forutsi risikoen for om barn og unge er så belastet at de med



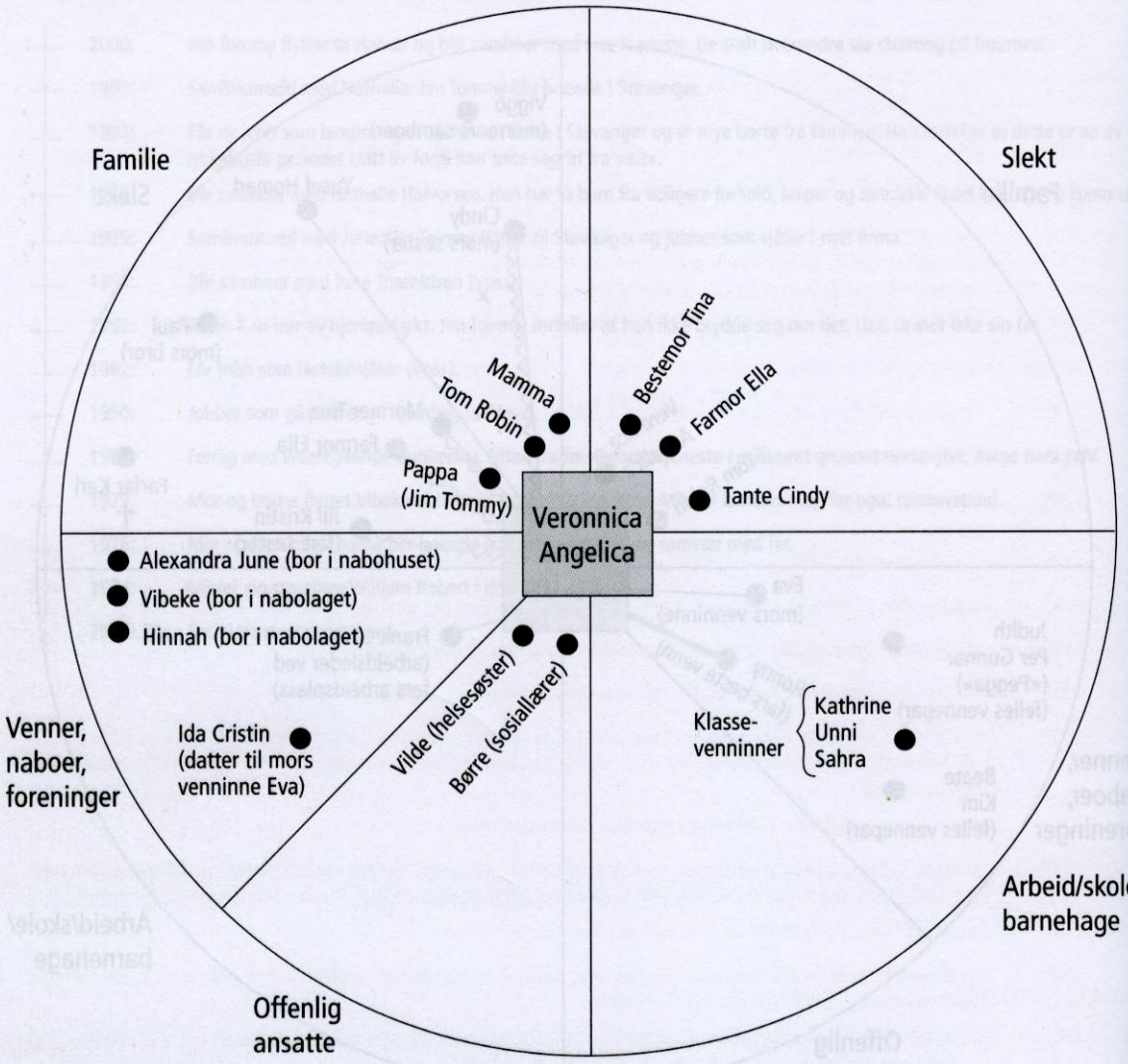

Gode indikasjoner på kvaliteten ved barns oppvekstmiljø

*Figur 5.1 viser dimensjoner som ofte inngår i vurderinger av barns og unges utviklingsbetingelser. Figuren illustrerer omfanget på slike kartlegginger og vurderinger for å analysere hvordan miljøet har bidratt til barnets fungering i dag, og for å kunne predikere barnets utvikling.*

sannsynlighet vil utvikle betydelige psykososiale vansker. Flere risikofaktorer benevnes som kumulativ risiko, og det er kumulativ risiko framfor enkeltstående risikofaktorer som oftest er en alvorlig trussel for barns utvikling.

2. Varigheten i risikofaktorene gir informasjon om hvor lang tid barnet eller den unge har vært utsatt for belastninger. Belastninger som varer over lang tid benevnes som kroniske. Kroniske risikofaktorer indikerer ofte at det kreves en betydelig innsats for å redusere dem, altså massive, intensive og langvarige tiltak. I tillegg indikerer kroniske risikofaktorer at de kan ha påvirket barnets eller den unges normalutvikling i tidlige utviklingsperioder.
3. Intensiteten i risikofaktorene er vel så viktig som å avdekke hvilke risikofaktorer som er til stede. Intensitet er en viktig indikator for hvor alvorlig inngripen risikofaktoren har i barns liv. Typen av risikofaktorer indikerer hvilke livs- og utviklings-

## Vedlegg 4: Nettverkskart for: Veronica Angelica




I tegning av nettverkskart kan symboler for kvaliteten på relasjoner benyttes

| | |
|---|---|
| —— = Positiv relasjon | —//— = Relasjonsbrudd |
| ▬▬ = Meget positiv relasjon | † = Personen er død |
| ∿∿∿ = Konfliktfylt relasjon | |
| ≈≈≈ = Ambivalent relasjon | |

***Informasjonsboks 6.2. Ni temperamentsdimensjoner***

- *aktivitetsnivå*: tilbøyeligheten til å være i fysisk aktivitet, for eksempel under søvn, mating og lek
- *avledbarhet/distraktabilitet*: hvor lett barnet endrer pågående atferd på grunn av ytre stimuli
- *humør/stemningsleie*: hvor fornøyd barnet virker målt via smil og latter versus alvorlighet, gråt, sutring
- *oppmerksomhetsspenn/persistens*: hvor lenge barnet kan holde på med den samme aktiviteten og hvor mye motgang det tåler før det gir seg
- *reaksjonsintensitet*: hvor sterkt barnet er i reaksjonsformen
- *responsterskel*: hvor sterke påvirkninger utenfor individet må være for at det reagerer, eksempelvis intensiteten i lyd, bråhet i bevegelser
- *rytmisitet*: regelmessigheten i biologiske funksjoner som «states» og sult
- *tilnærming/tilbaketrekking*: spontanreaksjon på nye stimuli, eksempelvis nye mennesker, mat, steder og leker
- *tilpasning*: hvor raskt barnet tilpasser seg nye forhold etter første reaksjon nevnt over

*Oversikten bygger på Thomas & Chess 1977, Thomas, Chess & Birch 1968.*

Siden temperamentsstil tenkes å reflektere medfødte trekk, vises den derfor allerede i nyfødtperioden (Matthews et al. 2003). Selv om temperamentsstil tenkes å være genetisk sterkt betinget (Bokhorst et al. 2003), er det betydelige uklarheter i hvor sterk den genetiske versus miljømessige påvirkningen er. Temperamentsstil er langt fra upåvirkelig, siden miljøet påvirker hvordan personer lever med og uttrykker sin temperamentsstil. Det vises godt i form av hvordan mennesker makter å tilpasse seg kulturelle særegenheter. Genetisk arvelighet for temperamentsstil varierer noe med de ulike temperamentsdimensjonene. Eksempelvis er den genetiske arveligheten for dimensjonen sosial legning (sosiabilitet) stipulert til å være fra én fjerdedel til tre fjerdedeler (Eid et al. 2003). Temperamentsstilen glad og munter preges derimot i sterkere grad av delt miljø framfor genetikk (Goldsmith et al. 1997).

Temperamentsstilen er moderat stabil over tid, men uttrykksformene endres med årene og de ulike utviklingsfasene. En persons temperamentsstil vil derfor kunne virke mer ustabil enn den faktisk er (Guerin et al. 2003, Plomin & Colledge 2001, Reiss et al. 2000). Kanskje tilsier sunn fornuft at temperamentsstil vises best ved fødselen for så å avta i tydelighet i tråd med økningen i miljøpåvirkning som barn eksponeres for. Faktisk er temperamentsstilen minst stabil de to første leveårene. Da har miljøet spesielt sterk påvirkning. Det innebærer at temperamentsstilen blir mer framtredende og stabil i tråd med barnets alder (Pfeifer et al. 2002).

## Fire temperamentsstiler

Det er fire temperamentsstiler: lett, reservert, vanskelig og en blandingsform som består av to eller tre av de nevnte temperamentsstilene. Barn med *lett temperamentsstil* kjennetegnes av godt humør, de er regelmessige i når de vil ha mat og når de vil sove, og viser lave til milde reaksjoner på nye situasjoner. «Velfungerende» og «tilpasningsdyktige» er ord som ofte benyttes i beskrivelsen av dem. Barn med *vanskelig temperamentsstil* er uregelmessige i sine behov for mat og søvn, viser vansker med å tilpasse seg situasjoner, tenderer mot å vike unna nye situasjoner eller viser tydelige frustrasjoner ved endringer, er ofte i dårlig humør og preges av mye sinne. De reagerer ofte med opphisselse og bli sinte i stedet for å ta seg sammen hvis de blir korrigert av voksne. Ofte beskrives disse barna som å være meget aktive helt til de faller i søvn, og i stedet for at de gradvis kvikner til etter å ha våknet, er de meget aktive så snart

de har slått øynene opp etter å ha sovet. Barn med *reservert temperamentsstil* preges av mildt negative reaksjoner på nye situasjoner, og de trekker seg gjerne unna det som er nytt fordi det ofte virker truende på dem. De søker i sterk grad forutsigbarhet og liker derfor rutiner. De framstår som generelt usikre, forsiktige, lite selvhevdende, og de blir lett skremt, tar lett til tårene og kan virke klamrende på voksne ut fra sin sterke søking etter trygghet.

Forekomsten av de ulike temperamentsstilene varierer mellom studiene. Et forsøk på å tallfeste forekomsten er at 40 prosent av barn har lett, omkring ti prosent har vanskelig og omkring 15 prosent har reservert temperamentsstil. De øvrige barn har en blanding mellom to eller tre temperamentsstiler.

### Temperamentsstil og utvikling

Temperamentsstilen har moderat påvirkning på barns og unges utvikling. Det er ingen forskjeller i påvirkningsstyrke for utvikling mellom de fire temperamentsstilene (Sandler et al. 2000). Lett temperamentsstil er knyttet til høy grad av resiliens. Ofte kreves høy grad av stress eller flere risikofaktorer for at disse personene utvikler psykiske lidelser (Mendez et al. 2002). I snitt utvikler omkring 15 til 20 prosent av barn og unge med lett temperamentsstil psykososiale vansker. Det er ofte lettere grader av vansker som gjerne er knyttet til avgrensede tidsperioder og som ikke nødvendigvis har alvorlige konsekvenser for barnets eller den unges livskvalitet.

Omkring 50 prosent av barn med vanskelig temperamentsstil utvikler psykiske lidelser (Paris 2000). Dette er ofte alvorlige vansker som tenderer mot å vare over mange perioder, og som har store konsekvenser for personens livskvalitet. Vanskelig temperamentsstil er spesielt nært knyttet til utvikling av atferdsvansker (Rothbart & Bates 1998). Kombinasjonen av temperamentstrekkene impulsivitet og spenningssøking («novelty seeking») – som begge inngår i vanskelig temperamentsstil – øker risikoen for utvikling av rusmiddelmisbruk (Wills & Dishion 2004).

Omkring 25 til 30 prosent av barn med reservert temperamentsstil utvikler psykiske lidelser. Disse vanskene tenderer mot å vare over lengre tid og har betydelig negativ innvirkning på barnets livskvalitet. Spesielt er utvikling av angstlidelser og depresjon knyttet til reservert temperamentsstil (Hirshfeld-Becker et al. 2003, Young et al. 2001). Reservert temperamentsstil øker risikoen for bruk av sigaretter, alkohol og andre rusmidler (Crawford et al. 2003).

Det er med andre ord grove risikomål for de ulike temperamentsstilene. Studiene over prognose for de ulike temperamentsstilene er basert på et høyt antall informanter, men de er vanskelig å overføre til enkeltbarn. Derfor er det ikke lett å forutsi barns utvikling ut fra temperamentsstil alene. Konsekvensene av barns temperamentsstil vil i betydelig grad avhenge av det miljø det vokser opp i, og de utfordringer barnet møter (Vollrath & Torgersen 2000). Derfor finner man at barn med vanskelig temperamentsstil som har kompetente foreldre, langt sjeldnere utvikler vansker sammenlignet med barn med samme temperamentsstil, men hvor foreldrene har svakt utviklede foreldreferdigheter og hvor det også er andre belastninger i familien (Guerin et al. 2003).

### Temperamentsstil og samspill

Forskning på barns og unges temperamentsstil har ledet til utvikling av begrepene «match» og «mismatch», hvor førstnevnte betegner at omsorgspersonene makter å tilpasse seg barnets forutsetninger på en god måte, mens sistnevnte betegner at karakteristika ved omsorgspersonene ikke passer barnets karakteristika. Forskning på temperamentsstil preges imidlertid ikke av en relativistisk holdning ved at ingen kan belastes for «mismatch». Man kan forstå i et sirkulært perspektiv at mange faktorer ofte har bidratt til situasjonen, men handle lineært ved å ansvarliggjøre de voksne. Ansvarliggjøring er ikke synonymt med å gi skyld for.

## Personlighet

Personligheten er det mest grunnleggende hos mennesker – forenklet framstilt: det som gjør oss menneskelige, og som skiller oss fra andre dyrearter. Personlighet er ofte synonymt med en persons typiske måter å sanse, tenke og føle på. Personlighet handler

## Sterke sammenhenger

Forskning viser at mange av de mest sentrale karakteristika hos mennesker er vevd sammen i tette mønstre, slik at påvirkningen av dem er innfløkt og gjensidig. Det gjelder blant annet for temperamentsstil, personlighet, evnen til å styre sine følelser (emosjonsregulering) og grad av trygghet i relasjon til andre mennesker (tilknytningsstil). God emosjonsregulering er igjen tydelig knyttet til resiliens (motstandsdyktighet ved belastninger) (Fabes et al. 1999, Postner & Rothbart 2000). Det er derfor komplisert å forske på disse forholdene fordi de er så tett vevd inn i hverandre, og samtidig viser disse sterke koblingene mellom flere dimensjoner at vansker på ett av disse områdene lett fører til vansker på flere av de andre.

## Følelser, emosjoner og affekter

Begrepene følelse og emosjon brukes av mange fagpersoner som synonymer. De brukes også om hverandre i denne boken. Gjennom årenes løp har emosjoner hatt en meget sentral rolle i psykologien og pedagogikken. Følelser er vesentlige for å forstå en persons erfaringsverden og motivasjon (Cole et al. 2004). Motivasjon er nært knyttet til handlinger og prioriteringer, og emosjoner blir derfor også nært knyttet til atferd (Campos et al. 2004). Man kan si at motivasjon handler om energi, retning og varighet. Energi er styrken eller intensiteten i innstilling og atferd. Retning handler om hva motivasjonen retter seg mot, mens varigheten handler om hvor utholdende man er i motivasjonen. Slik blir følelser sentrale for motivasjon og innsats.

***Informasjonsboks 6.4. Begrepene affekt, emosjon og følelse***

En affekt er noe «råere» og umiddelbar enn en emosjon (følelse). En affekt er situasjonsbestemt i den forstand at den innebærer en spesifikk måte å nærme seg, ta inn over seg og møte en situasjon på. I affekt er det et element av å være oppslukt, av å være i til forskjell fra å stå på utsiden av, det vil si av å være så «nær» det som fanger vår oppmerksomhet i situasjonen, at vi billedlig talt er ett med det. I denne oppsluktheten ligger en mangel på distanse, på avsondrethet, på den type bevissthet om oss selv og om vår affekt som oppnås bare når vi blir oss selv bevisste som rødmende, svettende, skjelvende og lignende. En følelse, derimot, innebærer et skritt tilbake, for en følelse inneholder ikke den samme konkrethet og oppslukthet i et her-og-nå som en affekt.

*Definisjonene bygger på Vetlesen & Nortvedt 1996.*

Emosjoner beriker våre liv, enten de behager eller smerter oss. Emosjoner er derfor sentrale i mellommenneskelig samspill og sentrale for å forstå barns og unges utvikling. Selvforståelse baseres derfor på å lære seg hva emosjoner signaliserer, skille hvilke emosjoner som er knyttet til hvilke situasjoner, skille mellom emosjoner som bunner i indre versus ytre forhold, samt å forstå og forholde seg til motstridende følelser (Calkins et al. 2002, Stifer 2002).

## Grunnleggende emosjoner

Emosjoner som sinne, frykt, avsky, selvkontrollert oppmerksomhet, glede og kanskje kjærlighet/å elske, vises tidlig – kanskje allerede i de første seks levemåneder (Rothbart & Bates 1998). Jo tidligere emosjoner vises, desto sterkere er troen på at de er grunnleggende emosjoner. Flere forskere har forsøkt å finne fram til de grunnleggende emosjonene og affektene, hvor Tomkins' inndeling regnes til de klassiske innen dette fagfeltet.

***Informasjonsboks 6.5. Medfødte, basale affekter***

| | |
|---|---|
| forakt, avsky | snerring, overleppen vender oppover |
| frykt, terror | øynene stivnet åpne, blek, kald, ansiktsskjelvinger, håret løfter seg ved hodebunnen |
| glede, fryd | smil, leppene åpne og utovervendt, buete rynker rundt smilende øyne |
| interesse, opphisselse | øyenbryn ned, følge med øynene, betrakte, lytte |
| overraskelse, overrumpling | øyenbryn opp, blunker med øynene |
| sinne, raseri | rynkede øyenbryn, kjeven sammen, smale øyne, rødhet i ansiktet |
| skam, ydmykelse | blikket slås ned; man krymper seg |
| uro, sorg | buede øyenbryn, munnen nedovervendt, tårer, rytmisk gråt |

*Oversikten bygger på Tomkins 1962.*

***Informasjonsboks 6.6. Primære og beslektede emosjoner***

| Primær emosjon | Beslektede emosjoner |
|---|---|
| sinne | raseri, opprørthet, ergrelse, vrede, irritasjon, indignasjon, ubehag, bitterhet, fiendtlighet, forbitrelse og opphisselse |
| vemod | sorg, bedrøvelse, gledesløshet, tungsinn, melankoli, selvmedlidenhet, ensomhet, motløshet og fortvilelse |
| frykt | engstelse, uro, nervøsitet, bekymring, forferdelse, bestyrtelse, skyhet, skrekk, rystelse og irritabilitet |
| nytelse | lykke, glede, lettelse, tilfredshet, lykksalighet, fryd, moro, stolthet, sensuell glede, spenning, begeistring, takknemlighet, eufori og ekstase |
| kjærlighet | godtakelse, vennskapelighet, tillit, vennlighet, samhørighet, tilbedelse og forelskelse |
| overraskelse | sjokk, forbauselse, forbløffelse og forundring |
| avsky | forakt, ringeakt, hån, redsel, motvilje og aversjon |
| skam | skyldfølelse, forlegenhet, krenkelser, anger, fornedrelse, beklagelse og ydmykelse |

*Oversikten bygger på Goleman 1999.*

## Emosjonsregulering

Emosjonsregulering er utpekt som én av de viktigste dimensjoner for å forstå både normal utvikling og utvikling av psykiske lidelser (psykopatologi) (Blair et al. 2004). Emosjonsregulering og tilknytningsstil blir derfor blant de viktigste dimensjoner for både å forstå og å predikere barns utvikling.

Det er to viktige dimensjoner ved emosjoner: I hvilken grad de oppfattes, og hvilken uttrykksform de gis. Det er en betydelig variasjon mellom mennesker i hvilken grad emosjoner registreres, hvordan de forstås og hva man gjør med dem og hvordan man lar dem influere ens liv. Lav grad av følelsesbevissthet kan benevnes som emosjonell avstengthet. Lite følelsesuttrykk indikerer følelsesmessig avflatethet. Å la sterke følelser ri en benevnes å være ubalansert. Å «ta

ut» eller i liten grad å styre sin «ventilering av følelser» benevnes verbal eller fysisk utagering. Sterk kontroll på følelsene benevnes som å være en holdt person. Lite følelsesregister benevnes som rigiditet. Følelser er således meget sentrale for hvordan man oppfatter og beskriver seg selv og andre mennesker, og ikke minst hvordan følelser preger relasjoner til andre.

Psykisk modenhet handler blant annet om evne til å erfare emosjoner og anerkjenne dem slik de er. Å erkjenne emosjoner innebærer å registrere dem, å være klar over dem. Anerkjennelse av emosjoner innebærer å stå ved dem, altså å stå ved erkjennelsen. Det er mer krevende og stressende å fundere på *hvorfor* man føler som man gjør og vedstå seg det (anerkjenne), enn å bare registrere *hva* man føler (erkjenne) (Salovey et al. 2000). Mange personer kan derfor både fortelle om og detaljert beskrive hva de føler, men streve med å forklare hvorfor de føler slik de gjør. Å resonnere seg fram til årsaker til følelser stiller krav til å utholde ubehagelige tanker og følelser, god husk, realistiske vurderinger og evne til abstrakt tenkning. Disse ferdighetene kan til dels øves opp.

I faglitteraturen er det uklare skiller mellom emosjonsregulering, affektregulering og selvregulering. Selvregulering kan defineres som å dekke en rekke former for regulering, hvor atferdsregulering og emosjonsregulering er noen av de mest sentrale. Emosjonsregulering og affektregulering brukes ofte synonymt – siden mange definerer emosjoner og affekter som nokså synonyme (mens det i denne boken skilles mellom emosjoner og affekter, vil det også være naturlig å skille mellom emosjonsregulering og affektregulering).

Emosjonsregulering er et forholdsvis nytt begrep som har erstattet affekt- eller impulskontroll. Det er trolig to årsaker til at kontroll er erstattet med regulering: Kontrollbegrepet var sterkt knyttet til psykodynamisk teori, mens regulering ikke er knyttet til én teoritradisjon. Kontrollbegrepet assosieres med å stagge eller dempe negative emosjoner, slik som for eksempel sinne, skam og forakt, mens regulering også innebærer å øke positive emosjoner, slik som glede og lettelse.

Forenklet framstilt kan man hevde at emosjonsregulering primært handler om hvordan emosjoner gis uttrykk. Det handler om en indre bearbeiding av emosjoner og en kontroll av hvordan emosjoner påvirker atferden. Emosjonsregulering baseres på to gjensidige prosesser: terskel for emosjonell aktivering og selvregulering av emosjoner (Grolnick et al. 2006). Situasjonsfornemmelse («timing») og sosial kompetanse handler om å gi emosjonene et passende uttrykk, det vil si avpasset til tid, sted, situasjon og de man er sammen med. I tillegg er uttrykk av følelser delvis knyttet til den kulturen man lever i, for kulturen stimulerer visse følelser framfor andre, og uttrykk av følelser er i betydelig grad lært og derfor kulturavhengig.

***Informasjonsboks 6.7. Emosjonsregulering***

Emosjonsregulering: de indre og ytre prosesser som omfatter styring, evaluering og modifisering av emosjonelle reaksjoner for å nå ens mål. Emosjonsregulering foregår før, under og etter at en gitt emosjon er aktivert. Emosjonsregulering er evnen til å oppdage, overvåke, kontrollere og forsterke emosjonell erfaring og emosjonelle uttrykk hos seg selv, samt å tilpasse uttrykkene til sosiale og kulturelle forhold. Sentrale ferdigheter knyttet til emosjonsregulering blir å initiere (framkalle), unngå, dempe/hemme, holde ved, forsterke, regulere uttrykksform, intensitet og varighet på følelsene.

*Definisjonene bygger på Eisenberg & Fabes 2006, Grolnick & Farkas 2002, Grolnick et al. 2006.*

Det er fagdebatter om i hvilken grad emosjonsregulering er et klart konstrukt, og i hvilken grad innholdet i begrepet kan skilles tydelig fra tilgrensende begreper (Cole et al. 2004). Begrepet emosjonsregu-

lering er, i likhet med temperamentsstil, meget nyttig i klinisk arbeid og gir mening til mange observerte fenomener, men felles for begge er at de foreløpig er i støpeskjeen og derfor er vanskelig å avgrense fra nærliggende begreper.

Siden emosjonsregulering handler om den grad personer er i stand til å styre de følelser de har i forhold til ytre rammer som kultur, tid og setting, er egokontroll og emosjonsregulering nærliggende begreper. Begrepet egokontroll er videre enn emosjonsregulering, for mens førstnevnte handler om menneskers kontroll over seg selv på en rekke områder, er sistnevnte avgrenset til kontroll av bare følelser.

***Informasjonsboks 6.8. Ulike aspekter ved egokontroll og egoresiliens***

- Egofunksjoner innebærer realitetstesting, regulering og kontroll av drifter, kontaktevne overfor andre mennesker, persepsjonsevne, vilje, språkevne, konsentrasjon, hukommelse og abstrakt tenkning.
- Egokontroll betegner uttrykk eller hemning av følelser, begjær og impulser.
- Overkontroll av ego innebærer en hemning i atferd og uttrykk av emosjoner på tvers av kontekster uavhengig av hvor passende slike handlinger eller uttrykk er.
- Underkontroll av ego betegner uttrykk av emosjoner uten hensyn til hvor passende de er.
- Egoresiliens handler om evnen til å regulere hvilke emosjoner det handles ut fra, eller håndtering av hvordan de uttrykkes ut fra situasjon og derved en fleksibel kontroll og en hensiktsmessig tilpasning til situasjonen.

*Listen bygger på Block & Block 1980.*

## Emosjoner og empati

Emosjoner og affekter er nært knyttet til empati. Empati handler om å sette seg i andres situasjon og forstå ut fra deres ståsted. Smidig og respektfullt samspill med andre baseres på denne evnen til å veksle mellom seg selv og egen agenda balansert opp mot andres behov og fordringer. Empati er en forutsetning for å forstå den andre og å ta hensyn til vedkommende.

Det er foreløpig uavklart om mangel på empati er medfødt, eller om det primært skyldes mishandlende og omsorgssviktende samspill med voksne i oppvekstårene. Forskning viser at mennesker blir empatiske av å erfare et empatisk samspill med andre fra fødselen av. Barn og unge som vokser opp med lite empati, utvikler derfor ofte selv svak empati (Frick et al. 2003). Slik tenderer krenkende samspill mot å gå over generasjoner.

Nyere forskning indikerer at empati til en viss grad er knyttet til nevropsykologiske avvik i amygdala og orbitofrontal korteks (Fonagy et al. 2002b). Man vet at psykisk utviklingshemning (med unntak av lett grad) og psykopati benevnes som mangelfullt utviklede og varig svekkede sjelsevner. Det samme kan gjelde for en del personer med Asperger syndrom/høytfungerende autister. Derved finnes det belegg for å anta at det er tydelige genetiske komponenter i utvikling av empati. Tross genetisk innflytelse, som oftest handler empatisvakhet om å ha vært utsatt for forsømmelse eller krenkende samspill med primære omsorgspersoner fra fødselen av. Slik kunnskapsstatus innen fagfeltet er i dag, kan man i liten grad konkludere med et klart «ja» eller «nei» om mangel på empati delvis er medfødt eller ikke. På tvers av de fleste forskere og klinikere er det samspill mellom foreldre og barn som trekkes fram som hovedforklaring for utvikling av empati.

Det er store variasjoner mellom mennesker i grad av evne til empati. Empati forutsetter evne til abstrakt tenkning (å sette seg i andres ståsted), altså det som benevnes som høyere kognitive ferdigheter. Utvikling av empati baseres derved både på at om-

sorgspersonene er empatiske, og på barnets kognitive utrustning. Det er få individuelle forskjeller i empati hos barn opp til fire- til femårsalderen, men deretter utkrystalliserer det seg stadig klarere mønstre av evne til empati i tråd med kognitiv, emosjonell og sosial utvikling (P. D. Hastings et al. 2000b). Man kan derved hevde at stimulering til god empati starter år før man ser resultatet i form av tydelig empatiske barn.

***Informasjonsboks 6.9. Empati og sympati***

- Empati er andreorientert og etablerer et emosjonelt bånd mellom personer ved at man bryr seg om den andres ve og vel, en form for et ikke-kalkulerende engasjement i den andres situasjon.
- Mens empati er å ta den andres ståsted og derved forstå vedkommende, er sympati å føle med den andre.
- Empati og sympati er nært knyttet til altruisme (nestekjærlighet). Altruistiske følelser er ikke strengt personlige eller knyttet til egeninteresse, men er andrerettet, inkluderer omtanke, sympati og medfølelse, både en kognitiv, en affektiv og en motivasjonell komponent. Mens kjærlighet ofte er en partisk følelse knyttet til intime relasjoner, kan altruistiske følelser rettes mot alle personer, til og med fiender eller motstandere. Medfølelse er ikke alltid nok i seg selv, men må suppleres med prinsipper og etiske regler, eksempelvis i situasjoner med høy risiko eller ubehag på egne vegne. En kan snakke om at medfølelsen ledsages av en generalisert nestekjærlighet eller et rettferdighetsprinsipp. Medfølelse retter seg som oftest mot større grader av påkjenninger enn å synes synd på, og medlidenhet vil derfor ofte ha en sterkere motivasjonell komponent knyttet til seg enn å synes synd på.

*Definisjonene bygger på Vetlesen & Nortvedt 1996.*

Det er påvist en nær sammenheng mellom mangelfull utvikling av empati og mishandling av barn (Worling & Curwen 2000). Man kan si at evnen til å sette seg i barns ståsted reduserer tydelig risikoen for å mishandle barn (Wiehe 2003). Samtidig er omsorgssvikt og mishandling en av de sterkeste risikofaktorer for at barn skal utvikle dårlig emosjonsregulering og derfor lett utagerer negative følelser som krenker andre (Maughan & Cicchetti 2002). Det er lett å forestille seg hvordan dårlig emosjonsregulering hos foreldre og barn lett bidrar til eskalerende situasjoner hvor foreldre kan miste kontrollen både over seg selv og barnet. Likeså er det lett å forstå hvordan foreldre med dårlig utviklet empati blir så krenkende i samspill med barna at barna selv får en svak empatiutvikling fordi det er en sterk sammenheng mellom å bli respektert og ivaretatt og det å selv være varm og respektfull overfor andre.

## Utvikling av emosjonsregulering

Det er komplisert å forske på i hvilken grad emosjoner bunner i genetikk versus miljø (Lewis & Haviland-Jones 2000). Akkurat som genetikk har moderat påvirkning av de ulike personlighetstrekkene, så har genetikk (Rende 2000) og ikke-delt miljø (Eid et al. 2003, Oniszczenko et al. 2003) en moderat innvirkning på utviklingen av emosjoner. Barn fødes ikke med evnen til å regulere følelser. Det skjer i samspill med andre, hvor følelser oppdages, forstås og responderes på (Fonagy 1999). Det er tre hovedkilder til emosjonsregulering: temperamentsstil, kognitive ferdigheter og foreldrenes oppdragelsesstil (Goldsmith et al. 2000).

Temperamentsstil styrer til en viss grad hvilke følelser som er sterkt framtredende hos personen, og hvordan disse uttrykkes. Barn med vanskelig og reservert temperamentsstil har økt risiko for utvikling av svak emosjonsregulering sammenlignet med

barn som har lett temperamentsstil (Bee & Boyd 2004). Beskrivelser av temperamentsstiler er i høy grad beskrivelser av emosjoner, og begrepene emosjonsregulering og temperamentsstil overlapper når det gjelder å mestre emosjonene. Det er reist kritikk mot uklare definisjoner av begrepet emosjonsregulering. Det har preget forskningen innen feltet (Bridges et al. 2004, Keenan 2000). Økt innsikt i sammenhenger mellom temperamentsstil og emosjonsregulering vil forutsette klarere avgrensninger av de to begrepene.

Kognitive ferdigheter er knyttet til evne til abstrakt tenkning og utvikling av et nyansert språk. Evne til abstrakt tenkning leder til fleksibilitet og evne til å håndtere utfordringer på en hensiktsmessig (adaptiv) måte, altså et allsidig handlingsrepertoar. Nyansert språk er ofte knyttet til evnen til å styre seg selv via selvverbalisering (snakke med seg selv). God emosjonsregulering baseres derfor på både evne til å tenke abstrakt, atferdsmessig fleksibilitet og et nyansert språk å oppfatte og handle ut fra.

Emosjonsregulering er kulturavhengig og dannes i samspill med jevnaldringer, men aller mest i samspill med foreldrene (Southam-Gerow & Kendall 2002). Foreldre lykkes best med å lære barnet god emosjonsregulering når de fremmer barnets opplevelse av kompetanse, kontroll og trygghet. Foreldre lærer barna emosjonsregulering ved å begrepssette emosjonene slik at de oppdages av barnet selv, forklare slik at de forstås, og å gi råd om og å vise hvordan de kan håndteres. Foreldres evne til å lære barna gode mestringsstrategier overfor følelser er nært bundet med deres egen bevissthet om og aksept av sine følelser. Jo mer bevisste foreldre er egne følelser, desto mer reflektert er de også over barnas følelser og hvordan de kan støtte barna i deres utvikling av emosjonsregulering. Likeså finner man at jo mer innsikt foreldre har i egne følelser, desto mer respekterende blir de for andres følelser og oppfatninger (Bridges et al. 2004, Fonagy 2001b).

Oppsummerende kan man si at i all hovedsak forstås svak emosjonsregulering hos barn å bunne i vansker i samspill mellom forelder og barn (Sørensen 2006). En betydelig del av foreldrenes påvirkning av barnas emosjonsregulering skjer i barnets tre første leveår (Sroufe 2000). Påvirkningen mellom foreldre og barn er gjensidig i betydningen at barns emosjonsregulering også påvirker omsorgsgiverne (Fonagy 1999), slik at barn med vanskelig temperamentsstil stiller krav om utholdenhet og konsekvent oppførsel, og barn med en reservert temperamentsstil stiller krav til tålmodig støtte.

**Sjekkliste 6.1. Utvikling av god emosjonsregulering**

- *forutsetninger knyttet til barnet:*
  - Barnet har lett temperamentsstil (både vanskelig og reservert temperamentsstil er knyttet til risiko for utvikling av svak emosjonsregulering).
  - Kognitive ferdigheter er en forutsetning for god læreevne og evne til å tenke abstrakt.
- *forutsetninger knyttet til foreldrene:*
  - Foreldrene har god evne til å registrere egne følelser, forstå hva de handler om og håndtere dem.
- *foreldrenes samspill med barna:*
  - Foreldrene er gode til å oppdage barnets følelser.
  - Foreldrene anerkjenner barnets følelser (det vil si godtar at barnet har disse følelsene).
  - Foreldrene er flinke til å benevne barnets følelser, slik at barnet får stimulering til å sette begreper på sine følelser.
  - Foreldrene er flinke til å forklare følelsene for barnet (hva følelsen handler om og hva den bunner i).
  - Foreldrene er flinke til å veilede barnet i hensiktsmessige og varierte måter å håndtere dem på.

## Reguleringsvansker

Emosjonsregulering utgjør en del av det mer omfattende begrepet reguleringsvansker og betegner sped- og småbarns problemer med å regulere responser som bunner i områder som evnen til å oppfatte eller fornemme (persepsjon), oppmerksomhet, motorikk og følelser (Miller et al. 2006). Fagpersoner som arbeider med små barn for eksempel på helsestasjon, barnevern, pedagogisk-psykologisk tjeneste, habiliteringstjeneste, samt barne- og ungdomspsykiatri, arbeider i høy grad med tema klassifisert som reguleringsvansker.

Begrepet reguleringsvansker omfatter både vansker hos barnet, hos foreldrene eller hos begge og som kompliserer samspillet. Mer konkret handler reguleringsvansker om foreldres svake evne til å delta i samspill med barnet, slik at de avviser det, blir for lite opptatt av barnets behov i samspillet, gir avvikende responser på barnets initiativ og lignende. I reguleringsvansker inkluderes også temperamentsstil i form av «match» og «mismatch» mellom karakteristika hos barnet og foreldrene. Likeså omfatter begrepet reguleringsvansker barn som har svake eller avvikende signaler og responser og derved er vanskelig å tolke og å dekke behovene til. Mer konkret handler reguleringsvansker ofte om tema som spising, søvn, regulering av følelser og somatiske tilstander.

## Psykiske lidelser

Dårlig emosjonsregulering er i høy grad både knyttet til utvikling av og indikasjoner på psykopatologi (psykiske lidelser) (Bradley 2000, Keenan 2000). Dårlig emosjonsregulering benevnes av en del fagfolk som emosjonell reaktivitet. Typiske emosjonsreguleringsvansker som indikerer psykopatologi er overveldende emosjoner (eksempelvis sinne), for sterke restriksjoner (som mangelfull glede over å utføre foretrukne handlinger), upassende affekter (for eksempel le når man ser andre har smerte), og dårlig «timing» av affekter (affektive svingninger og ustabilitet) (Chaplin & Cole 2005). Dårlig emosjonsregulering er derfor sentralt både for å forstå hovedgrupper av psykiske vansker som aggressivitet, angst og depresjon, samt enkeltlidelser (Eisenberg et al. 2004, Eisenberg et al. 2005a, Hanish et al. 2004).

Vansker ved emosjonsregulering ved atferdsvansker er å ikke kontrollere aggresjonen på en adekvat måte og derfor utagere. Aggressivitet kan også forsøkes å bli holdt skjult, men er så sterk at andre personer merker den og lar seg styre av den fordi den skremmer eller provoserer. Vansker med emosjonsregulering ved angst er at frykt overvelder personen. Derved får angsten en for sentral plass i oppmerksomhet og atferd i forhold til mer objektive oppfatninger av trusselen som skapte frykten. Vansker med emosjonsregulering ved depresjon er å la seg overvelde av tristhet og ikke mestre den i form av bearbeiding eller å skyve den bort.

Emosjonsregulering er også sentralt for å forstå voksnes fungering i relasjon til andre (Rawn & Vohs 2006). Det regnes ofte som tegn på mental umodenhet når voksne lett kommer i affekt, og som en indikasjon på en kaotisk oppfatning av seg selv, andre og livet generelt. Å være utpreget affektfull handler derfor ikke om å være «ekte» eller å «tørre å leve livet».

## Kjønnsforskjeller

Forskning viser at jenter jevnt over har bedre kontroll på sine følelser enn gutter (Else-Quest et al. 2006), samtidig som gutter og jenter uttrykker ulike typer av følelser og regulerer dem ulikt; – jenter bruker mest kognitive teknikker, mens gutter bruker situasjonsfokuserte teknikker for å kontrollere emosjonene (Vikan & Claussen 1994). Nyere studier tyder på at man ikke kan overføre kunnskap om vansker knyttet til emosjonsregulering mellom de to kjønnene fordi det ofte er ulike årsaker til og utviklingsforløp mot dårlig emosjonsregulering (Kostiuk & Fouts 2002). Dette har ikke vært tydelig atskilt i den forskningen som foreligger, med en viss fare for misforståelser av dynamikken knyttet til emosjonsregulering for de to kjønnene.

# Tilknytningsstil

Barn søker helt fra fødselen av kontakt med mennesker og knytter seg raskt til de personene som gir dem best omsorg. Tidlig i livet skiller barn mellom mennesker: Studier av 72 timer gamle barn viste at de foretrakk å se på morens framfor en ukjents an-

sikt (Bushnell 2001). Tilknytning handler om evnen til å søke kontakt med andre mennesker og knytte seg nært til noen få. Barn er i utgangspunktet avhengige av voksne for å overleve, og tilknytning er basisen for kontakt med andre mennesker som igjen er knyttet til muligheten for beskyttelse og omsorg og derved sjansen for overlevelse. I dyreverdenen benevnes tilknytning som pregning.

Tilknytning («attachment») betegner både et opplevelsesaspekt (hvordan barnet opplever andre mennesker) og et atferdssystem (hva man gjør for å søke trygghet) som kan deles inn i ulike tilknytningsatferder. Formen på barns tilknytning til omsorgspersoner benevnes tilknytningsstil. Tilknytningsstil kan ses som en parallell til første stadiet i Erik H. Eriksons (1968) stadieteori: «Et menneskes åtte aldre». I hans teori er det første stadiet barnets første leveår og består av konflikten mellom grunnleggende tillit versus mistillit, hvor trygg tilknytningsstil blir analogt med tillit og utrygg tilknytningsstil blir analogt med mistillit.

***Informasjonsboks 6.10. Begrepene tilknytning og bonding***

- *tilknytning («attachment»):* barnets tilknytning til den voksne, det vil si grad av trygghet og tillit til den andre. Tilknytningsstil viser både til en tilstand av å være tilknyttet og til kvaliteten ved individets tilknytning.
- *bonding:* den voksnes tilknytning til barnet, det vil si interesse for og omsorg for barnet.

Barn flest vil fra rundt seks til syv måneders alder søke nærhet til bestemte personer når det er oppbrakt, og vil reagere med protest hvis personen forlater det. Barn etablerer derved ulik tilknytningsatferd til ulike omsorgspersoner og samhandler derfor også forskjellig med ulike personer (Grossmann et al. 2002). Det viser at barnet har utviklet en evne til å skille mellom personer fra kjent til ukjent, trygg til utrygg relasjon (Zeanah et al. 2000). Det er gjerne tre til fire foretrukne voksne barn søker mye samspill med, og det er disse personene som best roer dem ved stress (Siegel 1999). Personers tilknytningsstil kommer best til syne ved moderat grad av stress fordi de da viser sin karakteristiske måte å søke trygghet på, siden mennesker på tvers av tilknytningsstil tenderer mot å være mer like ved fravær av stress eller ved høy grad av stress/panikk.

Tilknytningsstil er sterkt knyttet til psykososial fungering livet ut. Derfor er dette temaet viktig i teorier og forskningsstudier om menneskers utvikling og fungering (Feeney 2006). Dynamikken i tilknytningsstil er at spedbarns samspill med foreldrene leder til utvikling av minnespor. Disse minnesporene generaliseres til å gjelde for mennesker generelt, altså at relasjonserfaringer med foreldrene overføres (projiseres) til å gjelde relasjoner til mennesker generelt (Collins & Sroufe 1999). Minnesporene styrer en både bevisst og ubevisst i relasjoner til andre – enten naivt eller vurdert tillitsfullt, fryktsomt, unnvikende eller ambivalent.

## Fire tilknytningsstiler

Tilknytningsstil vises i form av atferd, såkalt tilknytningsatferd. Ainsworth fant i sine banebrytende tverrkulturelle arbeider tre ulike tilknytningsstiler som hun benevnte: trygg, unnvikende og ambivalent (Ainsworth et al. 1978). Ainsworths kartlegging av barna foregikk ved at hun lot bokstaver være merkelappen på de ulike tilknytningsstiler hun observerte fra alfabetets start. Ved en systematisering av datamaterialet fant hun at bokstaven B var trygg tilknytningsstil, mens A og C de utrygge. Det ledet til at trygg tilknytningsstil ble plassert mellom to utrygge tilknytningsstiler.

Main og Solomon (1986) fant i sin gjennomgang av Ainsworths arbeider ytterligere én tilknytningsstil som ikke passet inn i de tradisjonelle tilknytningsstilene A, B eller C. En slik fjerde tilknytningsstil rimet med deres erfaringer fra eget arbeid med traumati-

serte barn. Den fjerde tilknytningsstilen benevnte de disorganisert/desorientert, forkortet til D. Det er derved fire typer tilknytningsstil eller tilknytningsatferd (se informasjonsboks 6.1 neste side).

### *Tilknytningsstil A*

Selvomsorg er et stikkord som karakteriserer personer med tilknytningsstil A. Det betyr at disse barna har opplevd foreldrene som så lite responderende og omsorgsfulle at de forsøker å klare seg selv og ikke forventer og derfor heller ikke søker omsorg.

Personer med tilknytningsstil A har ofte høy selvaksept, er påståelige, men ofte usikre i sosiale situasjoner, er mistenksomme og oppfatter ofte andre personer som ikke å kunne stoles på. Barn med tilknytningsstil A framstår i andres øyne ofte som fiendtlige og som å være uprovosert aggressive, som fjerne eller vanskelige «å nå». Som barn viser de lite behov for trøst og omsorg. Som voksne distanserer de seg ofte fra det sosiale fellesskapet og investerer mye energi og tid i hobbyer som ikke krever tett samspill med andre, utdanning og jobbkarriere. Erfaringer intellektualiseres, og følelser forklares framfor å erfares. De har derved lite tilgang til følelsesopplevelser. Personer med tilknytningstype A underrapporterer derfor som en konsekvens av dette stress og engstelighet, og emosjonsreguleringen deres er ofte svak fordi god emosjonsregulering forutsetter god evne til å oppdage følelser og å forstå dem.

Som voksne vil personer med tilknytningsstil A ofte ha en idealisert oppfatning av sine foreldre, men mangler godt grunnlag for dette synet, eller de motsier seg selv i begrunnelse på hvorfor. De unngår følelsesmessig fokus når de snakker om foreldrene, og beskrivelsene de gir av foreldrene sine er grunne. Mange personer med denne tilknytningsstilen mangler mange minner fra barndommen og har lite å berette på spørsmål om egen oppvekst.

### Tilknytningsstil A: Distanserte Anders José

José kom til sine norske adoptivforeldre fra Colombia nesten tre år gammel. Adoptivforeldrene visste lite om hans første leveår, men de få papirene som fulgte ham var en trist lesning om en gutt som ble forlatt ved fødselen, flyttet mellom flere omsorgsbaser og bodde på to barnehjem hvor det var lav personaltetthet, hvor fysisk stell og mat var det han fikk, men lite varme og nærhet. Da han kom til Norge, fikk han navnet Anders José. Adoptivforeldrene opplevde ham som en selvstendig, noe alvorlig gutt som sysselsatte seg selv og i liten grad var opptatt av kontakt med dem. De lurte periodevis på om han var sjenert av natur, eller om han hadde autistiske trekk, men vurdering gjort av helsesøster og PPT ga ikke slike indikasjoner. Anders José var en enstøing. Han søkte ikke selskap med andre for selskapets skyld, men var tidvis sammen med jevnaldrende når oppgavene krevde det. Han holdt ikke lenge på venner, mest fordi at de forlot ham siden han herset med og nærmest utnyttet dem: Han befalte hyppig de andre under lek, eller parallellekte i stedet for samlekte med dem. Han ble lett frustrert og utagerte ofte i slike situasjoner. Etter slike episoder syntes det ikke å være ubehagelig for ham, han bare fortsatte med sine aktiviteter som om lite hadde skjedd. I ungdomsårene utagerte han sjelden, men søkte kontakt med en del jevnaldrende som hadde magre livsbelastninger og betydelige personlige problemer. Han hadde gode intellektuelle evner, men presterte likevel lavt i skolefagene (underyter). Han tok seg sammen i tidlig voksen alder og fullførte en høgskoleutdanning. Han holdt ujevn kontakt med adoptivforeldrene, slo seg aldri til ro sammen med medstudenter og etablerte seg heller ikke i et langvarig parforhold. Han reiste en del omkring i verden for å få opplevelser, jobbet i prosjekter og vikariater, men ble sjelden lenge i faste stillinger. Han nøt å leve à la «go with the flow». Han var verbal, vakker å se på og kunne forføre en del personer. Imidlertid ble ingen skikkelig kjent med ham, og han virket uinteressert i følelsesmessig kontakt. Han trakk seg straks relasjoner begynte å bli emosjonelle og bindende.

***Informasjonsboks 6.11. Fire tilknytningsstiler***

| **Tilknytningsakronym** | **A** | **B** | **C** | **D** |
|---|---|---|---|---|
| *Tradisjonelle betegnelser* | unnvikende | trygg | ambivalent/ motstridende | desorientert/ disorganisert |
| *Crittendens betegnelser (2002)* | hemmet mønster | balansert mønster | manøvrerende mønster | disorganisert/ desorientert mønster |

### *Tilknytningsstil B*

Personer med tilknytningsstil B har erfart omsorgspersonene som forutsigbare, fysisk og emosjonelt tilgjengelige, som responderende og til å ta initiativ til samspill. I tråd med denne erfaringen opplever de hovedsakelig mennesker som forutsigbare, til å ha gode intensjoner, som snille, aksepterende og til å kunne stoles på. Personer med denne tilknytningsstilen balanserer godt mellom nærhet og avstand, mellom å tilhøre et sosialt fellesskap og å være selvstendige. De vil derfor ikke velge ekstrem atferd som å klamre seg til andre ut fra frykt for å bli alene, eller avvise nærhet til andre ut fra redsel om å ikke være gode nok eller at andre har negative intensjoner med kontakten (Thompson 1999a). Personer med tilknytningsstil B er derfor som regel åpne og positive i kontakt med andre mennesker uten at de blir ukritiske og utleverer seg for mye. De viser god evne til å bli mer personlige og dypere i kontakten etter hvert som de blir mer kjent med andre, det som benevnes som kontaktutvikling og som evne til dybdekontakt (i motsetning til overfladisk eller sosial kontakt). De har ofte godt utviklet empati og god rettferdighetssans. Det gjør dem verdsatt blant andre (Granot & Mayseless 2001, Schneider et al. 2001). Disse egenskapene leder til at de er dyktige til å utløse positive emosjoner hos samspillpartnere, og de evner å gi og motta sosial støtte. Å motta og nyttiggjøre seg sosial støtte kan metaforisk framstilles som å ha godt med oppspart «kapital på kontoen» som de kan «tære» på i vanskelige stunder. Deres gode start på livet gir dem mange gode opplevelser som leder til at de har mange positive trøstefantasier å ty til ved motgang og vansker.

Barn med tilknytningsstil B leker ofte med høy konsentrasjon og lærer derfor mye, slik at leken bidrar til god kognitiv, emosjonell og sosial utvikling. Barn med trygg tilknytningsstil har god emosjonsregulering og er seg derved bevisste sine følelser, forstår dem og håndterer dem godt. Tilknytningsstil B innebærer store sjanser for positiv utvikling og fravær av psykiske lidelser både i barne- og ungdomsår, samt voksen alder. Motgang håndteres med tydelig fleksibilitet i strategivalg som gjør dem tilpasningsdyktige, og de kommer seg ofte raskt og godt etter kriser. Barn med tilknytningsstil B benevnes derfor ofte som resiliente (Allen & Land 1999, Greenberg et al. 1999).

### *Tilknytningsstil C*

Ambivalent er et stikkord som betegner tilknytningsstil C. Mens personer med tilknytningsstil A har gitt opp å forvente omsorg og særlig respons fra foreldrene (og derved også andre mennesker), har de med tilknytningsstil C gjerne opplevd noe respons og omsorg fra foreldrene. Denne omsorgen og responsen har vært så ujevn at barnet har lært seg til å forsterke sine signaler for å få respons og utløse omsorg. Skuffelsen over å bli oversett og erfaring med å kunne presse fram respons og omsorg gjør dem både søkende, klamrende og avvisende og er derfor tydelig varierende i stil, altså ambivalent.

Personer med tilknytningsstil C tenderer mot å bli passive eller utpreget pågående og klamrende overfor andre ved stress. Personer med denne til-

knytningsstilen fokuserer mer på følelser enn kognisjoner. De har ofte dårlige problemløsningsstrategier og opplever ofte hjelpeløshet ved vansker. De har et engstelig basert behov for nærhet, oppmerksomhet og intimitet. Dette behovet oppfattes av andre som overdrevet og innyndende eller klamrende (S. Goldberg 2000). Det gjør at de framstår som anmassende, oppmerksomhetskrevende og mange trøtner av den grunn på dem.

Som voksen uttrykker de ofte sinne mot foreldrene, men har vansker med å finne ord og beskrivelser som dekker deres oppfatninger av dem. De blir derfor i samtale om foreldrene ofte ufokuserte og assosierer over til nærliggende eller andre tema. I voksen alder kan de synke sterkt inn i følelsene de hadde som barn, og som lytter opplever man at personer med tilknytningsstil C rapporterer som om de fortsatt er i barneposisjonen. Det indikerer et meget ubearbeidet forhold til egen oppvekst og foreldre. Oppfatningene de har av foreldrene er svingende og etter perioder med ingen kontakt og mange negative emosjoner knyttet til dem, kan de brått snu og bli perlevenner og sette strek over alt det vonde. Så kommer ofte et nytt relasjonsbrudd. Det opplever de som å komme uten forvarsel. Slike relasjonsbrudd bunner ofte i en emosjonell episode som de ikke makter å bearbeide, og som berører vonde barndomserfaringer.

### *Tilknytningsstil D*

Frykt og et sterkt behov for å beskytte seg er stikkord for tilknytningsstil D. Dette er barn som har erfart hvor viktig det er å ikke framprovosere overgrep fra foreldrene. Barn med tilknytningsstil D har ofte vokst opp med foreldre som har virket skremmende på dem ved sin mishandling (Barnett et al. 1999). Mishandlingen kan både være fysisk og seksuell. I tillegg til mishandling finner man også belegg for at visse temperamentskarakteristika kan knyttes til utvikling av denne tilknytningsstilen (Spangler & Grossman 1999).

Barn med tilknytningsstil D viser ingen klar strategi for bruk av omsorgspersonene ved stress. I stedet for å søke trøst og støtte fra omsorgspersonene preges disse barna derfor av fastfrysing av bevegelser før de er fullført, gjentatte – men ufullstendige – tilnærminger til omsorgspersonen, samt motstridende atferd i forhold til omsorgspersonen – slik som å kombinere gråt bunnet i redsel med samtidig unngåelse av omsorgspersonen og ikke søke trøst. Mest framtredende karakteristika ved tilknytningsstil D er med andre ord frykt. De viser lite følelser og ser ut til å ha et sterkt fokus på å beskytte seg mot overgrep fra andre, og de virker redde for å utløse sinne hos voksne, slik at de kan bli mishandlet.

En del mødre til barn med tilknytningsstil D beskriver seg selv som hjelpeløse i å beskytte barna (og ofte seg selv) for farer generelt (Solomon & George 1999). Denne oppfatningen indikerer at mor og barn ofte lever i et farlig og skadelig miljø hvor den voksne ikke makter å virke tilstrekkelig beskyttende overfor barna. Ett eksempel er voldelige fedre som mishandler mor og barn.

Personer med tilknytningsstil D fokuserer både på kognisjoner og følelser, men kobler ofte ikke disse to til en helhet (S. Goldberg 2000). Ofte er de flinkere til å fokusere på andres følelser og kognisjoner enn sine egne, og oppfatningen av andre er ofte fokusert i forhold til trusler og frykt. Deres selvinnsikt er ofte dårlig og preget av benekting av egne opplevelser fordi de blir for truende og vanskelige å håndtere for dem. Forfatterens erfaring med denne gruppen av voksne er at de har mange påfallende og merkelige oppfatninger, er urealistiske i sine vurderinger, og at det ofte mangler en rød tråd i eller sammenheng mellom det de beretter. Under samtaler blir det ofte lengre pauser, de faller ut mentalt, påbegynner andre tema for så å vende tilbake til tema de allerede har berørt. Innimellom kan de være påfallende detaljfokuserte og se ut til å være i sin «egen verden». Det er ofte følelsesmessige skifter i framstillingen. Tema som er knyttet til traumer eller tap, unnviker de sterkt.

Voksne personer med tilknytningsstil D framstår ofte som fiendtlige, kontrollerende og straffende i relasjon til andre. Det skaper utnyttende og mishandlende relasjoner. Med andre ord kopierer de ofte atferdsstilen fra sine omsorgspersoner som overføres til andre relasjoner og til neste generasjon.

### Tilknytningsstil C: Forsterkede signaler

May-Bell fikk datteren Marita med en mann hun bare hadde litt kontakt med. Det var derfor ikke aktuelt for dem å tenke parforhold etter Maritas fødsel. May-Bell var følelsesmessig umoden og søkte intenst menns selskap. I perioder tok forelskelsene overhånd, og hun glemte da Marita. Hun satte henne da bort hos forskjellige bekjente for å få tid alene med de nye kjærestene. May-Bell mente at Marita var et selvstendig og trygt barn, siden hun tålte mange ulike barnevakter og ikke satt skrikende og ventet på sin mor mens hun ble passet av andre. Marita kunne krype opp i fanget til ukjente mennesker og klemme og nusse på dem som hun gjorde med mor og andre hun oftere var sammen med.

Marita vandret en del mellom de ulike barna på avdelingen i barnehagen, men fikk ikke særlig innpass hos noen. Hun kunne være stygg i ordbruk og skjelle andre ut etter noter. Hun stjal en del og framsto som løgnaktig. Selv de mest tålmodige barn og voksne trøtnet på henne fordi hennes signaler var så forsterket: I stedet for å prate, ropte hun, i stedet for å komme fram til felles oppfatninger, kommanderte hun, i stedet for å relatere seg til andre, vekslet hun mellom å avvise og å klamre seg til og å eie de andre.

I skolealder ble hun i økende grad verbalt ufin ved korrigering og press fra voksne, hun produserte lite i timene, følte seg ofte krenket av andre barn og voksne og fortalte dramatiske historier til mor som ble oppbrakt av dem og ringte lærerne for å kjefte på dem og true dem, siden hun oppfattet dette som mobbing fra medelever og forskjellsbehandling fra de voksne.

Tolv år gammel var Marita utfordrende i klesstil, sminket seg kraftig, røykte og drakk på fester med ungdomsskoleelever. Hun skiftet hyppig kjærester og hadde flere parallelt, var titt og ofte i krangel med venninner om kjærester, satte gutter opp mot hverandre, var tidvis selvskadende og depressiv, oppsøkende til kreti og pleti og utsatte seg selv for betydelig fare siden hun vanket i miljø hvor flere «pushet» og benyttet dop og var innblandet i vinningskriminalitet samt noe vold. På skolen var det slik at alle visste hvem Marita var, hun var meget synlig og hun hadde et dårlig renommé.

I perioder følte hun seg liten og ynkelig og hatet seg selv. Hun satte seg da selv i fornedrende situasjoner og skadet seg selv med å rispe opp underarmen og kutte seg på innsiden av lårene. I andre perioder var hun eplekjekk og hadde høye tanker om seg selv. Hun syntes da at bare noen få på skolen var tøffe og beundret dem, men de fleste på skolen syntes hun bare var kjedelige og barnslige og ville slett ikke henge sammen med dem.

## Observasjon av tilknytningsstil

Det finnes flere tester for å avdekke både barns, unges og voksnes tilknytningsstil. Dette er ofte nyttige verktøy, men de krever sertifisering og omfattende kursing før bruk. I denne boken belyses hva man kan observere, og hvordan samtaler kan tolkes i forhold til tilknytningsstil. Dette er ment å lede til hypoteser eller antagelser om tilknytningsstil, men de er grove framfor finmaskede mål. Informasjon man får ved å bruke observasjon i forhold til punkter gitt i denne boken, må derfor ikke betraktes som fakta om tilknytningsstil.

### *Barns og unges uttrykksformer*

Kasuistikken over Marita viste en ukritisk kontaktsøken mot andre, forsterkede signaler, klamring som veksler med avvisning. Generelt kan man hevde at barn og unge med utrygg tilknytningsstil ofte viser ukritiskhet, rastløshet, aggressivitet og lite forutsigbare sosiale responser. Aggresjon er framtredende for alle de tre tilknytningsstilene A, C og D.

I samtaler med barn og unge som har utrygg tilknytningsstil, opplever man at de omtaler sosialt samspill med andre med en tydelig grunnhet, slik som ensidige beskrivelser, overfladiskhet, mangel på interesse for og kunnskap om andres motiver for handlinger og sosialt samspill. Når barn ikke interesserer seg for andres motiver og situasjon, virker

## Tilknytningsstil C: Gråtende Jeanette og Broder

Far Vidar hadde levd et meget turbulent samliv med Mia. De fikk to barn sammen: Jeanette og Broder. Samlivet var stort sett stormfullt og alltid intenst: intenst godt i noen perioder og intenst hatefullt og ille i mange andre. Vidar og Mia visste med tiden ikke opp ned på verken seg selv eller samlivet og forsøkte å løse det ved å flytte fra hverandre, starte på nytt med så blanke ark som mulig, dra inn venner som meklere, avvise hverandre og utroskap for å finne ut hva de betydde for hverandre. Det var mange episoder med høylydt kjefting, og noen ganger vanket slag mot hverandre. Når samlivet var godt, var de intenst forelsket, nesten helt oppslukt av hverandre. De bekreftet hverandre og skjønte ikke hvorfor de hadde det så jævlig i andre perioder.

Da Jeanette var fire år og Broder to, skilte Mia og Vidar lag. Bruddet innledet en langvarig periode med psykisk terror av hverandre: De sendte tekstmeldinger med nedrig innhold, svertet hverandre til slekt og felles venner, politianmeldte hverandre og lagde bråk om delingen av felles bo. Det var slitsomt for dem med samværsordningen. Mekling på familievernkontoret førte til at begge ble enda mer overbevist om at en rettssak var det eneste som løste situasjonen, og begge uttrykte skråsikkerhet på å vinne rettssaken. De stresset seg selv og hauset opp situasjonen.

Barna bodde til daglig hos Mia, og ved et samvær en påske nektet far å levere dem tilbake til mor. Han mente at det var til barnas beste å la dem være hos ham. Som bevis valgte han å få en venn til å filme når han hadde samtale med sin advokat og en journalist fra en dagsavis. På filmen ser man to barn som sitter klint inntil sin far, begge gråter intenst, og situasjonen preges av en far som vekselvis uttrykker sinne mot mor, rettsapparatet og samfunnet generelt, delvis snakker han til barna, og delvis snakker han til journalisten og advokaten om barna som gråter, og konkluderer med at det er et tydelig tegn på at de ikke vil tilbake til mor. Scenene som ble tatt opp på video var hjerteskjærende. De beveget alle som så videoen. Det mobiliserte. Mange ville ta parti med far og tolket barnas gråt og desperasjon som uttrykk for intens kjærlighet mellom far og barn, og barnas frykt for og mangel på emosjonelle bånd til mor.

I realiteten handler det om to tilknytningsskadde barn av type C som ved intenst stress utløser en klamrende redsel for sin far. Tilknytningsstilen til mor er også C, og begge omsorgsbasene deler kjennetegnet mangelfull omsorg fra fødselen av. Filmen kunne av uinnvidde tolkes som tilknytningsstil B til far og utrygg tilknytningsstil (C) til mor.

de lite empatiske, og de vil heller ikke skape et smidig, respektfullt og gjensidig samspill. Det handler om «theory of mind» (mentalisering). Det innebærer en interesse for å forstå den andres ståsted, å forstå egen og andres tenkning (Kavanaugh 2006).

En betydelig andel utrygt tilknyttede barn er sosialt upopulære. Noen av dem er klar over sin sosiale situasjon, men skjønner ikke hvorfor og makter derfor heller ikke å endre situasjonen til det bedre. Det er også godt dokumentert at utrygt tilknyttede barn beskriver seg som langt mer sosialt populære enn fakta tilsier (Pollak et al. 2000). De er derfor sjeldnere deprimert grunnet sin lave sosiale posisjon enn trygt tilknyttede barn som er lite populære blant jevnaldringer. Dette føyer seg inn i det mer generelle mønsteret av at personer med mange vansker og utrygg tilknytningsstil underrapporterer sine vansker (S. Goldberg 2000). Noe av underrapporteringen kan bunne i at både barn, unge og voksne med utrygg tilknytningsstil har hukommelsesvansker. For eksempel husker personer med utrygg tilknytningsstil mindre fra traumatiske hendelser enn personer med trygg tilknytningsstil (Alexander et al. 2002, Goodman & Melinder 2005).

Personer med tilknytningsstil A kan virke uinteressert i andre og kan være mye alene eller de vandrer mellom personer som de ofte har et distansert og lite personlig forhold til, i tillegg til at de kan dominere andre. Å bli uvenner får dem ikke til å vise følelser som sorg over å ha mistet en fortrolig eller ubehag

## Tilknytningsstil D: Livredde William

Tore hadde store problemer med sitt sinne og var ved flere anledninger ukontrollert og slo da både sine samboere og sønnen William. Tores utageringer preget hele familielivet: Alle gikk på tå hev. Beste periode var rett etter hans utbrudd, for da ville det rent statistisk være en stund til neste. Jo lenger siden siste utbrudd, desto mer stress i familien. Tores samboere turte ikke å flytte ut av samlivet før forholdet var skikkelig slitent.

Ni år gamle William var et barn som fungerte greit i barnehagen, sa førskolelærerne. Det eneste som var rart ved ham, var hans skvettenhet ved brå bevegelser, og at han kunne falle og slå seg stygt uten å gråte eller be om trøst av de voksne. De fortalte om en episode da William var fem år og løp over et gruslagt område utenfor barnehagen. Han falt og slo seg stygt: Han blødde fra hender, underarm og knær. Steiner satt fast, siden de var trykt inn i sårene. Han gråt stille og var lite opptatt av å få trøst og virket redd for straff fordi han hadde falt og ødelagt buksen. I stedet for å søke trøst hos førskolelæreren var han svært opptatt av hvordan moren ville reagere på den ødelagte buksen. Forskolelæreren hadde én grusom episode å fortelle: William hadde regelrett angrepet et funksjonshemmet barn i barnehagen. Det virket umotivert. Han var så fysisk stygg med den funksjonshemmede at det var langt ut over det de ansatte i barnehagen hadde sett hos andre barn. Mor reagerte lite på denne informasjonen og hadde ingen spontane kommentarer. Hun svarte på forespørsel at hun ikke visste hva det bunnet i, og at hun ikke selv hadde sett slik atferd hos sønnen sin.

I skolealder kunne lærerne stusse over en gutt som smilte stivt og forsøkte å virke blid når de mente han var skremt. Han kunne også gråte en gang imellom, men snudde seg da bort og skjulte seg slik at ingen skulle se ham, og han motsatte seg aktivt trøst fra de voksnes side. William hadde levd med en uforutsigbar og skremmende far, mor slet med depresjoner og psykosomatiske plager, og hun var i perioder amper og avreagerte da på William. Stemødrene var i mange fasonger og framtoninger, men de etablerte aldri langvarige, gode relasjoner til William.

over å ha gjort noe som ledet til bruddet, men bare det mer grunne at de ikke har noen å være sammen med. Kasuistikken om Anders José viste nettopp en uberørthet for andres ve og vel og mangel på følelsesmessig nærhet til andre.

Barn og unge med tilknytningsstil B inngår lett i vennskap og viser omsorg og interesse for andre. De er sosialt tilpasningsdyktige. Personer med tilknytningsstil B har evne til dybdekontakt og knytter seg på et dypere plan til andre mennesker.

Et typisk mønster for barn med tilknytningsstil C er toåringer som kombinerer klengete atferd og udiskriminerende kontakt med fremmede. Ved fireårsalder henger fortsatt ofte klengingen i, også den ukritiske kontakten med fremmede og en oppmerksomhetskrevende atferd. Et par klassetrinn opp i barneskolen preges disse barna ofte fortsatt av å være oppmerksomhetskrevende, urolige, rastløse, ulydige og sosialt upopulære blant jevnaldrende. De er ofte aggressive og har tydelige mangler i sosiale ferdigheter.

Barn og unge med tilknytningsstil D er skeptiske og fryktsomme. De nærmer seg andre med usikkerhet. De virker lite avslappet og gir lite nærhet. De kan være alvorlig utnyttende overfor andre og kan stå bak meget alvorlige mobbeepisoder. Kasuistikken over William viste nettopp kombinasjonen av å frykte for selv å bli utsatt for overgrep, men samtidig overgripe andre.

### *Voksnes uttrykksformer*

Hos voksne observerer vi tilknytningsstil i forhold til selvbilde, atferd og hvordan viktige valg tas. Tilknytningsstil handler både om selvoppfatning og oppfatninger av andre. Slike oppfatninger er meget sentrale for personers liv og samspill med andre, og allerede i barneårene begynner disse oppfatningene å bli rimelig stabile (Weinfeld et al. 2000). I observa-

sjoner av voksne mennesker finner man ofte et mønster hvor de trygt tilknyttede både har en nyansert og realistisk selvoppfatning (Johnson & Whiffen 2003). Denne nyanserte oppfatningen av seg selv er nært knyttet til nyanserte oppfatninger av andre fordi det er samme resonnementsrekker som i hovedsak benyttes i dannelsen av slike oppfatninger. Personer med trygg tilknytningsstil vil framstå som selvstendige. Personer med utrygg tilknytningsstil har ofte en stadig utprøving av relasjoner i form av en «på vakt»-holdning. Slike utspill kan være å spille på sjalusi, avvise, glede over å smerte og plage andre, kose seg over andres tabber, samt å kreve for mye av andre (urimelige fordringer). Personer med trygg tilknytningsstil inngår i langvarige relasjoner til andre, gir og mottar mye og kvalitativt god sosial støtte. Personer med utrygg tilknytningsstil pleier sosial kontakt med ingen eller få eller ukritisk mange. De skiller dårlig på kontaktlengde og kontaktkvalitet, og rapporterer derfor som en konsekvens av dette ofte nye venner som like gode som de man har hatt over lengre tid. De har mange konflikter med og brudd i relasjoner. Trygt tilknyttede personer tar ofte veloverveide valg og har en tydelig kurs på livet, mens mange personer med utrygg tilknytningsstil preges av vansker med å forklare valg de har tatt. Hos utrygt tilknyttede personer er valgene ofte kaotiske, tilfeldige og uoverveide.

***Informasjonsboks 6.12. Begrepet «Theory of Mind»***

Begrepet «Theory of Mind» (ToM) (mentalisering) ble lansert av Premack og Woodruff (1978). Begrepet kan defineres som konstruksjoner om egen og andres atferd, behovet for og ønsket om å forutsi andres atferd. Forenklet framstilt betegner ToM interesse for og evne til å se at andre mennesker oppfatter annerledes, og at man derfor ikke kan anta at de har samme ståsted som en selv. ToM er en forutsetning for god kommunikasjon og evne til empati (innlevelse i andres situasjon). ToM er nært knyttet til språkutvikling, og barn og unge med spesifikke språkvansker har også vansker knyttet til ToM.

Det er et viktig skille om foreldrene er klamrende eller intime, om de er unnvikende eller selvstendige. Voksne skal balansere godt mellom selvstendighet versus tilhørighet til et fellesskap. For sterk selvstendighet leder til egoisme og å være frakoblet andre. For sterk tilhørighet til fellesskapet betyr oppgivelse av selvstendighet og en selvutslettende, servil holdning overfor andre. Da blir man en utydelig person. Steilhet og nesevishet er eksempler på overutviklet selvstendighet, klamring og stadig trygghetssøking et tegn på uselvstendighet eller selvutslettelse. Utrygt tilknyttede personer vil vise slike vansker i avpasning mellom selvhevdelse og tilhørighet og derved en tydelig ubalanse i tilpasningen til det sosiale fellesskapet.

Det er velkjent at personer med utrygg tilknytningsstil foruten å underrapportere problemer, også i voksen alder har få minner fra egen barndom. Ofte omtaler de oppveksten som vanlig eller god, men de kan i liten grad underbygge disse oppfatningene. Det er vanlig at de første minnene fra barndommen er fra cirka fireårsalderen av. Mange med utrygg tilknytningsstil makter i liten grad å hente fram minner før de er godt opp i barneskolealderen.

Utredninger av barns omsorgssituasjon innebærer å samtale med omsorgspersonene om barna. Foreldre som har en utrygg tilknytningsstil karakteriseres av spesielle oppfatninger om og omtale av barna. Sensitiv lytting kan gi verdifull informasjon om hvordan tilknytningsstilen mellom forelder og barn er.

**Sjekkliste 6.2. Klassifisering av foreldrenes tilknytningsfortellinger**

- fortellinger om barnet klassifiseres som *balansert* ved å være åpen, klar og detaljert. Det vitner om at foreldrene oppfatter barnet som et unikt individ og viser empati med barnets opplevelser, og at de makter å engasjere seg i samspill med det.
- fortellinger om barnet klassifiseres som *uengasjerte* hvis de preges av en emosjonell distanse til barnet hvor det beskrives i allmenne vendinger.
- fortellinger om barnet klassifiseres som *fordreid* hvis de er motstridende, usammenhengende, inkonsistente eller urealistiske. Foreldrene strever med å oppnå en emosjonell nærhet til barnet, men opptatthet av eksempelvis egne tanker og følelser gjør at de er distansert. Denne foreldregruppen skiller ofte dårlig mellom seg og sitt versus barnet.

**Sjekkliste 6.3. Karakteristika ved foreldres fortellinger over tilknytningstema**

- grad av detaljrikhet eller detaljfattigdom i foreldrenes beskrivelse av barnet som individ. Sistnevnte er karakteristisk for foreldre med utrygg tilknytningsstil.
- grad av klarhet, konsistens og troverdighet i foreldrenes fortellinger om barnet. Utrygt tilknyttede foreldre har fortellinger om barnet som virker uklare, inkonsistente og urealistiske (lite troverdige).
- grad av mental involvering i barnet versus platte emosjonelle bånd, slik at omsorg blir for et levende vesen eller objekt mer enn et menneske. Utrygt tilknyttede foreldre har overfladisk kontakt med sine barn og er ofte mentalt fjerne.
- grad av aksept av barnet og dets særegenheter. Utrygt tilknyttede foreldre avviser, ignorerer eller klandrer ofte sine barn og uttrykker mange ganger vansker med å godta eller akseptere barnet slik det er.
- grad av åpenhet foreldrene har for å ta inn ny og alternativ informasjon i sine fortellinger om barnet. Det handler om hvor fikserte eller ustabile oppfatningene er. For ustabile oppfatninger av barnet leder til at man lett skifter oppfatning av barnet og tar inn informasjon på en ureflektert måte. For fiksert oppfatning leder til at man avviser alternative oppfatninger og ikke tar seg bryet med å vurdere riktigheten i dem.
- foreldrenes evne til å ta barnets perspektiv. Slik sensitivitet omfatter å verdsette barnet som et unikt individ med forståelse, aksept og anerkjennelse av barnets emosjonelle behov og opplevelser.
- foreldrenes oppfatninger og opplevelser av barnets vansker eller trøblete atferd. Det avdekker foreldrenes attribusjonsstil av barnets negative trekk. Utrygt tilknyttede foreldre årsaksforklarer mange av barnas vansker som å bunne i avvikende egenskaper i barnet og seg selv som ofre og uten særlig påvirkningskraft.
- utrygt tilknyttede foreldre har ofte en irrasjonell frykt for å miste barnet som utløser overinvolvering, klamring og urimelige advarsler om farer eller restriksjoner i handlingsrommet.

*Listen bygger på Benoit et al. 1997, Zeanah & Benoit 1995, Zeanah et al. 1997b.*

## Fragmenterte og lite logiske framstillinger

Barnevernskonsulent Torjus hadde ansvaret for utredningen av en sak basert på bekymringsmelding fra sosialkontoret. Saken omfattet mor og hennes tre barn med tre ulike fedre. Felles for fedrene var at de var lite aktive i forhold til sine barn. I tillegg omfattet saken mors nye samboer.

Ved tredje hjemmebesøk spør Torjus mor, Kathinka, om hvordan hun vil beskrive sine barn. Kathinka svarer: «Som barn flest. Ikke noe spesielt med dem. Veldig greie barn.» Det er lite spontan fortelling fra mor, så Torjus følger opp med spørsmålet: «Hva vil du si er særpreget til hver av ungene dine – altså hva skiller dem fra hverandre?» Kathinka svarer konkret og utenfor spørsmålet: «Tenker du på at de har forskjellige fedre og sånt?» Torjus svarer: «Nei, ikke akkurat det, men hvis jeg ikke kjente barna dine og ville vite hvordan de var, hva ville du da ha fortalt?» Kathinka flakker med blikket, lager horisontale furer i pannen mens hun tenker, og svarer: «Nei, hva skal jeg si, da? Hm ... at de alle er ganske morsomme og finner på tull og er som barn skal være.»

Mors svake refleksjoner over barna vises også når Torjus spør: «I forrige samtale snakket vi en del om de gangene dere har flyttet, og det har vært mange, synes jeg. Kan du forsøke å beskrive hvordan hvert av barna pleier å reagere på flytting?» Mor svarer ganske raskt og noe ampert, siden hun opplevde spørsmålet som å inneholde kritikk av henne: «Det synes de er gøy, liker forandringer og sånt. Så det er sånn det, helt vanlige ting og ... Så gleder de seg over å ha fått ny stefar og nytt soverom og slikt.» Torjus følger opp med: «Hvordan viser de denne gleden? Prøv å beskrive den for hver enkelt av dem.» Mor virker noe anspent over spørsmål hun har vansker med å besvare, men forsøker: «Det er smil og sånt, sånn som unger viser at de er glade. De er veldig glade i å flytte. Det er ikke noe annerledes ved mine unger enn andre unger!»

Mors svar på spørsmålene fra Torjus er grunne og indikerer svak evne til å fange barnas karakteristika. Uten å kjenne til barnas særpreg blir også omsorgen lite tilpasset i forhold til det enkelte barn. Mors svar viser at barn oppfattes som en mengde og noe kollektivt, framfor individuelt og spesifikt. Kathinkas svar er typisk for foreldre med utrygg tilknytning som har lite formell utdanning. Hun viser en grunnhet både i selvbeskrivelser og formidling av oppfatninger av andre. Amperhet kommer av at spørsmålene impliserer kritikk, men også av at hun kjenner på skamfullhet knyttet til å ikke makte å besvare spørsmålene så godt som hun mener Torjus forventer av henne.

### *Samspill mellom forelder og barn*

Observasjon av samspill mellom omsorgsperson og barn gir gode indikasjoner på tilknytningsstil både hos omsorgspersonen og barnet, uten at dette kan ses som fakta eller sikre tegn: Mødre til barn med tilknytningsstil C benytter ofte læringsstrategier som innebærer å gi ordre til barnet og sjelden forklaringer. De gir gjerne informasjon som er så uklar at det forvirrer barnet. Tilbakemeldinger på barnets atferd gis ofte i absolutt og kommandopreget form. Mødre til barn med tilknytningsstil A er generelt lite sensitive overfor barnet. Barn med tilknytningsstil A lærer ofte dårlig fordi de unngår mor, mens barn med tilknytningsstil C ofte lærer dårlig fordi de med sin utrygghet på relasjonen er for opptatt av mor og ikke av det som skal læres. Samspillet mellom barn med tilknytningsstil D og foreldrene bærer preg av distanse og frykt (Lippe 1999, Lippe & Crittenden 2000).

**Sjekkliste 6.4. Økt risiko for og tegn på at barna utvikler utrygg tilknytningsstil**

- barn mellom åtte måneder og tre år som er ukritiske og ureserverte i kontaktform (kryper lett opp i fanget på ukjente mennesker, altså mangler naturlig sjenanse), og som har lite responderende og/eller negative mødre
- barn som i førskolealder ikke gråter eller søker trøst hos voksne når de skulle vært skremt, eller skader seg (kan også forekomme ved autisme, ADHD, psykisk utviklingshemning og en del andre syndromer)
- barn som kombinerer utrygg årvåkenhet med høy grad av føyelighet
- barn som ivaretar voksnes behov ved å skape velbehag for dem og ikke motsatt

*Listen bygger på O'Connor et al. 2000a, Shaw et al. 2003.*

## Forekomsten av de ulike tilknytningsstilene

***Informasjonsboks 6.13. Fordeling av de fire tilknytningsstilene i befolkningen***

| **Tilknytningsstil** | **A** | **B** | **C** | **D** |
|---|---|---|---|---|
| Forekomst | 13–25 prosent | 56–70 prosent | 6–19 prosent | 15–21 prosent |

*Oversikten bygger på Lyons-Ruth & Jacobvitz 1999, Thompson 1998, van Ijzendoorn et al. 1996, Jacobvitz 2002.*

Omkring 40 prosent av barn har en utrygg tilknytningsstil, men kanskje hele 70 til 80 prosent av barn og unge henvist til BUP har en utrygg tilknytningsstil (S. Goldberg 1997), selv om ikke alle disse innfrir diagnosekriteriene (Boris et al. 1998). Ut fra disse forskningsfunnene er det rimelig å anta at en meget stor andel av barn, unge og foreldre som mottar omfattende tiltak fra barnevernstjenesten, har utrygg tilknytningsstil. Forekomststudier viser at tilknytningsstil D forekommer i 14 til 15 prosent innenfor lavrisikogrupper, men i overkant av 80 prosent innenfor høyrisikogrupper (mishandlede barn) (van Ijzendoorn et al. 1999).

## Stabiliteten i tilknytningsstilene

Tilknytningsstil synes sterkt etablert i løpet av de første tolv levemånedene og er meget stabil over en årrekke (Allen et al. 2004). Spesielt stabil synes utrygg tilknytningsstil å være for barn som parallelt med å vokse opp med insensitive eller fraværende foreldre også utsettes for negative livshendelser, for eksempel omsorgssvikt og mishandling. Over år antar man at utrygg tilknytningsstil vil vare inn i voksen alder for omkring 94 prosent av denne gruppen barn (Weinfield et al. 2000).

Knapt noe kjennetegn ved mennesket i ung alder egner seg så godt for predikering av psykososial utvikling som tilknytningsstil nettopp fordi den tenderer mot å være meget stabil, og fordi den er knyttet til de aller mest grunnleggende dimensjoner for barns utvikling. Sammen med emosjonsregulering er tilknytningsstil utpekt som blant de viktigste dimensjoner for å forstå barns og unges utvikling (Hodges et al. 1999, Zeanah et al. 1997a).

## Utvikling av tilknytningsstil

Tilknytningsstil baseres på både personkarakteristika og samspillerfaringer, hvor samspillerfaringene er betydelig viktigere enn personkarakteristikaene (Belsky 2006).

### *Risikofaktorer ved barnet*

Barn med hjerneorganiske skader, med uklare «states» (eksempler på «states» er dyp søvn, søvn, våken og aktiv), som gir svake signaler på ytre stimulering og derfor er vanskelig å tolke, som ofte er syke, er døvblinde, barn som er hyperaktive, har vanskelig temperamentsstil, har vansker med oppmerksomhet og konsentrasjon og barn med alvorlige reseptive og ekspressive språkvansker har større vansker med å utvikle en trygg tilknytningsstil sammenlignet med barn uten slike risikofaktorer. Det er noe uklart om det er disse egenskapene i seg selv som primært øker risikoen for utvikling av utrygg tilknytningsstil, eller mer bakenforliggende årsaker, eksempelvis at disse trekkene er nært knyttet til generelt dårlig relateringsevne.

Forskning viser likevel at selv barn med betydelige vansker med å utvikle gode relasjoner til andre mennesker, slik som autisme, psykisk utviklingshemning og døvblindhet, som oftest har trygg tilknytningsstil (S. Goldberg 2000, Howe et al. 1999, O'Connor 2002). En metaanalyse av 16 studier viste at omkring 53 prosent av autister har en trygg tilknytningsstil til foreldrene (Rutgers et al. 2004). Autister anses som en av de desidert vanskeligste gruppene å skape trygg tilknytning hos. Studier viser likevel at trygg tilknytningsstil bare forekommer mellom tre til 13 prosent sjeldnere hos autister enn befolkningen generelt. Avvik i barnet kan derved ikke være hovedårsak til utrygg tilknytningsstil. Konklusjonene fra forskning er helt entydige i at genetikk i liten grad forklarer tilknytningsstil, men at både delt og ikke-delt miljø har en sterk forklaringsstyrke på den tilknytningsstil barna utvikler (Bakermans-Kranenburg et al. 2004, Bokhorst et al. 2003).

### *Risikofaktorer ved foreldrene*

Det er flere årsaker til at foreldre ikke makter å knytte barnet til seg på en trygg måte: Et høyt konfliktnivå mellom omsorgspersoner øker risikoen for utrygg tilknytningsstil hos barnet fordi foreldrene blir så bundet opp i konflikten og derved mentalt fraværende overfor barnet, eller slites så mye av konflikten at de ikke har tilstrekkelig overskudd til barnet, eller at det høye konfliktnivået indikerer psykiske lidelser hos foreldrene. Psykiske lidelser innebærer vansker med å få til et smidig samspill med andre fordi egne behov er så dominerende og vanskelig å dekke at evnen til å prioritere andre blir redusert. I tillegg har mange personer med psykiske lidelser også utrygg tilknytningsstil, som i seg selv øker risikoen for at også barna utvikler ditto tilknytningsstil. Oppsummerende kan man si at mishandling, omsorgssvikt og moderate eller alvorlige psykiske lidelser hos foreldre hver for seg regnes som sterke risikofaktorer for at barn utvikler utrygg tilknytningsstil (Abela et al. 2004, Grant & McMahon 2005).

***Informasjonsboks 6.14. Foreldrekarakteristika med økt risiko for utvikling av utrygg tilknytningsstil hos barnet***

- depresjon
- fiendtlige i sin innstilling til barnet
- fryktsomme og hjelpeløse i sin atferd overfor barnet
- psykose og forvirring
- rusmiddelmisbruk
- ubearbeidede traumer eller tap
- utpreget egosentriske i framtoning
- foreldre med en skremmende atferd
- foreldre som er ujevne i betydningen å veksle mellom avvisning og ignorering, fraværende og relevant foreldreatferd, eller overinvolvering

Et for intenst samspill (for pågående og styrende) fra foreldres side blir stressende for barnet. Foreldre som enten ikke makter å oppfatte at barnet blir stresset og at det fratas mye av den selvstendighet og kontroll som er viktig for utvikling av positiv selvaktelse, eller foreldre som ikke makter å dempe sin iver slik at den avpasses barnets behov, er begge nært knyttet til kvalitativt dårlig samspill med fare for at barnet utvikler utrygg tilknytningsstil. For lite tilgjengelighet tilsier at barnet ikke i tilstrekkelig grad blir respondert på. Det leder enten til at barnet «slukner» på å ta initiativ og blir apatisk og lite interessert i omverdenen, eller at det forsterker sine signaler og blir ekstra krevende for å bli sett og respondert på. Felles for begge disse strategiene er at de bunner i de voksnes reguleringsvansker, ved at de enten blir for intense eller ignorerende, og begge skaper usikkerhet i barnet som øker risikoen for utvikling av utrygg tilknytningsstil (Hart et al. 1999).

### *Det ønskede samspillet*

De aller fleste barn utvikler en trygg tilknytning hvis foreldrene er: (1) fysisk tilgjengelige, (2) emosjonelt nære og (3) sensitivt responderende overfor barnet, slik at de møter dets behov på en hensiktsmessig måte (S. Goldberg 2000, O'Connor 2002). Psykisk tilgjengelighet hos de voksne er viktigere for barnets tilknytningsstil enn foreldrenes fysiske tilgjengelighet (Allen 1999). Slik sensitiv omsorg i kombinasjon med gunstige livshendelser leder nesten uten unntak til trygg tilknytningsstil (Hamilton 2000, Waters et al. 2000). Denne kunnskapen er viktig for alle som kommer i kontakt med svaktfungerende foreldre: Fokus for tiltak må gjenspeile de tre momentene gjengitt over. Det er ikke alltid at barn har tid til å vente på at foreldrene skal tilegne seg nødvendige ferdigheter. I slike situasjoner kan eksempelvis miljøarbeidere og hjemkonsulenter bidra til å sikre en trygg tilknytningsstil hos barnet.

## Konsekvenser av tilknytningsstil

Ikke alle personer med utrygg tilknytningsstil utvikler psykiske lidelser, men svært mange med psykiske lidelser har utrygg tilknytningsstil. Det er heller ikke slik at ingen med trygg tilknytningsstil utvikler psykiske lidelser, men personer med trygg tilknytningsstil krever mer stress eller flere risikofaktorer for å utvikle psykiske lidelser enn de med utrygg tilknytningsstil (Abecassis et al. 2002). Etter en gjennomgang av forskningslitteratur konkluderer Greenberg (1999) at utrygg tilknytningsstil ikke direkte bidrar til psykopatologi, men er en meget betydelig risikofaktor for utvikling av psykiske lidelser. Spesielt gjelder dette hvis personer med uttrygg tilknytningsstil eksponeres for andre risikofaktorer (Dozier et al. 1999, Wachs 2006).

### *Tilknytningsstil og psykisk fungering*

Tilknytningsstil er nært knyttet til evne til emosjonsregulering (Fosha 2000, Fox & Calkins 2000). Studier av én av disse dimensjonene innebærer at man også forstår mer av den andre. Trygg tilknytningsstil karakteriseres av mange positive emosjoner, mens utrygg tilknytningsstil er knyttet til at man preges av mange negative emosjoner (Feeney 1999). Slik preger tilknytningsstil hvilke emosjoner som karakteriserer personen.

Selv om alle de tre formene for utrygg tilknytningsstil innebærer en økt risiko for utvikling av psykiske lidelser, er spesielt tilknytningsstil D vurdert som ekstra sterkt knyttet til utvikling av psykopatologi (Greenberg 1999, Zeanah et al. 2003).

Personer med ulike former for utrygg tilknytningsstil (A, C eller D) har ofte lav selvaksept (Thompson 1999a) som bunner i for lite bekrefting i oppveksten og de vansker de har med å utvikle gode relasjoner til andre. De kan likevel framstå som skråsikre som en umoden kompensering for denne usikkerheten.

Utrygg tilknytningsstil er knyttet til utvikling av depresjon, ulike typer av angstlidelser, sosial tilbaketrekking, atferdsvansker og personlighetsforstyrrelser (Eng et al. 2003, Fossati et al. 2003a, Harrington 2002, However et al. 2000, Strodl & Noller 2003, Sund & Wichstrom 2002). Utrygg tilknytningsstil er derved en tydelig risikofaktor for en rekke ulike psykiske lidelser. Det er ofte karakteristika ved personen og ikke bare hvilke andre risikofaktorer man eksponeres for, som avgjør hvilke psykiske lidelser som utvikles på bakgrunn av utrygg tilknytningsstil.

### *Tilknytningsstil og sosial fungering*

Man finner et tydelig mønster av at tilknytningen barn utvikler til sin mor i flere studier har vist seg å være lik den barnet utvikler til venner. Dette er en av årsakene til at foreldres relasjonspraksis til andre voksne i høy grad blir videreført i barnas samspill med jevnaldrende (Furman et al. 2002). Ordtaket «krake søker make» kan i mange tilfeller passe for vennskap mellom barn fordi de ofte velger venner med samme tilknytningsstil som seg selv: Barn med tilknytningsstil C tenderer mot å ha venner med ditto tilknytning, og de med tilknytning A tenderer mot å ha venner med samme tilknytningsstil som seg selv (Hodges et al. 1999).

Barn og unge med tilknytningsstil B skiller seg fra dem med utrygg tilknytningsstil på en rekke områder: Førstnevnte gruppe er mer sosialt akseptert og har mer harmoniske vennskapsrelasjoner enn sistnevnte. Barn og unge med tilknytningsstil B har mer harmoniske, mindre konfliktfylte, mer stabile og dypere vennskapsrelasjoner enn de med utrygg tilknytningsstil (Howes & Tonyan 2000, Schneider et al. 2001). Disse mønstrene mellom ulike tilknytningsstiler og kvalitet i vennskap gjelder på tvers av alder, fra siste del av førskolealderen og livet ut (Abecassis et al. 2002).

Tilknytningsstil er også styrende for partnervalg og for valg av samlivspartner ved at begge enten har trygg tilknytningsstil eller utrygge tilknytningsstiler (Feeney 1999, Fonagy 1999). Faren for samlivsbrudd øker når én av foreldrene har utrygg tilknytningsstil. Denne risikoen øker ytterligere når begge foreldrene har utrygg tilknytningsstil.

## Tilknytningsstil og nye omsorgspersoner

Mens man for en del tiår tilbake trodde at barn ikke burde knytte bånd til voksne som de ikke skulle bo hos (eksempelvis sykepleiere på barneavdelinger, ansatte på barnehjem), vet man i dag at barn som i løpet av det første leveår ikke knytter nære bånd til noen, vil ha vansker med å utvikle en trygg tilknytningsstil til andre senere i livet. Barn som derimot har lyktes i å knytte seg trygt til minst én voksen det første leveåret, vil lettere kunne knytte seg trygt til andre voksne senere, eksempelvis ved adopsjon, plassering hos andre voksne etter foreldres død og lignende. I tråd med dette finner man at barn med utrygg tilknytningsstil som oftest har vansker med å fungere godt også etter plassering utenfor hjemmet (Minty 1999). Tilknytningsvansker øker risikoen for at plasseringer av barn blir ustabile ved at fosterforeldre sier opp avtalen eller hyppig tenker over denne muligheten (Rushton et al. 2000).

Studier av adopterte barn viser at blodsbånd ikke er nødvendig for at barnet skal utvikle trygg tilknytningsstil, men jo eldre barnet er ved adopsjon, desto større risiko for tilknytningsvansker (Triseliotis et al. 1995). I en liten studie av 32 barn utsatt for mishandling og omsorgssvikt fant man at barnas selvoppfatning og representasjoner av biologisk mor forutsa godt at barnet ville ha samme oppfatning av og tilknytningsstil til adoptivmor (Milan & Pinderhughes 2000). En annen studie gjort innenfor et meget lite utvalg av omsorgssviktede og mishandlede barn viste at barn adoptert før fylte tolv måneder som oftest hadde samme tilknytningsstil til adoptivmor som adoptivmor hadde (ofte trygg), mens barn adoptert etter tolv måneders alder som oftest hadde samme tilknytningsstil til adoptivmor som de hadde til sin biologiske mor (ofte utrygg) (Stovall & Dozier 2000). Til tross for mye forskning vet man i dag fortsatt forholdsvis lite om hvordan barn og unge utsatt for omsorgssvikt og mishandling og med en utrygg tilknytningsstil utvikler tilknytningsbånd til andre mennesker (Stovall & Dozier 2000). Det er få tiltak eller intervensjonsprogrammer for hvordan man kan forsøke å etablere trygg tilknytningsstil hos barn med utrygg tilknytningsstil eller jobbe i høyrisikofamilier for å sikre trygg tilknytningsstil.

Trygg tilknytningsstil til nye omsorgsgivere (eksempelvis foster- eller adoptivforeldre) synes å være basert på at omsorgspersonene makter å være omsorgsgivende når foster- eller adoptivbarnet i småbarnsalder er stresset (Dozier et al. 2001). Imidlertid vet vi lite om hvordan vi skal bistå større barn og unge med utrygg tilknytningsstil i å nyttiggjøre seg nye omsorgspersoner i form av å utvikle en trygg tilknytningsstil. Foreløpig er studiene nedslående, og det er meget sjelden man lykkes å endre utrygg til-

knytningsstil til å bli trygg når barnet passerer tolvmånedersalder. Om ikke tilknytningsstil endres fra utrygg til trygg når barn plasseres i mer egnede omsorgsbaser, kan minimalisering av negative konsekvenser av utrygg tilknytningsstil være et realistisk veiledningsmål.

Forskning på hvordan tilknytning overføres mellom generasjoner, leder til advarsler mot å plassere barn hos besteforeldre (Fonagy et al. 1991). Årsaken til denne advarselen er at mange i denne besteforeldregruppen har vist dårlig evne til å skape forutsetninger for at egne barn skulle utvikle trygg tilknytningsstil. Det er ingen automatikk i at man med økning i alder blir bedre egnet til å skape trygg tilknytningsstil hos barn. Når man plasserer barn med utrygg tilknytningsstil hos barnas besteforeldre, avhenger troverdigheten av plasseringen av at man kan dokumentere at besteforeldrene fungerer vesentlig annerledes i nære relasjoner enn da de selv hadde små barn som utviklet utrygg tilknytningsstil. Uten slike vurderinger vil det være faglig uforsvarlig å plassere barn hos besteforeldre.

## Selvoppfatning og selvaksept

Mennesket er selvrefererende og selvreflekterende. Med selvrefererende menes at det tar utgangspunkt i seg selv og kan henvise til dette i form av ord som «jeg», «meg» og «mitt». Med selvreflekterende menes evnen til og viljen til å se og evaluere seg selv. Mennesket er dobbeltreflekterende; foruten å reflektere over seg selv så reflekterer det også over relasjoner det har til andre.

Selvoppfatning handler om hvordan mennesker oppfatter seg selv, mens selvaktelse handler om grad av verdsettelse av seg selv. Selvoppfatningen blir mer sentral for personen selv fra cirka fireårsalderen av i tråd med evnen til å resonnere og begripe hendelser og erfaringer (Nelson & Fivush 2004, Nelson et al. 2003).

***Informasjonsboks 6.15. Begrepene selvoppfatning og selvaktsept***

Selvoppfatning er en form for oppsummering av hvordan man oppfatter seg selv på sentrale områder, eksempelvis moralsk/ordensmessig, sosialt, følelsesmessig, skolefaglig (kognitivt) og fysisk. Selvoppfatning er derved enhver tanke, følelse, tro, antagelse eller viten man har om seg selv. Straks man setter verdi på selvoppfatningen, altså i hvilken grad man mener å være bra eller dårlig som person, handler det om selvaksept.

Evnen til god selvvurdering baseres derved på evnen til selvinnsikt (introspeksjon), mot til å undre seg over seg selv og en utforsking av ens relasjon til andre. Trygg tilknytningsstil, positiv selvaksept, realistiske vurderinger av seg selv og andre, samt prososialitet henger derfor sammen (Arbona & Power 2003).

## Kultur- og samspillskapte oppfatninger

Mennesket fødes ikke med selvoppfatning; den utvikles i et vekselspill mellom medfødte egenskaper og samspill med miljøet. I utviklingen av selvoppfatning og selvaksept blir personer som står oss nær, såkalte signifikante andre sine vurderinger av oss, blant de viktigste miljøpåvirkningene. Deres oppfatning av oss speiles til oss, tolkes av oss og påvirker hvordan vi oppfatter oss selv. Foreldre, søsken og jevnaldringer er noen av hovedgruppene av signifikante andre med stor betydning for utvikling av selvoppfatning. Langt på vei kan man hevde at en persons selvoppfatning er et uttrykk for hvilke vekstbetingelser og bekreftelser som er gitt hjemme (Ladd & Troop-Gordon 2003).

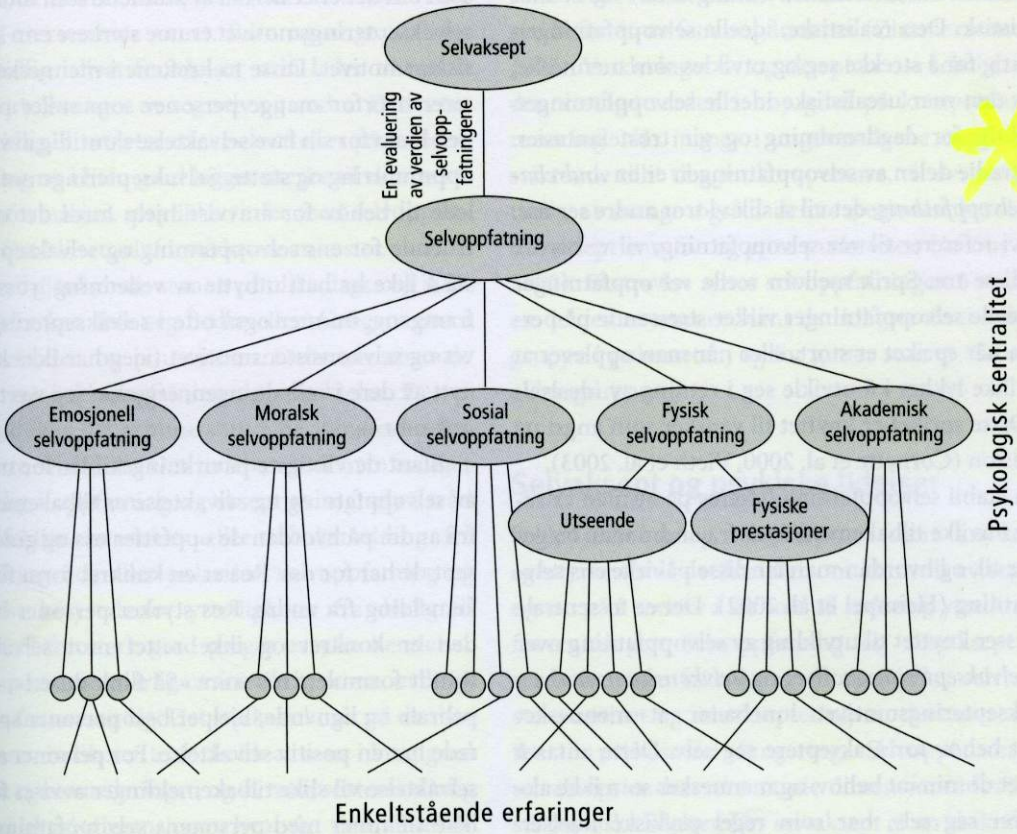
Selvaksept handler om evalueringer av seg selv. Delvis er disse styrt av personens verdier og idealer, men oppfatninger av hva som er godt versus dårlig, viktig versus uviktig, er i betydelig grad kulturavhengig. Det som er viktig for personer er altså kom-

binasjoner av egne preferanser og ønsker og de verdier og normer som rettes mot oss fra de kulturene vi beveger oss i. Det som blir viktig for oss i utvikling av selvoppfatninger, altså det vi fester oss ved, benevnes psykologisk sentralitet.

Barns selvaksept forklares både med miljøforhold og genetikk: Tvilling- og adopsjonsstudier indikerer at selvaksept forklares med 30 til 60 prosent genetisk arv og resten med erfaringer i ikke-delt miljø (Neiss et al. 2002). Delt miljø synes i sterkere grad å påvirke trekk som optimisme og pessimisme (Zuckerman 2000): Disse to trekkene blir grunnleggende for hvordan man lykkes i samspill med andre, i hvilken grad man betrakter seg selv positivt, samt hvor optimistisk man er omkring egen framtid.

## Dynamisk selvoppfatning

I dag synes det både veldokumentert og velakseptert at selvoppfatning er multidimensjonal (DuBois et al. 2000). Med multidimensjonal menes at den strekker seg over ulike områder, og at erfaringer har ulike grader av innvirkning på selvoppfatningen. Det er komplisert å studere prosessene for hvordan erfaringer og evalueringer på konkrete områder påvirker utviklingen av den generelle selvoppfatningen. Det er også en faglig uenighet om selvoppfatning baseres på avgrensede områder som legges sammen til ulike mønstre som danner en overordnet (global) selvoppfatning, eller om selvoppfatning på avgrensede områder er avledet fra en global selvoppfatning (Brown et al. 2001). Disse to kan også kombineres ved å betrakte selvoppfatning som en vekselvirkning mellom en avgrenset og en overordnet selvoppfatning (Sedikidies & Gregg 2003).




*Figur 6.2. Selvoppfatning og selvaksept*

Figur 6.2 viser at menneskers erfaringer samles i ulike temamessige områder. Disse områdene deles ofte inn i: moralsk/ordensmessig, sosial, følelsesmessig, akademisk (kognitiv) og fysisk. Sistnevnte er delt i to: utseende og fysiske prestasjoner. Allerede i førskolealder skiller barn mellom ulike selvoppfatningsområder som verbal, sosial, fysisk utseende og ferdigheter, og evnen til å skille mellom dem øker betydelig opp til tolvårsalder (Marsh & Ayotte 2003). Erfaringer vektes ikke likt og påvirker derfor selvoppfatningen i ulike grader. Begrepet psykologisk sentralitet betegner at man veier erfaringer ulikt.

Selvoppfatninger er mangesidige og gjerne har vi flere oppfatninger av oss selv parallelt (Knox et al. 2000). Derfor blir selvoppfatninger mer dekkende enn selvoppfatningen. Det er tre hovedformer for selvoppfatning: den *reelle selvoppfatning*, altså slik vi ser oss selv. Et *idealselvbilde* er slik vi ønsker å være. Det deles i to: et realistisk (mulig å nå) og et mer urealistisk. Den realistiske, ideelle selvoppfatningen er viktig for å strekke seg og utvikles som menneske, mens den mer urealistiske ideelle selvoppfatningen er viktig for dagdrømming og gir trøstefantasier. Den tredje delen av selvoppfatningen er en *andrebasert selvoppfatning*, det vil si slik vi tror andre ser oss. Når vi refererer til vår selvoppfatning, vil vi berøre alle disse tre. Sprik mellom reelle selvoppfatninger og ideelle selvoppfatninger virker stressende på personen når spriket er stort, eller når man opplever at man ikke lykkes i å utvikle seg i retning av idealselvet. Dette spriket er knyttet til vansker som angst og depresjon (Cornette et al. 2000, Vieth et al. 2003).

En stabil selvoppfatning baseres på at man er selektiv i hvilke tilbakemeldinger fra andre man legger merke til, og hvordan man lar disse påvirke ens selvoppfatning (Heimpel et al. 2002). Det er to sentrale prosesser knyttet til utvikling av selvoppfatning over tid: *selvaksepteringsmotivet* og *selvkonsistensmotivet*. Selvaksepteringsmotivet innebærer at mennesket har et behov for å akseptere seg selv. Dette antas å være et dominant behov, og mennesker som ikke aksepterer seg selv, har som regel psykiske lidelser. Selvkonsistensmotivet betegner behovet for å ha en stabil selvoppfatning mellom ulike situasjoner og steder samt over tid. Dette er knyttet til identitet: Forutsetningen for en identitet er at den er stabil. Siden selvkonsistensmotivet og identiteten er så sterkt knyttet sammen, antas også selvkonsistensmotivet å være dominant av natur.

For personer med høy selvaksept vil selvaksepteringsmotivet og selvkonsistensmotivet trekke i samme retning: En god person vil akseptere seg selv og anse at man både har vært, er og vil være en god person og derved ha en positiv identitet. For personer med lav selvaktelse er det mer uklart hvordan disse to dominante behovene oppfører seg i forhold til hverandre: Mennesker ønsker å akseptere seg selv, men hvis en person som har betraktet seg selv som negativ nokså brått skal begynne å betrakte seg som en god person, vil det rokke ved identiteten (fra negativ til positiv). Mennesker kan ikke bare beslutte brått en endring i selvoppfatning eller identitet, og ofte tenkes slike brå skifter som knyttet til psykiske lidelser. Forskningen er ikke entydig, men det synes som om det er et flertall av studiene som indikerer at selvaksepteringsmotivet er noe sterkere enn selvkonsistensmotivet. Disse to kreftene i mennesker illustrerer hvorfor mange personer som søker profesjonell hjelp for sin lave selvaktelse samtidig avviser ros, oppmuntring og støtte. Selvaksepteringsmotivet kan lede til behov for å avvise hjelp fordi det oppleves truende for ens selvoppfatning og selvaksept. Å påstå å ikke ha hatt utbytte av veiledning tross tydelig framgang, bunner også ofte i selvaksepteringsmotivet og selvkonsistensmotivet («jeg har ikke lært noe nytt av dere i veiledningen, ergo har jeg vært en god nok mor»).

Blant de viktigste påvirkningskilder for utvikling av selvoppfatning og selvaktelse er tilbakemeldinger fra andre på hvordan de oppfatter oss og grad av aksept de har for oss. Ros er en konkret form for tilbakemelding fra andre. Ros styrker personer best når den er konkret og ikke rettet mot selvaktelsen. Rundt formulert ros som: «Så flink du er!», «Kjempebra!» og lignende, hjelper best personer som allerede har en positiv selvaktelse. For personer med lav selvaktelse vil slike tilbakemeldinger avvises fordi de ikke stemmer med personens selvoppfatning (selvkonsistensmotivet). Hvis man skal lykkes i å bedre selvbildet, må rosen være så konkret at personen opplever den som riktig og kan trekke lærdom av

den. Et eksempel er: «Så du hvor oppmerksom Daniel ble på deg når du forklarte reglene til ham? Du var meget dyktig fordi du beholdt roen mens du forklarte ham reglene, tross at han gjorde mye for å provosere deg. Du virket så bestemt på at han skulle høre på deg. Han skjønte at du mente det du sa og at han ikke skulle trosse deg, som han så ofte pleier å gjøre. Dette gjorde du bra, Tonje!»

## Stabilitet

I tidlig barnealder begynner selvoppfatningen å bli godt utviklet, og den er allerede da forholdsvis stabil. Tolkninger og forståelse av seg selv og omverdenen blir gjerne både mer generaliserte og rigide med barns økende alder, slik at det opprinnelige mønsteret for å forstå seg selv gjerne festes (Trzesniewski et al. 2003, Weinfeld et al. 2000). Metaforisk framstilt kan man si at man ser verden gjennom fargede brilleglass, med andre ord legger vi merke til det vi ser etter, og overser mye annet. Barn og unge utvikler derved tidlig i livet forståelser som leder til nokså stabile fortolkninger av seg selv og andre. Det betyr at man tidlig i livet leter etter bekreftelser på sin selvoppfatning og i liten grad legger merke til eller vektlegger informasjon som ikke rimer med selvoppfatningen. Det blir et selvforsterkende mønster.

Flere vil gjenkjenne at man på ulike dager og i ulike perioder kan føle seg bedre eller dårligere enn i andre perioder og situasjoner. Dette er normale svingninger i selvoppfatning og selvaktelse. Det er imidlertid ikke det samme som å ha svingende eller polariserte selvbilder. Det innebærer at man svinger betraktelig i oppfatning og aksept av seg selv i tråd med tilfeldige hendelser eller tilbakemelding fra andre. Svingende eller polarisert selvoppfatning og selvaktelse betyr derfor ytterligheter fra dårlig til godt som i for sterk grad preges av ytre hendelser hvor man sorterer dårlig ut fra viktig versus uviktig, vesentlig fra uvesentlig. Det sterke fokuset på de siste erfaringene indikerer to forhold: at man i liten grad stoler på egne vurderinger, og at man sorterer dårlig i forhold til tidsdimensjonen hvor det siste alltid får forrang for det som ligger litt tilbake i tid. Slike store svingninger i selvbildet indikerer at selvkonsistensen blir dårlig som igjen indikerer svakt utviklet evne til å evaluere seg selv, og derved lar man andre få for stor innflytelse på hvordan man skal oppfatte seg selv. Det innebærer en svakt utviklet identitet. I klinisk sammenheng finner man ofte at dette er usikre personer hvor årsaken er dominerende og krevende foreldre som har styrt barnet sterkt. Disse foreldrene har i sitt samspill med barnet sterkt signalisert at det viktigste er at barnet fokuserer på at mor og far skal være tilfredse med det, ikke at barnet lærer å evaluere og verdsette seg selv. Disse barna blir ofte sterkt andreorienterte, har lav selvaksept og innyndende i vesen, framfor stødige i framferd og oppfatning og kontinuerlig selvevaluerende på en trygg måte.

Selvoppfatning og selvaksept er ikke statiske, men det er altså vanligere med små framfor store variasjoner. Det synes å være spesielt én periode som gjerne leder til tydelig avvik fra en nokså stabil selvoppfatning: Puberteten er en lengre periode hvor tiltro til egen kompetanse gjerne synker (Polce-Lynch et al. 2001, Watt 2004). Noen tallfester dette til å gjelde for én av fem ungdommer (Zimmerman et al. 1997). Vurderinger av og aksept av oss selv baseres i den vestlige verden i høy grad på kompetanse og mestring. Når mange i ungdomsårene opplever en sviktende tillit til egen kompetanse, vil det være naturlig at mange også i denne perioden har lavere selvaksept enn før og etter puberteten (Jacobs et al. 2002). Ekstra lav synes selvoppfatningen å være for en del jenter som er blant de tidligste av sin aldersgruppe i puberteten, og for gutter som er sist av sin aldersgruppe.

## Selvaksept og psykiske lidelser

Selvoppfatning og selvaksept er nært knyttet til egostyrke fordi det handler om kontroll av seg selv og tro på å mestre i forhold til indre og ytre krav og forventninger. Selvoppfatning og selvaksept blir med sin nære forankring til egostyrke, selvkonsistensmotivet og selvaksepteringsmotivet nært knyttet til psykososial fungering. Selvoppfatning og selvaksept er derved sentrale dimensjoner for å forstå psykiske lidelser. Lav selvaksept er en risikofaktor for og høy selvaksept er en beskyttelsesfaktor mot utvikling av psykiske lidelser (Bandura et al. 2003), spesielt angstlidelser og depresjon (Coplan et al.

2004, Salmivalli & Isaacs 2005). Både urimelig lav og høy selvaksept er nært knyttet til psykiske lidelser, fordi begge ofte er uttrykk for urealistiske betraktninger og en evaluering som ender med gal proporsjonering (Adler & Figueira-Mcdonough 2002, Baumeister 2003).

### Grensesetting av barn

Lav selvaksept hos foreldre er knyttet til inkonsistent grensesetting av barna (Coleman & Karraker 1997). Trolig bunner denne sammenhengen i at personer med lav selvaksept har lav tiltro til seg selv og lett blir usikre når de motsies eller ikke lykkes ved første forsøk. Barn som derved er krevende, rører ved foreldrenes usikkerhet, noe som lett leder til at de frafaller kravene de har stilt. Foreldre som strever med sine barn kan også bli usikre, noe som igjen leder til at de blir mindre dyktige i å oppdra dem. Det leder igjen til ytterligere forringelse av selvaksepten. Endringer i samspill mellom foreldre og barn innebærer arbeid med selvbilder, slik at man jobber med prosesser knyttet til selvaksepteringsmotivet og konflikter med selvkonsistensmotivet.

## Tilskrevne og valgte arenaer og sosiale relasjoner

Begrepene tilskrevne og valgte arenaer og relasjoner er hentet fra Bronfenbrenners (1979) bioøkologiske teori. Foreldre velger bosted og delvis barnepass i førskolealder og derved styrer de hvilke relasjoner barna eksponeres overfor og støttes i å utvikle. Dette benevnes som tilskrevne arenaer og tilskrevne sosiale relasjoner. Med økende alder får barn større aksjonsradius og valgmuligheter, slik at de i sterkere grad selv kan velge hvilke arenaer de vil være på og relasjoner de eksponeres for og velger å inngå i. Dette benevnes som valgte arenaer og valgte sosiale relasjoner.

### Sosialt nettverk

Et sosialt nettverk består av personer man har regelmessig kontakt med, og som man regner som viktige. Viktige er ikke synonymt med at det bare er positive relasjoner, for mange viktige relasjoner kan smerte en.

Mennesker fødes inn i et sosialt nettverk, det vil si foreldrenes. Slekt er den stabile og tilskrevne delen av det sosiale nettverket, mens venner er valgte sosiale relasjoner. Personer man har sammen med seg i barnehage, skole og arbeidsplass er delvis styrt, og friheten i valg av dem ligger mellom tydelig tilskrevne relasjoner som slekt og de tydelig valgte relasjoner som venner.

Et sosialt nettverk deles ofte inn i fire sektorer: familie, slekt, venner, samt naboer/klassekamerater eller jobbkolleger. I hjelpeapparatet tilføyer man ofte en femte sektor: offentlig ansatte, som inkluderer personer som ofte er pedagoger, konsulenter eller terapeuter (se Klefbeck & Ogden 2003 for en innføring i metoden).

### Foreldrenes nettverkspraksis

Det er fire faktorer som i hovedsak forklarer menneskers sosiale nettverk: personens sosiabilitet (sosiale legning), tilknytningsstil, foreldrenes nettverkspraksis og tilgjengelighet på personer som «matcher» ens egne forutsetninger og behov. Av disse faktorene drøftes betydningen av foreldrenes nettverkspraksis for barnas utvikling av sosiale relasjoner i dette kapitlet.

Det er tre faktorer ved foreldre som spesielt preger barnas sosiale nettverk: Først og fremst er det foreldrenes evne til å skape gode utviklingsstøttende samspill med barna, slik at de utvikler trygg tilknytningsstil, god emosjonsregulering, positiv selvaktelse, sosiale ferdigheter og sosial kompetanse (sosiale ferdigheter er enkeltstående ferdigheter som kreves i sosialt samspill, mens sosial kompetanse er å vite hvordan disse ferdighetene benyttes, altså «timing»). Foreldrenes sosiale nettverk er modeller for barna, samtidig som det er de tilskrevne arenaer og relasjoner i barnas første leveår. Derved eksponeres barn for foreldrenes sosiale nettverkspraksis i de viktige, grunnleggende første leveår. Idealet er et sosialt nettverk som er variert på rollemodeller og som sikrer bred stimulering for barnet, men hvor nettverksmedlemmene er enige om de grunnleggende verdier, slik at barnet ikke slites mellom kulturer med mot-

setningsforhold og derved gjerne et mer eller mindre uttalt krav om at barnet må velge hvor det har sin lojalitet (Svedhem 1994). Barns valgte arena og relasjoner har ofte tydelige likhetstrekk med den de har hatt i tidlige leveår, slik at når de gis valgmuligheter, viser de preferanse for det de har vokst opp med og lært av foreldrene. Derved har valgte relasjoner klare likhetstrekk med de tilskrevne relasjoner, slik at valgte relasjoner gjerne forsterker det man har erfart i samspill med mor og far og deres sosiale nettverk (Alles-Jardel et al. 2002, Giordano 2003).

***Informasjonsboks 6.16. Sentrale begreper i sosialt nettverksarbeid***

- *ego/fokusperson/forankringsperson*: den som er senteret i det sosiale nettverkskartet (mens røttene til sosial nettverksarbeid var å kartlegge sosiale grupper, har sosialt nettverk i økende grad blitt synonymt med personlige sosiale nettverk)
- *isolat*: en person som ikke har kontakt med andre ut over med ego (forankringspersonen) i det sosiale nettverkskartet
- *neksus*: en person som har relasjoner til mange av de andre i det sosiale nettverkskartet
- *pleksus/klynger («cluster»)*: en gruppe av personer hvor alle kjenner hverandre
- *symbolpersoner*: sentrale personer med sterk innflytelse på forankringspersonen. Eksempler er idoler, viktige, døde personer og personer bosatt i hjemlandet for innvandrere eller andre generasjon nordmenn.
- *drenering*: å opprette kontakt med nye personer (relasjonsutvikling)
- *mudring*: å renske opp i kanaler som har grodd igjen, altså å gjenoppta tidligere eller forsterke nåværende relasjoner til andre

***Informasjonsboks 6.17. Typer av sosial nettverkskartlegging***

- *biografiske kart*: Slike kart er ment å fange opp endringer over tid. Ofte tegnes flere sirkler utenpå hverandre, slik at de blir som russiske dukker eller årringer i et tre: I den innerste sirkelen tegnes dagens nettverk. Jo lengre ut fra kartets sentrum man kommer, desto eldre er nettverket. Kartet blir et visuelt uttrykk for valg og livshendelser, og mønstrene kan danne utgangspunktet for samtaler om livsinnhold ved sin bevisstgjørende funksjon.
- *geografiske kart*: Slike kart benyttes for å se hvor de ulike relasjoner er plassert geografisk, og gir et bilde på kontaktform, mobiliserbarhet, ansikt-til-ansikt-kontakt og lignende.
- *historiske kart*: Det vil si å tegne nettverkskart slik de var i en gitt tidligere periode. Ofte benyttes denne formen for sosiale nettverkskartlegginger for å forsøke å vise sammenhenger til dagens situasjon, eller bearbeiding av sorger/traumer. Eksempler er at Karim tegner sitt kart fra da han bodde i Nord-Irak før familien flyktet fra Saddam Husseins angrep på kurderne.
- *hypotetiske kart*: Personen tegner det hun/han tror en annen persons nettverkskart er, eller personen tegner hvordan den tror andre oppfatter ens nettverkskart. Det kan være et spennende utgangspunkt for terapeutiske samtaler å se hvordan andre tenker seg at ditt sosiale nettverk er. Holdt i en undrende tone kan dette lede til utforskning av likheter og forskjeller.
- *ønskekart*: Personen tegner det sosiale nettverket slik hun/han skulle ønske det var. Målet er ofte å definere hva man skal jobbe mot i den terapeutiske kontakten.

Foreldres evne til å inngå i positive og gjensidige relasjoner overføres tydelig til barna. Derved overføres mønstre som at foreldre som i all hovedsak har positive relasjoner til nettverksmedlemmene sine, som oftest har velfungerende barn som har positive nettverksrelasjoner (Collins et al. 2000, Uhlendorff 2000).

Verdier og valgmuligheter er blant annet knyttet til sosioøkonomisk tilhørighet. Utdanningsnivå eller foreldrenes sosioøkonomiske tilhørighet er den beste enkeltprediktor for nettverksstørrelse og nettverkssammensetning. Barna lærer derved ulik nettverkspraksis ut fra sin families sosioøkonomiske tilhørighet (Dunn et al. 2002). Middelklassens sosiale nettverk består av mange venner, mens arbeiderklassens nettverk består i hovedsak av nærmeste slekt. Middelklassens nettverk er ofte spredt over et større geografisk område, kontakten mer allsidig og rollene mer uniplekse framfor multiplekse sammenlignet med arbeiderklassens sosiale nettverk.

***Informasjonsboks 6.18. Tema for samtaler over sosiale nettverkskart***

- aldersspredning på nettverksmedlemmene
- antall medlemmer
- geografisk nærhet versus distanse
- gjensidighet
- kjønnssammensetning på nettverksmedlemmene
- kontaktfrekvens med de ulike medlemmene
- psykisk nærhet versus distanse
- relasjonsbrudd
- sosial støtte i det sosiale nettverket
- tetthet
- typer lenker mellom medlemmene i det sosiale nettverkskartet:
  1. *sammenbindende lenker*: lenker som forener personer i de ulike sektorene i det sosiale nettverkskartet
  2. *støttende lenker*: preges av gjensidig tillit, positiv innstilling og felles mål
  3. *sterke lenker*: følelsesmessig sterke og stabile relasjoner
  4. *svake lenker*: en relasjon preget av lite følelsesmessig nærhet

## Fire sentrale dimensjoner: antall, tetthet, gjensidighet og sosial støtte

Forståelse av personers valg av og utviklingsbetingelser i det sosiale nettverket er primært knyttet til fire dimensjoner: gjensidighetsform, tetthet, sosial støtte og antall nettverksmedlemmer.

### *Gjensidighetsform*

Gjensidighetsformen i relasjoner er både et grunnlag for å utvikle og for å beholde gode relasjoner. Gjensidighet handler om å gi og ta i relasjoner. For å benytte økonomisk ladede begreper kan man definere gjensidighet som investering i relasjoner som balansert mellom «inntekter» (det man får) og «utgifter» (det man må gi og ofre), altså et «utbytte». Det er store individuelle forskjeller i hva som oppfattes som «inntekter» og «utgifter». Gode relasjoner kan derfor baseres på at partene gir og mottar høyst ulike «inntekter» og «utgifter». Gjensidighetsformen er beskrevet som en av de viktigste faktorer for om en relasjon er sterk, svak eller avsluttes/brytes. Det finnes flere inndelinger av former for gjensidighet. Det er vanlig å operere med tre gjensidighetsformer: negativ, balansert og utsatt. Med *negativ gjensidighetsform* menes at den ene part gir betydelig mer enn den får igjen. Med *balansert gjensidighetsform* menes en tilnærmet likeverdighet i relasjonene i hva som gis og mottas; «byttet» skjer innen en overskuelig tidsperiode. Med *utsatt gjensidighetsform* menes at utbyttet/inntektene kommer på et senere tidspunkt enn når man gir/utgiftene. I utsatt gjensidighetsform er den sosiale relasjonen grunnleggende for utbyttet, mens i balansert gjensidighetsform kan man hevde at utbyttet er grunnlaget for relasjonen. Foreldre–barn-relasjonen kan tjene som eksempel på utsatt gjensidighetsform.

### *Tetthet*

Tetthet innebærer hvor mange som kjenner hverandre i det sosiale nettverket ut over ego (forankringspersonen). Hvis alle kjenner alle, er tettheten på 100 prosent. Hvis ingen kjenner hverandre ut over ego, er tettheten på null prosent. Tette nettverk kan gi bedre emosjonell støtte enn mer løse. Tette sosiale nettverk fungerer derfor ofte bedre ved kriser enn de mer løse fordi man lettere mobiliserer for bistand når man kjenner andre personer i nettverket. Ikke alle våre behov dekkes best eller utelukkende av de mest intime kontakter. Vi har også behov for mer distanserte, løse relasjoner. Ved betydelige rolleendringer synes man å ha større hjelp av de mer distanserte nettverksmedlemmene, i tillegg til at mer løse nettverksrelasjoner er viktige for tilførsel av informasjon. Forskning på sosiale nettverk og sosial støtte har hovedsakelig fokusert på de nære relasjoner og delvis oversett «styrken i de svake nettverksbånd» (Granovetter 1973).

### *Sosial støtte*

Mens sosiale nettverk betegner de vi har kontakt med, er begrepet sosial støtte ment å betegne i hvilken grad relasjonen er positiv og utviklingsfremmende eller negativ og utviklingshemmende. Mens sosiale nettverk ikke angir kvaliteten ved relasjoner, er nettopp kvaliteten det sentrale i sosial støtte.

***Informasjonsboks 6.19. Fem hovedformer for sosial støtte***

- *emosjonell støtte*: å bli vist sympati og verdsettelse
- *informativ støtte*: å tilføres kunnskap, innsikt og ferdigheter
- *instrumentell støtte*: å kunne regne med praktisk hjelp ved behov
- *materiell støtte*: å motta signal om at man har økonomisk trygghet
- *vurderingsstøtte*: å motta vurderinger av egen atferd og hjelp til å vurdere og løse problemer

Når kriser har vart over et visst tidsrom, benevnes de som risikofaktorer. Sosial støtte har da vist seg å fungere som en beskyttelsesfaktor (Davies & Windle 2001). Siden sosial støtte er en betegnelse på hvordan et sosialt nettverk fungerer, blir begrepet sosial støtte sentralt for å forstå personers fysiske, psykiske og sosiale fungering. Personer som opplever å motta riktig omfang og type av sosial støtte, skårer ofte høyt på livskvalitet og har ofte fravær av alvorlige psykiske lidelser (Friedman & Chase-Lansdale 2002). Alcaley skrev i 1983 en oversiktsartikkel som har blitt klassisk innenfor studier av sosiale nettverk og sosial støtte. Alcaley fant at på tvers av sosioøkonomiske skiller viste personer med liten sosial omgang to til fem ganger så høy dødelighet som de med gode sosiale nettverk og normal sosial omgang, uavhengig av helsestatus og risikofaktorer som røyking, alkoholkonsum, trening og overvekt.

Det er tydelige forskjeller mellom mennesker i hvor gode og velfungerende strategier de har for å utløse og å motta sosial støtte (Chappell & Reid 2002). Det er et gjensidig årsaksforhold mellom troen på at man vil støttes, evnen til å utløse sosial støtte og opplevelsen av å ha mottatt støtte (Garber & Little 1999, Kashani et al. 1999). Det er derfor vanskelig å skille disse fra hverandre i praksis, og ofte finner man mønstre av at personer enten har disse karakteristika eller så er de mangelfullt utviklet (Branje & van Aken 2002, Koerner & Fitzpatrick 2002). Det innebærer at personer som har liten tiltro til at de vil støttes, ikke forsøker å utløse sosial støtte eller ikke nyttiggjør seg denne. Det leder lett til bekreftelse av antagelsen man hadde om at man ikke ville få støtte (såkalt selvoppfyllende profetier) (Reiss et al. 2000). Troen på å være verd støtte, handler om selvoppfatning og selvaktelse. Personer med positiv selvaktelse vil forvente sosial støtte og vil oppleve seg verdig å motta slik omsorg. Personer med lav selvaksept vil ha liten tiltro til å motta sosial støtte, og de vil derved enten ikke søke den eller krampaktig spille ut situasjoner for å teste at andre virkelig bryr seg om dem (Banyard et al. 2003, Denny et al. 2004). Forsk-

ning har også avdekket at hvordan personer erfarer negative og positive livshendelser og opplevelsen av sosial støtte til en viss grad er styrt av genetiske forhold (Plomin & Colledge 2001), men forskning viser at i hovedsak er dette basert på samspillerfaringer.

Mange personer med psykiske lidelser eller vanskelige sosiale kår har et ekstra sterkt behov for sosial støtte. Et slikt stort behov leder til at de ofte ikke er tilstrekkelig hjulpet eller fornøyd med «vanlig» omfang av sosial støtte. Det blir derved lett et gap mellom behov og ønsker hos personen på den ene siden og hva nettverksmedlemmene gir på den andre. Dette mønsteret vises for eksempel godt hos personer med depresjon: Deprimerte rapporterer ofte lav grad av sosial støtte fra både familie (Marcotte et al. 2002) og venner (Schraedley et al. 1999). Studier viser at skillet mellom ungdommer som utvikler depresjon ved stress i forhold til dem som ikke utvikler depresjon ved stress, kan knyttes til evnen til å utnytte sosial støtte (Hjemdal et al. under trykking). Delvis skyldes dette deprimertes behov for høyere grad av sosial støtte enn ikke-deprimerte for å være tilfredse, og deprimerte tenderer ofte samtidig mot å trekke seg unna sosiale relasjoner og fra sosial støtte (Hammen et al. 1995). Disse funnene rimer med forskning på temperamentsstil: Eksempelvis har personer med reservert temperamentsstil mindre sosial støtte i sitt sosiale nettverk enn personer med lett temperamentsstil (Newman et al. 1997). Rapportert lav grad av sosial støtte trenger derved ikke å være reelt (faktisk/«objektivt»), men opplevd reelt («subjektivt»). Å ha et ekstra stort behov for sosial støtte og ikke å oppleve å motta støtte i det omfang man ønsker og har behov for, leder lett til misnøye og gnisninger i relasjonene. Gjensidighetsformen blir ofte skjev, noe som øker faren for at relasjoner brytes.

Et generelt mønster avdekket i forskning er at persipert (opplevd) sosial støtte er viktigere for personlig tilfredshet og velbefinnende, enn faktisk mottatt sosial støtte eller størrelsen på det sosiale nettverket. Denne subjektive oppfatningen er altså viktig og positiv for en persons fungering, selv om den er noe illusorisk (van Lieshout et al. 1999).

Mennesket varierer i mengden av og formen på den sosiale støtten. Delvis er dette avhengig av utviklingsnivå, livsfase og type person. Jevnt over er kravene til sosial støtte og variasjonen på denne så vidt stor at man generelt finner at ekstremt små sosiale nettverk ofte har vansker med å gi adekvat og tilstrekkelig sosial støtte til ego (forankringspersonen). Et sosialt nettverk må derfor ha et visst omfang for å dekke en persons ulike behov for sosial støtte.

Bruk av sosial støtte varierer mellom kulturer. For eksempel er den mer omfattende hos asiatisketniske amerikanere enn østasiatiske folk som koreanere, japanere, taiwanere, kinesere og personer fra den tidligere engelske kolonien Hongkong (Taylor et al. 2004). I tillegg til individuelle og kulturelle variasjoner i bruk av sosial støtte finner man at mange personer som utløser sosial støtte fra nettverksmedlemmer opplever dette som en annen stressor: Det å be om hjelp oppleves som en reduksjon i selvaktelsen fordi man opplever å framstå som dårlig til å håndtere livsutfordringer, den oppmerksomhet de gjør krav på, og den tiden de beslaglegger hos andre (Bolger et al. 2000). Årsaken til at å be om hjelp kan lede til forringelse av selvaktelsen er at selvoppfatning og selvaktelse i høy grad preges av mestringserfaringer (Skaalvik & Skaalvik 2005). Å be om eller bli gitt hjelp kan oppleves som å ikke mestre.

Ungdom veksler til daglig mellom venner og familie for å motta sosial støtte, og tilgangen til jevnaldrendes sosiale støtte blir ekstra viktig fra tiårsalderen av (Frey & Rothlisberger 1996). Venner og familie bidrar til ulike former for sosial støtte hvor familien blir viktigst ved alvorlig stress. Siden venner ikke kan erstatte sosial støtte fra voksne, anses ungdom som betrakter jevnaldrende venner som hovedkilde til sosial støtte å være i risikogruppen for dårlig psykososial tilpasning og ekstra risikoutsatte ved alvorlig stress (Dumont & Provost 1999). Ungdom som rapporterer å ha liten eller ingen tilgang til sosial støtte fra voksne og jevnaldrende, utgjør en risikogruppe for utvikling av psykiske lidelser fordi de ikke får tilgang til en av de viktigste kilder til menneskers utvikling (Bal et al. 2003).

### *Sosial støtte og barneomsorg*

Over mange år har man avdekket den sentrale betydningen tilgang til sosial støtte har for å utføre krevende omsorgsoppgaver. Sammenhengen er at

sosial støtte reduserer stress og de negative konsekvensene av stress, gir avlastning og tilfører kunnskap (Gallagher-Thompson et al. 2000, Logsdon & Robinson 2000). Slike støttende nettverksrelasjoner virker beskyttende, slik at foreldre utsatt for mye stress merker mindre negative konsekvenser av dette enn foreldre som ikke har tilgang til slik sosial støtte (Voight et al. 1996).

Sosial støtte er sentral for foreldres omsorg for barn og derved omsorgssvikt og mishandling. Foreldre som mishandler eller svikter i omsorgen for sine barn, har kvalitativt dårlige sosiale nettverk (Killén et al. 2006). De uttrykker også selv ofte misnøye med sitt sosiale nettverk og opplever seg som sosialt isolerte (Wolfe 1999). Man finner motsatt mønster hos foreldre som fungerer godt i omsorgsfunksjonen: De opplyser å være tilfredse med både det sosiale nettverket og tilgangen de har til sosial støtte (Nitz et al. 1995). Foreldre som mishandler eller svikter i omsorgen for sine barn, beskriver sitt nærmiljø som uvennlig og naboene som lite hjelpsomme, mens øvrige foreldre beskriver samme nabolag i positive termer (Polansky et al. 1985). Dette skyldes primært to forhold: (1) en utrygg tilknytningsstil og psykiske lidelser som gjør dem negativistiske og mistenksomme overfor andre, eller (2) at de framstår som avvikende og avvises (isoleres) av de andre beboerne.

Mange foreldre som har bistand fra barnevernet, har like mye eller endog mer sosial støtte fra det formelle enn det uformelle sosiale nettverket. Slike kompenserende tiltak er derfor vanskelig å avvikle. Jevnlig besøk fra offentlige ansatte overfor marginalt fungerende foreldre synes å bidra til en reduksjon i mishandlingen av barna (Eckenrode et al. 2001, Reynolds et al. 2001). Trolig er det omsorgen og den sosiale støtten som ligger i dette som leder til redusert mishandling av barna (DeGarmo & Forgatch 1997). Det er imidlertid ikke så enkelt at det å bare dra på besøk automatisk leder til reduksjon i mishandling, for effekten varierer tydelig mellom de ulike programmene som innebærer jevnlige besøk til marginalt fungerende foreldre (Gomby et al. 1999). Hjemmebesøkene må i alle fall være omfattende i antall for å bidra til reduksjon i mishandlingen, mens det er mer usikkerhet omkring lengden på hvert besøk (MacMillan 2000, MacMillan et al. 2000). Man vet foreløpig lite om hvor langvarig denne typen av intervensjoner skal være for å sikre gode resultater (Guterman 1997). Flere nyere studier sår imidlertid tvil om hjemmebesøk har særlig forebyggende effekt, og kritiserer tidligere forskning for svakheter knyttet til hvordan man har målt effekt og hvor langvarige disse effektene har vært (Chaffin 2004, Duggan et al. 2004a, 2004b). Man vet lite om menn profitterer like sterkt på slike tiltak som kvinner, siden samtlige av studiene er på kvinner – ofte alenemødre. Det er også vanskelig å overføre disse funnene til norske forhold fordi de er gjort i det amerikanske samfunnet i gettopregede boområder.

### *Antall nettverksmedlemmer*

I den vestlige verden består sosiale nettverk ofte av fra 22 til 30 medlemmer, hvor fire til fem personer anses som følelsesmessig ekstra nær i hver av sektorene familie, slekt, venner, naboer, foreninger og barnehage, skole eller arbeidsplass. Det er overveiende positiv kontakt mellom personene som er enige om de grunnleggende verdier. Gjensidighetsformen mellom voksne fokuspersoner og nettverksmedlemmene er balansert. Relasjonene er langvarige, og man har dybdekontakt med flere av nettverksmedlemmene. Tettheten er på omkring 60 prosent.

## Barns og unges vennskapsrelasjoner

Bare ut fra andel tid barn og unge er sammen med jevnaldrende, indikerer at dette er en vesentlig påvirkningsfaktor: Mellom ti- og 18-årsalder reduseres barns og unges tid sammen med familien fra 35 til 14 prosent av våken tid (Larson et al. 1996). Regelen synes å være at barn som vokser opp med foreldre som har rikelig tilgang på sosial støtte, lærer seg kunsten å utvikle sosialt støttende vennskap, mens barn som har foreldre med lite sosialt støttende nettverk også har barn som utvikler vennskap karakterisert som lite støttende (Kvello 2006).

Noen hevder at mor–barn-forholdet preger sistnevnte mer enn jevnaldringsrelasjoner, mens andre påpeker at jevnaldrendes innflytelse på hverandre har vært grovt undervurdert og kanskje er nær på

høyde med påvirkningen foreldre har på barn (Harris 1995, 1997). Debatten er på langt nær avsluttet, og resultatene må modereres og endres i tråd med samfunnsendringer og sosialiseringspraksis. Det synes i fagmiljøet å være en dominerende oppfatning at selv om jevnaldrende er viktige for hverandres utvikling, er det foreldrene som har den sterkeste innflytelsen på grunnleggende dimensjoner for barns utvikling. Barn preges i høy grad av familiemedlemmene, spesielt foreldrene, og spesielt før tenårsalder. Denne påvirkningen er i forhold til de viktigste personlighetsdimensjonene (Collins et al. 2000, Rutter 2002). Den påvirkningen foreldre har på barna preger igjen barnas vennskapsvalg og hvilken påvirkning de sikres i denne relasjonstypen. Man må også skille mellom kjønn for å gi et godt bilde på hvordan familieforhold påvirker barnas vennskapsutvikling: Familieklima preger sterkere gutters enn jenters sosiale samspill med jevnaldrende (Boyum & Parke 1995).

Når ungdommer opplever at foreldre bruker restriktive og maktorienterte oppdragelsesstiler eller ikke-demokratisk oppdragelsesstil (Mounts & Steinberg 1995), lar de seg i sterkere grad enn andre jevnaldrende påvirke av venner. Det virker med andre ord som om ikke-demokratiske oppdragelsesstiler får barn til å distansere seg fra foreldrene og søke andre kilder for støtte og påvirkning.

***Informasjonsboks 7.2. Definisjon av ulike begreper for voksnes parforhold/familietyper***

- *ekteskap*: Dette er en kirkelig eller borgerlig inngått, rettslig basert pakt mellom to av motsatt kjønn om et forpliktende samliv.
- *partnerskap*: En ordning som ble innført i Norge i 1993, og er et registrert (borgerlig, ikke kirkelig) samliv mellom to av samme kjønn som gir samme rettigheter som ekteskap.
- *samboerskap*: To personer som bor sammen og som selv regner seg som par og også blir regnet som det av andre, men som ikke er gift.
- *stefamilie*: To personer inngår samboerskap, gifter seg eller inngår partnerskap og hvor én eller begge parter har barn fra tidligere.
- *særbo*: To personer som selv og av andre oppfattes som par, men som bor i to hushold.
- *fosterfamilie*: Barn som etter vedtak om omsorgsovertakelse flytter inn i en ny familie.
- *adopivfamilie*: Et barn er adoptert inn i en familie. Adopsjon innebærer samme arverettigheter og status som biologiske barn, mens det ikke gjelder for fosterbarn.

Det er ulike kvaliteter ved og former for samspill i de ulike familietyper som om de to biologiske foreldrene bor sammen, er aleneforelder eller steforelder (O'Connor et al. 2006). Menneskers generelle skepsis til det nye leder til at mange bekymrer seg for hvordan nye familieformer vil prege barnas utvikling. Alle familietyper som eksisterer i dag har vært i vårt samfunn i mange århundrer, men antallet av dem og årsaken til dem er delvis annerledes nå enn for mange år tilbake: Eksempelvis at for en del år tilbake var hovedårsak til gjengifting ektemakes død, mens det i dag er samlivsbrudd. Samboerskap er i dag langt mer utbredt enn bare noen få tiår tilbake. Partnerskap er en ny formalisering av en samlivsform som har eksistert lenge, men ofte i skjulte eller tildekte former.

Stefamilier benevnes også som gjengifte familier, rekonstituerte familier, blandede familier, tokjernefamilier og andrefamilier. Stefamilier er med andre ord en heterogen gruppe med mange variasjoner. Det er derfor like vanskelig å framstille stefamilier som det er for øvrige familietyper.

Samlivsbrudd har ikke bare betydelige konsekvenser for foreldrene, men øker også risikoen for en periode med eksternaliserende (aggresjon) og/eller internaliserende vansker (angst, depresjon) hos barna. Samlivsbrudd er relativt vanlig, og man har i dag god kunnskap om konsekvensene av dette og hvilke dimensjoner som må vurderes for å predikere utfallet for barna av samlivsbruddet, selv om fagfeltet i sterk grad preges av personlig synsing framfor fakta (Emery et al. 2005).

**Sjekkliste 7.1. Vurderingsdimensjoner for utvikling hos barn og unge etter foreldres samlivsbrudd**

- grad av planlegging av samlivsbruddet
- grad av velfungering versus dysfunksjon i familien før samlivsbruddet
- grad av resiliens hos det enkelte barn (temperamentsstil, tilknytningsstil, emosjonsregulering, alder, kjønn, tidligere negative livshendelser, IQ, selvstendighet og lignende)
- grad av ivaretagelse av barna under samlivsbruddet
- i hvilken grad søsknene er sosialt støttende overfor hverandre og holdes samlet etter samlivsbruddet
- kvaliteten på og omfanget av samarbeidet mellom foreldrene etter samlivsbruddet om samvær og kontakt

*Oversikten bygger på Amato 2001.*

Å ha vansker etter foreldres samlivsbrudd i en periode gjelder for mellom 70 til 80 prosent av barn i stefamilier sammenlignet med ti til 15 prosent for barn i intakte familier (Bray 2001). Eksempler på problemer hos barn i stefamilier er økt risiko for rusmiddelmisbruk, tidlig seksuell debut, ungdomsgraviditet, at de selv blir enslige forsørgere, kommer i kontakt med politiet, økt selvmordsfare, skoleskulk, skolefaglige vansker eller underyting, arbeidsledighet og atferdsvansker. Stebarn blir oftere mishandlet og seksuelt misbrukt enn biologiske barn (Coleman et al. 2000). Forskningsdesignene leder til tydelig usikkerhet om i hvilken grad stebarns vansker skyldes ny familiesituasjon eller vansker knyttet til opprinnelsesfamilien.

På sikt vil ofte stefamilier fungere noenlunde likt med førstegangsgifte (Coleman et al. 2000). Andre gangs ekteskap er ofte mer problematisk for barna og mindre stabile enn første ekteskap. Trolig skyldes dette trekk ved de voksne mer enn samlivsformen. Risikoen for at barn og unge utvikler psykiske vansker øker betydelig for hver ny steforelder de får (DeGarmo & Forgatch 1999).

## Samstemte foreldre

En viktig dimensjon i familieliv er hvordan foreldre tilpasser seg hverandres stil og støtter hverandre i omsorgen for barna («coparenting»). Forholdet mellom foreldre påvirker deres evne til å fungere i et slikt forelderteam både i form av lojalitet og selvsikkerhet (Hetherington & Kelly 2002). Foreldrenes evne til å fungere godt i et slikt tospann er viktig for å gi barna trygghetsfølelse, ut fra at foreldrene stiller like krav til barna. Grad av samstemthet mellom foreldre er derfor en god prediktor for barnas psykososiale utvikling (van Bakel & Riksen-Walraven 2002). Ofte er graden av samstemthet mellom foreldrene stabil, siden kvaliteten i parforhold er stabil over en årrekke (Huston et al. 2001).

Tydelige ulikheter i oppdragelsesstiler mellom foreldre bunner i ulike verdier, holdninger, preferanser og prioriteringer. Det leder til dårlig støtte av hverandre. Partene blir ofte misfornøyde med hverandre og enten kjemper de mot hverandre, eller den ene dominerer den andre. Uenighet mellom foreldre leder ofte til at barna blir mer manipulerende og splittende mellom foreldrene, og gjerne blir tydelige i favoriseringen av én av dem.

Både for lite og for mye enighet mellom foreldrene i synet på foreldrerollen er generelt knyttet til dårlig tilpasning blant ungdom. Foreldre som er for like hverandre kan lede til mindre varme og mer konflikter mellom søsken (Feinberg et al. 2003). Som så ofte ellers gjelder også ordtaket «den gylne middelvei» i samstemte foreldre for det optimale resultatet i form av trygge barn og unge. Årsakene til negative resultater for barna når foreldrene er for like, bunner i at familien enten preges av for lav toleranse for ulikheter mellom familiemedlemmene, legger bånd på seg og framstår som kunstig, gir for lite variasjon i stimulering, eller at foreldrene framstår som for dominerende overfor barna grunnet sin likhet og barnas markeringsbehov blir derfor i overdreven grad rettet mot hverandre.

Foreldrenes evne til å støtte hverandre gir både gode indikasjoner på deres personlighet og hvilken familieatmosfære de makter å skape. Foreldre som fungerer godt i et slikt samarbeid om barna, har ofte like metaemosjoner overfor hverandre. Begrepet metaemosjoner henspeiler på følelser om følelser eller tanker man har om følelser. Metaemosjoner innebærer med andre ord bevissthet og refleksjon.

Det er et mønster at jo bedre personer kjenner seg selv og anerkjenner sine ulike sider, desto lettere vil de kunne gjenkjenne andres følelser og tilpasse seg andre mennesker og situasjoner på hensiktsmessige og modne måter og framstå som samstemt. Derfor er selvinnsikt et viktig tegn på fravær av alvorlig psykopatologi og en forutsetning for å oppfatte barnet realistisk framfor fordreid, og evne til å skille sitt eget fra barnets, altså en god utsortering av *mitt*, *ditt* og *vårt bidrag* til relasjonen. Med primært mitt menes evne til å ta ansvar for egne følelser, atferd, behov, interesser og lignende. Hvis jeg ikke tar ansvar for det som er mitt, vil jeg tilsløre situasjonen ved å forsøke å tillegge det til andre. Det blir en eksternalisering – å legge ansvar utenfor en selv, eller en projisering – å tillegge andre ens eget. Eksempler er at hvis Anne ikke erkjenner at det er hennes omfattende trygghetsbehov som leder til at hun har mange fordringer om omsorg og forventninger og krav til bekreftelser,

vil hun lett omtale mannen sin som lite omsorgsfull. Anders er en utrygg og lett krenkbar mann som derfor har et ekstremt kontrollbehov fordekt bak et voldsomt sinne. Hans mistanker og beskyldninger om at konen er utro eller har sterke ønsker om å være det, er et resultat av at han ikke ser sitt ekstreme kontrollbehov som bunner i paranoiditet. Egneskaper hos ham selv forrykkes til å bli svakheter ved kona. Felles for Anne og Anders er at de er dårlige til å forstå seg selv og derfor heller ikke tar ansvar for sine bidrag til relasjonen. Mennesker påvirker og lar seg influere av hverandre. Mennesker kan oppleve at de oppfører seg noe ulikt alt etter hvem de er sammen med og situasjonen de er i. Derved kan en del av menneskers framferd best omtales som deres felles bidrag. For eksempel kan Robert, som vanligvis er en fredelig person, bli selvskrytende og devaluerende overfor Erik som av type ikke tiltaler ham. Sanne som vanligvis er stille i større grupper, kan føle seg så trygg med sin venninnegjeng at hun framstår som meget sosial, pratsom, avslappet og humørfylt. Skille mellom hva som er mitt, ditt og vårt, innebærer både en nyansert selvinnsikt, en interesse for andre og evne til å sette seg i andres ståsted.

## Oppdragelsesstil

Studier av samspill mellom foreldre og barn og foreldres påvirkning av barna betegnes som oppdragelsesstil. Oppdragelsesidealer varierer mellom forskjellige tidsepoker og kulturer. Oppdragelsesstil er et begrep fra den vestlige verden basert på vestlige idealer og forskningsfunn.

***Informasjonsboks 7.3. Begrepet oppdragelsesstil***

- Begrepet oppdragelsesstil er knyttet til begrepet barneoppdragelse. Sistnevnte inngår som en del av begrepet sosialisering. Oppdragelsesstil refererer primært til foreldrenes bidrag i relasjon til barnet, mer sjelden benyttes det for å referere til pedagoger og deler av det sosiale nettverkets direkte involvering i barnet. Foreldres oppdragelsesstil er derved ofte definert som en betegnelse på spesifikke faktorer i måten foreldre sosialiserer eller kulturerer barnet på. Oppdragelsesstil er mer knyttet til foreldres handlinger enn deres refleksjoner eller intensjoner, selv om disse to er knyttet til hverandre.
- Enkelte teoretikere skiller mellom begrepene oppdragelsesstil og oppdragelsespraksis. Førstnevnte betegner holdninger overfor barnet og det emosjonelle klimaet i foreldre–barn-relasjonen, mens sistnevnte omfatter målrettet foreldreatferd, altså middel og mer spesifikke mål.

*Definisjonene bygger Mize et al. 1998, Mossige 1998.*

Foreldres oppdragelsesstil preges av mange faktorer, slik som karakteristika ved foreldrene, deres parforhold, og familiens generelle livssituasjon samt karakteristika ved barnet. Barnets emosjonsregulering preger tydelig samspillet med omsorgsgiver, men barnets emosjonsreguleringer er i hovedsak et resultat av foreldrenes påvirkning (Fonagy 1999).

Foreldre flest er fleksible i sin oppdragelse av barna og tar hensyn til barnets behov og karakteristika. Foreldre flest skifter imidlertid ikke type oppdragelsesstil mellom sine barn. Det innebærer at foreldre flest ofte varierer i handlinger *innenfor* én mer enn *mellom* ulike oppdragelsesstiler overfor sine barn (Brody & Ge 2001). Eksempelvis kan mødre vise ekstra beskyttelse overfor redde/fryktsomme barn (Kochanska et al. 2004) uten at det innebærer skifte av oppdragelsesstil i forhold til hennes øvrige barn.

Foreldres involvering i barna er ulik for jenter og gutter: Mødre styrer døtre mer enn sønner (Smetana & Daddis 2002). Både mødre og fedre er mer støttende i det verbale samspillet med døtre framfor sønner (Zhou et al. 2002). Disse forskjellsbehandlingene ut fra barnets kjønn er likevel ikke så betydelige at

foreldrene har ulike oppdragelsesstiler overfor dem, men er variasjoner innen samme oppdragelsesstil.

Det er det daglige samspillet i familien som preger barn mest, sjelden enkeltepisoder (Teyber 2000, Wenar 2000). Konklusjonen er at dårlig samspill mellom foreldre og barn må skje over lengre tid før barn utvikler vansker som følge av samspillet (Crockenberg & Leerkes 2000). I utredninger av familier blir det derfor mest sentralt å vurdere det gjengse familielivet framfor å jakte etter ekstreme enkeltepisoder.

## Fire oppdragelsesstiler

Det er fire sentrale dimensjoner i oppdragelse av barn: varme, kontroll, kunnskap og forpliktelse. Varme innebærer at barnet opplever seg ønsket og elsket for den personen det er, ikke primært for hva det presterer. Varme er på mange måter synonymt med aseksuell kjærlighet. Viktigheten av foreldrenes varme overfor barna vises ved at den er nært knyttet til en lang rekke positive mål på grunnleggende sosial og kognitiv utvikling hos barnet (Cournoyer 2000). Mødres forskjell i varme overfor eneggede tvillinger viste at denne dimensjonen i oppdragelsesstil kunne forklare mellom seks til 25 prosent av tvillingenes atferd (Deater-Deckard et al. 2001).

Hva som er hensiktsmessig kontroll av barn avhenger av dets utviklingstrinn og den kontekst og kultur man lever i. Det engelske begrepet «monitoring» oversettes ofte til norsk med kontroll eller tilsyn, og innebærer regulering av barnets og ungdommens kontakt med jevnaldrende, arenaer og aktiviteter (Knafo & Schwartz 2003). Kontroll består av to dimensjoner: grensesetting og tilsyn. Enkelte tar til orde for at veiledning er et begrep som til dels kan favne både grensesetting og tilsyn (Parke et al. 2002). Foreldres kunnskap om barnas aktiviteter når de er borte fra foreldrene, som eksempelvis skoleturer og besøk hos venner, inngår i tilsyn. Dette tilsynet er en forutsetning for konsistent grensesetting (Kerr & Stattin 2000, Stattin & Kerr 2000). Mangelfullt tilsyn med barna har vist seg å være en av de viktigste årsaker til barns utvikling av atferdsvansker (Crouter & Head 2002), og at de slutter seg til avvikende vennskapsgrupper (Simons et al. 2001). Tiltak rettet mot å bedre foreldrenes ferdigheter i tilsyn av barnet leder derfor ofte til en reduksjon i ungdommers deltagelse i avvikende vennegjenger (N. G. Murray et al. 1999).

Kunnskap handler om å vite om barns utvikling og behov generelt, og om sitt eget barn spesielt. God kunnskap om eget barn predikerer bedre at foreldre også da har generell kunnskap om barn, enn motsatt.

Foreldre kan ha god kunnskap om barn, være varme i samspill med dem og omtale av dem og dyktige i tilsyn når de er sammen med dem. Barn vil i liten grad profittere på slike potensialer hos foreldre hvis de ikke benytter seg av disse ferdighetene. Forpliktelse handler om foreldres evne til å stå ved oppdragelsen jevnlig og forplikte seg i forhold til den kunnskap man har om barnas behov og hvordan disse kan dekkes.

## Taksonomi av oppdragelsesstil

Av de fire sentrale dimensjonene som inngår i oppdragelse, varme, kontroll/tilsyn, kunnskap og forpliktelse, er det de to førstnevnte som er de viktigste for å forklare både barns og unges ordinære utvikling og utvikling av psykopatologi. Det er derfor vanlig å klassifisere oppdragelsesstil ut fra en taksonomi på dimensjonene varme og kontroll/tilsyn.

| Oppdragelsesstil | Varme | Kontroll/tilsyn |
|---|---|---|
| demokratisk (autoritativ) | høy skår | høy skår |
| autoritær | lav skår | høy skår |
| ettergivende | høy skår | lav skår |
| neglisjerende | lav skår | lav skår |

*Figur 7.1. Fire oppdragelsesstiler*

### *Demokratisk oppdragelsesstil*

Demokratisk (autoritativ) oppdragelsesstil kjennetegnes av at foreldrene er meget varme og omsorgsfulle, men også stiller høye, men realistiske krav til barnet. Demokratisk oppdragelsesstil kjennetegnes av foreldres hengivenhet overfor barnet.

Barn oppdratt med demokratisk oppdragelsesstil vokser opp med både rettigheter og plikter ut fra forutsetninger. Grensesettingen (kontrollen) av barnet er primært ikke-straffende, det vil si at foreldrene i langt høyere grad belønner ønsket enn å straffe uønsket atferd. Grenser som settes forklares slik at barnet kan trekke ut de moralske prinsipper som ligger bak valgene. Det gjør at barnet kan overføre resonnementsrekkene til andre, lignende områder og kan benytte seg av dette på nye områder når foreldrene ikke er til stede og ikke kan veilede dem direkte. Foreldrene kan drøfte med barnet grenser og konsekvenser ved brudd på dem uten å bli vinglete eller å kompromisse så mye at prinsippene de følger tapes av syne. Det leder til tydelige rammer for barnet.

God veiledning og støtte fra foreldre til ungdommer og deres venner reduserer i betraktelig grad risikoen for utvikling av rusmiddelmisbruk (Mounts 2002). Foreldre med en demokratisk oppdragelsesstil er dyktige i å oppmuntre barnet til å utvikle sine ferdigheter, oppmuntrer det til å øve seg og utvikle sine ferdigheter og er tilgjengelige i fall barnet ber om bistand. Foreldrene kommuniserer derved tro på barnet, et læringssyn preget av at ferdigheter utvikles via øvelser, og de bistår når barnet ber om hjelp, på en måte som ikke leder til at de tar over og blir *overinvolverende (Harris 2000, Vandell 2000).*

Foreldre som benytter en demokratisk oppdragelsesstil kjennetegnes av følelsesorientering, er positive, har mange omsorgsferdigheter, benytter induktiv resonnering i oppdragelsen (forklarer hvordan enkeltstående handlinger og avgjørelser er knyttet til overordnede prinsipper), lite negativitet og maktorientert disiplinering. For at barn skal oppfatte foreldrenes verdier og holdninger presist og la seg påvirke av dem, må foreldrene være: (1) Varme og responsive slik at barna vil la seg influere av dem, (2) være tilgjengelige og bruke tid med barna, og (3) forklare verdier og holdninger slik at barna skjønner dem og hvordan de kan anvendes på andre områder (Knafo & Schwartz 2003).

Flere forskermiljø har i en årrekke dokumentert at barn og unge i den vestlige verden oppdratt med demokratisk oppdragelsesstil kommer best ut på en rekke mål for psykososial fungering. Demokratisk oppdragelse leder ofte til at barna utvikler en god emosjonsregulering og god egostyrke (Eisenberg et al. 2003). Det er moderate sammenhenger mellom demokratisk oppdragelsestil og utvikling av trygg tilknytningsstil. Barna oppdratt med demokratisk stil har ofte nyanserte og presise vurderinger av egne prestasjoner og kompetanse. Det leder til at de ofte utvikler en stabil og realistisk selvoppfatning (Galambos et al. 2003) og en realistisk og positiv selvaktelse (Govender & Moodley 2004). Disse barna har ofte på grunn av god emosjonsregulering, realistisk selvoppfatning, positiv selvaktelse og godt utviklede ferdigheter, også gode evner til problemløsning. De er som oftest prososialt orientert og slutter opp om fellesskapet og viktige verdier og normer i samfunnet (P. D. Hastings et al. 2000). Ballasten de har i form av en indre trygghet gjør at mange barn og unge oppdratt med demokratisk oppdragelsesstil står godt mot press fra andre til antisosiale handlinger. Barna blir dyktige i tilpasning til ulike situasjoner hvor de evner å både være tydelige og stødige, men samtidig fleksible og smidige. I resonnementer avveier de ofte egne versus andres behov, følger aldersadekvate moralske prinsipper og oppleves derfor som redelige (Cumberland-Li et al. 2003). Disse egenskapene gjør at de utvikler langvarige, positive og gjensidige vennskapsrelasjoner (Brody et al. 2005, *Govender & Moodley 2004). Det er unntaksvis at* demokratisk oppdratte barn og unge utvikler atferdsvansker (Brody et al. 2005, Eisenberg et al. 2005a), men deres trygghet og opptatthet av moralske resonnementer gjør at noen kan virke krangelvorne og ikke bare innretter seg, men vil gjerne diskutere og påvirke. De presterer godt i skolefag i forhold til evnenivå og er sjelden underytere (med underyting menes å prestere under evnenivå ut fra mangelfull motivasjon, hemninger og lignende) (Galambos et al. 2003).

### *Autoritær oppdragelsesstil*

En autoritær oppdragelsesstil kjennetegnes av en maktorientert innstilling hos foreldrene kombinert med en reservert holdning overfor barnet. Foreldrene spør i liten grad etter barnets mening. De roser barnet sjelden, viser lite glede over barnets prestasjoner, de er ofte styrende og krevende, og flere av dem benytter trusler som en del av den daglige oppdragelsen. De forventer at barnet adlyder deres ordrer, og de forklarer lite motivene og resonnementene som ligger bak de valg de tar og prioriteringer de gjør. Når barn og unge ikke får forklart de moralske prinsippene som ligger til grunn for avgjørelsene, vil de lett oppfatte det som «den sterkestes rett» i betydningen at det er de som har makt som bestemmer, og utøver makten slik det passer dem selv. Det appellerer lett til motstand. Barn og unge oppdratt med denne oppdragelsesstilen utvikler ofte paranoiditet overfor andre fordi de frykter å bli utnyttet av dem som er psykisk eller fysisk sterkere enn dem selv. De vil derfor ofte utfordre autoriteter for å se om de kan dominere eller om de blir dominert. En slik tenkning i form av «overdog» versus «underdog» leder dem til å bli dominerende og hersende overfor andre.

Foreldre som driver autoritær oppdragelsesstil vikler seg ofte inn i et mønster hvor de føler seg presset til stadig nye ytterligheter for å styre barnet. Foreldrene føler seg derfor som ofre og ikke som straffende eller overgripende fordi de opplever seg presset til å gå til ytterligheter for å håndtere barnet. Foreldre uttrykker ofte at barnet har vrang vilje eller er styrt av negative intensjoner, og ser sin oppdragelsesstil som en konsekvens av dette. I omfattende form vil autoritær oppdragelsesstil innebære mishandling, hvor foreldrene enten tyr til fysisk mishandling for å kontrollere barnet, eller de avreagerer på det fordi de tillegger det å ha negative intensjoner og karaktertrekk.

Ofte finner man at foreldre som holder en autoritær oppdragelsesstil selv har et høyt aggresjonsnivå (Peterson et al. 1997). Foreldrenes høye aggresjonsnivå vil øke risikoen for at barnet har genetiske disposisjoner for et høyt aggresjonsnivå. Foreldrenes vansker med emosjonsregulering gir dem dårlige forutsetninger for å hjelpe barnet til en god regulering av aggresjonen.

Foreldre som er autoritære i oppdragelsen av barna, er med sin lave skår på dimensjonen varme også grenseoverskridende og dirigerende i sitt samspill med barna. Denne negative samspillformen overfører barnet til andre voksne og jevnaldrende. Barn oppdratt med autoritær oppdragelsesstil har derfor ofte atferdsvansker og beskrives av pedagogene i barnehagen og skolen som vanskelige å styre, og at de ødelegger mye for det sosiale fellesskapet. Mange vil beskrive dem som tverre, trassige, uselvstendige og lite sosialt kompetente (spesielt gutter) (Beauchaine et al. 2002, Masur & Turner 2001). Disse barn og unge avviser ofte andre fordi de forventer å få lite positivt ut av samspill med dem. Deres utnyttende og truende væremåte leder på sin side til at de ofte avvises av jevnaldrende med unntak av andre med atferdsvansker og antisosialitet (Galambos et al. 2003, Olsen et al. 2002). Slik danner de ofte vennegrupper med andre med samme vansker.

Autoritær oppdragelsesstil leder til at barnets selvaktelse er lav og/eller ustabil (Kernis et al. 2000). Årsaken er at god selvoppfatning og selvaktelse bunner i bekreftelser og mestringserfaringer. Foreldre som er lite varme vil ofte ikke bekrefte barnet på det positive, men korrigere og grensesette på det negative. Barn som opplever at deres positive sider ikke blir sett og i overveiende grad får oppmerksomhet på de negative, utvikler et selvbilde på å være en dårlig person. Mennesker spiller ut sitt selvbilde. Når barn først har begynt å betrakte seg som dårlige personer, er det slike sider ved seg de spiller ut (selvkonsistensmotivet).

### *Ettergivende oppdragelsesstil*

Ettergivende oppdragelsesstil kjennetegnes av kjærlighet og hengivelse kombinert med lite kontroll/tilsyn. Foreldrene krever lite av barnet, er ettergivende i forhold til regler, er ofte inkonsistente i grensesettingen og rådfører seg ofte med barnet om viktige beslutninger hvor barnet ofte får for sterkt gjennomslag for sine preferanser. Grenser utformes derfor slik barnet har argumentert seg til. Denne foreldregruppen betrakter seg mer som en ressurs som barnet kan benytte seg av, enn de ser seg selv som aktive påvirkere til den personen barnet skal utvikle seg til. I rimelig omfattende form er ettergivende oppdra-

gelsesstil det som har vært benevnt som fri oppdragelse.

Av de fire oppdragelsesstilene er det barn oppdratt med en ettergivende oppdragelsesstil som kommer nest best ut på sentrale mål for psykososial fungering. Barn oppdratt med ettergivende oppdragelsesstil kan preges negativt av at de forventer å være alles midte og derved bli oppmerksomhetskrevende og dominerende. Resultater av en ettergivende oppdragelsesstil kan være barn og unge som er blitt overstimulert til å argumentere for sitt ståsted og ønsker, men understimulert på å føye seg slik at de innordner seg et sosialt fellesskap. Resultatet kan bli et argumenterende barn som blir flink til å diskutere seg fram til egne fordeler på bekostning av andres ønsker og behov.

Barn oppdratt med ettergivende oppdragelsesstil er ofte mer planløse og lite opptatt av prestasjoner sammenlignet med barn oppdratt med demokratisk oppdragelsesstil. Å sette seg høye, men realistiske mål, å bli veiledet av foreldre til å holde fast ved dem og å legge strategier for å nå dem, leder til mestringsorientering og utholdenhet ved motgang. Barn og unge som oppdras med en ettergivende oppdragelsesstil, mangler mye av dette og får ofte en oppfatning av at det meste bare skal være trivelig, motiverende, spennende, og at mål skal være lette å nå. De lærer at de kan drøfte seg bort fra ulemper og til fordeler slik de selv ønsker. De lærer derfor i liten grad å stå i situasjoner de ikke ønsker å være i, men likevel må håndtere, komme seg etter kriser, mestre motgang ved å utfordre hindrene og å planlegge langsiktig. Personer oppdratt med ettergivende oppdragelsesstil vil derfor lett bøye av ved press og vil ofte ha vansker med å holde ut kjedsomhet eller motgang (Belsky & Barends 2002).

Barn oppdratt med ettergivende oppdragelsesstil er også betydelig mer utprøvende i forhold til alkohol og narkotiske stoffer enn barn oppdratt med demokratisk oppdragelsesstil (Kochanska et al. 2004).

Studier viser at ettergivende oppdragelsesstil både gir lavere grad av selvaktelse, og man mottar mindre sosial støtte fra jevnaldrende venner enn barn og unge oppdratt med demokratisk oppdragelsesstil (Kvello 2006).

### *Neglisjerende oppdragelsesstil*

Neglisjerende oppdragelsesstil preges av et lavt foreldreengasjement i barnet. De er derved verken lydhøre eller krevende overfor barnet, gir det lite varme og setter få grenser og har lite tilsyn med det. I omfattende form innebærer denne oppdragelsesstilen omsorgssvikt.

Forfatterens intervju av foreldre som mishandler sine barn (autoritær oppdragelsesstil) viser at de tillegger barnet mange negative egenskaper og intensjonene bak dets atferd tolker de negativt. De tukter derfor barnet for å få kontroll over det og kue det. Intervju av foreldre som svikter i omsorgen for sine barn (neglisjerende oppdragelsesstil) avdekker at de har en tro på at barn utvikler seg uten særlig påvirkning av voksne, altså som om barnet drives av en «indre motor» med lite til intet behov for ytre påfyll.

Neglisjerende oppdragelsesstil innebærer lite stimulering av barnet som leder til at barnet får svakt utviklete sosiale ferdigheter og sosial kompetanse. Deres utrygge tilknytningsstil og mangelfulle kompetanse leder til samspillvansker. Dette vises ofte på én av følgende tre måter: (1) De resignerer og blir passive og deprimerte, (2) bitre og negativistiske, eller (3) hyppig dagdrømmende, selvbedragende og løgnaktige.

Evalueringer av hvordan barn og unge utvikler seg, viser at av de fire oppdragelsesstilene er barn og unge oppdratt med neglisjerende oppdragelsesstil de som kommer dårligst ut på sentrale mål for psykososial fungering. Mange av disse barna utvikler atferdsvansker, angst og depresjon. De beskrives av andre som lite vennlige, dominerende, frekke, sta og lite kreative. De fungerer svakt i relasjoner til andre mennesker, har lav selvaktelse og er lite prestasjonsorienterte (Ericksson & Egeland 2002, Hildyard & Wolfe 2002, Shonk & Cicchetti 2001).

## Kulturforskjeller

Majoriteten av studier av oppdragelsesstil er gjort i vestlige land. Det preger både idealene man har om og effektene av de ulike oppdragelsesstiler. Åpenbart vil oppdragelsessidealer og effekter av ulike oppdragelsesstiler variere betydelig mellom Vesten og Østen, mellom i-land og u-land. Selv i den vestlige verden

vil man finne forskjeller mellom ulike etnisiteter og raser. Noen av disse variasjonene beskrives nedenfor.

Studier i forhold til ulike etnisiteter i USA (ofte afroamerikanere, mexikanere og kaukasiske) viser ulike mål for, metoder i og effekter av oppdragelsesstiler. Asiatiskættede foreldre i vestlige land kan ofte klassifiseres som å ha en nokså autoritær oppdragelsesstil uten at barna deres får de samme typene skolerelaterte vansker som man ofte finner hos vestlige barn oppdratt med en slik stil. Barn og unge som vokser opp i svært belastede bystrøk, vil i mindre grad utvikle rusmiddelmisbruk, kriminalitet og skoleskulk hvis de oppdras av prososialt orienterte foreldre med en autoritær oppdragelsesstil. Det er også registrert positive resultater av et dirigerende samspill av foreldrene overfor spedbarn som er utviklingsmessig forsinket (Mahoney et al. 1998).

## Det gode samspill

Aktive, responderende, samarbeidende og strukturerte foreldre har i all hovedsak barn som utvikler seg positivt (Dishion & Bullock 2002, Dishion & Kavanagh 2003, Forgatch & Knutson 2002, Reid et al. 2002). Et godt samspill mellom foreldre og barn handler i korthet om foreldrenes evne til affektinntoning/evne til å svare sensitivt på barnets signaler slik at barnet føler seg «sett» og forstått, å være forutsigbare slik at barnet opplever trygghet, bekrefte slik at barnet føler seg verdsatt, dekke grunnleggende behov slik at barnet sikres gode utviklingsmuligheter, ta initiativ til samhandling uten å bli overinvolverende, samt evne til å være i forkant av barnet slik at man både kan avlede og forhindre vanskelige og farlige situasjoner.

Foreldre som karakteriseres som positivt innstilt er også som regel empatiske, åpne, har et positivt samspill med barnet og en fleksibel, men tydelig grensesetting i tråd med en demokratisk oppdragelsesstil (Belsky & Barends 2002, Cumberland-Li et al. 2003, Metsapelto & Pulkkinen 2003). Foreldre med høy arbeidskapasitet, som generelt er energiske, entusiastiske og optimistiske, kjennetegnes også ofte av god foreldrefungering (Belsky & Barends 2002). Barn fra familier med mye uttrykk av positive følelser er ofte prososiale, har høy selvaktelse og ofte fravær av moderate eller alvorlige psykiske lidelser (Eisenberg et al. 2003).

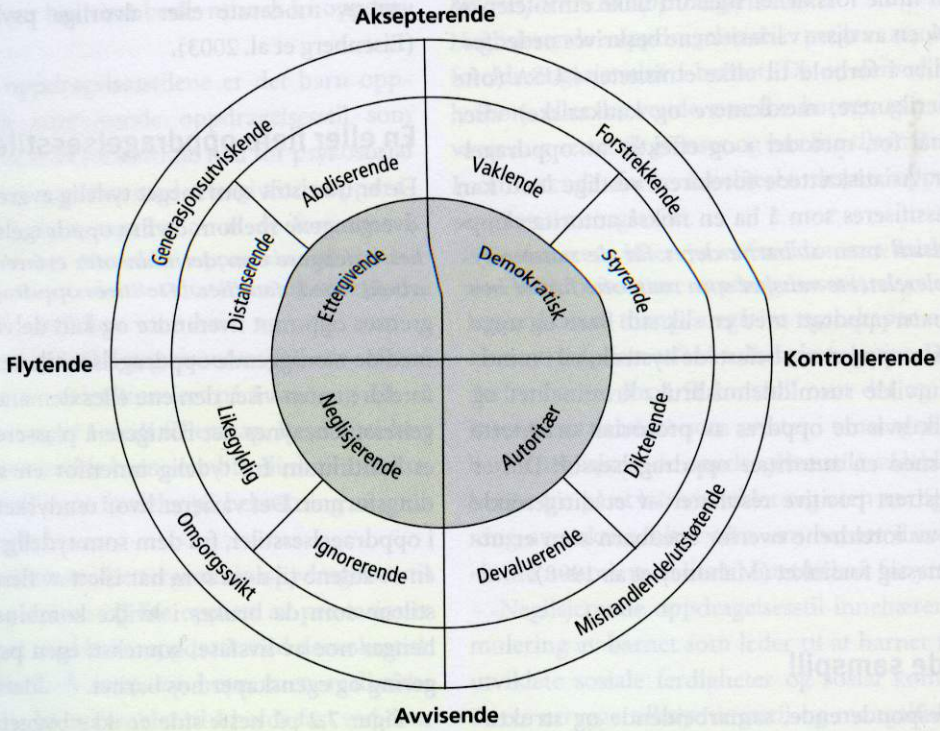
## En eller flere oppdragelsesstiler?

De er framstilt som meget tydelig avgrenset, og hvor overgangene mellom de fire oppdragelsesstilene virker tydeligere enn det man ofte erfarer er tilfellet i arbeid med familier. De fire oppdragelsesstilene grenser opp mot hverandre og kan delvis overlappe med de nærliggende oppdragelsesstilene. Mer enn at foreldre enten viser den ene eller den andre oppdragelsesstilen, synes det riktigere å plassere dem langs et kontinuum fra tydelig innenfor en stil til blandingsformer. Det varierer hvor rendyrket foreldre er i oppdragelsesstiler, fra dem som tydelig er innenfor én av stilene til dem som har islett av flere. Hvilke av stilene som da brukes i hvilke kombinasjoner, avhenger noe av livsfase, kontekst, egen psykiske fungering og egenskaper hos barnet.

Figur 7.2 på neste side er ikke bygget på empiri, men en gradering ut fra de fire aksene som inndelinger av oppdragelsesstiler bygger på. Figuren illustrerer hvordan fire oppdragelsesstiler kan utvides til flere, slik at man fanger opp variasjoner innen hver av dem, samtidig som det skaper glidende overganger mellom de fire hovedstilene (figur 7.1).

Den horisontale aksen strekker seg fra kontrollerende til flytende, den vertikale aksen går fra aksepterende til avvisende. Nærmest sentrum ligger de fire oppdragelsesstilene demokratisk, autoritær, neglisjerende og ettergivende. Utenfor disse ligger to graderinger for hver av de fire hovedstilene.

I fjerdedelen øverst til høyre mellom aksene aksepterende og kontrollerende ligger *demokratisk oppdragelsesstil*. Nærmest aksen aksepterende ligger *vaklende oppdragelsesstil*. Den betegner at foreldrene delvis setter grenser, delvis er ettergivende og framstår som noe famlende og usikre. I perioder styrer de og tar ledelsen, i andre perioder eller på enkelte områder er de vikende og lar barna styre for mye. Denne oppdragelsesstilen innebærer at kontrollaspektet er for lite framtredende. Nærmest aksen kontroll ligger *styrende oppdragelsesstil*, som betegner at foreldrene har sterk kontroll med barnet og gir for lite frihet, altså at kontroll dominerer for mye




*Figur 7.2. Forfatterens inndeling i åtte undergrupper av de fire oppdragelsesstilene*

på bekostning av aksept. Denne foreldregruppen virker nær overkjørende på barnet. De har mye varme og inkludering, slik at de ikke kan sies å være overdirigerende i sin oppdragelsesstil. Felles for demokratisk oppdragelsesstil er at det stilles høye krav til barnet ut fra forutsetninger og med mye veiledning. I overdreven form blir den *forstrekkende* for barnet. Denne betegnelsen er satt ytterst i sirkelen.

*Autoritær oppdragelsesstil* er plassert i fjerdedelen nederst til høyre i sirkelen. Den er innenfor aksene kontrollerende og avvisende. Nærmest kontrollerende er *dikterende oppdragelsesstil*, som karakteriseres av insensitive foreldre. Deres svake evne til å oppfange, vilje eller muligheter til å ivareta barnets selvstendighetsutvikling og behov, gjør dem overkjørende. Nærmest aksen avvisende er en *devaluerende oppdragelsesstil*. Denne stilen kjennetegnes av en fornedring av barnet i form av latterliggjøring, sjikane, kritisering og betoning av at barnet har mange negative trekk, osv. I betydelige former er disse oppdragelsesstilene synonyme med *mishandling* og gjerne en *utstøting* av enkelte familiemedlemmer, det vil si en påpeking av at de avviker så mye at de ikke hører til i familien. Utstøting er eksempelvis velkjent i familier hvor barn blir kriminelle og/eller rusmiddelmisbrukende, hvor familien rapporterer at alt ville vært greit om vedkommende ikke hadde vært i familien, altså en tydelig avstandtaking eller utstøting.

I fjerdedelen nederst til venstre ligger *neglisjerende oppdragelsesstil*. *Ignorerende oppdragelsesstil* ligger nærmest aksen avvisende. Den betegner en likegyldighet til barnet med islett av avvisning, altså både en passiv form (likegyldighet) og en aktiv form (avvisning). Nærmest aksen flytende er *likegyldig oppdragelsesstil*, som betegner at barnet forsømmes og dets behov ikke blir ivaretatt. I betydelig grad er neglisjerende oppdragelsesstil *omsorgssvikt*.

Fjerdedelen øverst til venstre er *ettergivende oppdragelsesstil*. Nærmest aksen flytende er *distanserende oppdragelsesstil*. Den betegner en overfladisk var-

me og tilsynelatende interesse for barnet, men mer på et høflighetsnivå og preget av fraser enn reell interesse for barnet. Nærmest aksen aksepterende ligger *abdiserende oppdragelsesstil*, som betegner at foreldrene er lite tydelige som voksne, setter få grenser og lar barnet styre mye av familielivet. I betydelig form vil ettergivende oppdragelsesstil innebære lite skille mellom posisjonene barn versus voksen, og kan benevnes *generasjonsutviskende.*

## Forskjellsbehandling av søsken

Det er sparsomt med kunnskap om hvorfor noen søsken behandles meget ulikt av sine foreldre (Asbury et al. 2003, Jenkins et al. 2003). Betydelig forskjellsbehandling fra foreldrenes side mellom søsken skjer som oftest i familier hvor foreldrene har et høyt konfliktnivå, og det høye konfliktnivået mellom foreldre tenderer mot å forplante seg til å gjelde for barna og med lav grad av intimitet (Feinberg et al. 2003). Betydelig forskjellsbehandling fra foreldrene overfor barna anses som en god forklaring på utvikling av en rekke vansker hos barna. Betydelig forskjellsbehandling fra foreldre overfor barna leder ofte til forskjeller i selvaksept hos barna og i hvilken grad de føler å være verd å elske, samt utvikling av atferdsvansker hos den minst favoriserte av dem (McHale et al. 2000).

## Utvikling av foreldres oppdragelsesstil

Ofte praktiserer foreldre mye av den oppdragelse de selv fikk som barn. Det er derfor en høy stabilitet av oppdragelsesstiler på tvers av generasjoner, selv om man finner mange unntak fra dette mønsteret hvor foreldre bryter med den oppdragelsesstil de selv fikk (Belsky et al. 2005). Ofte arves mønstre mellom generasjoner som verdier, holdninger og handlingsrepertoar i oppdragelse av barn, mens detaljer gjerne kan endres fra generasjon til generasjon. Fokus på detaljer og tilpasninger gjør at oppdragelsesstiler kan virke mer ulike på tvers av generasjoner i familier enn de strengt tatt er når man analyserer grunnleggende samspillmønstre.

Foreldres omsorg for barn er ikke bare et resultat av foreldres samspillerfaringer, men også deres genetiske disposisjoner. Foreldres varme, støtte og negativisme overfor barna er trekk som i betydelig grad er påvirket av genetikk (Jacobson & Rowe 1999). Kontroll (grensesetting og tilsyn) synes imidlertid mer styrt av miljøaspekter enn genetikk (Elkins et al. 1997). Disse funnene er imidlertid ikke blitt bekreftet i andre studier (Neiderhiser et al. 2004, Reiss et al. 2000b).

## Stabilitet i oppdragelsesstilene

Foreldres sensitivitet overfor barn er meget stabil over år, men uttrykkes ulikt alt etter barnets alder som en del av foreldres sensitive forståelse og fleksibilitet (Bohlin & Hagekull 2000, Vereijken et al. 1997). Foreldreatferd som varme, samspillkvalitet, interesse for og stimulering av barnet er meget stabile dimensjoner. De tenderer derfor mot å vare over år og skifter ikke lett ut fra type barn, generelt stress, livsfase eller andre ytre påvirkninger (Holden & Miller 1999). I denne boken belyses foreldretreningsprogram med meget god effekt målt både i form av samspillkvaliteter mellom foreldre og barn, og via målte endringer av barnas atferd. Oppdragelsesstilen er så stabil at man skal være varsom med å tro at lette tiltak som formidling av fakta om barneoppdragelse er nok til å endre samspillet mellom foreldre og barn. I studier av foreldre med oppdragelsesstiler som er skadelige for barns utvikling, finner man også høy grad av stabilitet i samspillmønstrene. For eksempel viser en norsk studie at foreldreatferd observert da barnet var tre til fire måneder gammelt, i hovedsak var likt da barnet var seks til syv måneder gammelt også når tiltak for å bedre samspillet var satt inn for å avhjelpe situasjonen (Killén et al. 2006).

Det er vanskelig å vite hvordan man kan anvende kunnskapen man har om sammenhenger mellom oppdragelsesstil og barns utvikling overfor innvandrere fra ikke-vestlige land. I mange ikke-vestlige land praktiseres en autoritær oppdragelsesstil. Det er for eksempel ingen gode nasjonale eller internasjonale studier av hvilke dimensjoner i demokratisk oppdragelsesstil som er lettest å slutte seg til for innvandrere som kommer fra kulturer preget av en autoritær oppdragelsesstil. Siden oppdragelsesstil av barn er knyttet til hvordan samfunnet generelt er

bygd opp, vil mange innvandrere fra ikke-vestlige land oppleve at deres oppdragelsesstil overfor barna mister mye av den effekt den hadde i deres opprinnelsesland. Det kan forklare noe hvorfor enkelte innvandrermiljø i Norge preges av høy kriminalitet hos barna. Kultursensitivitet innebærer respekt for innvandreres opprinnelseskultur samtidig som barnevernsarbeidere skal forvalte ut fra norsk lovverk og skal bistå innvandrere til å lykkes i den norske kulturen. Dette er et dilemma som blir meget synlig i forhold til temaet barneoppdragelse.

## Skadelige oppdragelsesformer

Blant de mest skadelige oppdragelsesformer er foreldre preget av følelseskulde, likegyldighet, disorganisering, inkonsistens, uforutsigbarhet og sterk strafforientering i samspill med barna. Ekstrem skår på uheldige oppdragelsesstiler er åpenbart knyttet til meget forhøyet risiko for at barnet skal utvikle vansker på ett eller flere utviklingsområder (Brosnan & Carr 2000, Schwartz et al. 2000) (se sjekkliste 7.3).

Foreldres overdrevne kontroll av barnet kan lede til at det blir uselvstendig og derved avhengig av andre. Disse barna vil utvikle dårlig evne til å gi uttrykk for sine følelser, både ut fra usikkerhet over hvilke følelser det har og «riktigheten» i disse. En dårlig identitetsutvikling hos barnet er et resultat av slik foreldreatferd. Nært knyttet til dette er lav grad av selvstendighet (autonomi), slik at barnet blir ekstra hjelpavhengig. Dette mønsteret kan hos mange vare livet ut. I tillegg vil de gjerne nedtone seg selv for å sikre å falle i smak hos den andre personen. De framstår derved som meget opptatt av å tekkes andre (Eisenberg et al. 2003). Disse konsekvensene bunner i at barnet ikke får forsøkt seg på egen hånd ved at det enten ikke gis særlig med muligheter, eller at foreldrene signaliserer at barnet ikke vil mestre. Barn vil derved utvikle en unngåelsesstil ved eksponering for det ukjente og det vanskelige. Foreldres overinvolvering i barna er karakteristisk for familier hvor man ikke ønsker uttrykk av selvstendighet fordi det tolkes som et brudd med familien og ødeleggelse av samholdet. Familiemedlemmene forsøker å idyllisere ved å ikke ta opp sentrale tema hvis de oppleves som ubehagelige. Ønsket om at man ikke skal drøfte ubehagelige tema bunner i en frykt for å støte eller såre andre. Det leder til at man i denne familietypen blir pseudoharmoniske (*pseudo* betyr «tilsynelatende», altså tilsynelatende harmoniske). Imidlertid dreier det seg ofte om en familie som «feier så mye under teppet at de mister takhøyden». Siden dette ofte skjer ut fra henvisninger om hensyntagen til den andre part, tar ingen ansvar for å endre situasjonen. Samspillet mellom familiemedlemmene preges derfor av forstillelse og blir lite ekte.

Blant de skadeligste samspillformer for barns utvikling er foreldre med mange negative emosjoner, som kombinerer fiendtlighet med avvisning og lite respondering på barnets initiativ. Det er avdekket en rekke vansker hos barna knyttet til slike oppvekstforhold, slik som tilknytningsstil D og mange former av psykiske lidelser (Bishop & Leadbeater 1999). Foreldre som er lite responderende på barnets signaler, anses som en hovedårsak til at barn har vansker med å etablere positive, gjensidige vennerelasjoner. Det er tre hovedforklaringer på denne sammenhengen:

1 Lite reponderende foreldre får ofte barn som enten karakteriseres som
   a passive fordi de har gitt opp å bli «sett» av den voksne, eller
   b forsterker sine signaler for å påkalle oppmerksomhet og derfor blir oppfattet som bråkete, sutrende, klengete og sinte.
2 Barn spiller lett ut overfor andre de erfaringene de har gjort seg i samspillet med sine foreldre. Lite responderende foreldre får ofte barn som i liten grad makter å ta andres perspektiv, noe som igjen er knyttet til dårlig utviklet evne til empati, rolleforståelse og selvinnsikt.

Foreldre som induserer (påfører, appellerer til) dårlig samvittighet og truer med å trekke tilbake sin kjærlighet, vil på kort sikt lede til at mange barn og unge søker tilgivelse og viser en smigrende og innyndende atferd. På lang sikt fører en slik foreldreatferd til at barnet utvikler angst, skyldfølelse og selvklandring (Besharat et al. 2001). Foreldre som truer med å trekke tilbake sin kjærlighet hvis barnet ikke oppfører seg som ventet, leder til at barna utvikler

upresise oppfatninger av foreldrenes verdier og holdninger (Knafo & Schwartz 2003). Årsakene til dette er at barna i sterkere grad fokuserer på de alvorlige konsekvensene av å ikke oppføre seg som forventet framfor rolig å reflektere over hva foreldrene ønsker å formidle av verdier og holdninger. Frykt framfor innsikt er det som kjennetegner mange barn vokst opp med slik forelderatferd, og barna vil ofte framstå som angstfylte og/eller deprimerte. En oppdragelsesstil preget av fiendtlighet, avstraffing, å appellere til skamfølelse, avvisning og overkontroll øker også tydelig risikoen for at barnet utvikler et aggressivt atferdsmønster (Perris 1994). Aggresjonen er da ofte et trassig gjensvar på en foreldreatferd barnet opplever som krenkende, og det reagerer med å rendyrke rollen som avviker som det opplever seg satt i av foreldrene.

Noen foreldre er så ustabile og eksplosive av natur at de blir uforutsigbare og utilregnelige for barnet. Barna vil bli fryktsomme og svært fokusert på den voksnes reaksjoner. Enten vil de trekke seg unna og forsøke å ikke utløse skremmende foreldreatferd, eller de kan bli så stresset og oppleve seg så hjelpeløse at de forsøker å framprovosere negative reaksjoner hos foreldrene. Dypt skadede barn vil i en del tilfeller bli roligere når de utløser overgrep fra foreldrene enn ved å gå i konstant frykt for å bli utsatt for overgrep. Å utløse overgrep kan gi en følelse av kontroll. Konsekvensene av ustabile og uforutsigbare foreldre er omfattende og regnes ofte som verre enn konsekvensene av «ren» omsorgssvikt (Ericksson & Egeland 2002).

Å være aleneforelder kan innebære et savn etter å ha noen å dele foreldreansvaret med og en voksenrelasjon. Foreldre som er lite modne og stødige i voksenrollen, vil da lettere kompensere for slikt savn ved å gi ett eller flere av barna en voksenrolle. Det blir en forrykning i posisjoner når barnet enten gis eller tar posisjonen til den fraværende voksne. Et slikt omkast av roller hvor den voksne allierer seg med barnet i form av å gi det voksenroller, er også utbredt i familier hvor parforholdet er kvalitativt dårlig og preget av distanse eller konflikter. Barn som foreldrene involverer i voksentema eller gir omfattende omsorgsoppgaver, og altså søker å få dekket voksenbehov i barna, benevnes i fagterminologien som *nivellert med de voksne* eller som *parentifiserte barn* (Boszormenyi-Nagy & Spark 1973). Barn er ofte to til tre år før de kan innlemmes i en parentifisert rolle, men kimene til slike relasjoner kan ses også hos yngre barn (Kurkovic 1997).

Parentifisering er et tydelig uttrykk for utvisket familiehierarki (Kretchmar & Jacobvitz 2002). Familiehierarki defineres her som posisjoner med ulike rettigheter og plikter lagt til de ulike generasjonene i familien (eksempelvis forelder versus barn) (Faber 2002). Det er mange årsaker til at barn parentifiseres. Fysisk syke og handikappede foreldre kan knytte barnet til seg i omsorgsoppgaver knyttet til egen helse eller huslige og familiemessige oppgaver de ikke makter å utføre selv (Carers Australia 2001, Winter 2003). Foreldre som er følelsesmessig og/eller kognitivt umodne kan alliere seg med barna enten mot den andre voksne eller i form av betroelser (Carr 2002).

Parentifisering innebærer at man involverer barnet i tema som det ikke er kognitivt, emosjonelt eller sosialt modent nok til å innlemmes i. Foreldrenes behov for å betro seg blir viktigere enn å ivareta barnets grunnleggende behov for å beskyttes mot slike tema. Ofte rettferdiggjør denne foreldregruppen sin involvering av barnet med å hevde at barnet krevde å få vite, eller at barnet er så klokt og modent at det var mer skadelig å ikke si noe enn å fortelle. Ofte preges denne foreldregruppen av en «enten–eller»-holdning: Hvis barnet vet noe, må de fortelle alt, altså ikke å forsøke å sile informasjon tilpasset barnet eller å roe ned situasjonen. Denne foreldregruppen preges av vansker med realistiske vurderinger av barns behov og forutsetninger, og foreldrenes egne behov leder dem til å projisere inn i barnet et behov som «matcher» deres, altså at når de har behov for å involvere barnet i egne voksentema ser de også et behov hos barnet om å vite dette.

Oppsummerende kan man hevde at det er to hovedgrunner til at barn blir dratt inn i et parentifisert mønster: Den viktigste og alvorligste formen er umodne foreldre som søker behovsdekking via barna og ikke makter å skjerme barnet for voksentema, altså en avreagering av egen smerte på barnet. Den andre grunnen er familier med store belastninger og derved stort avlastningsbehov.

***Informasjonsboks 7.4. To former for parentifisering***

Parentifisering av barn skjer via to typer av oppgaver:

- *emosjonelle oppgaver*: omfatter at barnet trøster, roer ned, megler i konflikter, bekrefter, oppmuntrer med et mål om å sørge for stabilitet i familien og for familiens velbefinnende
- *praktiske oppgaver*: omfatter at barnet for eksempel utfører husarbeid, pleie av syke familiemedlemmer, tar et voksenansvar for mindre søsken og holder orden på økonomien

**Sjekkliste 7.2: Vurderingskriterier ved parentifisering**

- hvor tidlig i barnets liv parentifiseringen startet
- varigheten av parentifiseringen
- innholdet i parentifiseringen (grad av normalitet versus patologi, eksempelvis mange aldersadekvate praktiske oppgaver versus at mor innvier barnet i tydelige tema forbeholdt voksne med intim kjennskap til hverandre)
- omfanget av parentifiseringen (omfatter hvor mye av samspillet som preges av parentifisering – både tidsmessig og antall områder den omfatter)
- hvordan barnet oppfatter den parentifiserte rollen det inngår i
- hvordan de voksne i familien oppfatter den parentifiserte rollen barnet inngår i

*Oversikten er forfatterens.*

Det er uklart hvor mange barn og unge som inngår i et parentifisert samspill. En studie blant voksne canadiere viste at omkring 13 prosent av dem hadde tegn på eller tydelig hadde vært i en parentifisert rolle i oppveksten (Mayseless et al. 2004).

Omfattende, negativ parentifisering er knyttet til hemmet sosial utvikling for barna og lave skolefaglige prestasjoner, lav selvaksept, vansker med å løsrive seg fra familien og svakt utviklet identitet. Dette er alle risikofaktorer for utvikling av psykiske lidelser. En oppvekst preget av rollen som parentifisert øker også risikoen for å parentifisere egne barn når man selv blir voksen (Banks et al. 2001, Passlack 2003, Winton 2003). Krenkende samspill som parentifisering er, tenderer derfor mot å gå over generasjoner.

## Oppdragelsesstil og internaliserende vansker

Det er to hovedgrupper av psykiske lidelser hos barn og unge: internaliserende og eksternaliserende vansker. De eksternaliserende vanskene belyses i kapitlene 11 og 12, her belyses to av de mest utbredte internaliserende vanskene: angst og depresjon.

### *Angstlidelser hos barn og unge*

Det er vanlig å gradere mellom engstelighet eller uro og angstlidelse, hvor de to førstnevnte begrepene betegner en mildere form av sistnevnte. Karakteristiske trekk ved angst er anspent kroppsholdning, rask respirasjon, store pupiller, man lar seg lett stresse, frykter det ukjente, engster seg for om man klarer å innfri krav og forventninger, føler seg ofte mislykket, har overdrevne bekymringer samt frykt for om man blir godtatt av andre eller ei (Klein & Pine 2002).

**Sjekkliste 7.3. De mest skadelige oppdragelsesstilerne**

**Skadelige oppdragelsesstiler**

- grov og langvarig parentifisering
- avvreagering for egen smerte og frustrasjon på barnet
- fiendtlighet rettet mot barnet (ydmyker og fornedrer)
- foreldre som aktivt involverer barnet i sine psykotiske oppfatninger og paranoide vrangforestillinger
- foreldre som bruker sterkt maktorienterte grensesettingsformer og benytter grove trusler
- foreldre som er betydelig inkonsistente i grensesetting
- foreldre som er emosjonelt overinvolverende i barnet
- foreldre som er insensitive på barnets signaler
- foreldre som er lite kjærlige (lite varme)
- foreldre som er uforutsigbare og varierer betydelig i fungering og handling, (fjerne, passive, ignorerende, veksler med overinvolvering)
- foreldre som gir så forsinkede reaksjoner på spedbarnets signaler slik at barnet ikke får med seg deres respons eller er inne i en annen følelse eller et annet tema når responsen gis, slik at barnet forvirres
- foreldre som gir tydelig upassende eller overdrevne responser på barnet
- foreldre som gir meget utydelige responser på barnets signaler, slik at det ikke opplever seg forstått («møtt»)
- foreldre som ignorerer barnet og som ikke responderer på dets signaler
- foreldre som ikke dekker barnets grunnleggende behov for trygghet og stimulering
- foreldre som ofte induserer dårlig samvittighet i barnet for å kontrollere det
- foreldre som krever at barnet skal ha en rigid kontroll på emosjoner (eksempelvis ikke vise at det er trist, ikke uttrykke skuffelse eller sinne)
- foreldre som ofte trivialiserer smertefulle opplevelser for barnet eller årsaksforklarer (attribuerer) dem til egenskaper i barnet
- foreldre som er eksplosive og virker skremmende på barnet

**Beskyttelsesfaktorer ved skadelige oppdragelsesstiler**

- en velfungerende forelder når den andre har en psykisk lidelse
- foreldre som besitter mange ressurser og/eller evner å utløse ressurser i sitt sosiale nettverk
- foreldre som er gode i å sortere ut hva som er sine versus barnets følelser og behov, og som aktivt forsøker å møte sitt barns behov
- god kvalitet i det tidlige samspillet mellom forelder og barn

*Oversikten er forfatterens.*

***Informasjonsboks 7.5. Ulike former for angstlidelse***

- *elektiv mutisme*: Enkelte drøfter om dette er en egen lidelse, eller om det bedre forstås som en undergruppe av sosial angstlidelse. Denne diagnosen betegner personer som ikke snakker med noen, med noen få unntak. De kan gjerne virke underdanige og sky på eksempelvis skolen, men kan være mer «tyranniske» hjemme og snakke fritt på andre arenaer. Ekstra sårbare er barn for å utvikle denne lidelsen som generelt preges av det som benevnes som «soft neurological signs» i form av å passere sentrale milepæler noe i siste del av normalperioden i spedbarnsalder, motorisk klossethet, påfallende hemmet framtoning, tvangspreget, enuresis (å tisse på seg), encopresis (å bæsje på seg), samt ulike former for språkvansker – spesielt forsinket språkutvikling. Den gjennomsnittlige IQ for denne gruppen er svakt under det vanlige. Det er en høy forekomst av psykiske lidelser i familien til barn og unge med elektiv mutisme.
- *generalisert angstlidelse*: Denne angstformen omtales også som frittflytende og omfatter mange områder og situasjoner. Den innebærer at barnet bekymrer seg for mangt og mye, og at dette tar mye av dets tid og energi. Typiske symptomer er rastløshet, irritabilitet, anspenthet, søvnvansker, generell slitenhet og konsentrasjonsvansker. Gjennomsnittlig debutalder er ved ti år, altså senere enn for fobier og separasjonsangst. Med årene utvikles gjerne kroppslige symptomer. Det kan være svetting, rødming, hjertebank og svimmelhet.
- *panikkangst*: Denne angstlidelsen debuterer ofte ikke før tenårsalder eller voksen alder. Panikkangst består av gjentatte, plutselige anfall med intens angst og sterk ubehagsfølelse. Anfallene varer ofte i flere minutter, men er så sterke at de oppleves av personen selv å vare lenger enn de faktisk gjør. Anfallene innebærer svetting, skjelving, hjertebank og vansker med å puste (hiver etter pusten, hyperventilering). Personen føler å miste kontrollen, er ofte redd for å dø eller at anfallene er et gryende tegn på å bli gal. Anfallene er så ubehagelige at mange får det de benevner som «angst for angstanfallene», altså en forholdsvis konstant frykt for å få anfall. Det hemmer dem kraftig i livsutfoldelsen og tærer på energien. Mange opplever at de beste stundene er rett etter et anfall fordi de da vet at det statistisk sett er noe tid til neste anfall. Jo lengre tid siden siste angstanfall, desto mer lammende blir angsten for angstanfallene. En betydelig andel av personer med panikkangst har i tidligere faser av livet hatt separasjonsangst.
- *separasjonsangst*: I forhold til utviklingsnivå uttrykker barnet sterk angst for å skilles fra foreldrene i hverdagslige situasjoner. Utpreget frykt for at ulykker skal skille barnet fra foreldre, en vegring mot å gå på skolen, redsel for å sove alene, mareritt og kroppslige plager som hodepine og kvalmhet er vanlig. Ofte avtar separasjonsangst fra elleveårsalderen av.
- *skolefobi*: Denne angstformen innebærer vegring mot å gå på skolen. Disse barna får fra sterk angst opp mot panikk når de presses til å gå på skolen. Når de kommer til skolen, er de ikke til bry og innordner seg godt. Ofte starter skolefobi og blusser opp igjen ved skolebytte, etter ferier og etter skolefravær grunnet reell sykdom. Ofte er dette knyttet til to aldersgrupper: Seks- til åtteåringer og 12 til 14-årsalder. De som debuterer med skolevegring i tenårsalder, har betydelig dårligere prognose og alvorligere grad av psykisk lidelse enn de som debuterer med skolevegring ved skolestart. Prognosen er ofte rimelig god for den yngste debutgruppen av skolefobikere. Mange med skolefobi har separasjonsangst, og ikke sjelden har deres mødre depresjon og/eller angstlidelse – ofte panikkangst.
- *sosial angstlidelse (sosial fobi)*: Stikkord er å være hemmet, redsel for å stikke seg ut eller å bli lagt merke til. Når de presses til sosialt samkvem med flere personer som de ikke kjenner godt, får de ofte lyst til å stikke av, blir stumme, handlingslammet eller begynner å gråte. De vil ofte frykte at de stikker seg ut ved å rødme, si noe dumt og å gjøre det gale. De kan kjenne skjelving og trang til å kaste

opp av nervøsitet. De føler seg keitete, og at andre «ser igjennom» dem og avslører dem som den dårlige personen de ofte opplever seg selv å være. De tror ikke de holder mål, og frykter ydmykelsen i å bli avslørt på dette. Skam er derved en framtredende følelse for disse personene.

- *spesifikke fobier*: Fobi er ubegrunnet sterk angst for spesifikke situasjoner eller objekter. De mest vanlige er klaustrofobi (angst for å bli innestengt, være i små rom), agorafobi (angst for å være på åpne plasser), eller angst for visse dyr. Vanlige fobier hos barn er redsel for insekter, dyr og lyder. Dette gjelder kanskje for så mange som hvert tredje barn i førskolealder. Redsel for mørket (og døden) er en typisk fobi ved cirka tiårsalder. Man skal ikke bekymre seg mye for forbigående fobier hos barn som ellers fungerer normalt og trives. Det er imidlertid grunn til bekymring når fobier debuterer ved ikke-adekvate aldre, og når det i tillegg til fobien også er andre vansker som betydelige tilpasningsvansker, problemer med innpass hos jevnaldringer, tvangstrekk osv.
- *tvangslidelse*: Tvangstanker (obsessjoner) og tvangshandlinger (kompulsjoner) er vanlig på tvers av aldersgrupper og kulturer. Tvangstanker innebærer et behov for å tenke på visse fenomener som for eksempel siffer, ord, bilder, sanger og følelser. Tvangshandlinger vises typisk ved tilbøyeligheter til å hoppe over visse brostener i gaten, løpe opp og ned alle trapper man går forbi, stadig lukte på sine hender, ta på visse materialer (eksempelvis fløyel og hår), til stadighet sjekke om øverste knapp i skjorten er kneppet, eller vaske hendene på spesielle måter etter et strikt mønster. Selv om alvorlige tvangslidelser debuterer ved seks- til syvårsalder, diagnostiseres de sjelden før puberteten. Mange personer med denne lidelsen har normal til over gjennomsnittlig IQ. Går man for raskt fram på symptomreduksjon av tvangen via atferdsterapeutiske prinsipper, øker ofte angsten. Det bekrefter at tvang til en viss grad kan forstås som å lage et system og mønstre som reduserer usikkerhet og angst.

### Forekomst

I et livsløpsperspektiv vil omkring 28 prosent av befolkningen ha innfridd kriteriene for én eller flere angstlidelser (Kessler et al. 2005). Begrenser man forekomststudier til barn og unge, vil mellom fem til ti prosent av dem innfri kriteriene for én eller flere angstlidelser (Costello et al. 1999). Med unntak av tvangslidelse (Valderhaug 2005) er angstlidelser mer utbredt hos jenter enn gutter allerede fra seksårsalderen av (Klein & Pine 2002).

### Årsaker

Som for de fleste psykiske lidelser er det både genetiske og miljømessige årsaker til utvikling av angstlidelser (Schmidt et al. 2000). De fleste studier indikerer noe sterkere miljømessige enn genetiske årsaker, med unntak av tvangslidelse. Hovedvekten av miljømessige årsaker ved angstlidelser er lagt til familien, for man finner tydelig overføring av angstlidelser fra foreldre til barna (Greco & Morris 2002). Eksempelvis har man funnet at følelsen frykt og mestringsstrategien unnvikelse ofte overføres fra foreldre til barn. Begge disse faktorene er sentrale i utvikling av angstlidelser. Uheldig samspill mellom foreldre og barn kan også lede til en utrygg tilknytningsstil som øker risikoen for utvikling av angstlidelse hos barna (Eng et al. 2001).

Genetisk arvelighet for angstlidelser ligger på rundt 32 prosent (Hettema et al. 2001), mens andre forskere finner belegg for en genetisk betinget arvelighet på mellom 40 til 50 prosent (Rijsdijk et al. 2003). De genetiske årsaker er til dels knyttet til reservert temperamentsstil («behavioural inhibition») (Hirshfeld-Beoker et al. 2003, Young et al. 2001), men angst utvikles også hos personer med andre temperamentsstiler.

### *Tankestil hos personer med angstlidelser*

Personer med angstlidelser kjennetegnes ofte av en karakteristisk tankestil. I kognitiv terapi har man med base i Aron Becks kliniske praksis, forskning og teoretisering, utviklet en oversikt over typiske tankemønstre knyttet til angstlidelser. Noen personer med angstlidelse kjennetegnes av de fleste av disse punktene, andre bare av et fåtall.

***Informasjonsboks 7.7. Karakteristisk tanke- og atferdsstil for personer med angstlidelser***

- er interpersonlig hypersensitive, det vil si at de er meget opptatt av hva andre mener om dem og er opptatt av full aksept fra alle. Typiske atferdsmønstre knyttet til dette er unngåelsesatferd, trygghetssøking, selvfokusering og selvkritikk
- er redde for at andre lett «leser» og «gjennomskuer» dem
- forstørrer ofte trusler/farer og forminsker ressurser og muligheter
- frykt for å gjøre feil som leder til prestasjonsangst
- gir uttrykk for bekymring eller frykt for framtiden og derfor negative framtidsprediksjoner
- oppfatter normale kroppsfunksjoner lett som tegn på alvorlige sykdommer, og de kan være hypokondriske
- personliggjør ytre trusler til å handle om dem selv (eksempelvis at å høre om sykdommer leder til at de tror de blir smittet)
- overgeneraliserer (eksempelvis at det tidsbegrensede betraktes som å vare)
- ser suksess ofte som resultat av flaks eller tilfeldighet og nederlag som fortjent
- tenker i perfeksjonistisk form og i dikotomier (ytterligheter) (eksempelvis: «Hvis jeg ikke lykkes med dette, er alt mislykket!» eller: «Hvis ikke alle liker meg, er jeg ikke verdt noe!»)
- tror at andre vurderer dem lavt (som de selv gjør)
- tror ofte at det verst tenkelige rammer dem, og realitetsvurderer disse følelsene i liten til ingen grad og lar seg skremme unødig

*Listen bygger på Aron Becks arbeider og supplert med Beck & Perkins 2001, Compton et al. 2004, Hudson & Rapee 2004, MacLeod et al. 2002, Mathews & Mackintosh 2000, Mathews & MacLeod 2002, Riskind et al. 2000, Vasey & MacLeod 2001, Verhaak et al. 2004.*

### *Tiltak*

Barn med angstlidelser fungerer best når de har trygge, tydelige og mildt styrende mødre. Dette mønsteret synes også å gjelde for andre omsorgspersoner som fedre og de i barnehage og skole. Best utvikler barn med angstlidelser seg når omsorgspersonene nokså kontinuerlig stiller utviklingskrav til dem og gir rikelig med støtte under innøvelse av ferdighetene og rikelig med ros ved mestring. Press uten støtte øker bare angstnivået. Å stille få krav leder til at barnet ikke utvikler sine ferdigheter og derved blir mer preget av angstlidelsen, siden angst gjerne innebærer et ønske om å flykte fra situasjonen og derved unngåelsesatferd framfor aktive mestringsstrategier. Beste tiltak mot angst er å utfordre den og vise for seg selv at man mestrer situasjonen, slik at den blir mindre skremmende og frykten man føler blir mindre overveldende.

Det er dokumentert at spesielt ved behandling av angstlidelse hos barn opp til omkring tolvårsalderen må foreldrene inkluderes i behandlingen (Barrett et al. 2004, Freeman et al. 2003). En gjennomgang av effektstudier på tiltak for barn med angstlidelser viser at når foreldrene ikke selv har angstlidelser eller depresjoner makter de ofte å vedlikeholde effekten av terapien for barnet på kort sikt, men ikke på leng-

re sikt. Foreldre til barn med angstlidelse som selv har angstlidelse eller depresjon, makter ikke å bidra til at effekten av terapien for barnet holder seg på kort eller lang sikt med mindre de selv får behandling for egne vansker. Foreldre til barn med angstlidelse og som selv har slike vansker, profitterer godt på foreldretiltak. Slik foreldrebehandling er ofte todelt: å hjelpe dem til å forstå og å mestre egen angst, samt å bistå barnet i utvikling av en god emosjonsregulering og sosiale ferdigheter (Craske & Zucker 2002, Piacentini et al. 2002, Rapee et al. 2005). Forskning på effekter av terapi av ulike psykiske vansker hos barn og unge viser generelt at foreldres interesse for og støtte av terapien er vesentlig for hvor vellykket terapiresultatet blir. I tillegg vil veiledning av foreldre være viktig for å bistå dem til å hjelpe sitt barn til positiv utvikling og å legge til rette for at positive endringer holder seg. Foreldre som har psykiske lidelser, behøver ofte selv terapi for å både kunne bistå barnet til positiv utvikling og sikre at terapiresultatet varer over tid. Hos unge i sterk løsrivningsfase fra foreldrene vil terapi for foreldre sammen med den unge lett kunne ende med at det er løsrivelsestema som utspilles, og at man derfor ikke lykkes med å behandle lidelsene. Det bør ikke hindre en fra å gi foreldrene den viktige oppfølgingen som de trenger. Hvis ungdom ikke er komfortable med at foreldrene deltar i terapien eller får samtaler med samme terapeut som den unge selv får, kan foreldrene få veiledning av en annen terapeut eller fra en annen tjeneste eller etat, enn de som bistår den unge.

### *Depresjon hos barn og unge*

Det er vanlig å skille mellom depressivitet og depresjon, hvor førstnevnte er en mildere form av sistnevnte. Man skiller også mellom depresjon og sorg. Sistnevnte er mer spesifikt knyttet til hendelser eller personer. Ofte har depressive symptomer vist seg i forkant av en depresjon (Canals et al. 2002), noe som bekrefter riktigheten av å tenke denne vansken langs et kontinuum fra det lette til det alvorlige. Man kan som en tommelfingerregel si at jo flere indikasjoner en person har på depresjon, desto mer alvorlig er graden av depresjonen, og desto mer negative er de sosiale konsekvensene av den (Lewinsohn et al. 2000, Pickles et al. 2001).

***Informasjonsboks 7.8. Ulike former for depresjon***

- *bipolar affektiv lidelse*: minst to perioder der stemningsleie og aktivitetsnivå har vært betydelig forstyrret. Lidelsen innebærer perioder med hevet stemningsleie (oppstemthet), økt energi og aktivitet (hypomani, mani), og andre perioder med senket stemningsleie (nedstemthet), nedsatt energi og aktivitet (depresjon). Når personer enten er maniske eller bare deprimert, betegnes det som unipolare lidelser.
- *depressiv episode*: kjennetegnes av et senket stemningsleie, redusert energi og aktivitetsnivå, og nedsatt evne til å glede seg, føle interesse og konsentrasjon. De føler seg trett, søvnen forstyrres og appetitten reduseres. Selvaktelsen svekkes, og man blir ofte opptatt av skyld og følelse av verdiløshet. Graderes i: (1) mild depressiv episode, (2) moderat depressiv episode, (3) alvorlig depressiv episode uten psykotiske symptomer, samt (4) alvorlig depressiv episode med psykotiske symptomer.
- *dystymi*: betegner et kronisk senket stemningsleie av flere års varighet, men hvor enkeltepisodene ikke er tilstrekkelig alvorlige eller langvarige til at diagnosen mild, moderat eller alvorlig tilbakevendende depressiv lidelse kan stilles
- *tilbakevendende depressiv lidelse*: kjennetegn som over, men de depressive periodene gjentas. Graderes i fire: (1) tilbakevendende depressiv lidelse, aktuell episode mild, (2) tilbakevendende depressiv lidelse, aktuell episode moderat, (3) tilbakevendende depressiv lidelse, aktuell episode alvorlig, uten psykotiske symptomer, og (4) tilbakevendende depressiv lidelse, aktuell episode alvorlig med psykotiske symptomer.

Depresjon ses ofte i form av trist/sørgmodig ansiktsuttrykk, initiativløshet, apati, sosial tilbaketrekking, senket stemningsleie, generell følelsesmessig flathet, irritabilitet som kan lede til sinneutbrudd, søvn- og spiseforstyrrelser, negativisme og selvklandring (Harrington 2002, Sexson et al. 2001).

Deprimerte personer har ofte opplevd alvorlige tap og har mange belastninger i livet. Omkring 40 til 70 prosent av deprimerte barn har ytterligere en psykisk vanske (komorbiditet), og 20 til 50 prosent har to eller enda flere psykiske tilleggsvansker. Mange deprimerte røyker, bruker rusmidler som et forsøk på å regulere følelser og/eller situasjoner. Mange deprimerte tenker ofte på eller forsøker å begå selvmord. Disse vanskene tenderer mot å bestå selv når depresjonen gir seg (Kaslow et al. 1999). Deprimerte har en forhøyet risiko (odds ratio) på 8,2 for å utvikle angstlidelse, og en forhøyet risiko på 6,6 for å utvikle moderate eller alvorlige atferdsvansker, samt en forhøyet risiko på 5,5 for å ha ADHD (Angold et al. 1999a). Både atferdsvansker og ADHD beskrives i kapitlene 11 og 12. Jo flere og mer alvorlige komorbide tilstander, desto mer langvarig er behovet for tiltak, og desto dårligere er prognosen (Aronen & Soininen 2000).

### *Forekomst*

Depresjon debuterer tidligere hos personer nå enn bare tiår tilbake, og forekomsten av depresjon i befolkningen har vært svakt økende de siste 50 år. Det er vanskelig å forklare denne økningen med genetiske forhold. Det handler i sterkere grad om samspillfaktorer og samfunnskarakteristika. Studier av familiesamspill viser at det er en betydelig transgenerasjonell overføring av depresjon i form av samspillerfaringer mellom foreldre og barn (Weissman et al. 2005).

Mellom 15 til 20 prosent av befolkningen vil en eller annen gang i livet, for en kortere eller en lengre periode, være deprimert (Kessler 2002, Kessler et al. 2005, Lewinsohn & Essau 2002). Depressivitet og alle typer av depresjon for barn og ungdom sett under ett er på cirka ti prosent. Hvis man skiller mellom barn og unge, finner man at depresjon har en betydelig høyere forekomst hos ungdom enn barn. Flere gode studier indikerer at mellom 0,4 til 1,9 prosent av barn er deprimerte. Dyp grad av depresjon omfatter omkring én prosent av barn i førskolealder (Angold & Costello 2001, Harrington 2002, Wichstrøm 1999). Høyest forekomst av depresjon finner man i befolkningen i aldersgruppen 15 til 22 år, og den omfatter da mellom to til åtte prosent (Garber et al. 2002, Meltzer et al. 2000). Forekomst av depresjon er forholdsvis likt utbredt hos jenter og gutter fram til omkring 15-årsalderen, deretter dominerer jentene (Wade et al. 2002).

### *Årsaker*

Det er avdekket en rekke risikofaktorer knyttet til depresjon – både genetikk, samspill, livshendelser og utvikling av depresjon kan godt forstås innenfor transaksjonsmodellen (Asarnow et al. 2001, Klein et al. 2001, Wickramaratne et al. 2000). Depresjon er også knyttet til dårlig utviklede ferdigheter i affektregulering (Sloman et al. 2003), slik at dårlig håndtering av emosjoner lett leder til depresjon ved stress, mens personer med god emosjonsregulering ikke utvikler depresjon ved eksponering for de samme risikofaktorene.

Mellom 20 til 67 prosent av fysisk mishandlede, seksuelt misbrukte og omsorgssviktede barn og unge har dyp depresjon (Durbin et al. 2000, Kaufman & Charney 2001). Depresjon hos småbarn bunner ofte i mødres depresjon eller utrygg tilknytningsstil (Sexson et al. 2001). Hos barn i skolealder kan utrygg tilknytningsstil, mødres depresjon og økonomiske vansker forklare cirka 47 prosent av depresjonen. Det synes rimelig å konkludere med at depresjon som debuterer før puberteten som oftest er knyttet til dysfunksjonell familie sammenlignet med depresjon som debuterer i ungdomsalder (Goodman & Gotlib 2002).

Det er en bred enighet mellom sentrale forskere om at depresjon er moderat genetisk arvelig (Garber & Horowitz 2002, Happonen et al. 2002, Hudziak et al. 2000, Sullivan et al. 2000). Betegnelsen moderat arvelig er et kompromiss ut fra det betydelige spriket som er i konklusjoner mellom ulike studier i hvilken effekt den genetiske arveligheten har for utvikling av depresjon: Genetisk arvelighet av depresjon i de ulike studiene er funnet å være på mellom 15 og 80 prosent, men at majoriteten av nyere, gode studier indikerer en genetisk arvelighet på mellom 25 og 55 pro-

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| • utsatt for omsorgssvikt<br>• utsatt for mishandling<br>• utsatt for seksuelle overgrep<br>• tap av viktige personer – spesielt i en tidlig fase av livet<br>• utpreget selvkritiskhet | 2) negative til barnet og forventer flere negative og færre positive hendelser for barnet enn det foreldre til ikke-deprimerte barn og unge gjør<br><br>3) overbeskyttende foreldre, gjerne kombinert med dårlige omsorgsferdigheter | | | | |

*Listen bygger på Asarnow et al. 2001, Ashman et al. 2002, Besser & Priel 2003, Blatt 2004, Brendgen et al. 2002, Costello et al. 2001, Garber & Flynn 2001, Gerard & Buehler 2004, Gibb et al. 2002, Gibb et al. 2004, Goodman & Gotlib 2001, Hankin 2004, Hay & Pawlby 2003, Herring & Kaslow 2002, Haaga et al. 2002, Jones et al. 2001, Klein & Forehand 2000, Muris et al. 2001, Sugawara et al. 2002, Sund et al. 2003, Weissman et al. 2005, Zahn-Waxler 2001.*

Omkring 50 prosent av personer som får diagnosen depresjon har opplevd betydelig grad av stress, mens omkring 50 prosent ikke utvikler depresjon etter alvorlig stress (Monroe & Hadjiyannakis 2002). Stress alene kan derfor ikke være en fullgod forklaring på utvikling av depresjon, men at andre faktorer også må være til stede. I en studie blant voksne fant forskerne at de som skåret høyt på resiliens i mindre grad utvikler angstlidelse eller symptomer på depresjon når de utsettes for stressende livshendelser (Hjemdal et al. under trykking).

Personer som er sensitive, vare og usikre, vil ofte oppleve negative livssituasjoner og huske dem godt, attribuere dem internalt og stabilt (Hankin & Abramson 2001). Dette kjennetegner ofte personer med reservert temperamentsstil («behavioural inhibition»). Både denne attribusjonsstilen og temperamentsstilen er knyttet til risiko for utvikling av depresjon (Caspi 2000). Studier av deprimerte barn viser at det ikke er en klar tendens til at barn kopierer foreldres attribusjonsmønstre generelt, men på områder som er sentrale i barnets liv (Gibb et al. 2004).

### *Tankestil hos personer med depresjon*

Personer med depresjon kjennetegnes ofte av en karakteristisk tankestil. I kognitiv terapi har man med base i Aron Becks kliniske erfaring, forskning og teoretisering utviklet en oversikt over typiske tankemønstre knyttet til depresjon. Noen personer med depresjon kjennetegnes av de fleste av disse punktene, andre bare av et fåtall.

***Informasjonsboks 7.9. Karakteristisk tanke- og atferdsstil for personer med depresjon***

- diskvalifiserer ofte det positive og suksessene
- fokuserer på fortiden – gjerne knyttet til relasjonstap eller negative situasjoner hvor de selv var sentrale
- overgeneraliserer det negative og har negativ spådom på vegne av framtiden
- personliggjør nederlag og tilkortkomming
- tankelesing (føler seg sikre på at de vet hva andre mener/tenker/synes om dem) uten å sjekke riktigheten av dette
- tenker absoluttistisk og følelsesladet («Bare jeg kan kløne til situasjoner slik!»), framfor relativistisk og ikke-moraliserende («Jeg har aldri vært i en slik situasjon og var uforberedt. Jeg håndterte situasjonen ok, men gjør det nok bedre neste gang.»)
- tenker fiksert og variasjonsfattig («Jeg makter ikke å tenke langsiktig. Det er liksom meg det.») framfor variasjonsrikt og reversibelt («Jeg er blitt flinkere til å planlegge og holde meg til de mål jeg har satt meg, men er impulsiv og må fortsatt øve meg på å stagge meg selv en del ganger.»)
- tenker ofte ikke-dimensjonalt («Jeg er feig!») framfor multidimensjonalt («Jeg er flink til å sense andres behov og ivaretar de svake, men er feig når det handler om å gå i konfrontasjon.»)
- tenker ofte i dikotomier (ytterligheter, «sort-hvitt», «enten–eller»)

*Listen bygger på Aron Becks teorier og er supplert med Abela & D'Allesandro 2002, Abela & Payne 2003, Abela & Sullivan 2003, Gibb et al. 2004, Hankin et al. 2004, Lewinshon et al. 2001.*

### Tiltak

Selv mild grad av depresjon i ungdomsalder predikerer godt depresjon i voksen alder. De fleste ungdommer med alvorlig depresjon blir friske innen ett år, men mange vil ha tilbakefall, for de som har hatt én episode av depresjon, er mer sårbare enn andre mennesker for nye depresjoner (Boland & Keller 2002). Dårligst prognose har personer med alvorlig grad av depresjon (Pickles et al. 2001) og som opplever omfattende og langvarige stressorer, slik som eksempelvis familieproblemer (Birmaher et al. 2000).

Siden miljøfaktorene og familiesamspillet er en sterk faktor for utvikling av depresjon, anbefales det – akkurat som for barn og unge med angstlidelser, at behandlingen inkluderer foreldrene. Spesielt gjelder det hvis foreldrene selv har angstlidelse eller depresjon (Kaslow et al. 1999). Målet med å inkludere foreldrene er å hjelpe dem til å redusere og å håndtere egen depresjon eller angst, samt å redusere familiestresset, bedre familiekommunikasjonen, og øke den sosiale støtten mellom familiemedlemmene hvis den er lav, eller å redusere overinvolveringen mellom familiemedlemmene (Carr 2000, Herring & Kaslow 2002, Sexon et al. 2001).

## *Et felles genetisk grunnlag for angstlidelser og depresjon*

Både angst og depresjon handler om vansker knyttet til affektregulering (Sloman et al. 2003). Det tjener delvis som forklaring på hvorfor disse to vanskene ofte opptrer parallelt, for det er vanlig at personer som har angst også har depresjon (Anthony et al. 2002, Lonigan et al. 2003, Phillips et al. 2002). I tillegg har forskere funnet at det er et felles genetisk grunnlag for angstlidelse og depresjon som også kan være en god forklaring på den høye samforekomsten (Kendler et al. 2003). Felles genetisk grunnlag er ikke en konkurrerende forklaring til svak emosjonsregulering. Kunnskapen om komorbiditeten av angstlidelser og depresjon er utviklet fra tvillingstudier.

Når personer har både angstlidelser og depresjon, så debuterer ofte angstlidelsen før depresjonen

(Avenvoli et al. 2001, Kim-Cohen et al. 2003, Weissman et al. 2005).

## Fedres betydning

Foreldrene står i en særstilling blant alle sentrale påvirkningsfaktorer for barns og unges utvikling. Som en konsekvens av organiseringen av samfunnet, kjønnsrollene og kanskje biologi har mødre vært tillagt større betydning for barns og unges utvikling enn menn. Dette har gitt konsekvenser i form av at vi i dag vet mest om samspillet mellom mødre og barn, og mindre om fedres og søskens betydning for barns og unges utvikling (Kelly & Barnard 2000). Fedre og menn benevnes derfor av Connell og Goodman (2002) som de glemte bidragsytere til barns utvikling. Når fedre involverer seg aktivt og positivt i sine barn, leder det til positive utfall hos barna på en rekke mål for psykososial fungering. Avvikende fedres sterke involvering i sine barn, øker derimot risikoen for at barnet utvikler ulike former for avvik (Cabrera et al. 2000), hvor typen avvik avhenger både av samspill og genetikk sett i lys av risiko- og beskyttelsesfaktorer. Til tross for økt likestilling de siste 20 år, er mødres posisjon fortsatt viktigere for barnas utvikling enn fedrenes på flere sentrale områder (Kvello 2006). Enkelte forklarer dette med at mødre er mer følelsesmessig involvert i barna enn fedrene (Grolnick & Apostoleris 2002, Manlove & Vernon-Feagans 2002).

## Søskens betydning

Søskenforhold varierer i kvalitet som andre relasjoner. Derfor må søskenforhold graderes fra de kjærlige og støttende til de fiendtlige og negative (McGuire et al. 2000). Kvalitetsforskjellene på søskenrelasjonene forklares delvis med «matchingsgrad» i temperamentsstil, aldersforskjell og kjønn (øker i betydning i tråd med stigende alder). Kombinasjonen mellom varme og konflikt, som kjennetegner mange søskenrelasjoner, tenkes å være årsaken til at søsken bidrar så tydelig til hverandres psykososiale utvikling og tilpasning. Man finner at gutter er mindre intime med sine søsken enn jenter er med sine (Dunn 2002). Mest intime er derfor ofte søstre, mens brødre har minst intimt søskenforhold.

Varme og sosial støtte er bedre blant biologiske helsøsken enn mellom stesøsken. Helsøsken med ikke-skilte foreldre har mest kontakt med hverandre, minst kontakt finner man ofte mellom halvsøsken i stefamilier, mens søsken med skilte foreldre eller helsøsken i stefamilier plasserer seg midt mellom disse to ytterpunktene. Gruppen halvsøsken er underrepresentert i kategorien varmt, støttende søskenforhold og overrepresentert i gruppen kaldt og fiendtlig søskenforhold, og de preges ofte av en bitter, konkurrerende relasjon. Det er en betydelig reduksjon i antall personer som klassifiseres i denne typen søskenrelasjon fra tenårsalder og til voksenliv. Årsaken til fiendtlige søskenforhold synes å være høyt konfliktnivå i familien de har vokst opp i, foreldrenes forskjellsbehandling av barna, og en ikke-demokratisk oppdragelsesstil. Konflikter og rivalisering er ofte sterkere mellom hel- og halvsøsken enn stesøsken. Halvsøsken er overrepresenterte i gruppen søskenrelasjoner preget av unngåelsesstrategier mot kontakt med hverandre, og når de som voksne møtes i familiesammenkomster, er kontakten kald og fiendtlig. Stesøsken er overrepresenterte i gruppen med lite kontakt med hverandre og er nokså likegyldige/nøytrale overfor hverandre. Søsken fra ikke-skilte familier er minst representert i denne typen av søskenrelasjoner (Hetherington 1999).

Det er uklart i hvilken grad søsken kan bidra til å utløse vansker hos hverandre eller hvordan de kan bidra til å forsterke eller dempe etablerte vansker (Brody et al. 2005). Man har belegg for å hevde at alvorlige søskenkonflikter og avvisende foreldre meget godt predikerer utvikling av atferdsvansker hos barna. Barn utsatt for betydelig aggresjon fra søsken opplever seg ofte som inkompetente. Både internaliserende og eksternaliserende vansker er mer høyfrekvent hos barn og unge som har søsken som har vært negative og fiendtlige mot dem, og disse funnene holdt seg etter å ha kontrollert for mors psykiske helse (Garcia et al. 2000).

Søsken utsatt for hard og neglisjerende oppdragelse kan vende seg til hverandre og gi varme og støtte når foreldre krangler og ved foreldres samlivsbrudd. Flere forskere konkluderer derved med at søsken ofte yter vesentlig sosial støtte til hverandre ved stress (Dunn et al. 2001). Søskens betydning for hverandre

ved kriser har også vært et sentralt tema ved omsorgsovertakelse av barn. Det er et vanlig mål å holde søsken sammen ved fosterhjemsplassering, selv om forskning ikke gir så entydige funn at man kan tenke at dette bør være hovedstrategien (Triseliotis et al. 1997). Grunnen er at mange av barna som plasseres i annen omsorg er dypt skadet og krever mye av de nye omsorgspersonene, samt at samspillet mellom foreldrene og barna har bidratt mer til å splitte søsknene enn å sveise dem sammen i støttende samspill. Forfatterens mangeårige arbeid i barnevern har vist at søsken i liten grad meddeler seg til hverandre når de er utsatt for omfattende omsorgssvikt og mishandling. De er derfor ukjente med hverandres erfaringer og forståelser og bruker energien på å berge seg selv. Det er ikke sannsynlig at søsken som i oppveksten ikke har vært vant til å dele med og å støtte opp om hverandre, skal bli særlig støttende etter at de flyttes til annen omsorg grunnet omsorgssvikt eller mishandling. De kan gjerne være uttalt opptatt av hverandre, men det er ikke det samme som å være støttende overfor hverandre.

Godt søskenforhold kompenserer til en viss grad for mangel på nære vennskap. Felles for disse relasjonene er at de er horisontale, altså tilnærmet like roller. Slik kan de til en viss grad kompensere for *hverandre. Tenåringer som opplever sine søskenrelasjoner som gode, rapporterer også om gode venn*skapsrelasjoner generelt. Mønsteret er derved at enten så lykkes man med å skape gode relasjoner generelt til jevnaldrende – enten det er søsken eller venner, eller så lykkes man ikke (Yeh & Lempers 2004). Man kan derved hevde at det er et mønster av at mennesker som lykkes i én viktig relasjonstype ofte også lykkes i andre, sentrale relasjoner.

## Utradisjonelle familier

Innholdet i begrepet utradisjonelle familier endres med tiden i tråd med hvilke familietyper som er de vanlige versus de sjeldne. En av de mest studerte familieformer gruppert under utradisjonelle familier, er foreldre av samme kjønn. Det er nær 1300 registrerte partnerskap i Norge. Omkring 130 av disse er registrert med barn (SSB 2005).

Studier av barn vokst opp hos lesbiske mødre eller homofile fedre viser at barna ikke avviker på mål for psykisk fungering, atferd, personlighet, selvoppfatning, følelse av kontroll over livet («locus of control») eller moralske vurderinger enn barn vokst opp med heteroseksuelle mødre (Wainright et al. 2004).

Ett av de viktigste fokuspunktene i evaluering av homofile foreldres omsorg for barn er at omverdenens reaksjoner på utradisjonelle familier kan skape problemer for barna, akkurat som man har antatt at adopsjon av barn med annen etnisitet/hudfarge enn adoptivforeldrene kan lede til vansker. Det er ingen god dokumentasjon for antagelsen om at omverdenenes reaksjoner på homofile foreldre kan lede til at barna rammes av omverdenens negative holdninger og avreageringer, men det er heller ikke grundig motbevist.

Det er omkring 50 forskningsstudier av barn vokst opp med homoseksuelle foreldre. Majoriteten av disse er av lesbiske mødre som har barn fra tidligere ekteskap, delvis homofile fedre og deres barn. De fleste av studiene er fra USA, dels Storbritannia og Nederland (SOU 2001). Studier av barn av homoseksuelle foreldre er skjeve, ved at de i høy grad er gjort innen hvit middelklasse i tettbebygde områder i USA. Man kan derved hevde at det er lite variasjon i forskning på homoseksuelle par og lite kunnskap om barn som vokser opp med transseksuelle (Laird & Green 1996). Oppsummerende kan man hevde at kunnskapen om utradisjonelle familier kan hevdes å være ensidig når det gjelder typer av utradisjonelle familier, sparsom i omfang og i hovedsak amerikansk. Se Hegna et al. (1999), SOU (2001) eller Stiklestad (2006) for en bredere oversikt.

## Aleneforelder

I noen århundrer har kjernefamilien vært idealet og derved det normative synet på familie. I Norge er det cirka 122 000 enslige forsørgere. Det berører omkring 177 000 barn og unge. Omkring 90 prosent av de enslige forsørgerne er kvinner (Rikstrygdeverket 2004).

Et betydelig omfang av forskningslitteratur avdekker at aleneforelderstatus er en høyrisiko for omsorgssvikt og mishandling av barna (Berry et al.

2003). Aleneforeldre utgjør nesten en fjerdedel av familiene i Norge (Moxnes 2001). Det er ikke grunnlag for å hevde at majoriteten av disse barna er risikoutsatte. Det er forskjell på aleneforeldre som tidligere har vært i lengre parforhold, og de som aldri har vært i parforhold eller som har hatt kortvarige forhold. Sistnevnte gruppe av aleneforeldre kjennetegnes ofte av vansker, slik som psykiske lidelser, lav formell utdanning, kroniske helseplager og er uføretrygdet (Kjelstad 1998, Seligman et al. 2001). Det er når aleneforelderstatusen knyttes til flere slike faktorer at risikoen for å utsette barna for omsorgssvikt og mishandling øker, ikke aleneforelderstatus i seg selv. Jo mer utbredt statusen som aleneforelder blir, desto mer gjenspeiler de også gjennomsnittet av befolkningen. Man skal derfor være varsom med å bruke forskningsbasert kunnskap om aleneforeldre fra perioden før 1980, fordi denne gruppen da var mer homogen og ikke like anvendelig for dagens mer heterogene gruppe av aleneforeldre.

## Unge foreldre

Biologisk alder er til en viss grad knyttet til mental modenhet. Omsorg for barn krever modenhet, siden den i vårt samfunn oftest utføres av foreldrene i kjernefamilien og ikke i storfamilier. Det er derved som regel ingen eldre personer i Vestens kjernefamilier som daglig kan kompensere for umodenhet hos unge foreldre. Det har tydelige konsekvenser, siden unge mødre ofte er usikre og har behov for bistand fra mer erfarne personer (Bornstein et al. 2006).

Barn av tenåringsmødre har sammenlignet med andre barn en økt risiko for utviklingsforsinkelse, kognitive vansker, emosjonell umodenhet, skolemessige tilpasningsvansker, og å utsettes for mishandling og omsorgssvikt (Dixon et al. 2005b, Ekéus 2004). Barn av tenåringsmødre er derved utsatt for større risiko enn andre barn. Årsakene er imidlertid mer komplisert enn bare relatert til morens alder, for det er ofte en rekke risikofaktorer knyttet til tenårsmødre generelt som i sterk grad påvirker barnets utvikling og de risikofaktorer det eksponeres for.

Det er komplekse årsaker bak tenåringsgraviditet. Mange tenåringsmødre tilhører en lavere sosioøkonomisk gruppe hvor antall risikofaktorer generelt er høy (Russell 2002), for andelen barn og unge som bor sammen med begge biologiske foreldre øker i tråd med omfanget av foreldrenes utdanning (Grøgaard et al. 2004). Regelen blir da at jo høyere sosioøkonomisk tilhørighet, desto mindre risiko for graviditet i tenårsalder. Mange tenåringsmødre har selv en mor som fikk barn i ung alder (Russell 2002), slik at tenårsgraviditet til en viss grad går over generasjoner. Mange tenåringsmødre har også vokst opp i store familier med forventninger om å flytte ut i tidlig alder og etablere seg med familie. I tillegg har disse ofte hatt variert erfaring i barnepass (Conley 2000). Stress og endringer i familiesammensetningen viser seg også å lede til at noen av barna tar over voksenroller tidlig og som en konsekvens av dette også blir foreldre i tenårsalder. Jenter som mister sine mødre via dødsfall i tenårsalder blir oftere tenåringsmødre enn jenter som har mødre som er i live (Russell 2002). Det er også en sammenheng mellom å bli gravid i meget ung alder og en historie av seksuelle overgrep (Mullen et al. 1994).

## Relativ fattigdom og armod

Siden det ikke er noen klare grenser for hva som er fattigdom eller ikke, og at disse er ulike på tvers av land og varierer med tid, benyttes begrepet relativ fattigdom. Siden relativ fattigdom ofte opptrer sammen med mange andre risikofaktorer, kan begrepet armod være bedre betegnende enn relativ fattigdom. Mens begrepet fattigdom assosieres med økonomi, er begrepet armod bredere og inkluderer generell ressursfattigdom. I Norge var det i 2001 omkring 26 000 barn og unge som levde i et hushold klassifisert å være under fattigdomsgrensen (Ytrehus 2004). Økningen i levestandard, velferd og inntekt i vestlige land siden andre verdenskrig synes ikke å ha redusert klasseforskjellene.

Fattigdom produserer generelt utrygghet hos folk med de konsekvenser det har for mulighetene til å skape et godt oppvekstmiljø for barn og unge (Underlid 2005). Relativ fattigdom er en veldokumentert kjent risikofaktor for at barn og unge utvikler psykiske lidelser (Duncan & Brooks-Gunn 2000). Et transaksjonelt perspektiv er velegnet for å forklare risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer knyttet til

barns utvikling ved relativ fattigdom (Felner 2005), siden relativ fattigdom ofte opptrer sammen med en rekke andre risikofaktorer (Friedman & Chase-Landsdale 2002). Eksempler på denne samforekomsten mellom relativ fattigdom og andre risikofaktorer er å være sosialstønadsmottager, leve i en stor familie, få år mellom søsken, barnemishandling og omsorgssvikt, eneforsørger, voksne med dårlig tilknytning til arbeidsmarkedet, innvandrerbakgrunn, dårlig somatisk helsestatus hos familiemedlemmene og psykiske lidelser. Voksne som lever under relativ fattigdom synes både å ha preferanser for og tvinges ut fra økonomiske vansker til å bosette seg med kortvarig perspektiv. Hyppige flyttinger leder til at de oppnår lite integrering i nærmiljøet og hyppige skifter i det sosiale nettverket. Hyppige flyttinger i oppveksten er en betydelig risikofaktor for utvikling av psykiske vansker hos barn (Epland 2001, Lund 2000).

Andre kjennetegn for foreldre preget av relativ fattigdom er at de prater lite med barna, gir dem færre oppmuntringer og bekreftelser. Dette samspillet øker risikoen for at barn har svak språkutvikling. Det er ikke familiens økonomiske situasjon som sterkest påvirker barnas språkutvikling, men de øvrige risikofaktorer som ofte opptrer parallelt i denne typen familier (Ripke & Huston 2006). Det vises eksempelvis ved at barn utsatt for kumulativ risiko i gjennomsnitt har like lav IQ som barn utsatt for relativ fattigdom, og at det er foreldres øvrige ressurser, oppdragelsesstil overfor barna og bistand de mottar som best forklarer barns utvikling og ikke den relative fattigdommen (Aber et al. 2000, NICHD 2005). En av konklusjonene etter Backe-Hansens (2004) gjennomgang av forskning på relativ fattigdom, er at konsekvensene dette har for barna i høy grad preges av det totale antall risikofaktorer og mellomliggende faktorer. Konklusjonen er i tråd med andre forskere at relativ fattigdom oftere er en mellomliggende faktor enn årsaken til omsorgssvikt (Egelund & Hestbæk 2003, Little et al. 2004). Dårlig økonomi er imidlertid avdekket å tydelig forsterke vansker som allerede eksisterer i parforhold og hos barna (DeGarmo et al. 1999).

***Informasjonsboks 7.10. Konsekvenser for barn av å vokse opp under relativ fattigdom***

- angstlidelse
- depresjon
- dårlig skoletilpasning og ofte et lavt utdanningsnivå og avbrutt skolegang
- lav selvaksept
- Studier blant syv- og åtteåringer viste at barn vokst opp i fattigdom både har lavere IQ-skårer, lavere verbale ferdigheter, lavere prestasjoner i lesing og matematikk enn barn som ikke vokste opp i fattigdom.
- Relativ fattigdom synes i større grad å ramme barns ferdigheter som ekspressivt språk, leseferdigheter og ferdigheter i skolefaget matematikk (med større konsekvenser i barndom enn i ungdomsalder), enn motorikk, sosial utvikling, psykisk helse, fysisk helse og atferd. Relativ fattigdom synes sterkere å påvirke skolefaglig fungering framfor emosjonell og atferdsmessig fungering. De to sistnevnte faktorene preges mer av familiestrukturen enn fattigdommen.

*Listen bygger på Ciccetti et al. 2000, Leventhal & Brooks-Gunn 2000, Mash & Dozois 2003.*

Barn fra lavere sosioøkonomisk klasse er tydelig mer utsatt for ulykker i trafikken, på lekeplasser, fall fra bygninger og drukningsulykker sammenlignet med barn fra høyere sosioøkonomiske grupper (Engström & Laflamme 2002). Delvis skyldes dette at barn fra dårligere sosioøkonomiske kår vokser opp i farligere boområder enn andre barn, og delvis har foreldrene mindre tilsyn med barna ut fra egne problemer og ofte et større antall barn.

Det er ofte vanskelig å avgjøre hvilke av risikofaktorene som sterkest påvirker den negative utviklingen for barna, fordi mange av studiene er for lite robuste til at man kan analysere årsak–virkning-forhold. Ut fra de beste studier synes det riktigst å hevde at generell ressurstilgang i familien er viktigere å kartlegge enn økonomien isolert. Økonomisk bistand alene ved relativ fattigdom blir derved et for stusslig tiltak for å sikre barna gode oppvekstvilkår fordi økonomien ikke blir en beskyttelsesfaktor for de øvrige risikofaktorer som ofte er til stede i disse familiene.

Mange studier av relativ fattigdom er gjort i storbyer i USA og delvis i England. Det er vanskelig å overføre denne kunnskapen til norske forhold fordi velferdsutbyggingen er annerledes i Norge enn i de to nevnte landene. Esping-Andersen (2002) mener imidlertid å se en utvikling i de største europeiske byene som kan minne om amerikanske forhold: Relativ fattigdom blant store konsentrasjoner av etniske minoriteter har fått klarere likhetstrekk med amerikanske forhold. Backe-Hansen (2004) påpeker at enkelte deler av Oslo kan tendere mot å ha disse kjennetegnene Esping-Andersen advarer mot.

## Innvandrere fra ikke-vestlige land

Norge har de siste tiårene definert seg som et flerkulturelt samfunn i tråd med majoriteten av vestlige land. Antall innvandrere i verden er doblet siden 1975, hvor de fleste lever i Europa (56 millioner), Asia (50 millioner) og Nord-Amerika (41 millioner) (United Nations 2002). Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at det er innvandrere i Norge fra cirka 200 land, og at innvandrere i 2004 utgjorde 7,9 prosent av befolkningen (SSB 2005). Innvandrere er altså en betegnelse for en høyst heterogen gruppe av mennesker (Carta et al. 2001) som representerer mange etnisiteter og med meget ulike behov i nye land.

***Informasjonsboks 7.11. Begrepene innvandrer, flyktning og minoritet***

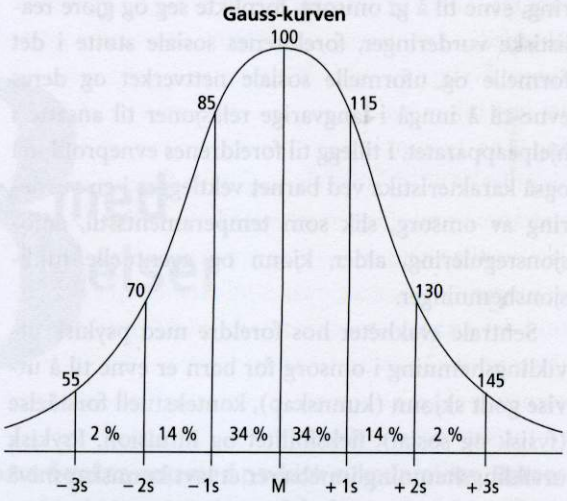
- *innvandrer*: Dette er personer som (1) selv har innvandret til Norge og som har to utenlandsfødte foreldre, det vil si førstegenerasjon innvandrere, eller (2) personer som er født i Norge av to utenlandsfødte foreldre.
- *flyktning*: Dette er personer som er innvilget asyl eller opphold på humanitært grunnlag eller midlertidig beskyttelse, enten personen har kommet som asylsøker, overføringsflyktning eller via familiegjenforening (det juridiske flyktningbegrepet omfatter kun overføringsflyktninger og tidligere asylsøkere som har fått innvilget asyl).
- *minoritet*: Dette er en inndeling av befolkningen i flertall og mindretall på ulike områder og i saker. Eksempler er utseende, språk, religion, verdiorientering. Medlemmer av en språklig minoritet er alle i Norge som ikke er norske eller samiske.

*Kilde: St.meld. nr. 49 (2003–04)*

Barnevernsansatte kommer ofte i kontakt med familier med innvandrerbakgrunn (Hagen & Quershi 1996). Ifølge Statistisk sentralbyrå har barn med innvandrerbakgrunn de senere år oftere barnevernstiltak enn andre barn. Det gjelder spesielt barn med asiatisk, afrikansk og østeuropeisk bakgrunn. I dette delkapitlet fokuseres det derfor på innvandrere fra ikke-vestlige land fordi det er denne gruppen av inn-

barnevernsarbeid overfor innvandrerfamilier blir faglige vurderinger i tråd med norsk lovverk, formidlet respektfullt og tiltak utført med kultursensitivitet, slik at respekten for familiens opprinnelseskultur blir tydelig.

Språk- og erfaringsrelaterte vansker leder til at mange innvandrere på den ene siden ikke vet om sine rettigheter i det nye samfunnet (Sharma 2001), på den andre siden ofte har sterkere behov for slike tjenester grunnet sin bakgrunn og situasjon. Det er konkludert med at mange innvandrere møter mange barrierer for å nå sosial- og helsetjenester (Hansen et al. 2000, Waters 2002), noe som gjør livssituasjonen ytterligere komplisert.




*Figur 7.3. Fordeling av IQ-koeffisienter i befolkningen*

## Psykisk utviklingshemning hos foreldre

Personer med psykisk utviklingshemning kjennetegnes av en vedvarende, mental umodenhet som kan være uforenlig med ansvarlig foreldreatferd. Psykisk utviklingshemning hos foreldre leder ofte til stress knyttet til barneomsorg fordi de har vansker med å tolke barnets signaler eller besvare barnets initiativ og behov på hensiktsmessige og fleksible måter (Samra-Grewal 1999). Utenlandske studier viser at mellom 40 til 60 prosent av foreldre med psykisk utviklingshemning blir fratatt omsorgen for egne barn (McConnell 2001).

Foreldres omsorgsevne kan ikke baseres på deres IQ alene (Beebe et al. 2000), for psykisk utviklingshemning er ikke automatisk knyttet til for dårlig omsorg for barna (Benjet & Kazdin 2003). Flere fagfolk har uttrykt skepsis til vurdering av psykisk utviklingshemmedes omsorgsevne, men ofte bygger disse artikler på ideologi mer enn solide fakta (se eksempelvis Booth & Booth 1999, Sheerin 1998).

Intelligens måles i IQ-poeng. Intelligens er tilnærmet normalfordelt i befolkningen, det vil si at den fordeles langs Gauss-kurven. Som figur 7.3 viser, er standardavvikene delt inn med 15 IQ-poeng. Det innebærer at nesten hele befolkningen omfattes med tre standardavvik. Med ± ett standardavvik, altså en IQ på mellom 85 og 115, omfattes 68 prosent av befolkningen. Med ± to standardavvik, altså en IQ mellom 70 og 130, omfattes 96 prosent av befolkningen. Med ± tre standardavvik, altså en IQ på mellom 55 og 145, når man nesten 100 prosent av befolkningen. Begrepet nedre del av normalområdet blir derved en IQ på mellom 85 og 70, IQ under 70 defineres som psykisk utviklingshemning (se kapittel 12 for en mer detaljert innføring i begrepet psykisk utviklingshemning). Det er noen flere personer som skårer under 70 IQ-poeng enn det er personer som skårer over 130. Det skyldes ervervede hjerneskader etter ulykker og progredierende hjernelidelser. Derfor vil det være noen flere personer med lav IQ enn tilsvarende positive standardavvik.

Det finnes ingen magiske grenser for når evnenivået er for lavt til at man kan skjøtte god nok omsorg for barn, men i flere studier finner man at IQ under 60 IQ-poeng innebærer så store vansker at det ikke er forsvarlig å ha omsorg for barn og unge (Samra-Grewal 1999, Scott 1994). Det betyr at lett psykisk utviklingshemning som går fra 70 til 55 IQ-poeng ofte deles i to når det gjelder omsorg for barn, hvor den øvre halvdel med omfattende hjelpetiltak *kan* skjøtte omsorg for barn, mens den nedre halvdel ikke kan ha daglig ansvar for barn og unge.

Vurdering av foreldres omsorgsevne går ut over å vurdere deres evnenivå. Personer med psykisk utviklingshemning viser variasjoner i ansvarlighet og sosial fungering. Det omfatter foreldrenes sosiale funge-

# 8 Foreldre med psykiske lidelser

**Det debatteres ofte hvilke konsekvenser det har for barn å vokse opp med psykisk syke foreldre. Barnevernets ansatte skal ikke gjøre alle typer vurderinger av foreldrenes psykososiale fungering. Diagnostisering er en spesialistoppgave, men barnevernets ansatte skal ha en generalistkompetanse på voksnes omsorgsevne som inkluderer deres psykososiale fungering. I dette kapitlet gis en generell innføring i psykiske lidelser med vektlegging av depresjon og personlighetsforstyrrelser hos omsorgspersoner og konsekvenser slike vansker har for barnas utvikling.**

## Moderate og alvorlige psykiske lidelser

Utbredelsen av psykososiale vansker i befolkningen er drøftet i kapittel 3. Angitt utbredelse av slike vansker tilsier at mange barn og unge vokser opp med én eller to omsorgspersoner med psykiske lidelser. Psykiske lidelser hos foreldre er ikke synonymt med mishandling eller omsorgssvikt av barna. Man kan si at lettere grader av psykiske lidelser som regel ikke innebærer alvorlige belastninger for barna, men at det derimot er en sterkere sammenheng mellom moderate og alvorlige psykiske lidelser og vansker med å gi tilstrekkelig god omsorg for barna. I graderingen moderat til alvorlig inngår alvorlige personlighetsforstyrrelser (gruppe A og B) samt psykosene (Heifer & Dickstein 2000).

Lettere grad av psykiske lidelser hos foreldre vil øke risikoen for at barna utvikler psykiske lidelser, men det er ikke synonymt med for dårlig omsorg for eller mishandling av barn og unge. Tar man for seg hele spekteret av psykiske lidelser fra de lette til de alvorlige, er psykiske lidelser hos foreldre i moderat grad knyttet til omsorgssvikt og mishandling av barn (Egami et al. 1996, Jacobsen et al. 1997). Man må derfor skille mellom grader av psykiske vansker hos foreldrene for å sikre en rimelig faglig presisjon i å vurdere konsekvensene for barna.

Noen studier viser at barn av psykisk syke fungerer meget godt og har et godt liv (Almvik & Ytterhus 2004). Ofte er denne typen studier basert på små utvalg hvor rekrutteringen til forskningen ofte når de som fungerer best framfor å avdekke det generelle bildet på konsekvensene av å ha vokst opp med omsorgspersoner med psykiske lidelser. Studiene er derfor ikke godt egnet til å generalisere hvordan barn av psykisk syke har det, men gode for å kartlegge beskyttelsesfaktorer som senere utforskes i mer representative utvalg.

Forskning viser at akkurat som man velger venner som ligner seg selv, velges også samlivspartnere som man deler grunnleggende karakteristika med. Derfor finner man at foreldre med psykiske lidelser tenderer mot å velge samlivspartnere med samme psykososiale belastningsgrad (Egeland et al. 2002). Det er en form for regel at jo alvorligere grad av psykisk lidelse og jo mer kronifisert denne er, desto større risiko for at samlivspartneren også har en psykisk lidelse. Derved blir risikofaktoren psykisk lidel-

se hos foreldre alvorligere for barna fordi det ikke er en frisk forelder som kan kompensere for den sykes vansker.

## Dårlig barneomsorg

Psykiske lidelser hos foreldre har konsekvenser for omsorg for barn når omsorgspersonenes egne problemer og ubearbeidede opplevelser vanskeliggjør realistiske vurderinger, hindrer dem fra å være bekreftende, emosjonelt nær, ha overskudd til å stimulere barnet, planlegge og å holde seg til planene. De kan derfor møte barnet med ignorering, redsel, sinne eller avvisning. Observasjoner av foreldre med moderate og alvorlige former for psykiske lidelser viser at de i samspill med barna ofte er negativistiske, lite responderende og lite hensiktsmessige (adaptive) i dekking av barnets behov (Kochanska et al. 2004, Radke-Yarrow & Klimes-Dougan 2002).

Foreldres dårlige omsorgsferdigheter påvirker små barn mer enn ungdommer, siden jo yngre barnet er, desto mer formbart er det. Dette har konsekvenser for vurdering av oppvekstsituasjonen hos spedbarn med en mor som har en kronifisert, moderat eller alvorlig psykisk lidelse, versus en mor med en midlertidig forverring av en mildere psykisk lidelse med omsorg for en ungdom. Vurdering av barns oppvekstkår hos foreldre med psykiske lidelser innebærer kartlegging av tre forhold: (1) alvorligheten i den psykiske lidelsen, (2) oppdragelsesstilen og (3) foreldrenes evne til å være en del av det ordinære samfunnslivet.

1 Til en viss grad kan man hevde at jo alvorligere psykisk lidelse en forelder har, desto større er risikoen for at barna utvikler en psykisk lidelse. Denne tommelfingerregelen har mange unntak og må nyanseres: En nyanse er at psykiske lidelser delvis er genetisk styrt, og det er derfor vanskelig å avgjøre om barna skades mest av omsorgen, om vanskene er sterk genetisk betinget, eller begge disse. Adopsjons- og tvillingstudier har til en viss grad avklart dette forholdet (jevnfør kapittel 1). Dernest vil ulike typer av psykiske lidelser hos foreldre ramme barn ulikt – noen vansker er mer belastende for personen selv, mens andre lidelser i sterkere grad er knyttet til at de rammer andre og preger det mellommenneskelige samspillet negativt. Som en tommelfingerregel kan man hevde at det er en sammenheng mellom at jo alvorligere den psykiske lidelsen er, desto mindre innsikt vil personen ofte selv ha i vanskene. Det synes å være en god prognostisk faktor når foreldre viser innsikt i sin egen psykiske lidelse. Det leder til at de blir bedre i stand til å ivareta barnet og forsøke å skjerme barnet for negative symptomer knyttet til sin lidelse (Mullick et al. 2001). Det er viktig at barn av psykisk syke foreldre får svar på og vite om foreldrenes vansker. Jo mer innsikt i og åpenhet omkring de psykiske lidelsene foreldrene har, desto bedre blir ofte barnet rustet til å håndtere egen situasjon (Handley et al. 2001). Denne åpenheten må ikke få preg av å belaste barnet eller lede det inn i en posisjon som parentifisert.
2 Foreldres oppdragelsesstil er en medierende faktor, det vil si at den demper eller forsterker konsekvensene for barna av foreldrenes psykiske lidelser (Johnson et al. 2001, Otto et al. 2003). Hjelp til foreldre for å mestre omsorgsoppgaven bedre for barna bidrar derfor tydelig til redusert fare for at barn også skal utvikle psykiske lidelser (Irvine et al. 1999, Redmond et al. 1999, Spoth et al. 1999).
3 Det er en klar sammenheng mellom grad av psykiske lidelser og evne til å relatere seg til samfunnslivet. En viktig indikasjon på hvordan det vil gå barn av psykisk syke, er å se forelderens evne til sosial fungering og deres evne til å delta i et tilnærmet normalt liv og ha en forholdsvis normal samfunnskontakt. Jo mer isolerende foreldrene er og jo mer de holder barnet unna vanlige sosialiseringsagenter og sosialiseringsarenaer, desto større risiko for at barna utvikler psykiske lidelser (Mufson et al. 1994).

## Diagnosegrupper og omsorgssvikt eller mishandling

Utrygg tilknytningsstil er felles for mange foreldre med moderate og alvorlige psykiske lidelser og foreldre som mishandler og svikter i omsorgen for barna (Bugental & Shennum 2002, Johnson et al.

2001). Foreldre som mishandler sine barn har ofte dårlig emosjonsregulering, lav selvaktelse og svakt utviklet empati som felles karakteristika. Disse kjennetegnene er ofte knyttet til irrasjonalitet og flere psykiske lidelser som personlighetsforstyrrelser og psykoser.

Det er vanskelig å gi eksempler på hvilke diagnoser hos omsorgspersoner som leder til størst fare for at barn utsettes for omsorgssvikt eller mishandling. Utenlandske studier indikerer imidlertid at alvorlig mishandling av barn har vært utført av mødre med diagnosene schizofreni eller depresjon, mens mishandlende og omsorgssviktende fedre ofte har personlighetsforstyrrelser eller depresjon. En studie i et lite utvalg viste at litt over halvparten av mishandlende foreldre innfridde kravene til én eller flere alvorlige personlighetsforstyrrelser – ofte lidelser i gruppe B av personlighetsforstyrrelser som følelsesmessig ustabil, dyssosial eller narsissistisk personlighetsforstyrrelse (Strand & Wahler 1996).

**Sjekkliste 8.1. Høyrisikofaktorer for barna når foreldrene har psykiske vansker**

- Foreldrene makter ikke å ivareta barnets behov for trygghet og beskyttelse.
- Foreldrenes psykiske lidelser inkluderer også vold og/eller rusmiddelmisbruk.
- Foreldrene har diagnosen dyssosial eller følelsesmessig ustabil personlighetsforstyrrelse.
- Foreldrene utfører omfattende selvskading.
- Foreldrene lider av psykoser.

*Listen bygger på Cleaver et al. 1999, Duncan & Reder 2000, Falkov 2002, Falkov & Lindsey 2002.*

## Bekymringsmeldinger fra terapeuter i voksenpsykiatrien

Omkring 20 til 30 prosent av norske psykiatriske pasienter har små barn – halvparten av disse er alene om omsorgen av barnet (St.meld. nr. 25 (1996–97)). Derved er det ikke en annen forelder som kan kompensere for vanskene og fungere som en beskyttelsesfaktor. Analyser av hvem som melder bekymring til barnevernet viser at terapeuter i voksenpsykiatrien melder svært sjelden til tross for at de jobber med foreldre som utgjør en høyrisiko for barnas utvikling (SSB 2004). Terapeuter i voksenpsykiatrien innhenter sjelden opplysninger om barna til sine pasienter, og rutiner for å sjekke hvordan barn av psykisk syke har det, er enten fraværende eller følges ikke (Hetherington et al. 2002, Howard 2000). Dette skjer til tross for at psykiatriske pasienter ofte ytrer et ønske om at deres familie får bistand (Kufås et al. 2004).

Det er personlige erfaringer og meninger mer enn faglig standard som forklarer omfanget av meldinger og hvilke typer saker som meldes til barnevernstjenesten (Ashton 2004). Praksisen hos ansatte i voksenpsykiatrien er lik med den som for eksempel er i barnehage og helsestasjon; alvorlig lav i forhold til det antall barn og unge som har behov for tjenester regulert etter lov om barneverntjenester (1992). Flere år med fokus på temaet barn av psykisk syke, og kompetanseøkning og informasjonsgiving, har ikke ledet til endringer av praksis.

## Fire hovedgrupper av psykisk fungering

Man opererer med fire grove mål på menneskers psykososiale fungering: normalitet, nevroser, personlighetsforstyrrelser og psykoser. Av disse er det personlighetsforstyrrelsene som drøftes mest utførlig i denne boken, men først en kort presentasjon av de fire fungeringsnivåene.

## Normalitet

En enkel definisjon av normalitet er fravær av tydelige symptomer på psykiske lidelser. Det er nok en forenkling å anta at velbefinnende kan defineres som fravær av psykopatologi, fordi mange mennesker med alvorlige psykiske lidelser har mangelfull selvinnsikt og kan føle velbehag selv om andre som kjenner dem bekymres for dem eller lider under deres vansker (Lorion 2000).

Normalitet kjennetegnes blant annet av nyanserte og realistiske oppfatninger av seg selv og omverdenen. Normalitet betegner derved en gruppe personer som har god evne til både å sette seg og å jobbe mot langsiktige mål, utnytter godt sine evner, ferdigheter og talenter, samt utfolder seg i en balanse mellom selvhevdelse og innordning i et sosialt fellesskap.

Normalitetsbegrepet gir dårlig klangbunn hos mange mennesker fordi det baseres på en sortering mellom godt versus dårlig av menneskelige egenskaper og fungering. Bruk av normalitetsbegrepet (og nevroser, personlighetsforstyrrelser og psykoser) kan hos noen oppleves som en gradering av menneskeverd fra idealtypen til det uønskede. Ingen har hittil maktet å utvikle et troverdig alternativ til slike graderinger av menneskers psykososiale fungering, og debattene knyttet til dette temaet har derfor i all hovedsak handlet om hvor grenser trekkes mellom de fire funksjonsnivåene og konsekvensene av slik faglig gradering av menneskelig fungering.

Personer som kategoriseres som normale, har i all hovedsak en god omsorg for sine barn og makter å tilpasse seg barna på en fleksibel måte med avveininger ut fra barnets behov og forutsetninger. Denne foreldregruppen skiller godt mellom hva som er egne behov og barnets. De prioriterer å dekke barnets grunnleggende behov framfor egne, og gjør realistiske vurderinger og veloverveide valg.

## Nevroser

Nevroser kan noe forenklet framstilt sies å handle om engstelighet og lettere grad av depresjoner. Nevroser oppleves derfor ofte som en slitenhetsfølelse som ikke rimer med de påkjenninger personen objektivt sett har. Gapet mellom subjektive versus objektive mål på påkjenninger kan være lite bevisst for personene selv. Personer med nevroser (benevnes også nevrotikere) vil derfor ofte ha et betydelig sykefravær fra jobb.

Mennesker med nevroser har vansker med å nyte livets goder ved at de er psykisk, sosialt og kroppslig hemmet og ofte plaget av skyldfølelse, mindreverdsfølelse, og opplever seg som svake, usikre og inadekvate. Personer med nevroser er fryktsomme og fokuserer på trusler, mens mennesker flest tenderer mot å ikke fokusere på det som vekker angst. Personer med nevroser oppfatter seg selv som for svake til å håndtere mange av de situasjoner de frykter vil oppstå, noe som igjen øker deres frykt. De framstår derfor som engstelige. De misliker konflikter og uoverensstemmelser. I slike situasjoner blir de lett motløse og framstår som unnvikende og feige eller er ofte oppfarende, og sorterer dårlig i hva man skal la seg affektere av og hisse seg opp over.

Personer med nevroser er generelt usikre og søker trygghet via bekreftelser og forsikringer fra andre. Det utpregede behovet for trygghet blir framtredende i relasjonsvalg, om det er venner, samlivspartnere eller personer de foretrekker å være sammen med på jobben. Deres sterke selvfokus på hvordan de framstår eller krav om tilrettelegging fra andre, slik at de føler seg bekvemme i ulike situasjoner, kan lede til at de oppfattes som selvopptatte og egoistiske fordi deres etterspørsel av forsikringer og bekreftelser kan bli anmassende, eller deres sterke kontrollbehov for å føle seg trygg og bekvem kan oppfattes av andre som urimelige fordringer.

Personer med nevroser skiller ofte dårlig mellom tanke, følelse og handling. De får derfor sterke skyldfølelser for fantasier og tanker de har, som igjen ofte leder til straffebehov. Deres håndtering av utfordringer er ofte lite fleksibel ved at de i liten grad skifter mellom løsningsstiler. De gjør derfor mer av det samme selv om det ikke har ledet til ønsket resultat, altså gjentar de atferd som ikke har ledet til ønsket resultat uten å bytte strategi som kan lede til ønsket situasjon. Et eksempel kan være å nesten uten unntak unngå ubehagelige konflikter, selv om de erfarer at det øker konfliktnivået.

Nevrotikere har et rimelig realistisk bilde av seg selv og omverdenen. Oppfatningen er ikke mer realistisk enn at de ofte forstørrer farer, forminsker

egne krefter, og ubegrunnet frykt blir framtredende i deres oppfatninger. Personer med nevroser har således gjerne en del livstema som plager dem. Disse plagsomme temaene blir ekstra sterke når de er slitne eller møter motgang. For andre kan disse temaene oppleves som slitsomt gjentagende og med lite utvikling over år.

Nevroser vises ofte tidlig i livet i form av nedstemthet/depresjoner og engstelighet/angstlidelse. Omkring tre fjerdedeler av barn med slike symptomer «vokser dem av seg» til voksen alder i tråd med livserfaring og utvikling av mestringsstrategier. Går man motsatt vei i resonnementsrekken, finner man at de fleste voksne personer med nevroser som barn var nedstemte eller hadde depresjoner, eller var engstelige eller hadde angstlidelse.

Personer med nevroser skjøtter ofte godt omsorgen for barn. Deres hemninger, skyldfølelse, mindreverdighetsfølelse, lite fleksibilitet i valg av løsningsstrategier og at visse livstema tenderer mot å dominere oppfatning, handling og samtaler med andre, gjør dem karakteristiske. Det er dokumentert sterke overføringer av angst og depresjon fra foreldre til barn. Foreldre med nevroser (eller personlighetsforstyrrelser) er en risikofaktor for at barn utvikler angstlidelser og depresjon. Foreldre med nevroser binder oftere enn foreldre uten slike vansker barna i usunne relasjoner, som å innvie dem i voksentema, skape sterke avhengighetsforhold og en emosjonell overinvolvering. Spesielt risikoutsatt er barn når foreldre har tunge og langvarige depresjoner eller invalidiserende angstlidelser som hindrer foreldrene fra å gi barn tilstrekkelig omsorg, enten fordi de fokuserer for mye på seg selv og for lite på barnet, eller er så hemmet at de ikke kan utøve viktige omsorgsoppgaver, eller mangler energi til å følge opp barnet. Imidlertid kan ikke personer med nevroser jevnt over betraktes som skadelige for barn eller karakteriseres som omsorgssviktende eller mishandlende.

## Personlighetsforstyrrelser

Det som skiller personer med personlighetsforstyrrelser fra dem uten psykiske lidelser, beskrives ut fra gradsforskjeller framfor vesensforskjeller (Million et al. 2001). Med det menes at personer med personlighetsforstyrrelser ikke har helt andre følelser og egenskaper enn personer uten personlighetsforstyrrelser, men at trekkene er over- eller underutviklede og dårlig avpasset til situasjoner. Med gradsforskjell menes nettopp en avvikende dimensjonering av eller utrykksformer for personlighetstrekk som folk flest har. Personlighetsforstyrrelser kan derved defineres som markerte avvik fra det majoriteten i et samfunn oppfatter, tenker, føler og måter de forholder seg til andre på. Siden avvikene skal være markante, bidrar personlighetsforstyrrelser til å hemme individets sosiale og yrkesmessige fungering, leder til subjektivt ubehag, de gjør ofte uoverveide valg ved viktige korsveier i livet som partner-, venne- og jobbvalg. Vanskene hos personer med personlighetsforstyrrelser vises ekstra godt ved stress i form av dårlig tilpasningsdyktighet. Personer med personlighetsforstyrrelse oppleves ikke bare som vanskelige av personer som står dem nær, slik som foreldre, søsken, barn, venner og arbeidskolleger, men ofte også av fagpersoner i hjelpeapparatet.

Personlighetsforstyrrelser innebærer forringet selvinnsikt og vansker med å gjøre realistiske vurderinger av samspill med andre, og disse beskrivelsene avviker derfor ofte i vesentlig grad fra andres beskrivelse av dem. Personer med personlighetsforstyrrelser havner ofte i alvorlige konflikter med andre fordi deres oppfatninger av seg selv, andre og situasjoner er fordreide. Konfliktene handler derfor ofte om hvem som har oppfattet riktig, noe som lett ender med at noen av partene føler seg krenket ved å bli stilt i dårlig lys og tape ansikt.

Fellesnevneren for personlighetsforstyrrelser er med andre ord tydelige samspillvansker fordi de ofte skaper konflikter ved å framprovosere avvisningsreaksjoner hos andre. Personlighetsforstyrrelser leder til mangelfull tilpasningsevne med lite fleksibilitet og dårlig stabilitet i fungering og framtoning. Personlighetsforstyrrelser innebærer derfor ofte kronisk interpersonlig stress som igjen lett leder til andre psykiske lidelser, eksempelvis angst og depresjon.

De problemskapende trekkene ved personlighetsforstyrrelser er ofte det som benevnes som jegsyntone (oppleves som en del av en selv) i motsetning til

jegdystone (oppleves som fremmede og ikke som en del av en selv). Derfor beskriver ofte personer med personlighetsforstyrrelse færre vansker enn det de som er tett på vedkommende gjør. De beskriver derfor sjelden trekk som lett krenkbarhet, sterke hevnmotiver, ustabil oppfatning av andre eller intenst hat. De ønsker derfor sjelden hjelp for disse grunnleggende personlighetstrekkene. Derimot plages de en del ganger av jegdystone vansker som angst og depresjon. Derfor presenterer de disse sekundære vansker framfor de primære når de søker hjelp. Straks de jegdystone plagene gir seg, er de ofte lite motivert for videre hjelp for å endre de jegsyntone trekkene i personlighetsforstyrrelsen.

Personlighetsforstyrrelser anses som en utviklingsforstyrrelse. Trekkene til en personlighetsforstyrrelse skal være til stede i barne- og ungdomsår selv om diagnosen formelt først stilles etter at personen har fylt 18 år (Caspi & Roberts 2001, Shiner et al. 2002). Selv om utvikling av personlighetsforstyrrelser starter i barne- og ungdomsår, er det vanskelig å angi selve debuttidspunktet for vanskene (Perris & Perris 2000). Flere forskere konkluderer derfor med at diagnoser for personlighetsforstyrrelse kan stilles med troverdighet til ungdommer. Symptomene på personlighetsforstyrrelse synes nær like stabile i ungdomsår som for voksen alder, det vil si moderat stabilt over en toårsperiode og med i underkant av 30 prosent som viser reduksjon i symptomene (Johnson et al. 2000a).

Personlighetsforstyrrelser innebærer ofte negative konsekvenser for barneomsorg. Spesielt gjelder det for de alvorligste formene av denne lidelsen. Den mangelfulle selvinnsikten, det krenkende samspillmønsteret, det svingende følelseslivet, framprovosering av avvisningsreaksjoner, dårlig tilpasningsevne, vansker med å holde seg til mål og dårlig utviklede mestringsstrategier gjør at de ofte har vansker med å dekke grunnleggende behov hos barnet. Omsorgssvikt og mishandling avdekkes derfor ofte hos foreldre med personlighetsforstyrrelser.

### Psykoser

De fleste tenker ikke på sinnssykdom når det gjelder personer med personlighetsforstyrrelser, men at de er vanskelige å forstå og å forholde seg til. Psykoser regnes imidlertid som sinnssykdom. Psykose er et samlebegrep for en rekke alvorlige sinnslidelser som betegner et sammenbrudd i individets rasjonelle og emosjonelle mestring av livet. Psykotiske mennesker har mistet taket på virkeligheten og preges av alvorlige tankeforstyrrelser, vrangforestillinger og hallusinasjoner. Selvinnsikten er dårlig, så også evnen til å vurdere andre mennesker og den fysiske virkelighet. Eksempler på hallusinasjoner er å se laserstråler som de må unngå og derfor går på en påfallende måte nedover gaten, er overbevist om at røykvarslere er et overvåkningskamera, ser at en person som stirrer rett framfor seg ser på dem med stygge øyne og gapskratter av dem uten at det er tilfellet. Personer med psykose er sterkt overbevist om riktigheten av sine hallusinasjoner, vrangforestillinger og tankeforstyrrelser, og vil derfor ikke oppleve seg selv som syke. De har derfor ofte lav motivasjon for omfattende behandling, selv om de kan være interessert i å få bukt med ubehagelige symptomer.

Schizofreni er én av lidelsene som grupperes under psykoser. Barn av foreldre med schizofreni preges ofte av dårligere kognitiv, sensorimotorisk og nevrologisk utvikling. Personer med psykoser er på den ene siden redde for å be om bistand ut fra frykt for å fratas den daglige omsorgen for sine barn, parallelt har de mangelfull innsikt i sin egen tilkortkommenhet i foreldreferdigheter (Plant et al. 2002). Personer som preges av hyppige og/eller langvarige psykotiske perioder fratas ofte den daglige omsorgen for sine barn (Howard 2000). Det bunner i et bredt folkelig og faglig skjønn om at psykoser som regel ikke er forenlig med forsvarlig barneomsorg (Kumar et al. 2005). Barn av personer med psykoser har en meget høy forekomst av ulike alvorlige psykiske lidelser (Varma et al. 1997). Det skyldes både genetiske forhold, men mest familiært samspill. Beste prediktor for hvordan schizofrene vil makte omsorgen for barn, er deres fungering før barnet ble født (Oates 1996).

## Deprimerte omsorgspersoner

Deprimerte mødre er et av de mer studerte fenomenene i forhold til barns og unges utvikling. Temaets

dominans i faglitteraturen gjør at det vies et eget delkapittel i denne boken, hvor målet er å gi en oversikt over de mest sentrale, nyere forskningsfunn.

## En betydelig risikofaktor

Det er særdeles veldokumentert i forskning at depresjon hos omsorgspersoner er en høyrisiko for at barna utvikler psykiske lidelser. Depresjon i familien er en av de sikreste prediktorer for at barn og unge vil utvikle depresjon. En gjennomgang av forskningslitteraturen viste at barn av deprimerte mødre har to til tre ganger forhøyet risiko for å utvikle psykiske lidelser (Brennan et al. 2002, Leverton et al. 2003, Lieb et al. 2002). Forskning kan oppsummeres med at mellom 41 til 77 prosent av deprimerte foreldres barn utvikler en psykisk lidelse bunnet i den mangelfulle omsorgen (oversikt gitt i Doesum et al. 2005).

Depresjon hos én av foreldrene er nært knyttet til kumulativ risiko for barna fordi depresjon hos omsorgspersoner ofte er knyttet til flere andre risikofaktorer. Eksempler er samlivskonflikter, oppdragelsesvansker og at samlivspartneren også har psykiske lidelser.

## Karakteristisk samspill ved og konsekvenser av depresjon

Depresjon kjennetegnes blant annet av initiativløshet, lite fokus rettet utad mot omverdenen og av at man lett blir irritabel. Kombinasjonen av å ha lite psykisk energi, irritabilitet og negativisme er trolig årsaken til at mange deprimerte mødre er kritiske til sine barn, opplever dem som unormale og vanskelige, og derfor ønsker å få dem utredet og diagnostisert. En del deprimerte mødre er så kritiske til og negative overfor sine barn at de kan karakteriseres som fiendtlige.

Slitenheten mange deprimerte erfarer, leder til at de er lite energiske i samspill med eller sjelden er i forkant av sine barn, og derfor overraskes stadig av det barnet foretar seg og opplever det derfor som å lage mye spetakkel og ugagn. Depresjon hos omsorgsperson leder til mindre stimulering av barnet fordi personen både tar lite initiativ til samspill og i liten grad besvarer barnets kontaktsøking. Deprimerte foreldre pludrer og snakker lite med barnet, viser mindre variasjon i mimikk og lite glede overfor det. Den svake stimuleringen deprimerte ofte gir sine barn er en viktig forklaring på at barna deres som gruppe i gjennomsnitt skårer ett standardavvik (1SD) under gjennomsnittet på mål for IQ og verbale ferdigheter i forhold til barn av ikke-deprimerte mødre (Hay et al. 2001) (se side 195 om standardavvik og IQ). Deprimerte «matcher» dårlig barnets kroppsspråk og framstår derfor som lite empatiske. Dette er observert både i samspill i oppholdsrom i hjemmet, på stellebordet og i forskningslaboratorium. Deprimerte foreldre er ofte så lite sensitive overfor barnet at de kan betegnes som for styrende eller dirigerende i samspillet (Lovejoy et al. 2000, Reck et al. 2004). Foreldre vikler seg derfor lett inn i mønstre av å ignorere barnet når det oppfører seg godt, men å gi det (negativ) oppmerksomhet når det er vanskelig. Siden barn er sensitive for forsterkninger og negativ oppmerksomhet kan ses som en form for belønning i et samspill som ellers preges av ignorering og fjernhet, forsterkes ofte barnets negative atferd.

Deprimertes mangelfulle initiativ til samspill, negativisme og irritabilitet og emosjonelle fjernhet er hovedforklaringer på hvorfor en betydelig andel av barna til deprimerte utvikler utrygg tilknytningsstil (Atkinson et al. 2000, Martins & Gaffan 2000, van Ijzendoorn et al. 1999). Negativisme og emosjonell fjernhet er også en hovedforklaring på den høye andelen av barn med atferdsvansker til foreldre med depresjon (Dawson et al. 1999, Luoma et al. 2001). Årsaken til utvikling av atferdsvansker er at barn ofte forsterker sine signaler for å bryte igjennom foreldres depresjon. De blir derved ropende, klamrende, masende, bråkete og utagerende for å få oppmerksomhet.

Observasjoner av deprimerte mødres samspill med barna ved samarbeidsoppgaver viser ofte at de i liten grad forklarer hva de tenker eller gjør, slik at det blir vanskelig for barn å lære seg gode strategier for problemløsning. Foreldres prat med barn under lek er viktig både for å utvikle trygg tilknytning, sikre god språkutvikling, lære sosiale ferdigheter og utvikling av «Theory of Mind» (se side 147). Mangel-

full læring av slike ferdigheter av foreldrene er også en hovedforklaring på hvorfor mange av deprimertes barn har dårlig utviklede sosiale ferdigheter og vansker med å skape godt samspill med jevnaldrende (McCarty & McMahon 2003).

Foreldrenes følelsesregister preger barna. Derfor vil deprimerte foreldre ofte lede til at barna får overdreven utvikling av negative følelser og svak stimulering på positive følelser (Garstein & Fagot 2003, Reck et al. 2004). I tråd med dette finner man at spedbarn av deprimerte mødre responderer mer på mødrenes uttrykk for tristhet enn glede, noe som indikerer en tendens til å overfokusere og svare på tristhet hos andre (Lundy et al. 1997). Dette gjør barnet sårbart for selv å utvikle depresjon.

## Barn av deprimerte foreldre

Mødres depresjon synes å prege barns nevrobiologiske utvikling allerede under svangerskapet (Goodman & Gotlib 1999). Forskere har funnet at barn av deprimerte mødre allerede bare kort tid etter fødselen viser høyt stressnivå, negativisme og unngåelse av mor, og framstår som deprimerte i uttrykksformer allerede ved tremånedersalder. Lav grad av respondering på barnet, lite inititaiv til samspill, å eksponere barnet overdrevent mye for negative emosjoner og for lite positive emosjoner, mangelfulle ferdigheter i grensesetting og veiledning av barn er hovedårsakene til at barn av deprimerte preges av en rekke vansker.

***Informasjonsboks 8.1. Høyfrekvente vansker hos barn og unge av deprimerte mødre***

- dårlige sosiale ferdigheter og lite flinke til å skape smidig samspill med jevnaldrende
- forsinkelser i emosjonell utvikling
- dårlig emosjonsregulering (er ofte aggressive og har atferdsvansker, som ofte vises allerede ved 28 til 36 måneders alder, eller aktiv sosial tilbaketrekking og angst ved fem års alder)
- psykiske lidelser (ofte depresjon og da spesielt i tenårsalder eller atferdsvansker)
- forsinkelse i kognitiv utvikling og atypiske hjernefunksjoner
- oppmerksomhets- og konsentrasjonsvansker
- lav IQ
- skolefaglige vansker

*Listen bygger på Brennan et al. 2000, Cicchetti et al. 2000, Garber et al. 2002, Hay et al. 2001, Hay et al. 2003, Mevik & Trymbo 2002, Shonk & Cicchetti 2001.*

Mødres depresjon kan synes å ha verre konsekvenser for små barns psykososiale fungering, mens fedres depresjon i sterkere grad synes å påvirke eldre barns psykososiale utvikling negativt. Mest alvorlig er konsekvensen av mødres depresjon for barna når mor er deprimert i barnas fem første leveår fordi utvikling av følelsesregister og emosjonsregulering er ekstra sterk i denne fasen (Connell & Goodman 2002).

Selv om depresjon hos foreldre er en betydelig risikofaktor for barns utvikling, er det funnet flere beskyttelsesfaktorer som reduserer faren for skjevutvikling hos barna: Minst skades barn av foreldres depresjoner hvis foreldrenes relasjoner til barnet preges av varme, det er lite familiekonflikter og familien kjennetegnes av et sunt samhold (Garber & Little 1999). Når den ene forelderen er deprimert, synes ofte den andre forelderen – hvis denne er psykososialt velfungerende – å være ekstra til stede for barna og støtte dem (Goodman 2004). I slike situasjoner utgjør den friske forelderen en meget viktig beskyttelsesfaktor (McCarty & McMahon 2003).

## Grad av depresjon

Depresjon kan graderes fra lett til alvorlig og strekker seg i tid fra det midlertidige til det langvarige (se side 184 for ulike grader av depresjon). Det er derfor behov for å dele depresjon i de nevnte graderinger

for å bli klokere på sammenhenger mellom depresjon hos voksne og evne til omsorg for barn. Murray og Cooper (1997) opererer med tre grupper av deprimerte mødre:

1 De er tilbaketrekkende/utilgjengelige, det vil si at barnet har vansker med å etablere en stabil og positiv psykisk relasjon til moren.
2 De er fiendtlige/overgripende/overinvolverende, det vil si at barnet utvikler frykt for å utsettes for overgrep eller blir passivisert av en overinvolverende mor.
3 De har hovedsakelig en positiv relasjon til barnet.

Emosjonelt overinvolverende eller avvisende deprimerte foreldre hadde barn med betydelig høyere forekomst av internaliserende og eksternaliserende vansker enn deprimerte foreldre som var likegyldige. Best utviklet barn seg hos deprimerte foreldre som klarte å være empatiske og aktivt involverende i samspill med barnet. Dette rimer med annen forskning: Barnas psykososiale fungering var klart sterkere knyttet til foreldrenes oppdragelsesstil enn grad av depresjon hos foreldrene (Solantaus-Simula et al. 2002). Det synes rimelig å hevde at det ikke primært er grad av depresjon som best predikerer om barna skades eller ikke, men den deprimertes oppdragelsesstil, generell evne til sosial kontakt, deltagelse i samfunnslivet og grad av inkludering i et sosialt fellesskap (Mufson et al. 1994). For å illustrere dette forskningsfunnet kan man tenke seg to ekstremeksempler: En mor med lett grad av depresjon som stort sett holder seg inne og i liten grad har kontakt med andre mennesker, vil sannsynligvis ha andre trekk som i kombinasjon leder til dårligere omsorg for og verre prognose for barnet, enn en dypt deprimert mor som har kontakt med slekt og noen få venner, som makter å delta i en del sosiale arrangementer og som makter å støtte barnet i å ha en aktiv fritid. I tillegg til gradering av alvorligheten i depresjonen og den deprimertes oppdragelsesstil, vil komorbiditet være en viktig prediktor for hvordan barna utvikler seg: Mødre med depresjon synes å påvirke barna mindre negativt enn mødre som er deprimert i tillegg til å ha andre psykiske lidelser (komorbide tilstander) (Carter et al. 2001).

Depresjon hos mødre er én faktor som i betydelig grad øker risikoen for at omsorgssvikt og mishandling går over generasjoner, altså sosial arv. Forskning har også avdekket sammenhenger mellom grad av depresjon og mishandling av barn: Mødre med moderat grad av depresjon mishandler oftere sine barn fysisk enn mødre med lett eller alvorlig grad av depresjon (Weinfield et al. 2000). Trolig er årsaken at de dypt deprimerte har for lite psykisk energi til å utagere og derfor heller ikke mishandler. Foreldre med lett depresjon vil både ha mer overskudd enn de øvrige grader av depresjon, være mer fleksible i løsningsstrategier og derfor håndtere barna godt og ikke mishandle dem. De med moderat grad av depresjon vil både være mer irritable, slitne og mindre fleksible enn de med lett depresjon, men samtidig ha nok energi til å kunne utagere.

## Ulike konsekvenser for jenter og gutter

Gutter får ofte dårligere omsorg enn jenter av mødre med fødselsdepresjoner (Hay et al. 2001), og generelt finner man ved ulike typer depresjon hos mødre at sønner påvirkes mer negativt enn døtrene (Carter et al. 2001, Sugawara et al. 1999).

Gutter og jenter synes så ha ulik sårbarhet, hvor gutter oftere enn jenter utvikler psykososiale vansker. Det er også kjønnsforskjeller i håndtering av risikofaktorer og hvordan beskyttelsesfaktorer virker. Det synes som om jenter og gutter utvikler ulike typer av psykiske lidelser når de har deprimerte foreldre: Jenter utvikler i høyere grad internaliserende vansker og gutter ofte eksternaliserende vansker (atferdsvansker) når mor er deprimert (Leverton 2003, McCarty & McMahon 2003).

Man har generelt avdekket lite om mestringsstrategier for gutter versus jenter når det gjelder å ha foreldre med psykiske lidelser. Almvik og Ytterhus (2004) fant i sin studie at jenter gjerne ble omsorgsfulle og føyelige, mens gutter oppholdt seg mye borte fra familien.

## Samlivsvansker og behandlingsbehov

Deprimerte voksne trekker seg ofte følelsesmessig fra partner og barn. Det leder ofte til stress i familie-

relasjonene. Disse spenningene fører til at det ofte er et høyt konfliktnivå, en utpreget distanse og lite intimitet i samlivet til langvarig deprimerte personer (Davila 2001). Over tid leder depresjon hos voksne til at samlivet blir kvalitativt forringet ved at partene i et gjensidig, negativt påvirkningsmønster trekker seg unna hverandre, men hvor den deprimerte takler dette dårligst (Whisman 2001).

Deprimerte foreldre bør ha psykoterapeutisk behandling, men forskning viser at kurering av depresjon ikke automatisk innebærer at omsorgsevnen økes eller at samspillet med barna bedres. En barnevernssak kan derfor ikke automatisk avsluttes selv om den deprimerte forelderen profitterer på psykoterapeutisk behandling for egen depresjon fordi omsorgsferdighetene fortsatt kan være mangelfulle (Cooper & Murray 1997). Dette bunner i at mange personer med depresjoner har risikofaktorer som dårlige mestringsstrategier for samspill med andre og svak emosjonsregulering. Dette kan prege samspillet med barna negativt selv om depresjonen ikke er til stede etter behandlingen.

## Primærprosesser og sekundærprosesser

Å forstå normalitet og psykiske lidelser (psykopatologi) forutsetter grunnleggende kunnskap om primær- og sekundærprosesser samt forsvarsmekanismer. Det er to grunnleggende prosesser i menneskers personlighet: primær- og sekundærprosesstenkning. Primærprosesser handler om fantasi og drømmer, og nært til dette ligger ønsketenkning. Tidsdimensjonen er uklar, og det er nåtid som er fokus og derved oppstår også trangen til umiddelbar behovstilfredsstillelse, det vil si at lystprinsippet dominerer. Vanlig logikk eksisterer ikke eller er dårlig utbygd, og magisk tenkning er framtredende. I tråd med primærprosesstenkning vil barn ofte skille dårlig mellom det de har drømt og fantasert om på den ene siden, og om dette faktisk har skjedd eller vil kunne skje på ordentlig på den andre siden. Når behov og lyster vekkes i barn, vil de på grunn av dårlig tidsforståelse ha umiddelbar behovsdekking. De har vansker med å trøste seg med at dekking av behovet kan skje senere. Mange tema i trassalderen handler om umiddelbar behovsdekking i tillegg til å markere selvstendighet.

Sekundærprosesstenkning kjennetegnes av at realitets- framfor lystprinsippet dominerer, og at logisk resonnering benyttes. Tidsdimensjonen er utviklet, og man har både for-, nå- og framtid. Det gjør det mulig å planlegge og å gjøre realistiske tidsvurderinger, slik at man kan utsette behovstilfredsstillelser. Sekundærprosesstenkning gjør mennesker modne. De kan gjøre avveininger og derfor foreta kalkulerte valg framfor ofte å handle på impulser (som er primærprosesstenkning). De vil derfor framstå som planmessige, rasjonelle og forutsigbare. Mens voksne som preges av primærprosesstenkning ofte vil ha vansker med å dekke barns grunnleggende behov framfor egne nettopp ut fra vansker med å utsette behovstilfredsstillelse, vil voksne som preges av sekundærprosesstenkning kunne utsette dekking av egne behov for å prioritere barnas grunnleggende behov.

Mennesket fødes med primærprosesstenkning. Primærprosesstenkningen forsvinner ikke når sekundærprosesstenkningen etableres i slutten av barnehagealder, slik at sekundærprosesstenkning bygges oppå primærprosesstenkningen. Man kan godt benytte et bilde av primærprosesstenkning som en grunnmur og sekundærprosesstenkning som selve huset. Et eksempel på at primærprosesstenkning ikke forsvinner, er at voksnes lekenhet, kreativitet og humor ofte bygger på primærprosesstenkning og derfor er en viktig del av vår personlighet og fungering. Det er et viktig skille for voksne om de *lett blir* primærprosesstenkende ved stress, eller om de *velger* å bli det når de eksempelvis skal oppleve kunst og å være lekne. Valgt lekenhet og å være kreativ benevnes som regresjon i egos tjeneste, og indikerer en sunn personlighet. Voksne personer som lett blir primærprosesstenkende, har ofte psykiske lidelser som personlighetsforstyrrelser og psykoser.

Primær- og sekundærprosesstenkning er knyttet til forsvarsmekanismene: De primitive (umodne) forsvarsmekanismene er knyttet til primærprosesstenkning, mens sekundærprosesstenkning er knyttet til sekundære (modne) forsvarsmekanismer. Forsvarsmekanismer er derved sterkt knyttet til personers psykososiale fungering. Vurdering av en persons karakteristiske bruk av forsvarsmekanismer gir klare in-

dikasjoner på bruk av primær- og sekundærprosesstenkning og om personer fungerer innenfor det normale eller har nevroser, personlighetsforstyrrelser eller psykoser. En grundig gjennomgang av personlighetsforstyrrelser baseres på at leseren har kjennskap til elementærkunnskap om forsvarsmekanismer.

***Informasjonsboks 8.2. Noen primitive (umodne) forsvarsmekanismer***

- *benekting*: nekter å erkjenne visse ubehagelige aspekter ved den ytre virkeligheten
- *devaluering*: tilskriver seg selv eller andre overdrevent negative karakteristika
- *dissosiasjon*: sammenbrudd i bevisstheten, hukommelsen, opplevelsen av selvet eller omgivelser, eller sensorisk/motorisk atferd. Dissosiasjon er det motsatte av assosiasjon. Sistnevnte er å knytte sammen, mens dissosiasjon handler om å fragmentere ved å spalte opp bevisstheten. Dissosiasjon som fenomen kan graderes langs et kontinuum fra å dagdrømme til en vedvarende oppsplitting av personens opplevelse av bevissthet, identitet og hukommelse. I klinisk litteratur er dissosiasjon og dissosiative lidelser alvorlige symptomer og ikke isolert til litt mental fraværenhet (se side 291).
- *hjelpavvisende klaging (hypokondri)*: klager eller fremmer gjentatte krav om hjelp som maskerer skjult fiendtlighet eller bebreidelser rettet mot andre. Dette kommer til uttrykk ved avvisning av forslag, råd eller hjelp som andre tilbyr. Klagene eller kravene kan omfatte somatiske eller psykiske symptomer eller livsproblemer.
- *idealisering*: tillegger seg selv eller andre overdrevent positive egenskaper
- *omnipotens*: føler eller handler som om man har spesielle evner eller ferdigheter og er suveren sammenlignet med andre
- *passiv aggresjon*: en indirekte og lite selvsikker måte å uttrykke aggressivitet på mot andre. Bak en tilsynelatende føyelig fasade skjules motstand, bitterhet eller fiendtlighet. Kommer ofte som reaksjon på krav overfor personen om selvstendighet i handling og ytelse, og ved mangel på dekning av avhengighetsbehov.
- *projisering*: feilaktig å tilskrive andre ens egne, uakseptable følelser, impulser eller tanker
- *projektiv identifikasjon*: tillegger andre sine egne negative, uakseptable følelser, impulser og tanker. I motsetning til ved projeksjon vil personen ikke fullstendig fraskrive seg det som er projisert ved projektiv identifikasjon, fordi vedkommende er klar over sine egne affekter eller impulser, men oppfatter dem feilaktig som rettferdige og rimelige reaksjoner på andres atferd. Ofte får vedkommende de andre til å føle skyld for det som feilaktig er blitt tillagt dem, og det blir vanskelig å avklare årsak–virkning-forhold.
- *schizoid/autistisk fantasi*: overdrevent dagdrømmeri som en erstatning for menneskelige relasjoner, mer effektiv handling eller problemløsning
- *splitting*: skiller motsatte følelsestilstander fra hverandre. Derved får man ikke integrert positive og negative egenskaper ved seg selv eller andre til en helhet. Personen makter ikke å oppleve motstridende følelser parallelt. Oppfatninger av seg selv og andre veksler mellom ytterligheter (poler), eksempelvis bare god eller bare ond, bare mektig eller bare svak. Splitting skal ikke bare defineres som å beskrive personer som «helgode» eller «helonde», men tendensen å beskrive andre med ekstreme kvaliteter som «den mest brilliante», «den helt fantastisk beste» kan også ses som splitting (Veen & Arntz 2000).
- *utagering*: handling framfor ettertanke eller å kjenne på følelser. Impulser omsettes derved direkte i handling uten å kjenne på den affekten som ligger til grunn. Med andre ord så gir man etter for impulser for å unngå spenninger knyttet til utsettelse. Utageringer kan være verbale og fysiske.

***Informasjonsboks 8.3. Noen sekundære (modne) forsvarsmekanismer***

- *(affekt)isolering*: skiller ideene fra de følelsene som opprinnelig var forbundet med dem. Individet mister kontakten med følelsene knyttet til en bestemt idé, men er oppmerksom på de kognitive aspektene.
- *altruisme*: ofrer seg for å dekke andres behov. I motsetning til den selvoppofrelsen som kjennetegner reaksjonsdannelse, får individet tilfredsstillelse enten indirekte eller via andres reaksjoner.
- *antisipering*: følelsesmessig forberedelse på å møte framtidige ubehagelige og stressende hendelser ved å framkalle følelsen på forhånd, foregripe konsekvensene av mulige framtidige hendelser, og tenke over realistiske alternativer for å håndtere situasjonen
- *forskyvning*: forskyver en følelse eller reaksjon på en person til en mindre truende annen
- *fortrengning*: skyver forstyrrende ønsker, tanker eller opplevelser bort fra bevisstheten. Den følelsesmessige komponenten kan være bevisst, men atskilt fra de tilhørende ideene.
- *forventning*: opplever følelsesmessige reaksjoner forut for eller forventer konsekvensene av mulige framtidige hendelser. Personen overveier realistiske, alternative reaksjoner eller løsninger.
- *humor*: vektlegging av de komiske eller ironiske sidene av konflikten eller påkjenningen. Sunn humor innebærer at man ikke primært forsøker å krenke eller fornedre andre.
- *intellektualisering*: overdreven bruk av abstrakt tenkning eller generaliseringer i et forsøk på å kontrollere eller redusere ubehagelige følelser
- *kompensering*: svakheter eller vansker håndteres ved at man utvikler andre sider ved seg selv slik at de kompenserer for vansken, altså en mestringsstrategi
- *rasjonalisering*: skjuler de egentlige motivene for sine egne tanker, handlinger eller følelser, eller utvikler beroligende eller selvrettferdige forklaringer som er uriktige
- *reaksjonsdannelse*: erstatter egne uakseptable tanker og følelser med atferd, tanker eller følelser som er stikk motsatt, samtidig som tanker og følelser blir fortrengt
- *selvhevdelse*: å gi direkte uttrykk for sine følelser og tanker på måter som ikke er tvangspreget eller manipulerende
- *selvobservasjon*: reflekterer over sine egne tanker, følelser, motivering og atferd for så å reagere på en hensiktsmessig måte
- *sublimering*: kanalisering av potensielt maladaptive følelser eller impulser (eksempelvis aggresjon) til sosialt akseptabel atferd som fysisk aktivitet, utdanning og lignende
- *tilknytning*: vender seg til andre for å få hjelp eller støtte. Dette innebærer å dele problemene med andre, men innebærer ikke å forsøke å gjøre andre ansvarlige for dem.
- *undertrykkelse*: bevisst eller prebevisst tendens til å unngå å tenke på ubehagelige, forstyrrende problemer, ønsker, følelser og opplevelser

Et voksent menneske har mange modne forsvarsmekanismer å benytte for å håndtere stress og trusler. Det er derfor først ved alvorlig stress, traumer eller når det er utpreget slitent at sunne voksne mennesker benytter primitive forsvarsmekanismer (i tillegg til regresjon i egos tjeneste). Det å ha mange sekundære forsvarsmekanismer å benytte før man tyr til bruk av de primitive, benevnes som et godt avtrappet forsvar. Enkelte mennesker tåler lite stress før de benytter primitive forsvarsmekanismer. De har et dårlig avtrappet forsvar. Rusmidler har en superegoreduserende funksjon, for det reduserer ens tilpasning til samfunnets krav, normer, regler og lover. Personer med få modne forsvarsmekanismer vil raskere bli primærprosesstenkende under rus enn de med mange modne forsvarsmekanismer fordi først-

nevnte har et dårlig avtrappet forsvar. Forsvarsmekanismer kan ses som en del av emosjonsreguleringen. Jo mer primitive forsvarsmekanismer en person benytter, desto dårligere emosjonsregulering.

Voksne med høy bruk av primitive forsvarsmekanismer indikerer psykiske lidelser. Hvilke forsvarsmekanismer som hyppig benyttes og som derved karakteriserer personen, antyder tilpasningsnivå eller fungeringsnivå. Informasjonsboksene 8.4 til 8.9 viser hvordan forsvarsmekanismer kan samles slik at de kjennetegner fra de psykososialt meget velfungerende (høyt tilpasningsnivå) til dem som har betydelige psykososiale tilpasningsproblemer (ageringsnivå).

***Informasjonsboks 8.4. Høyt tilpasningsnivå***

- altruisme
- forventning
- humor
- selvhevdelse
- selvobservasjon
- sublimering
- undertrykkelse

***Informasjonsboks 8.5. Psykisk hemningsnivå***

- (affekt)isolering
- dissosiasjon
- forskyvning
- fortrengning
- intellektualisering
- reaksjonsdannelse

***Informasjonsboks 8.6. Mildt billedforvrengende nivå (som leder til tendensiøse/fordreide oppfatninger)***

- devaluering
- idealisering
- omnipotens

***Informasjonsboks 8.7. Benektingsnivå***

- benekting
- projisering
- rasjonalisering

***Informasjonsboks 8.8. Alvorlig billedfordreiende nivå***

- projektiv identifikasjon
- schizoid/autistisk fantasi
- splitting

***Informasjonsboks 8.9. Ageringsnivå***

- apatisk tilbaketrekking
- hjelpavvisende klager
- passiv aggresjon
- utagering

Observasjoner av mennesker vil vise bruk av forsvarsmekanismer, likeså samtaler hvor man lytter sensitivt for å få tak i hvordan personen ser seg selv og sin omverden. I slike samtaler er det noen dimensjoner som blir viktige for å forstå en annen person og å vurdere fungeringsnivå (sjekkliste 8.2).

## Personlighetsforstyrrelser

Nevroser hos foreldrene er sjelden særlig skadelig for barn selv om det øker risikoen for at barna også utvikler nevroser (depresjon og angstlidelse). Personer med psykoser er ofte så markante og iøynefallende at man ofte blir oppmerksomme på dem. Derimot er det vanskeligere for fagfolk og allmennhet å oppdage personlighetsforstyrrelser. I dette delkapitlet gis en enkel innføring i denne diagnosegruppen, slik at ansatte som skal vurdere barns omsorg bedre blir i stand til å gjenkjenne trekk som er forenlige med personlighetsforstyrrelser og vurdere disse vanskene i forhold til omsorgen for barn og unge.

### Forekomst

Det er benyttet ulike forskningsmetoder og ulike diagnosesystemer i forekomststudier av personlighetsforstyrrelser. Det gir sprik i forekomstangivelser: Noen finner belegg for å hevde at i alle fall elleve prosent, og kanskje opp til 13 prosent, av den voksne befolkning innfrir kriteriene for minst én personlighetsforstyrrelse. Studier som omfatter både unge og voksne indikerer at mellom 15 til 17 prosent av befolkningen innfrir kriteriene for minst én personlighetsforstyrrelse (Grant et al. 2004, Samuels et al. 2002, S. Torgersen et al. 2001). Forekomst av personlighetsforstyrrelser er høyest i tolvårsalder for gutter og i 13-årsalder for jenter, for så å avta.

Personlighetsforstyrrelser diagnostiseres ut fra symptomer og personlighetskarakteristika. Symptomer vil endres med perioder og over tid, med konsekvenser for diagnostiseringen. Stabiliteten er 42 prosent over flere år for de alvorligste personlighetsforstyrrelsene (gruppe A og B). Mest stabil fra tenårsalder til voksen alder er dyssosial personlighetsforstyrrelse. Hvordan kan denne moderate stabiliteten forstås? Mennesker tilegner seg erfaringer og utvikles. Det er derfor et veldokumentert funn at jo eldre en person er, desto mindre risiko for å innfri kriteriene for en personlighetsforstyrrelse. En av grunnene for dette er at mange av de mest markante eller ekstreme personlighetstrekk som inngår som diagnosekriterier i personlighetsforstyrrelser gjerne dempes med årene (Ekselius 2001). Selv om personer med årene ikke lenger innfrir kriteriene for en personlighetsforstyrrelse, viser det store flertall av dem likevel tydelige tegn på psykopatologi eller dårlig psykososial tilpasning. Å ikke lenger innfri kravene til at diagnosen stilles, innebærer derved ikke at man automatisk blir veltilpasset.

**Sjekkliste 8.2. Viktige dimensjoner å lytte etter i samtaler for å vurdere personlighetsfungering**

- ansvarsfølelse for seg selv og andre og modenhet i de moralske vurderinger som ligger bak de valg man tar
- evnen til å utnytte evner og anlegg og ikke hemme seg selv i utfoldelse av evner, anlegg og talenter, eller å skusle bort muligheter for viktig selvrealisering
- frustrasjonsterskel (hvor lett man blir irritert, sint, skuffet eller oppgitt)
- identitet (å oppleve seg som en helhet man kan styre, slik at man ikke opplever seg primært styrt av ytre forhold). Eksempler på identitetsfølelser ved personlighetsforstyrrelser er usikkerhet på hvem man er, om man holder mål ut fra egne og andres forventninger og standarder, samt skiftende væremåter
- impulskontroll (hvor godt man kontrollerer impulser som vekkes i en)
- klarhet i oppfattelse og uttrykksformer (detaljrikdom uten å bli snirklete og spissfindig, klare i stedet for diffuse oppfatninger og om det foreligger innholdsfattige formuleringer)
- kontaktbehov og kontaktevne (i hvilken grad personen er interessert i kontakt med andre eller trives best alene eller isolerer seg). Kontaktevne handler om i hvilken grad personen makter å inngå i langvarige, gjensidige og positive relasjoner til andre som partner, barn, slekt, kolleger og lignende.
- kontrollbehov versus evne til å la andre styre
- krenkbarhet (hvor lett personen blir fornærmet, såret, sint, skuffet, skamfull osv.)
- målrettethet og strategivalg (klare, gode valg og evne til å gjennomføre, framfor virring og uproduktivitet)
- selvopptatthet versus andre-/fellesskapsorientering. Spørsmål man kan stille seg selv etter å ha samtalt med personer er om de makter å ha en sunn regulering mellom å dominere og å slippe til andre, mellom å kreve for seg selv og å gi andre sosial støtte og omsorg, anse seg for å ha spesielle rettigheter eller innordne seg det som gjelder for folk flest. Sunne mennesker balanserer godt mellom selvstendighet og å tilhøre et sosialt fellesskap
- stabilitet i følelseslivet (spesielt viktig å avdekke store humørsvingninger og følelsesmessige svingninger)
- stabilitet i relasjoner til andre (hvor langvarige relasjoner man makter å skape)
- tillit versus mistillit til omverdenen, hvor vurdert framfor ukritisk tillit er indikasjoner på sunn personlighetsutforming, mens overveiende mistenksomhet er indikasjoner på psykiske lidelser
- variasjon av, grad av egnethet og styrken i følelsesuttrykk

*Oversikten er forfatterens.*

## Fra den lettsindige Sanne til den omsorgsfulle mormor

Sanne hadde vokst opp med turbulente familieforhold: Hennes mor hadde ikke noe fast forhold til Sannes far. Han var lite interessert i Sanne og enda mindre i hennes mor. Han hadde bare sporadisk kontakt med Sanne i oppveksten begrunnet med at han var etablert på en annen kant av landet og periodevis lå under for alkoholen. Sannes mor var et fyrverkeri: impulsiv og beleven, flørtende, snarsint og selvopptatt. Sanne måtte tidlig greie seg selv. Bekreftelser fikk Sanne via sitt utseende hos eldre gutter og menn. Hun hadde mange kjæresteforhold i oppveksten og satte egne behov for nærhet til menn langt foran stabilitet for barna. I perioder var Sanne plaget av angst og depresjoner, og benyttet da en del psykofarmaka. I tre perioder hadde hun psykoterapeutisk kontakt.

Sannes eldste datter, June, fikk en sønn knapt 16 år gammel. Omsorgen for gutten var mangelfull, med lite tilsyn og stimulering av barnet fordi hun var utpreget umoden i forhold til alder, hadde utrygg tilknytningsstil, festet mye og hadde mange kjærester som flyttet inn og ut av hyblene hun bodde på. Barnevernet satte inn en rekke hjelpetiltak. Situasjonen ble flere ganger definert som § 4-12 i lov om barneverntjenester. I slike situasjoner flyttet June inn i sin mors sokkelleilighet. Sanne gikk da god for datterens omsorgsevne, tok barnebarnet opp til seg og kompenserte for datterens mangelfulle omsorgsferdigheter så vel som hun tilslørte manglene. Sanne ga rimelig godt førsteinntrykk, var verbal, styrte samtalene, vekselvis argumenterte, agiterte og beroliget de ansatte i hjelpeapparatet. Hun kunne være sjarmerende og var fortsatt vakker, selv om hun virket noe sliten. Sanne leste på Internett, spurte om råd, og ringte andre kommuners barnevernsansatte for å forhøre seg om rettigheter. Sanne styrte samtaler og informasjonsflyt og valgte å holde June borte fra flere ansvarsgruppemøter. Slik hadde Sanne kontroll, slik tilslørte hun situasjonen, for June hadde omsorg for barnet mye mer enn Sanne fortalte til barnevernskonsulenten.

Kasuistikken viser en kontrollerende, tilslørende, overinvolverende og engasjert Sanne. Hun framsto som god nok omsorgsperson ved vurderinger, men man glemte også i denne saken som så ofte ellers ved nettverksplasseringer hos besteforeldre, at June i høy grad var et resultat av Sannes omsorgsferdigheter. Få vurderte om de trekkene som ledet til Junes utvikling fortsatt var til stede i Sanne og kunne forme en ny June i barnebarnet. Slike vurderinger ser man sjelden i barnevernets saksframlegg for retten, og sjelden beskrevet av fylkesnemnd, tingrett eller lagmannsrett i deres slutninger.

## Komorbiditet

I snitt innfrir personer som har én personlighetsforstyrrelse mellom 3,5 til knapt fire andre psykiske lidelser (diagnoser). Som oftest er disse komorbide tilstandene andre personlighetsforstyrrelser, angst, depresjon, selvmord og rusmiddelmisbruk (Ekselius et al. 2001).

## Kjennetegn ved personlighetsforstyrrelser

Både den europeiske og den amerikanske diagnosemanualen angir sentrale trekk på personlighetsforstyrrelser. Dette er utgangspunktet for en skjønnsmessig vurdering som igjen suppleres med kriterier knyttet til de enkelte personlighetsforstyrrelsene.

## Tre grupper av personlighetsforstyrrelser

Personlighetsforstyrrelser er delt inn i tre grupper («cluster»): Gruppe C – som er de mildeste og går under samlebetegnelsen de engstelige. Gruppe B – som går under samlebetegnelsen de dramatiske. Gruppe A – som er den alvorligste og som går under samlebetegnelsen de eksentriske (informasjonsboks 8.11).

I fagmiljø debatteres hvor mange typer personlighetsforstyrrelser som må til for å dekke de ulike vanskeområder man tenker inn under samlebetegnelsen personlighetsforstyrrelser. DSM-IV inkluderer ti typer personlighetsforstyrrelse, i tillegg til to som foreløpig er inkludert for videre vurdering (depressiv og passiv-aggressiv) (i tillegg til en uspesifisert type), mens ICD-10 inkluderer ni (i tillegg kommer en uspesifisert type). I denne boken gjengis de ni lagt til ICD-10, samt de personlighetsforstyrrelser som ligger i DSM-IV, men som ikke dekkes i ICD-10.

Dels er personlighetsforstyrrelser gitt navn med tydelig forankring i psykodynamisk teori som avhengig, histrionisk og narsissistisk, dels er navnene på dem utledet av teorier om personlighetstrekk som engstelig (unnvikende) og antisosial, mens termen schizotyp er knyttet til Kraepelins oppfatning av personlighetsforstyrrelser som ikke fullt utviklede sykdomsbilder. Over de neste sidene gis en lettere innføring i hva som kjennetegner de ulike typer av personlighetsforstyrrelser.

***Informasjonsboks 8.10. Generelle kriterier for personlighetsforstyrrelser***

G1 Det er visshet for at vedkommendes karakteristika og varige mønster av indre opplevelser og atferd som helhet avviker markert fra den variasjon som er kulturelt forventet og akseptert (eller «normer»). Slikt avvik må manifestere seg i mer enn ett av følgende områder:

1 kognisjoner (dvs. måter å oppfatte og forstå ting, folk og begivenheter på; danne seg holdninger og bilder av seg selv og andre)
2 affektivitet (variasjonsbredden, intensiteten, det vil si passende i følelsesmessig aktivering og reaksjoner)
3 kontroll over impulser og tilfredsstillelse av behov
4 måter å forholde seg til andre og å takle mellommenneskelige situasjoner på

G2 Avviket må være omfattende og i form av atferd som ikke er fleksibel, som er uhensiktsmessig når det gjelder tilpasning og ellers ikke funksjonell over et bredt spektrum av personlige og sosiale situasjoner (f.eks. ikke være begrenset til en spesifikk «utløsende» stimulus eller situasjon).

G3 Det foreligger personlig ubehag, eller ugunstig effekt på det sosiale miljø, eller begge deler, som er klart knyttet til atferden omtalt i G2.

G4 Visshet må foreligge for at atferden er stabil og av lengre varighet. Den må ha startet i de senere barneår eller ungdom.

G5 Avviket kan ikke bli forklart som manifestasjon av eller konsekvens av andre mentale forstyrrelser hos voksne, til tross for at symptomforstyrrelser episodisk eller kronisk opptrer sammen med eller oppstår på toppen av personlighetsavviket.

*Kilde: ICD-10*

### *Personlighetsforstyrrelser i gruppe C*

Mennesker med personlighetsforstyrrelser i gruppe C preges av usikkerhet, lavt selvbilde, og forsiktighet som de forsøker å kompensere for – enten i form av å klamre seg til andre eller å unngå dem. Personer med personlighetsforstyrrelsene i denne gruppen kan også framstå som mismotige, nedstemte og med lite energi. Usikkerheten gjør at noen i denne gruppen framstår som irritable, negativistiske og oppfarende.

Mange personer med en personlighetsforstyrrelse innen gruppe C kan forveksles med å ha en nevrose. Forskjellen er at personer med personlighetsforstyrrelser i gruppe C både får sitt liv mer preget av vanskene, og det samme gjelder for omgivelsene sammenlignet ved en nevrose. Det innebærer at psykoterapeutisk behandling ofte er mer tidkrevende og vil ha et noe annet forløp enn ved behandling av nevroser.

#### *Engstelig (unnvikende) personlighetsforstyrrelse*

Personer med engstelig personlighetsforstyrrelse lengter etter kontakt med og nærhet til andre mennesker, men frykt for negativ evaluering eller avvisning leder dem til å unngå å involvere seg med andre. Denne gruppen av mennesker preges av anspenthet, engstelse, usikkerhet, lav selvaktelse og mindreverd. De er nærtagende og redde for kritikk. De opplever en energitappende frykt for mange dagligdagse situasjoner. Derfor innskrenker de eget sosialt liv. Mange med engstelig personlighetsforstyrrelse preges også av depresjoner. De gir ofte et servilt inntrykk, hvor trygghetssøking blir dominerende og selvhevdelse og frihet underutviklede trekk.

***Informasjonsboks 8.11. Personlighetsforstyrrelsestypene i ICD-10 og DSM-IV***

| *Nevroser* | *Spektrumet av personlighetsforstyrrelser* | | | | | | *Psykoser* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Eksempler:** | **Gruppe C** (de engstelige) | | **Gruppe B** (de dramatiske) | | **Gruppe A** (de eksentriske) | | **Eksempler:** |
| | *ICD-10* | *DSM-IV* | *ICD-10* | *DSM-IV* | *ICD-10* | *DSM-IV* | |
| engstelighet og angstlidelser | engstelig (unnvikende) | unngående (angstpreget) | dyssosial | antisosial | paranoid | paranoid | schizofreni |
| depressivitet og depresjoner | avhengig | avhengig | følelsesmessig ustabil | borderline | schizoid | schizoid | paranoide psykoser |
| | tvangspreget (anankastisk) | tvangspreget | dramatiserende | histrionisk | schizotyp | schizotyp | akutte og forbigående psykoser |
| | | | | narsissistisk | | | affektive psykoser |
| | | **På venteliste:** depressiv | | | | | |
| | | passiv-aggressiv | | | | | |

Mellom 1,1 til 2,4 prosent av befolkningen har denne personlighetsforstyrrelsen (Grant et al. 2004, Roth & Fonagy 2005).

### *Avhengig personlighetsforstyrrelse*

Personer med avhengig personlighetsforstyrrelse kjennetegnes av en utpreget uselvstendighet på flere sentrale livsområder, slik at de vegrer seg for å ta ansvar og egne valg: De ønsker gjerne at andre skal velge for dem, eller de kan treffe beslutninger selv hvis andre støtter dem og bekrefter riktigheten av valget. Frykten for å være alene bunner i en følelse av hjelpeløshet og leder til at de ofte klamrer seg til andre. De framstår som utpreget ettergivende overfor andre for å unngå å bli forlatt. Disse personene har ofte et sterkt fokus på hva andre forventer av og måtte mene om dem, og egne meninger og vurderinger tillegger de langt mindre verdi.

Mellom 0,5 til 1,7 prosent av befolkningen innfrir diagnosekriteriene for avhengig personlighetsforstyrrelse (Grant et al. 2004, Roth & Fonagy 2005).

Det er et stort overlapp mellom engstelig og avhengig personlighetsforstyrrelse (Karterud et al. 2001). I fagmiljø debatteres det derfor om dette egentlig er to ulike diagnoser.

***Diagnosekriterieoversikt 8.1. Engstelig personlighetsforstyrrelse***

Minst fire av følgende kriterier må være til stede:

1 vedvarende og gjennomgående følelser av spenning og engstelse
2 tror at vedkommende er sosialt udyktig, uten personlig appell, eller mindre verdt enn andre
3 overdreven opptatthet av å bli kritisert eller avvist i sosiale situasjoner
4 lite villig til å ha noe å gjøre med andre mennesker så sant vedkommende ikke er sikker på å bli likt
5 begrensninger i livsstilen på grunn av behovet for fysisk sikkerhet
6 unngåelse av sosiale eller yrkesmessige aktiviteter som innebærer mye mellommenneskelig kontakt av frykt for å bli kritisert, mislikt eller avvist

*Kilde: ICD-10*

***Diagnosekriterieoversikt 8.2. Avhengig personlighetsforstyrrelse***

Minst fire av følgende kriterier må være oppfylt:

1 oppmuntrer til eller tillater andre å ta ansvaret for de fleste av de viktige avgjørelsene i livet
2 egne behov underordnes behovene til andre vedkommende er avhengig av, og gir i urimelig grad etter for deres ønsker
3 ikke villig til selv å stille rimelige krav til dem vedkommende er avhengig av
4 føler seg ubehagelig til mote eller hjelpeløs når vedkommende er alene, på grunn av overdreven frykt for manglende evne til å ta vare på seg selv
5 besatt av frykten for å bli forlatt og derved måtte ta vare på seg selv
6 begrenset evne til å foreta dagligdagse beslutninger uten en overdreven mengde råd og forsikringer fra andre

*Kilde: ICD-10*

### *Tvangspreget personlighetsforstyrrelse*

Kjernen i denne personlighetsforstyrrelsen er en overdreven samvittighetsfullhet, perfeksjonisme med sterk fokusering på detaljer og en utpreget ordenssans, slik at disse personene ofte kan benevnes pedantiske. Til denne lidelsen ligger opptatthet av effektivitet, regler, prosedyrer og detaljfokusering. Det gjør at de kan framstå som rigide (stive), tørre og alvorlige med lite humor og ha vansker med å se de store sammenhenger og helheter. Deres sterke preferanse for rutiner gjør at de kan bli usikre og urolige ved forandringer. De kan oppfattes som autoritære, konservative av natur, moralistiske og forvente at andre har like streng kontroll med følelser og impulser som dem selv. De kan ha vansker med å treffe avgjørelser i frykt for å gjøre feil. Personer med denne personlighetsforstyrrelsen søker logikk, rasjonalitet og selvkontroll. Knyttet til dette vil denne gruppen personer ha lite sans for mennesker som er impulsive, teatralske, gledesorienterte og som har utradisjonelle holdninger og livsstil.

***Diagnosekriterieoversikt 8.3. Tvangspreget personlighetsforstyrrelse***

Minst fire av følgende kriterier må være til stede:

1 følelse av overdreven tvil og forsiktighet
2 i urimelig grad opptatt av produktivitet på bekostning av fornøyelser og mellommenneskelige forhold
3 overdrevent samvittighetsfull og forsiktig
4 overdrevent pedantisk og tro mot sosiale konvensjoner
5 overopptatt av detaljer, regler, skjemaer, orden, organisasjon eller oversikter
6 perfeksjonisme som hindrer at oppgaver fullføres
7 rigiditet og stahet
8 urimelig insisterende på at andre skal underordne seg nøyaktig vedkommendes måte å gjøre tingene på, eller urimelig lite villig til å la andre gjøre ting

*Kilde: ICD-10*

Mellom 1,7 til 7,8 prosent av befolkningen har denne personlighetsforstyrrelsen (Grant et al. 2004, Roth & Fonagy 2005).

### Depressiv personlighetsforstyrrelse

Denne personlighetsforstyrrelsen kjennetegnes av negativisme, pessimisme og fordømmende oppfatninger om seg selv, andre og livet i sin helhet. De er lite glade eller spontane, men dystre. Denne diagnosen er på venteliste i DSM, og finnes ikke i ICD. Forekomststudier er få og uklare, og de gjengis ikke her.

Depressiv personlighetsforstyrrelse tangerer flere andre personlighetsforstyrrelser: De har i likhet med personer med tvangspreget personlighetsforstyrrelse en sterkt utviklet samvittighet, har en lav selvaksept i likhet med personer med unnvikende eller avhengig personlighetsforstyrrelse, og deler en kritisk holdning til andre personer med passiv-aggressiv personlighetsforstyrrelse.

***Diagnosekriterieoversikt 8.4. Depressiv personlighetsforstyrrelse***

1 Det alminnelige følelsesliv er dominert av motløshet, tungsindighet og manglende glede.
2 Personen har en kritisk, anklagende og nedsettende holdning til seg selv.
3 Personen er grublende og bekymret.
4 Personen er negativistisk, kritisk og dømmende overfor andre.
5 Personen er pessimistisk.
6 Selvoppfatningen kretser rundt oppfatninger omkring udyktighet, verdiløshet og lav selvfølelse.

*Kilde: DSM-IV (ikke full status, er på venteliste)*

### Passiv-aggressiv personlighetsforstyrrelse

Personer med passiv-aggressiv personlighetsforstyrrelse kjennetegnes av negativisme, grettenhet, misfornøydhet til nær sagt alt og alle. Dette leder til omfattende klaging til, misunnelse over og motvilje rettet mot andre. Ofte sentreres denne passive agg-

ressiviteten mot personer som er vellykkede eller sitter i godt synlige og attraktive posisjoner. Personer med passiv-aggressiv personlighetsforstyrrelse saboterer for å straffe andre. De er ofte usikre og er derfor ofte verre i ord enn i gjerninger – motet svikter til å være redelig overfor dem det gjelder, eller å følge opp sine ønsker og ord med handlinger. Derfor baksnakker de, setter ut rykter om personer mer enn å gå i kamp med dem (som begrepet passiv indikerer). Denne diagnosen er på venteliste i DSM, og finnes ikke i ICD.

***Diagnosekriterieoversikt 8.5. Passiv-aggressiv personlighetsforstyrrelse***

Et gjennomgående mønster av negativistiske holdninger og passiv motstand mot krav om adekvate prestasjoner, som begynner tidlig i voksen alder og manifesterer seg i en rekke sammenhenger. Den er angitt ved minst fire av følgende kriterier:

1 Personen er gretten og argumenterende.
2 Personen gir uttrykk for overdrevne og vedvarende klager over egen uheldige skjebne.
3 Personen klager over å bli misforstått og ikke verdsatt av andre.
4 Personen kritiserer og forakter autoritetspersoner i urimelig grad.
5 Personen motsetter seg passivt at rutinemessige sosiale og yrkesmessige oppgaver blir utført.
6 Personen uttrykker misunnelse og aggresjon mot dem som åpenbart har vært mer heldige.
7 Personen veksler mellom fiendtlig trass og anger.

Opptrer ikke bare i løpet av en alvorlig depressiv episode, og er ikke bedre tatt vare på av dystym forstyrrelse.

*Kilde: DSM-IV (ikke full status, er på venteliste)*

Opp til 1,8 prosent av befolkningen har denne personlighetsforstyrrelsen (Roth & Fonagy 2005).

### *Personlighetsforstyrrelser i gruppe B*

Personer med personlighetsforstyrrelse i gruppe B beskrives ofte av andre som vanskelige, krevende og uforutsigbare. Ved bruk av folkelig ordvalg vil de karakteriseres som «heftige», «krevende», «stabilt ustabile» og til å skape «temperatur» i relasjonene til andre. Faglig beskrevet er dette mennesker som ofte inngår i krenkende relasjoner – enten selv som den krenkende og/eller krenket (masochistiske relasjoner). Mange personer med lidelser i gruppe B framstår som manipulerende og truende, har et ustabilt humør og oppfatninger av seg selv og andre.

Mange personer med lidelser i gruppe B tenderer mot å lyve. Det er mange grunner til å lyve, men hos mennesker flest bunner det generelt i et ønske om å framstå positivt i egne og andres øyne og å komme seg ut av vanskelige situasjoner. For mange personer med lidelser i gruppe B synes det nesten som om de lyver, slik at de kommer i vansker eller «lyver slik at de tror det selv», for patologiske løgnere kan en del ganger være vel vitende om sin lyving, andre ganger er de usikre på hva som er fakta og hva som er løgn. Motivene for lyving hos personer innen gruppe B synes å være flere enn hos folk uten psykiske lidelser. Løgnene til personer med lidelser i gruppe B bunner delvis i primærprosesstenkning hvor fantasi og virkelighet lett blandes, andre årsaker er at deres dramatiserende personlighetstrekk leder til behov for oppmerksomhet og å være midtpunkt. Andre ganger bunner løgnen i at deres mangelfulle vurdering av konsekvenser og impulsivitet fører dem til kinkige situasjoner det er vanskelig å komme seg ut av på andre måter enn ved løgn. Løgnene er ofte lett å

gjennomskue fordi det de forteller blir «for fantastisk». Mange med dramatiserende personlighetstrekk skriver seg ofte inn som hovedpersoner i fortellinger hvor de enten ikke har noen rolle eller bare skulle ha vært statister. Siden personlighetsforstyrrelser er en utviklingsforstyrrelse, er også moralutviklingen rammet. Mange personer med personlighetsforstyrrelser preges derfor av en grunnhet og svak evne til å føle skyld og anger, og patologisk lyving som en del av dette mønsteret.

**Sjekkliste 8.3. Vurdering av løgnaktighet**

- Historier som fortelles og som virker «for fantastiske» eller «for usannsynlige», er som oftest det.
- Tendenser til å skrive seg selv inn i hovedroller i historier som fortelles, hvor det ut fra fakta historien bygger på tilsier at de enten skulle hatt en birolle eller ikke i det hele tatt vært med i historien.
- Mønstre av løgn som er typiske for å vri seg unna ansvar for negative hendelser, er at personer ofte starter med å hevde at de ikke husker noe fra hendelsen, husker så litt mer etter hvert som de oppdager det er lønnsomt eller presses, husker detaljert der det er til egen fordel, husker lite eller intet der det taler imot dem. Andre snor seg ved å bare innrømme der det foreligger fakta, ellers benekter de konsekvent. Avsløringen av løgnen ligger da i om innrømmelsene rimer med historiene de forteller – for ofte blir det et gap mellom de ulike punkter de innrømmer fordi det ikke er nok til å danne en helhetlig fortelling. En slik taktisk innrømmelse følges ofte av ordknapphet, å snakke bort temaet eller bli synlig provosert.

*Oversikten er forfatterens.*

Personer med lidelser i gruppe B opplever ofte ikke selv å ha en psykisk lidelse. De opplever heller ikke å være vanskelige eller uforutsigbare, bare beskyldt av andre for å være det. Det er ofte personer som er nært knyttet til dem med personlighetsforstyrrelser i gruppe B som merker lidelsen best, og kan gi viktige opplysninger om personens sosiale fungering. Derimot søker personer med lidelser i gruppe B en del ganger hjelp for symptomlidelser som angst, depresjon, krenkethet etter å ha blitt forlatt av samlivspartner, mistet jobben, eller at venner har snudd dem ryggen. Kombinasjonen av liten selvinnsikt i egne psykiske vansker og utpreget bruk av primitive forsvarsmekanismer og en «her og nå»-holdning, gjør at mange er lite motivert for dypere behandling for sine vansker og de avbryter ofte terapeutisk kontakt.

### *Dyssosial personlighetsforstyrrelse*

Kjernen i dyssosial personlighetsforstyrrelse er mangelfullt utviklet samvittighet, mager evne til å føle skyld og anger for krenkelser overfor andre. De er utpreget impulsive og aggressive, de følger ikke samfunnets lover, normer eller regler, kjennetegnes av utagering – ofte ved bruk av rusmidler, betegnes som kronisk ustabile, har en kriminell livsstil og er spenningssøkende («sensation seeking») (Gunderson & Ronningstam 2001). Typiske atferdsmønstre er å lure andre ved løgnaktighet, bruk av falskt navn, bedrageri for egen vinnings skyld, uansvarlighet med egen eller andre personers sikkerhet, og er utenfor eller ustabil i arbeidslivet og unndrar seg ansvar og forpliktelser.

Det er en tendens til at kriminaliteten er størst fra 15 til 30 år (mens testosteronnivået er på det høyeste) for så å flate ut og så avta fra omkring 40-årsalderen av. I den anledning benytter man betegnelsen at lidelsen til en viss grad «brenner ut». Det som er beskrevet som kjernen i denne personlighetsforstyrrelsen er knyttet til en markant svakt utviklet empati.

I barnehagen utmerket Raymond seg med mangelfullt utviklede sosiale ferdigheter. Spesielt skar det seg for ham når han ble frustrert. Han hadde da et snevert repertoar som besto av sinne, trusler og så fysisk utagering. Episodene var ikke høyfrekvente, men de var alvorlige. De ansatte ved førskolen tenkte at dette var for lite å handle på og ville se an utviklingen. Slik gikk barnehageåret.

Ved skolestart gikk det greit. Raymond var riktignok noe ukonsentrert, urolig og høyrøstet, men de store utageringer uteble. Han dyttet ofte til andre, tok noen ganger krokfot på dem, tusket dem i snøen og slikt, men sammenlignet med de verste utageringene i barnehagen, så man dette som et bedringens tegn. Han virket imidlertid sint og hadde konstant en bekymringsfure ved neseroten. Tegningene han laget inneholdt alltid krigsscener, mye blod og figurer med skarpe tenner, altså små variasjoner over samme tema: dyr som drepte og spiste andre, soldater som plaffet ned andre, tanks som kjørte over mennesker og lignende. Lærerne visste ikke helt hvordan de skulle håndtere det, og forsøkte å få ham til å tegne noe annet eller gjøre om fritegning til tegneoppgaver.

Etter en nokså fredelig skolestart på høsten, eskalerte vanskene: Raymond ble sjefete, slo andre barn hardt i ansiktet hvis de ikke gjorde som han befalte. Han sloss titt og ofte i friminuttene. Elleve år gammel ble han tatt for røyking på skolen. Foreldrene ble innkalt. Samtaler fulgte. Situasjonen endret seg ikke. Tolv år gammel fikk Raymond forbud mot å være på butikken ved skolen fordi han flere ganger var blitt tatt i nasking. Naboer hadde lagt merke til Raymond som ofte var ute i gata til sent på kveld og foreldre som ikke passet på hvor han var. Han var en gutt på selvstyr.

Knapt 14 år gammel fikk Raymond innpass i en gjeng av noe eldre gutter. Han fikk i oppgave å selge stjålne iPods, CD-spillere, mobiltelefoner og lignende. Han avanserte raskt i gjengen og ble en sentral skikkelse, så sentral at han ofte ble omtalt av politiet. I niende klassetrinn ble han tatt med kniv på seg i skolegården, et betydelig kontantbeløp og elektroniske leketøy. Det ble en sak for skoleteamet. Barnevernet og den forebyggende gruppen i politiet jobbet videre med familien og Raymond, men det var ikke mye de kunne gjøre for å snu utviklingen, men jobbet mer med å dempe de verste konsekvensene og videre eskalering.

Raymond var allerede godt psykososialt skadd da hjelpen kom. Han gikk ikke i videregående opplæring, var kriminell og hadde en parasittisk (utnyttende) livsstil. Han hadde mange kjærlighetsforhold, men ble aldri mange måneder i dem. Han fikk sitt første barn 19 år gammel, men fulgte ikke opp barnet eller moren. Han hadde noen strøjobber, men ved et par anledninger ble han oppsagt grunnet tyveri på arbeidsplassen, andre ganger fikk han ikke forlenget kontrakt fordi han forsov seg en del, benyttet alle dager for egenmelding for sykdom og var oppkjeftig til sjefer og kolleger.

Mellom 1,5 og 3,6 prosent av befolkningen har dyssosial personlighetsforstyrrelse (Grant et al. 2004, Roth & Fonagy 2005).

På grunn av sin hasardiøse livsstil ender det med en tidlig død blant mange med denne diagnosen, ofte knyttet til overdose og å kjøre seg i hjel. I tillegg er det en betydelig fare for selvmord (i likhet med følelsesmessig ustabil personlighetsforstyrrelse) (Lesage et al. 1994). Livssituasjonen til mange med dyssosial personlighetsforstyrrelse gjør at de hyppig vikler seg inn i vansker, opplever mange nederlag, og de blir gjerne med årene bitre. Dette døyves ofte av rusmiddelmisbruk. For dem som ikke preges av slike vansker fra tenårsalderen av, vil mange utvikle et slikt misbruk gjerne fra 30-årene av.

Utenlandske studier viser at mellom 50 og 80 prosent av mannlige innsatte i fengsler innfrir diagnosekriteriene for dyssosial personlighetsforstyrrelse, og mellom 11 og 25 prosent av mannlige innsatte i fengsler innfrir kriteriene for psykopati (Simourd & Hoge 2000).

Det er ofte et gjennomgående kjennetegn at personer med dyssosial personlighetsforstyrrelse og psykopati har mange logiske brister i sine resonnementsrekker. Deres tydelige preg av primitive forsvarsmekanismer er årsaken til den manglende

logikken i resonnementsrekkene og fortellingene. Ofte skjer det ved at de gir opplysninger de ikke ville hatt, med mindre de selv var til stede i situasjonen de benekter å ha vært i, og lignende. Personer med dyssosial personlighetsforstyrrelse har ofte ikke bare isolerte antisosiale trekk, men et gjennomgripende mønster av antisosialitet, likeså er det sjelden at løgn er knyttet til visse, avgrensende områder, men mer er gjennomgripende i hele personligheten. Det sistnevnte benevnes som patologisk løgnaktighet. Patologisk løgn skilles fra enkeltstående løgner ved at sistnevnte ofte er motivert av å unngå å blottstille seg, ydmykes eller å imponere, mens patologisk løgn synes å være mindre klart motivert og forekommer ofte med lite skille på effekten av eller motivet for løgnen (se sjekkliste 8.3).

De beskrevne kjennetegn ved dyssosial personlighetsforstyrrelse indikerer at de i liten grad makter å forplikte seg over lengre tid i omsorg for barn (Guzder et al. 1999). De er derfor høyfrekvente i å mishandle og svikte i omsorgen for sine barn og fratas ofte omsorgen.

**Psykopati**

Diagnosen psykopati var forløperen til dyssosial personlighetsforstyrrelse, men psykopati og dyssosial personlighetsforstyrrelse er ikke synonymer: Dyssosial personlighetsforstyrrelse og antisosialitet refererer til et bredt atferdsregister basert på observasjon, mens psykopati baseres på atferd, kognitive, følelsesmessige og nevrologiske forhold (Bartol & Bartol 2004). Psykopati ble i en periode hyppig brukt av personer uten fagbakgrunn og mistet noe av sin faglige presisjon. Det er alltid et dilemma å gi informasjon om enkelte psykiske lidelser før de blir misbrukt – for mange sjefer og ektemaker har urettmessig blitt diagnostisert av ufaglærte som psykopater (eller sosiopater, som også har vært en betegnelse benyttet for denne gruppen mennesker).

Flere fagpersoner opplever at diagnosene dyssosial personlighetsforstyrrelse ikke fanger den iskaldt beregnende, den slu manipulerende, ytre sett vellykkede, men grunne personen som ligger i psykopatibegrepet. Derfor har flere tatt til orde for å gjeninnføre diagnosen. Det vil ikke skje på en stund. Likevel er det mange fagpersoner som i klinisk praksis tenker ut fra og prater om psykopati. Det gis derfor her en gjennomgang av hva som ligger i det.

Dahl og Dalsegg (2000) beskriver psykopati som en kombinasjon av patologisk narsissisme og dyssosiale trekk, og psykopater er derfor ikke helt identiske med, men snarere en «hard kjerne» av de antisosiale. I tråd med dette finner man at mange psykopater er kroniske kriminelle med meget dårlig prognose (Gretton et al. 2001). Det innebærer at mange av dem har hyppige tilbakefall mens de er i tiltak for å redusere kriminalitet, rusmiddelmisbruk og utnytting av andre (Porter et al. 2000).

Psykopati kan oppfattes som enhetlig, men uttrykksformene er flere. Man mener derved at det finnes «undergrupper» av psykopater, og enkelte har dristet seg til å beskrive ti ulike typer (Millon & Davis 1998). Man kan derved snakke om subtyper innen psykopatien, og at psykopater har «mange ansikter».

Psykopati innebærer alvorlige krenkelser mot andre og gjerne en psykisk og fysisk brutalitet. Personer med psykopati er blant annet mer voldelige, brutale, ufølsomme og sadistiske når de forgriper seg seksuelt enn overgripere med andre psykiske lidelser (Hare et al. 2000).

Psykopater viser lite engstelse (Barry et al. 2000, Frick et al. 2000a). I tråd med dette finner man at kombinasjonen lite engstelse og dårlig moral leder til psykopati, mens lav grad av engstelse og god moral gjerne leder til at man søker aktiviteter som krever lite frykt, slik som flyging, hanggliding, fallskjermhopping, rafting og lignende (Daderman et al. 2001). Lite engstelse hos psykopater leder også til at de har lite frykt for straff (Blair et al. 2001a).

Psykopati innebærer en følelsesmessig kaldhet, en grunnhet og vansker med å både registrere andres følelser, men aller mest å ivareta andres behov og respektere deres rettigheter. God kontakt og kommunikasjon innebærer at man forsøker å «lese» andres kroppsspråk og sette seg i deres sted for å forstå motiver og erfaringer. Psykopater synes insensitive overfor emosjonelle indikatorer som ord og ansiktsuttrykk (Blair et al. 2001b, Loney et al. 2003), og bruker den informasjon de makter å tolke av andre til å manipulere og utnytte framfor å forstå, respektere og ivareta.

Man kan trekke ut tre hoveddimensjoner i psykopati ut fra denne gjennomgangen: (1) en arrogant og utnyttende interpersonlig stil, (2) en impulsiv og uansvarlig atferd, samt (3) et tydelig mangelfullt utviklet følelsesregister (Cooke & Michie 2001, Frick et al. 2000a, Kosson et al. 2002).

Personer med psykopati har barne- og ungdomsår preget av antisosial atferd (Seagrave & Grisso 2002). Det har derfor vært en faglig diskusjon om psykopati bør beskrives hos barn og unge eller bare for personer over 18 år. For alle oss som har jobbet klinisk med antisosiale barn og unge, er det utvilsomt at noen av dem har sterke indikasjoner forenlige med kriteriene for psykopati. I den forbindelse har en del forskere og praktikere utviklet sjekklister for å diagnostisere psykopati hos ungdom (Edens et al. 2001, Kosson et al. 2002). Det er kontroversielt. Det har vært flere kritiske røster mot å sette så alvorlige diagnoser på unge personer. Samtidig rettferdiggjøres dette ved at personlighetsforstyrrelser er en utviklingsforstyrrelse, og krav om at symptomer skal debutere allerede i barne- og ungdomsår.

Studier gjort blant barn på fjerde til åttende klassetrinn, viste at 4,3 prosent innfridde kriteriene for psykopati (Skilling et al. 2001). Denne forekomsten er for høy, og forskerne har hatt vansker med å skille atferdsforstyrrelse fra subgruppen psykopati slik den beskrives og sjekklistene tilsier, utviklet av Frick og Hare (2001). Nederlandsk forskning viste at 25 prosent av ungdommer som hadde utført alvorlig vold mot andre, innfridde kriteriene for psykopati hos ungdom ut fra slike sjekklister for denne aldersgruppen (de Ruiter 2004). En annen nederlandsk undersøkelse viste at omkring 30 prosent av unge seksuelle overgripere innfridde kriteriene for psykopati (de Ruiter & van der Wolf 2004).

Enkelte har reist kritiske røster mot at man kanskje har vært overivrig i å definere avvikende ungdommer som psykopatiske (Frick & Ellis 1999), samtidig som symptomer på psykopati kan være forholdsvis annerledes uttrykt i ungdomsår enn i voksen alder og derfor krever inngående kjennskap til den indre dynamikken hos psykopater og ikke bare ytre, observerbare handlinger (Hart et al. 2002b). Når man evaluerer vurdering av antisosiale barn og unge og diagnostiserer disse i voksen alder, finner man at spesielt trekk i barneår og tidlig tenårsalder som impulsivitet kombinert med en ufølsomhet eller kald grunnhet, meget godt predikerer utvikling av psykopati (Frick et al. 2003). Med denne kunnskapen vil man også sikre mer presis diagnostisering av hvilke unge som med høy sannsynlighet vil utvikle psykopati.

Psykopater krenker og utsetter andre for smerte. Man kan kanskje tro at det må tære på deres samvittighet, at denne atferdsstilen bunner i at de misliker seg selv, og at de derfor – riktignok på en stusslig måte, forsøker å hevde seg ved å fornedre andre. Forskning bekrefter slett ikke slike sammenhenger mellom slik ytre atferd og nevnte indre opplevelser: Jevnt over finner man at mobbere, kriminelle, de som er voldelige mot samlivspartner og barn, mordere, torturister, voldtektsforbrytere, psykopater og yrkessoldater, ikke er misfornøyde med seg selv eller har lav selvaktelse. Mange av de nevnte gruppene har faktisk en høy selvaktelse. Det er imidlertid ikke selvoppfatningen som i seg selv predikerer aggresjonen hos personer med psykopati, men narsissismen eller den ustabile selvoppfatningen (Baumeister et al. 2000).

Det er anslått at omkring én prosent av befolkningen innfrir kriteriene for psykopati (Simourd & Hoge 2000), men som tidligere nevnt utgjør de en betydelig andel av mannlige innsatte i fengsler. Det er anslått at mellom 10 og 15 prosent av seksuelle overgripere overfor barn og mellom 40 og 50 prosent av voldtektsmenn innfrir kriteriene for psykopati (Gretton et al. 2001, Porter et al. 2000).

Det er flere psykiske lidelser som kan grense opp mot psykopati eller benevnes som å ha psykopatiske trekk. Likeså er det enkelte diagnoser som lett kan minne om psykopati, uten å være det. Et eksempel på sistnevnte er Asperger syndrom: Både personer med psykopati og Asperger syndrom kan virke ufølsomme overfor andres situasjon og vansker. Personer med Asperger syndrom kan virke lite interessert i andre mennesker, kan framstå som kalde og lite empatiske og derfor i ord og handlinger såre andre. Et viktig skille mellom psykopati og Asperger syndrom er at sistnevnte virker stusslig og avslører mangelfull kjennskap til og innsikt i normer, regler, skikk og bruk. De framstår derved ofte som plumpe

og sårende. Psykopater kjenner derimot til hva som er normer, regler, skikk og bruk, og benytter disse til å styre andre mennesker. Eksempelvis kan de indusere dårlig samvittighet, henvise til hva som er kutyme og lignende for å få andre til å handle slik det gagner psykopaten. Psykopaten vil samtidig ikke selv følge disse normer, regler eller kutymer med mindre det gagner vedkommende selv. Personer med Asperger syndrom oppfattes som retthaveriske, det gjør ikke psykopater. Personer med Asperger syndrom kan gjerne slåss for prinsipper som går i deres disfavør, det gjør sjelden psykopater. Lidelsen Asperger syndrom leder til at man lykkes bedre i samspill med én person framfor en gruppe av mennesker. Psykopater liker å spille personer opp mot hverandre og synes derfor å trives i grupper. Mens personer med Asperger syndrom ofte er påfallende, underlige, sprø eller originale, framstår personer med psykopati mer som kyniske, truende, manipulerende eller overfladisk sjarmerende.

**Sjekkliste 8.4. Psykopati**

Skåringene baseres på opplysninger via journal, fra personale og et løst strukturert intervju. Skår 2 er hvis atferd definitivt er til stede, skår 1 når man er usikker på om atferd er til stede, og skår 0 er når atferd ikke er til stede. Diagnosen psykopati stilles av fagpersoner vanligvis ved en skår på 30 poeng eller høyere.

1 glatthet/overfladisk sjarm
2 selvsentrert/storhetsideer om egen verdi
3 behov for nye impulser/lett for å kjede seg
4 patologisk løgnaktighet/bedrageri
5 bløffmakeri/manipulering
6 manglende anger eller skyldfølelse
7 manglende dybde i følelser
8 ufølsomhet/mangel på empati
9 parasittisk livsstil (snylter på/utnytter andre)
10 oppfarende/dårlig kontroll over sinne
11 promiskuøs seksuell atferd (utsvevende eller løssluppen seksualitet)
12 atferdsproblemer før fylte tolv år
13 manglende realistisk langtidsplanlegging
14 impulsivitet
15 uansvarlig foreldreatferd
16 hyppige ekteskap/samboerforhold
17 ungdomskriminalitet før fylte 15 år
18 svikt ved prøvetid eller løslatelse
19 manglende ansvar for egne handlinger
20 flere typer lovbrudd blant følgende ti: innbrudd, ran, narkotikamisbruk, frihetsberøvelse, mord (forsøk), ulovlig våpenbesittelse, seksuelle overgrep, grov uaktsomhet, bedrageri, flukt fra fengsel

*Kilde: Hare 1991 (PCL)*

Tidligere hevdet man at psykopater var umulig å behandle, og i rettspsykiatrien fikk de merkelappen «mangelfullt utviklede og varig svekkede sjelsevner». I dag råder fortsatt ingen behandlingsoptimisme for denne gruppen, selv om man ikke hevder at de er umulige å behandle terapeutisk (Salekin 2002, Skeem et al. 2002). Personer med psykopati kjennetegnes av mangelfull selvinnsikt og lav motivasjon for terapeutisk behandling og endring av atferd. De oppsøker derfor meget sjelden slik hjelp. Henvises eller presses de av andre til behandling, viser de lav motivasjon og høy frafallsprosent (Skeem et al. 2003). Behandlingsresultater for impulsivt aggressive personer er altså ikke spesielt oppløftende, men i tråd med økt kunnskap og derved inndeling i undergrupper, er det i de senere år publisert en del forskningslitteratur på ulike tiltak også for denne gruppen (Felthous & Barratt 2003). Det er imidlertid ikke grunnlag for å være mer enn nøktern optimist, for majoriteten av fagfeltet har over år erfart at prognosen for psykopater i behandling er dårlig, en del vil faktisk forverres som resultat av en del terapeutiske tilbud ved at de blir mer manipulerende (Hare et al. 2000, Rice et al. 2002).

### *Følelsesmessig ustabil personlighetsforstyrrelse*

I Norge er den amerikanske diagnosebetegnelsen borderline personlighetsforstyrrelse knyttet til DSM-IV så mye benyttet at den norske betegnelsen knyttet til ICD-10 kan synes noe trengt i bakgrunnen.

Kjennetegnene ved denne personlighetsforstyrrelsen er brå skifter i kognisjoner, emosjoner og atferd. Vanskeområdene kan grupperes i tre: indre, ytre og kognitive symptomer. De indre vansker består av depressivitet, bekymring og somatisering. Angst og depresjon varer ofte bare noen timer i gangen hos personer med denne personlighetsforstyrrelsen (Roth & Fonagy 2005). Ytre symptomer består av aggresjon, dårlig impulskontroll, og selvmordsforsøk. Sinnet eller aggresjonen er ofte upassende i forhold til situasjon, oppleves som ubegrunnet av andre eller rammer feil personer. De kognitive symptomer omhandler uklar identitet, mistenksomhet (paranoid beredskap), forbigående psykoser eller psykotiske trekk, kronisk følelse av tomhet og en frykt for å bli forlatt.

Mer generelt kan man si at følelsesmessig ustabil personlighetsforstyrrelse kjennetegnes av en kombinasjon av sterke affekter og omfattende vansker med emosjonsreguleringen/dårlig impulskontroll. De har en tydelig ustabilitet i relasjoner til andre, hvor de nær alltid er i konflikt med noen, men variasjon av hvem disse er, for med denne vansken skifter fiendebildene jevnlig og nokså uforutsigbart (Paris 2004). Følelsesmessig ustabil personlighetsforstyrrelse baseres på en kombinasjon av sterke affekter og vansker med å håndtere disse. Det er kanskje årsaken til at de ofte kutter seg eller viser parasuicid atferd. Selvskading hos personer med følelsesmessig ustabil personlighetsforstyrrelse skjer som regel på impuls og baseres ofte på et ønske om å få omsorgsfull oppmerksomhet (Gunderson 2001, Paris 2004). Mange teoretikere og klinikere tenker seg at denne personlighetsforstyrrelsen, med sin utrygge tilknytningsstil i forhold til foreldrene, har vaklet mellom sterke ønsker om intimitet og flukt fra å engasjere seg i forhold til dem. Personer med denne personlighetsforstyrrelsen har dårlig kontaktevne (evne til å inngå i dype, gjensidige, forpliktende og langvarige relasjoner) og strever derfor tydelig med å skape gode relasjoner til andre. De har derfor et stormfullt samspill med andre, devaluerer og manipulerer andre, kan være sadistiske og krevende (Zanarini et al. 2003).

Flere av de trekkene som er skissert for følelsesmessig ustabil personlighetsforstyrrelse, kan minne om eller overlappe med dyssosial personlighetsforstyrrelse og psykopati. Det kan være vanskelig å skille mellom disse diagnosene, men én tommelfingerregel er at følelsesmessig ustabil personlighetsforstyrrelse svinger mer mellom perioder med angst og depresjon, mens personer med dyssosial personlighetsforstyrrelse har et mer stabilt stemningsleie.

***Diagnosekriterieoversikt 8.7. Følelsesmessig ustabil personlighetsforstyrrelse***

Følelsesmessig ustabil personlighetsforstyrrelse består av to typer nær beslektede forstyrrelser:

**Impulsiv type**

Minst tre av følgende kriterier må være oppfylt, én av dem må være punkt 2:

1 markant tendens til å handle uventet uten å ta konsekvensene i betraktning
2 markert tendens til krangelvorenhet og til å komme opp i konflikter med andre, særlig når impulsive handlinger blir hindret eller kritisert
3 tilbøyelig til sinneutbrudd eller vold, med manglende evne til å kontrollere resulterende atferdsmessige eksplosjoner
4 ustabilt og lunefullt følelsesliv
5 vansker med å holde fast på en handlingssekvens så sant ikke umiddelbar belønning foreligger

**Borderline type**

Minst tre av kriteriene for impulsiv type og minst to av følgende i tillegg:

1 forstyrrelse i og usikkerhet omkring selvbilde, mål og indre preferanser (inkludert seksuelle)
2 tilbøyelig til å bli involvert i intense og ustabile forhold som ofte leder til følelsesmessige kriser
3 overdrevne anstrengelser for å unngå å bli forlatt
4 gjentatte trusler eller handlinger med selvbeskadigelse
5 kronisk følelse av tomhet

*Kilde: ICD-10*

Det er stor variasjon mellom personer med diagnosen følelsesmessig ustabil personlighetsforstyrrelse, noe som har vanskeliggjort forskningen og innsikten i denne lidelsen (Hyman 2002). Denne personlighetsforstyrrelsen synes stabil målt over en periode på åtte år fra da ungdommene var tolv til de ble 20 år (Crawford et al. 2001a). Samtidig er kriteriene i denne personlighetsforstyrrelsen utformet slik at det er få personer over 40 år som innfrir kravene til den. Det skyldes at mange med denne personlighetsforstyrrelsen til en viss grad «brenner ut», og at livserfaring gjør dem bedre i stand til å kontrollere seg selv, eller å ikke utsette seg selv for så mye stress som i yngre år. Selv om de ikke lenger innfrir diagnosekravene for følelsesmessig ustabil personlighetsforstyrrelse, preges de som regel av betydelige vansker i årene som kommer. I klinisk praksis skiller en del mellom borderline personlighetsstruktur og borderline personlighetsforstyrrelse, hvor flere er i førstnevnte enn sistnevnte gruppe. Kriteriene er derfor mer rundt formulert og bredere når det gjelder struktur enn de som angis for forstyrrelsen. Personer som derved har innfridd kriteriene for forstyrrelsen, men som med årene brenner noe ut, vil derved kunne kjennetegnes av borderline personlighetsstruktur.

Ungdommer med følelsesmessig ustabil personlighetsforstyrrelse har tydelige fellestrekk med voksne med samme vanske, ved at de ofte eksternaliserer ansvar (legger ansvaret utenfor seg selv) for negative situasjoner, har et lavt selvbilde, føler seg tomme eller hule, og har en dårlig utviklet identitet (Ad-dabbagh & Greenfield 2001). Ungdomsjenter med følelsesmessig ustabil personlighetsforstyrrelse er i uttrykksform nokså lik kriteriene skissert for de voksne, mens gutter i tenårsalder er mer aggressive, forstyrrende og antisosiale enn det diagnosekriteriene for de voksne foreskriver (Bradley et al. 2004).

## Heftig og vilt

Oppveksten var heftig og vilter for Minda, med mange halsbrekkende perioder preget av selvskading, rømninger og ukritiskhet i hvilke relasjoner hun inngikk i. Som bestemor ser hun nå på livet som en hasardiøs reise og bagatelliserer alvorlighetsgraden, men likevel overbeviste hun seg ikke selv tilstrekkelig, for hun var bekymret for datteren Jasmins utsvevende liv med klare likhetstrekk til eget liv.

Minda har hatt mange menn, og flere av dem har vært voldelige, men til slutt fant hun seg en inneslutet, litt tafatt mann, og konkluderte med at endelig hadde hun møtt en mann som var god mot seg. Hun mente det var flaks å finne den type mann.

Hun kunne ikke skjønne hvorfor hun selv eller Jasmin hadde hatt en relativt utagerende festing, lettsindig omgang med menn, ingen fullført skolegang etter ungdomsskole, enkelte selvmordsforsøk og episoder med angst og noe depresjon. Både Minda og Jasmin beskrev slike hendelser nærmest som ulykker som kom som lyn fra klar himmel og råket dem, og derved heller ikke mulig å unngå, og det var ingen vits i å spekulere på hvordan barndomserfaringer kunne ha ledet til slike erfaringer.

Mindas oppfatninger av seg selv og andre svingte. Hun klagde ofte på saksbehandlere på sosialkontor og i barnevernet og krevde å få nye. Til å begynne med roste hun dem ofte sterkt, for deretter å devaluere dem. Ved et par anledninger klagde hun på dem skriftlig og framsatte alvorlige anklager og truet med anmeldelse. Minda blir ofte full av affekter som hun håndterer dårlig. Hun veksler i fungering og oppfatninger, for eksempel var hun en periode intenst opptatt av å komme seg i jobb igjen på aldershjemmet, for så å påstå seg ufør med hyppige besøk til primærlegen for diffuse vondter i nakke, skuldre og rygg.

Jasmin er like svingende i sin framferd som sin mor. I ungdomsskolen var hun hyppig til samtaler hos helsesøster og barnevernets saksbehandler. Hun ble noen ganger henvist til BUP, men mor påsto et par ganger å ikke ha mottatt den skriftlige innkallingen, og ved et par anledninger avsluttet Jasmin kontakten fordi hun ikke likte terapeutene. Når Jasmin oppsøkte helsesøster, var det ofte grunnet spetakkel i vennegjengen som hun selv ofte hadde startet, betennelser i sår etter selvskading, eller bare for å slå i hjel noe tid og fortelle dramatiske historier om venninner som hadde betrod henne informasjon om seksuelle overgrep, dop og vold. Hver gang satt helsesøster igjen med en undring om dette gjaldt venner, var oppdiktet eller dreide seg om Jasmin selv. Det endte med at helsesøster laget en ny avtale med Jasmin, men ofte uteble hun. Jasmin kunne derimot noen dager senere kontakte helsesøster på telefon og be om time snarest og antydet alvorlige hendelser. Helsesøster booket om som best hun kunne og ga henne time gjerne dagen derpå. Ofte uteble Jasmin igjen. Helsesøster ble hektisk og forsøkte å komme i kontakt med Jasmin. Best fungerte SMS. Da kunne hun ofte svare at det likevel hadde flasket seg, og at alt var helt topp og at hun ikke hadde behov for timen. Jasmin mente at helsesøster burde forstå det når hun ikke dukket opp til avtalen! Helsesøster hadde mange samtaler med Jasmin, men de var bare for å roe det kaotiske i situasjonen, og et dypere endringsarbeid ble aldri startet.

Denne diagnosen er sammen med dyssosial personlighetsforstyrrelse de mest studerte vansker innenfor spektrumet av personlighetsforstyrrelser. Forekomsten av følelsesmessig ustabil personlighetsforstyrrelse er rundt 0,7 prosent av befolkningen (S. Torgersen et al. 2000). Andre finner en forekomst på mellom 1,1 til 4,6 prosent (Roth & Fonagy 2005).

Majoriteten av barn og unge som utsettes for risikofaktorer som er typiske for personer som senere utvikler følelsesmessig ustabil personlighetsforstyrrelse, får ikke denne diagnosen grunnet virksomme beskyttelsesfaktorer som kjønn, intelligens, temperamentsstil, positive forventninger og støttende relasjoner til andre. Bak utvikling av lidelsen ligger derved flere risikofaktorer og dårlig utviklede beskyttelsesfaktorer.

Personer med følelsesmessig ustabil personlighetsforstyrrelse preges av humørsvingninger, irritabilitet, impulsivitet og forstyrret virkelighetsoppfatning (billedforvrengende forsvar). Det er lite

forenlig med god barneomsorg. I en pilotundersøkelse fra Canada konkluderte forskerne med at denne personlighetsforstyrrelsen var en av de mest skadelige i forhold til barneomsorg. Barn av mødre med følelsesmessig ustabil personlighetsforstyrrelse har betydelig økt risiko for å ha dårlig impulskontroll, ADHD, og selv utvikle samme personlighetsforstyrrelse. Alkoholisme og depresjoner er også vanlig hos barn som har en forelder med følelsesmessig ustabil personlighetsforstyrrelse (Weiss et al. 1996).

Det er høy forekomst av komorbiditet blant dem som har denne personlighetsforstyrrelsen (Skodol et al. 2002). Flere har somatiseringslidelse (hypokondrisk lidelse) eller innfrir kriteriene for andre personlighetsforstyrrelser, angstlidelse og depresjon. Mange av risikofaktorene for utvikling av følelsesmessig ustabil personlighetsforstyrrelse er de samme som for utvikling av posttraumatisk stresslidelse (PTSD) PTSD er presentert på side 47. Her presenteres derfor kun somatiseringslidelse.

**Somatiseringslidelse**

Somatiseringstendenser inngår som diagnosekriterium i følelsesmessig ustabil personlighetsforstyrrelse. Når slike vansker blir uttalt, stilles ofte somatiseringslidelse (i DSM-IV benevnt som hypokondrisk lidelse) som en tilleggsdiagnose.

***Diagnosekriterieoversikt 8.8. Somatiseringslidelse***

Lidelsen kjennetegnes av flere tilbakevendende, somatiske symptomer som hyppig forandrer seg, gjennom minst to år. De fleste pasientene har en lang og komplisert sykehistorie som omfatter kontakt med både primærhelsetjeneste og spesialister, med mange resultatløse utredninger og/eller forgjeves eksplorative operasjoner. Symptomene kan være relatert til alle deler av kroppen, eller hvilket som helst organsystem. Lidelsens forløp er kronisk og svingende og ofte forbundet med forstyrrelser i sosial, mellommenneskelig og familiemessig atferd.

*Kilde: ICD-10*

***Dramatiserende personlighetsforstyrrelse***

Stikkord for personer med denne lidelsen er et stort oppmerksomhetsbehov, og at de er dramatiserende i framferd og benytter store penselstrøk i sine framstillinger. De er derved tendensiøse og forvrenger ofte hendelser. Deres mangelfulle oppfattelse og formidling av detaljer og nyanser leder en del ganger til at de som først lot seg fascinere av deres dramatiske væremåte, trøtner på dem fordi de blir «too much». De er teatralske, noe overdrevne i sine uttrykksformer, lett krenkbare og med et sterkt behov for å oppnå anerkjennelse fra andre kombinert med et sterkt behov for spenningssøken.

Personer med dramatiserende personlighetsforstyrrelse aktiverer ofte tilknytningssystemet fordi de lett trues av utydelige signaler på sosial støtte. Det kan gjøre dem klamrende, straffende, avvisende og lignende overfor andre og derved både noe uforutsigbare, svingende og styrende. Det tærer på relasjonene til andre, og innebærer et visst forbrukspreg og ustabilitet i vennskaps-, partner- og kollegarelasjoner.

Mellom 1,3 til 3,0 prosent av befolkningen har denne personlighetsforstyrrelsen (Roth & Fonagy 2005).

Mellom 1,3 til 3,0 prosent av befolkningen har denne personlighetsforstyrrelsen (Grant et al. 2004, Roth & Fonagy 2005).

### *Narsissistisk personlighetsforstyrrelse*

Personer med narsissistisk personlighetsforstyrrelse kjennetegnes av sterke følelser som skam og misunnelse, intense aggressive reaksjoner på trusler mot ens selvaktelse, grandiositet (storhetsforestillinger om seg selv) og skarpe humørsvingninger. De preges av lite glede, men pessimisme, følelse av å ikke ha realisert seg selv/fått utfolde seg tilstrekkelig, en indre, gnagende tomhet, en lengsel etter å verdsettes og etter endringer av livssituasjonen, interpersonlig hypersensitivitet (sterk opptatthet av hva andre mener om dem), markant aggressivt driv, lav toleranse for angst og frustrasjon (Ronningstam 2005). Personer med narsissistisk personlighetsforstyrrelse benevnes derfor som sårbare fordi de er lett krenkbare, har svakt utviklet emosjonsregulering som fører til at de har dårlig kontroll av sine impulser og vansker med å tolerere visse, sentrale affekter.

Personer med narsissistisk personlighetsforstyrrelse føler seg ofte ikke nok beundret av andre, ikke gitt nok forrang, eller de mener at andre er ute etter dem og misunner dem for deres talenter, goder eller privilegier. Samtidig er de selv ofte misunnelige på andre som de opplever som konkurrenter, for narsissister lever ofte etter regelen: «Ingen over, ingen ved siden!» Deres misunnelse uttrykkes sjelden direkte, men eksempelvis via at man konstant blir misoppfattet eller uriktig behandlet av den man er misunnelig på (Moser-Ha 2001), eller har et sterkt ønske om å ødelegge eller eliminere det man ikke kan eie eller kontrollere (Habimana & Masse 2000), eksempelvis samlivspartnere som forlater dem.

En del personer med narsissistisk personlighetsforstyrrelse kan vise raske humørsvingninger, slik at vanskene kan forveksles med stemningslidelser (følelsesmessige vansker). Typiske humørskiftninger for personer med narsissistisk personlighetsforstyrrelse er irritabilitet, kynisme, kortere perioder preget av depresjon, oppgløddhet, optimisme og eplekjekk selvsikkerhet. Dette indikerer raske skiftninger i selvaktelse og et tydelig sterkt behov for ytre bekreftelser i et forsøk på å holde en slik vaklende selvaktelse i balanse. Som ett ledd i å få oppmerksomhet er de ekshibisjonistiske (viser seg fram, liker å være i sentrum), og de har sterkere ønsker om å beundres enn å elskes.

Personer med narsissistisk personlighetsforstyrrelse kjennetegnes gjerne av et sterkt kontrollbehov over andre, og i disse relasjonene vises deres mangelfulle evne til å være emosjonelt nære og empatiske ekstra godt. Flere personer med narsissistisk personlighetsforstyrrelse har derfor på folkemunne blitt benevnt som psykopater. De utnytter andre ved at de bygger relasjoner med mennesker som kan dekke deres behov, og lever slik ofte parasittisk med hyppige utskiftninger av relasjoner (i likhet med de dyssosiale og de med følelsesmessig ustabil personlighetsforstyrrelse) (Gunderson & Ronningstam 2001). Straks en person ikke dekker deres behov, kvitter de seg med vedkommende – dypere stikker ikke kontakter med andre.

Personer med denne personlighetsforstyrrelsen har, som gruppe B av personlighetsforstyrrelser for øvrig, også vansker med realistisk selvvurdering ved at deres selvopptatthet påvirker negativt evnen til å ta andres perspektiv. Det innebærer dårlig utviklet empati og vansker med å respondere emosjonelt på andres behov (W. K. Campbell et al. 2000). De blander derfor egne motiver med andres, og deres resonnementer avviker derfor betydelig fra de «normales», spesielt når de selv er i sentrum eller det er stress knyttet til det de skal vurdere. Mange vil derfor oppleve dem som tendensiøse i sine framstillinger av hendelser.

Personer med narsissistisk personlighetsforstyrrelse er ofte opptatt av kroppens utseende og funksjon. Til sistnevnte knyttes også hypokondri. Hypokondri eller å uttrykke affekter i form av somatiske symptomer, relateres ofte til trekk som grandiositet (grandiositet refererer til urealistisk oppfatning av av å være superior, å være betydelig bedre enn andre, å være eksepsjonell, man overdriver talenter og prestasjoner, unikhet og bare kan forstås av få eller spesielle mennesker), omnipotens (allmektighetsfølelser) og masochisme (å inngå i utnyttende relasjoner).

Mens personer med nevroser gjerne preges av skyldfølelser og dårlig samvittighet, kjennetegnes

personer med en narsissistisk personlighetsforstyrrelse av skamfølelse. Skam er generelt tett knyttet til utløsing av følelser som sinne, mistenksomhet, bitterhet, irritabilitet, å klandre andre for det negative, samt indirekte uttrykksformer av fiendtlighet. Personer med narsissistisk personlighetsforstyrrelse kjennetegnes også av vansker med å regulere skamfølelse. Vansker med å håndtere skamfølelse er igjen knyttet til problematisk atferd som somling og nøling, selvmord, depresjon, og det som benevnes som patologisk narsissistisk forsvar (Fee & Tangney 2000, M. E. Hastings et al. 2000). Sterk og hyppig skamfølelse leder lett til at man ønsker å trekke seg unna. Denne dynamikken tenderer mot å henge sammen med vansker med å være empatisk overfor andre mennesker og heller brilljere overfor, fornedre eller vise avsky for dem som er svakere.

De reagerer ofte påfallende sterkt ved kritikk eller når de taper. Kritikk av personer med en narsissistisk personlighetsforstyrrelse leder ofte til at de kommer i kontakt med sine skamfølelser, som igjen utageres verbalt eller fysisk framfor en indre, verbal bearbeidelse, eller at man trekker seg tilbake tynget av skyldfølelse (som nevrotikere gjerne gjør). Å få kritikk er gitt betegnelsen narsissistisk krenkelse, og utageringen av sinnet som vekkes i en på grunn av dette framfor en indre bearbeidelse, benevnes narsissistisk raseri (hevngjerrighet, å gjengjelde krenkelser). Den sterke reaksjonen på og den tydelige trangen til å utagere når man opplever å ha blitt krenket, varhet for kritikk og sinne som reaksjonsform på dette, deler personer med en narsissistisk personlighetsforstyrrelse med personer som har følelsesmessig ustabil personlighetsforstyrrelse (Ronningstam 2005). Det er viktig å huske at personer med narsissistisk personlighetsforstyrrelse kan ha aggressive følelser uten at de ledsages av aggressive handlinger. Handlinger som å avvise og å være destruktiv er motivert av aggressivitet, men avvisning og flere destruktive handlinger som er motivert av aggressivitet, trenger ikke å ledsages av synbar aggressivitet (Rizzuto et al. 2004).

Personer med narsissistisk personlighetsforstyrrelse er – i likhet med øvrige lidelser innen gruppe B – sårbare for å utvikle rusmiddelmisbruk for å døyve affektene og å dempe bitterheten over en verden de føler går dem imot og ikke ser de talenter de mener å ha eller gir dem de privilegier de mener å ha krav på (Richman et al. 1996).

Milde former for narsissisme fyller stort sett ens fantasiliv, men mer uttalt narsissisme er knyttet til grandiositet (storhetsforestillinger) som leves ut. Knyttet til et slikt skadet selvbilde er å søke beundring, oppmerksomhet, skryt, pretensiøsitet, og å kreve urimelig mye oppmerksomhet. De narsissistiske fantasiene bunner i et behov for å overkompensere for de svakheter man frykter eller fornemmer å ha (Ronningstam 2005).

Det er et overlapp på omkring 25 prosent mellom narsissistisk personlighetsforstyrrelse og dyssosial personlighetsforstyrrelse (Gunderson & Ronningstam 2001), altså at personer innfrir diagnosekriteriene for begge lidelsene. Karaktertrekk man finner i begge diagnosegruppene er utnytting av andre mennesker, mangel på empati, misunnelse og grandiose oppfatninger av egen betydning. Narsissistiske trekk er heller ikke uvanlig ved dramatiserende personlighetsforstyrrelse, tvangslidelse (OCD), paranoid personlighetsforstyrrelse og schizoid personlighetsforstyrrelse (Ronningstam 2005).

Forekomsten av denne personlighetsforstyrrelsen er opp til 0,4 prosent av befolkningen (Roth & Fonagy 2005).

### *Personlighetsforstyrrelser i gruppe A*

Personer med personlighetsforstyrrelser gruppert under A oppfattes ofte av andre som sære, enstøinger, eksentriske og som en person man ikke helt får taket på. Lidelsene plassert i gruppe A innebærer ekstreme egenskaper som preger dem negativt i sosiale sammenhenger og i yrkesutførelse. Personer med denne typen lidelse har ofte lite selvinnsikt og er lite motivert for behandling. Deres vansker blir ofte mer outrerte med årene, og de preges av en økende innsynking i lidelsen og prognosen er derfor dårlig.

#### *Schizotyp personlighetsforstyrrelse*

Sentralt i schizotyp personlighetsforstyrrelse er eksentriske holdninger og oppførsel, dårlig utviklet evne til kontakt med andre, spesiell språkbruk, irritabilitet, sosial tilbaketrekking og en tenkning preget av en blanding av virkelighet og fantasi. De er inn-

holdsfattige i samtale og talen derfor diffus, har flere digresjoner, benytter hyppig abstrakte, filosofiske begreper som kan gjøre det vanskelig å følge dem i tale ved at de også er vage og lite konkrete, eller en mangelfull logikk i det som de tilsynelatende framstiller som resonnementsrekker.

***Diagnosekriterieoversikt 8.10. Narsissistisk personlighetsforstyrrelse***

Minst fem av følgende kriterier må være til stede:

1 har en storslått følelse av egen betydning (f.eks. overdriver prestasjoner og talenter, venter å bli ansett som suveren uten tilsvarende prestasjoner)
2 har opptatt av fantasier om ubegrenset suksess, makt, brilljering, skjønnhet eller fullkommen kjærlighet
3 tror at han eller hun er «spesiell» og enestående, og bare kan bli forstått av og være sammen med andre spesielle eller høystatuspersoner (eller institusjoner)
4 krever urimelig mye beundring
5 har en følelse av spesielle rettigheter, dvs. urimelige forventninger om særbehandling eller automatisk oppfyllelse av sine forventninger
6 er interpersonelt utnyttende, dvs. drar fordel av andre for å oppfylle sine behov
7 mangel på empati: er uvillig eller ute av stand til å se eller identifisere seg med andres følelser og behov
8 misunner ofte andre og tror at andre misunner ham eller henne
9 viser arrogant, hoven oppførsel eller holdninger

*Kilde: DSM-IV*

***Diagnosekriterieoversikt 8.11. Schizotyp personlighetsforstyrrelse***

I løpet av to år må minst fire av kriteriene ha vært kontinuerlig til stede:

1 upassende eller avdempete affekter (vedkommende synes kald og reservert)
2 oppførsel eller framtoningspreg virker underlig, eksentrisk eller rart
3 dårlig kontakt med andre og en tendens til å trekke seg tilbake fra sosiale situasjoner
4 underlige oppfatninger eller magisk tenkning, føler seg influert av krefter på en måte som bryter med subkulturelle normer
5 mistenksomhet eller paranoide tanker
6 tvangsmessige grublerier uten forsøk på å holde dem tilbake, ofte omkring kroppslige særegenheter, eller med seksuelt eller aggressivt innhold
7 uvanlige perseptuelle opplevelser som inkluderer kroppslige og andre illusjoner, depersonalisering og derealisering
8 vag, omstendelig, billedlig, utbrodert eller stereotyp tenkning som manifester seg i underlige måter å snakke på, uten omfattende inkoherens
9 av og til forbigående halvpsykotiske episoder med intense illusjoner, hørselshallusinasjoner eller andre hallusinasjoner, og vrangforestillingslignende oppfatninger, vanligvis uten ytre foranledning

*Kilde: ICD-10*

Isak. Hun var bare stille og ble av medelever omtalt som litt vondtluktende og klesmessig «far out», men ble ivaretatt av to omsorgsfulle klassevenninner.

Det var en familie kuratoren følte å ikke få tak på. Han forsto ikke handlingene, alle disse frasene og sitatene fra filosofer. Per Gunnar ville leve på økologisk mat, men sikret ikke tilstrekkelig næring til noen av barna og var likegyldig til deres ruskonsum, pratet ivrig om idealer for gode fellesskap, men lot ikke til å se at både han og barna hadde tydelige antisosiale trekk, og at situasjonen var alvorlig.

### *Schizoid personlighetsforstyrrelse*

Felles for dem med schizoid personlighetsforstyrrelse er en utpreget mangelfull interesse for sosial kontakt som vises ved likegyldighet for nære relasjoner. I tråd med dette framstår de som sky, hemmelighetsfulle, dagdrømmende (schizoid/autistisk fantasi), og som (over)sensitive. De viser generelt bare et begrenset eller snevert følelsesrepertoar. De har ingen (eller bare én) venn eller fortrolig (Roth & Fonagy 2005).

***Diagnosekriterieoversikt 8.12. Schizoid personlighetsforstyrrelse***

Minst fire av følgende kriterier må være til stede:

1 få, hvis noen, aktiviteter gir glede
2 følelsesmessig kulde, reservert, eller avdempete affekter
3 begrenset evne til å uttrykke enten varme, ømme følelser eller sinne overfor andre mennesker
4 synes å stille seg likegyldig til enten ros eller kritikk
5 liten interesse for seksuelle opplevelser med en annen person (alder tatt i betraktning)
6 velger hele tiden aktiviteter som innebærer å ikke ha samvær med andre
7 er i overdreven grad beskjeftiget med fantasi og introspeksjon
8 ikke noe ønske om, eller mangler nære venner eller fortrolige (eller har bare én)
9 markert manglende evne til å oppfatte gjeldende sosiale normer og konvensjoner, ignorering av slike normer eller konvensjoner er ufrivillig

*Kilde: ICD-10*

Mellom 0,4 til 3,13 prosent av befolkningen oppfyller diagnosekriteriene (Grant et al. 2004, Roth & Fonagy 2005).

### *Paranoid personlighetsforstyrrelse*

Personer med paranoid personlighetsforstyrrelse kombinerer ofte omfattende, alvorlig mistillit med naivitet og godtroenhet, de føler seg ofte mindreverdige, men er samtidig kravstore, de er hypersensitive og lett krenkbare, men framstår ofte som arrogante, kalde, skråsikre, kranglevorne, moraliserende og er ofte sentrert rundt hevn for å sikre det de mener er rettferdighet.

Mellom 0,4 til 4,4 prosent av befolkningen oppfyller diagnosekriteriene (Grant et al. 2004, Roth & Fonagy 2005).

## En kontinuitet i vansker

Personlighetsforstyrrelser debuterer ikke brått og uventet i voksen alder. Diagnosekravet er at vansken skal være påbegynt før fylte 18 år. Personer med personlighetsforstyrrelser har derfor i barne- og ungdomsår hatt andre lidelser. Det er derved en kontinuitet fra betydelige psykososiale vansker i barne- og ungdomsår til personlighetsforstyrrelse i voksen alder (Harter & Vanecek 2000, Ramklint et al. 2003). Mer spesifikt finner man at angstlidelse i barne- og

ungdomsår øker risikoen for utvikling av personlighetsforstyrrelser i gruppe C og A, dyp depresjon i barne- og ungdomsår er knyttet til flere typer personlighetsforstyrrelse, og omkring en tredjedel av barn som hadde moderate eller alvorlige atferdsvansker i ungdomsårene (spesielt de som kombinerte disse vanskene med ADHD), har en personlighetsforstyrrelse i gruppe B som voksen (Crawford et al. 2001b, Kasen et al. 1999, Kasen et al. 2001, Ramklint et al. 2003).

***Diagnosekriterieoversikt 8.13. Paranoid personlighetsforstyrrelse***

Minst fire av følgende kriterier må være til stede:

1 en overdreven nærtakenhet overfor motstand og avvisning
2 en tendens til å bære nag over lengre tid, f.eks. nekte å tilgi fornærmelser, urett og krenkelser
3 mistenksomhet og en gjennomgående tendens til å fordreie erfaringer ved å mistyde nøytrale eller vennligsinnete handlinger fra andre som fiendtlige eller hånlige
4 en kamplysten og sta oppfatning av personlige rettigheter som er i utakt med den reelle situasjonen vedkommende befinner seg i
5 mistenker stadig partneren for å være utro, uten at det er noe grunnlag for det
6 en vedvarende tilbøyelighet til å knytte ting til ens egen person, særlig en overdreven oppfatning av egen viktighet
7 en opptatthet av ubegrunnete, «konspiratoriske» forklaringer på begivenheter rundt en selv og i verden for øvrig

*Kilde: ICD-10*

Personer med personlighetsforstyrrelse i gruppene B og A har betydelig oftere i ungdomsalder begått handlinger som ran, innbrudd, truet eller vært involvert i slåssing enn sine jevnaldrende. Studier av barndom og ungdomstid for personer med personlighetsforstyrrelser viste at foruten de med dyssosial, skilte også de med narsissistisk, passiv-aggressiv og paranoid personlighetsforstyrrelse seg ut i form av å ha slike karakteristika i oppveksten (Johnson et al. 2000b).

## Hovedårsaker til personlighetsforstyrrelser

Det er avdekket at en del personer med personlighetsforstyrrelser har visse funksjonsnedsettelser i hjernen. Eksempelvis vil noen avvik knyttet til amygdala påvirke moralutviklingen, og det kan ses som én av årsakene til utvikling av dyssosial personlighetsforstyrrelse og psykopati (Davidson et al. 2000, Raine et al. 2004). Disse avvikene har ikke tung forklaringsstyrke med hensyn til utvikling av vanskene, og samspillerfaring blir fortsatt mest sentral for å forstå utvikling av personlighetsforstyrrelser generelt. Det er tre hovedårsaker til utvikling av personlighetsforstyrrelse: (1) genetisk disposisjon enten via andre lidelser eller personlighetsforstyrrelse direkte, (2) utrygg tilknytningsstil og (3) omsorgssvikt, mishandling og seksuelle overgrep. Disse tre diskuteres nedenfor.

1 Det er avdekket moderat genetisk innflytelse på de fleste personlighetsforstyrrelser. Arveligheten for personlighetsforstyrrelser er derved ikke sterkere enn for personlighetsegenskaper generelt (Coolidge et al. 2001, Rhee & Waldman 2002, S. Torgersen 2000). Et mer presist anslag av genetisk arvelighet for personlighetsforstyrrelser er gjennomsnittlig på 45 prosent med et spenn på mellom 35 prosent til 60 prosent mellom de ulike typene av personlighetsforstyrrelse (Jang et al.

1996). Den genetiske arveligheten er for noen personlighetsforstyrrelser opp mot 80 prosent (S. Torgersen et al. 2000). Den genetiske arveligheten for personlighetsforstyrrelser i gruppe A er i gjennomsnitt 37 prosent, for gruppe B 60 prosent og 62 prosent for gruppe C.

2 Utrygg tilknytningsstil øker i betydelig grad risikoen for utvikling av personlighetsforstyrrelser. Mange personer med utrygg tilknytningsstil innfrir i voksen alder diagnosekriteriene for minst én personlighetsforstyrrelse (Fossati et al. 2003, Levy & Kelly under trykking, Nickell et al. 2002). Personer med personlighetsforstyrrelse innen gruppe B har ofte tilknytningsstil D (Perris & Perris 2000). Tilknytningsstil A og C er knyttet til alvorlige atferdsvansker og dyssosial personlighetsforstyrrelse i voksen alder, og tilknytningsstil C er nært knyttet til følelsesmessig ustabil personlighetsforstyrrelse (Nickell et al. 2002).

3 Mangelfull omsorg i barneår er hovedårsak til utvikling av utrygg tilknytningsstil i tillegg til at det er meget godt dokumentert at omsorgssvikt, mishandling og seksuelle overgrep og lignende traumer er en hovedgrunn til utvikling av personlighetsforstyrrelser (Andersen 2003, Foley et al. 2004, Johnson et al. 2006, S. Torgersen et al. 2001, Williams & Riskind 2004). En studie viste at av personer med personlighetsforstyrrelse hadde 73 prosent opplevd mishandling og 82 prosent omsorgssvikt i oppveksten (Battle et al. 2004). Spesielt for personer med personlighetsforstyrrelser i gruppe B er omsorgssvikt og mishandling i oppveksten en av de klareste årsaksfaktorer. Dårlig tilsyn/kontroll fra foreldrenes side er spesielt knyttet til at barna med årene utvikler en passiv-aggressiv, følelsesmessig ustabil, dyssosial eller paranoid personlighetsforstyrrelse. Foreldre med høy kontroll av barna, som er sterkt prestasjonsorienterte, intellektuelle, kulturelt orientert i samspillet og en familiesituasjon preget av lite familiesamhold øker risikoen for utvikling av dramatiserende personlighetsforstyrrelse (Johnson et al. 1999b, Johnson et al. 2000b, 2006c).

Det synes å være ikke-delt miljø som har sterkest innflytelse på samspillets preging av utviklingen av personlighetsforstyrrelser (S. Torgersen et al. 2000). Det forklarer hvor ikke alle søsken som regel innfrir kriterier for personlighetsforstyrrelser. Imidlertid er grenseoppgangene mellom delt og ikke-delt miljø vanskelig i det praktiske liv, noe som kan forklare at selv om ikke alle søsken innfrir diagnosekriterier for en personlighetsforstyrrelse, finner man at jo dårligere omsorgen i oppveksten var for barna, desto økt risiko for at alle søsknene har vansker, men i ulike former og av ulike grader.

## Økt risiko for omsorgssvikt og mishandling

Personlighetsforstyrrelser innebærer ofte betydelige vansker med barneomsorg (Shipman & Zeman 2001). Personer med de alvorlige former for personlighetsforstyrrelser (gruppene A og B) viser lav bevissthetsgrad om egne og andres emosjoner, har dårlig utviklede evner til å tolke egne og andres følelser (eksempelvis ansiktsuttrykk hos andre, spenninger i egen kropp), gir mindre empatiske responser på andres følelser, og har generelt en dårlig emosjonsregulering (Livesley 2002). Dette øker risikoen for at også barna utvikler dårlig emosjonsregulering (Maughan & Cicchetti 2002), med økt fare for utvikling av en rekke psykiske lidelser. Personer med personlighetsforstyrrelse har ofte dårlig selvinnsikt og blander derfor egne og andres følelser og egenskaper. Personer med personlighetsforstyrrelser benytter ofte primitive forsvarsmekanismer. Bruken av denne gruppen forsvarsmekanismer øker ved stress. Hyppig bruk av forsvarsmekanismer som projisering, splitting, devaluering, omnipotens, utagering og benekting er lite forenlig med god barneomsorg. Høy bruk av primitive forsvarsmekanismer er nokså synonymt med mangelfull selvinnsikt, og mange foreldre med slike problemer ønsker derfor ikke hjelp til å bedre situasjonen og er derfor vanskelig å utvikle behandlingsallianse til.

Personlighetsforstyrrelser handler som nevnt mer om gradsforskjeller enn vesensforskjeller fra det som benevnes som normalitet. For alle som jobber for barns og unges oppvekstkår, må man ta rede på hvordan en slik bruk av forsvarsmekanismer kan påvirke barna negativt. I kasuistikkene og kommenta-

rene til dem i dette kapitlet, har jeg gjennomført trukket fram problemene eller bekymringspunkter og intet angående ressurser. Dette for å framheve poengene. I praksis kreves imidlertid begge deler, både en analyse av risikofaktorer og ressurser i forhold til barnets forutsetninger og behov.

***Informasjonsboks 8.12. Ulike former for omsorgssvikt og mishandling og senere utvikling av personlighetsforstyrrelser***

- Fysisk mishandling kombinert med én eller flere typer omsorgssvikt øker spesielt risikoen for dyssosial personlighetsforstyrrelse.
- Emosjonell omsorgssvikt øker spesielt risikoen for utvikling av unnvikende personlighetsforstyrrelse.
- Seksuelle overgrep kombinert med fysisk mishandling, én eller flere typer omsorgssvikt øker spesielt risikoen for utvikling av følelsesmessig ustabil personlighetsforstyrrelse.
- En eller flere former for omsorgssvikt uten mishandling øker spesielt risikoen for å utvikle avhengig personlighetsforstyrrelse.
- Fysisk mishandling, seksuelle overgrep eller en kombinasjon av disse øker spesielt risikoen for å utvikle en depressiv personlighetsforstyrrelse.
- Seksuelle overgrep uten andre former for mishandling eller omsorgssvikt øker spesielt risikoen for å utvikle dramatiserende personlighetsforstyrrelse.
- Følelsesmessig utnytting kombinert med én eller flere former for omsorgssvikt øker risikoen for å utvikle narsissistisk personlighetsforstyrrelse.
- Følelsesmessig utnytting kan øke risikoen for utvikling av tvangspreget personlighetsforstyrrelse.
- Følelsesmessig utnytting kombinert med omsorgssvikt øker risikoen for utvikling av paranoid personlighetsforstyrrelse.
- Mishandling og omsorgssvikt – enten alene eller i kombinasjon – øker risikoen for utvikling av passiv-aggressiv personlighetsforstyrrelse.
- Følelsesmessig utnytting kombinert med én eller flere former for mishandling øker risikoen for utvikling av schizoid personlighetsforstyrrelse.
- Følelsesmessig utnytting kombinert med mishandling og omsorgssvikt gir økt risiko for utvikling av schizotyp personlighetsforstyrrelse.

## Karakteristisk bruk av forsvarsmekanismer

De ulike psykiske lidelser er ofte knyttet til utstrakt grad av primærprosesstenkning og bruk av primitive forsvarsmekanismer. De ulike personlighetsforstyrrelser karakteriseres av kombinasjoner av visse forsvarsmekanismer. Dette vises blant annet i form av veivalg i livet, beskrivelser av seg selv og andre, forståelse av eget liv i fortid, nåtid og framtid.

Trolig er det hyppig bruk av de primitive forsvarsmekanismene i rekkefølgen schizoid (autistisk) fantasi, passiv aggresjon, hypokondri, dissosiasjon, projeksjon og utagering som er sterkest relatert til personlighetsforstyrrelser. Fravær av personlighetsforstyrrelse er nært knyttet til bruk av modne forsvarsmekanismer som undertrykkelse, sublimering, altruisme, humor og antesipering (Valiant & Drake 1985).

Så langt har gjennomgangen i dette kapitlet vært knyttet til psykodynamisk teoritradisjon med forsvarsmekanismer. Innen kognitiv terapi opererer man med et mer nøytralt begrep som tankefeil. Alle vil kjenne igjen noe hos seg selv i disse. Omfanget i bruken av dem avgjør om det får betydelige negative konsekvenser for en selv og/eller de man har sosial kontakt med. Å hjelpe personer med psykiske lidelser innebærer en forståelse av hvorfor de opplever

seg selv og omverdenen slik de gjør, og motivene bak deres valg. Innsikt i tankefeil er én metode som kan hjelpe barnevernsansatte i å sette brukerens valg og erfaringer sammen i en forståelig sammenheng.

***Informasjonsboks 8.13. Eksempler på karakteristisk bruk av forsvarsmekanismer ved personlighetsforstyrrelser***

| Personlighetsforstyrrelse: | Forsvarsmekanismer: |
|---|---|
| avhengig personlighetsforstyrrelse | hypokondri |
| dyssosial personlighetsforstyrrelse | dissosiasjon (her unngår en å kjenne på følelser ved å benekte dem eller forvrenge dem i positiv retning, samt å handle dem ut i form av fysisk og/eller verbal utagering framfor en indre bearbeiding)<br>utagering |
| følelsesmessig ustabil personlighetsforstyrrelse | devaluering<br>omnipotens<br>primitiv idealisering<br>primitiv projeksjon<br>projektiv identifikasjon («billedforvrengende», siden de gir et tendensiøst bilde av andre)<br>splitting<br>utagering |
| narsissistisk personlighetsforstyrrelse | dissosiasjon<br>utagering |

**Sjekkliste 8.5. Samtalekarakteristika hos foreldre med psykiske lidelser som indikerer mulige alvorlige konsekvenser for barns og unges utvikling**

- Foreldrene greier ikke å holde fokus på barnet i samtalen ved at de stadig refererer til seg selv, viker unna tema, eller de virker konkurrerende med, sjalu/frustrert på eller nedtrykt over at barnet vies oppmerksomhet i samtalen.
- Foreldrenes beskrivelser av samspillet mellom seg og barnet indikerer omkast av rollene barn og voksen (parentifisering).
- Foreldrene snakker om barnet med lite varme og respekt og tillegger det mange negative egenskaper eller skylden for mange negative hendelser.
- Foreldrene makter ikke å gi detaljerte, troverdige og konsistente fortellinger om barnet, verken når det gjelder utvikling fra fødsel og fram til i dag eller knyttet til framtid (informasjonsfattige, selvmotsigende eller påfallende dramatiske fortellinger, urealistisk positive eller negative beskrivelser). I dette inngår også foreldre som uttrykker ubegrunnet frykt omkring barnet slik at de må passe ekstra på det (overinvolvering, overbeskyttelse), likeså usedvanlig selvstendighet hos barnet (forsømmelse, parentifisering).
- Foreldrene snakker om barnet uten å tidvis forsøke å ta utgangspunkt i hvordan barnet trolig opplever sin situasjon og omverden (det kan indikere at foreldrene har vansker med å ta andres ståsted). At foreldrene makter en veksling mellom forsøk på et «utenfra»- og et «innefra»-blikk på barnet regnes som nyttige, grove mål på foreldrenes evne til mentalisering (Theory of Mind). Dette er nær knyttet til empati, sensitivitet og god affektinntoning.
- Foreldrene framstiller seg ikke som ansvarlig for barnets utvikling og eksternaliserer ansvar, for eksempel i form av å henvise til negative, stabile egenskaper i barnet, ren og skjær flaks eller uflaks, at de ikke kan påvirke hvordan barnet oppfører seg når det er borte fra dem som for eksempel hos venner, i nabolaget eller på skolen.

Generelt for samtalene:

- Legg merke til om foreldrene viser forventede emosjoner og affekter til det som fortelles eller om det gir lytteren en oppfatning av kunstighet og et ønske om å tekkes eller imponere intervjuer.
- Be om flere eksempler på det de forteller for å få en konkretisering og underbygging av oppfatningene.

*Oversikten er forfatterens.*

Bruk av de generelle tankefeilene i informasjonsboks 8.14 i omfattende grad er knyttet til ulike vansker: Forfatterens erfaring er at personer med tydelige trekk på depresjon viser tankefeil gjerne i form av diskvalifisering av det positive, overgeneralisering, sort-hvitt-tenkning, tankelesing, negativ spådom og personliggjøring. Andre karakteristiske tenkemåter for personer med depresjon er i form av endimensjonal framfor flerdimensjonal og absoluttistisk framfor relativistisk. Tenkningen blir derved fiksert og variasjonsfattig. Personer med angstlidelser har ofte en tenkning preget av negativ spådom, sort-hvitt-tenkning, katastrofetenkning, forstørring/forminskning og vilkårlige tankeslutninger.

***Informasjonsboks 8.14. Generelle tankefeil***

- *diskvalifisering av det positive*: De positive erfaringer bortforklares («Det sier du for å trøste meg!»).
- *emosjonell tenkning*: Egne følelser benyttes som bevis for hvordan en situasjon virkelig er («Når jeg føler det slik, må det vel være fordi det er slik!»)
- *etikettering/feiletikettering*: Personen tildeler seg selv framfor hendelsen etikett eller hva andre *er* framfor å ha *gjort*.
- *forstørring/forminskning*: Betydningen av hendelser fordreies.
- *magisk tenkning*: Personens tenkning preges av overtro.
  - *negativ spådom*: Framtidige hendelser predikeres til å ha negative utfall («det kommer sikkert til å bli ...»).
  - *tankelesing*: Personen innbiller seg hva andre mener om en og sjekker ikke om disse antagelsene er riktige.
- *overgeneralisering*: En hendelse generaliseres til å gjelde alle hendelser (fra «han liker meg» ikke til «ingen liker meg»).
- *personliggjøring*: Hendelser utenfor ens kontroll tas det likevel ansvar for.
- *sort-hvitt-tenkning*: Episoder blir gjeldende for det totale, nyanser uteblir, «enten–eller» (benevnes også «alt eller intet»-tenkning eller dikotom tenkning).
- *vilkårlige tankeslutninger (arbitrær inferens)*: Personen trekker forhastede slutninger – bygger ikke på fakta – av og til på tvers av fakta. To undergrupper:
  - *katastrofetenkning*: Vanskeligheter omgjøres til katastrofer – overdrivelse («må alltid være forberedt på det verste»).
  - *selektiv abstraksjon* (psykologisk filter): Personen fikserer på en detalj ofte tatt ut av sin sammenheng, andre viktige faktorer ignoreres.

## Strategier og personlighetsforstyrrelser

Personlighetsforstyrrelser består av egenskapssammensetninger hvor flere av de sentrale egenskapene enten er over- eller underutviklede. Det er dette som ligger i min begrepsbruk om at det er grads- framfor vesensforskjeller som skiller personlighetsforstyrrelser fra det normale. De ulike personlighetsforstyrrelsene vil således merkes som over- eller underutviklede egenskaper (Beck 2004), som er en parallell forståelse til generelle tankefeil.

## Psykoterapeutisk behandling

Det er mange personer med personlighetsforstyrrelser som ikke kommer til hjelpeapparatet, og som ikke vet om sin personlighetsforstyrrelse: Bare omkring en tredjedel av personer med en personlighetsforstyrrelse mottar eller har mottatt psykoterapi (Ekselius et al. 2001). Selv om det er en høy forekomst av paranoid, dyssosial og følelsesmessig ustabil personlighetsforstyrrelse i psykiatriske klinikker (Ruiter & Greeven 2000), er det mange personer med personlighetsforstyrrelser i gruppe B og A som har lite eller ingen kontakt med sine konfliktskapende sider, og stiller seg ofte uforstående til andres reaksjoner på dem. Likeså er det mange personer som for en kortere periode får bistand fra hjelpeapparatet uten at deres personlighetsforstyrrelse blir diagnostisert fordi mange personer med personlighetsforstyrrelser oppsøker hjelpeapparatet først ved krisesituasjoner, slik at de ofte får symptomdiagnoser på sitt stress som angstlidelse eller depresjon framfor at den grunnleggende personlighetsforstyrrelsen oppdages og diagnostiseres (Perris & Perris 2000). Det er godt dokumentert at depresjon ofte forekommer sammen med personlighetsforstyrrelser, spesielt lidelser gruppert i B og C. Psykiske spenninger konverteres ofte til smerteopplevelser og spenninger i tverrstripet muskulatur. Derved kan mange ha somatiske plager de behandles for uten å vite om den underliggende dynamikken knyttet til en personlighetsforstyrrelse.

Stadig flere ser behovet for tiltak knyttet til å behandle foreldres personlighetsforstyrrelser for å endre mishandling og omsorgssvikt (Marziali et al. 2003). Selv om psykisk syke foreldre får behandling for sin egen lidelse, er ikke det synonymt med bedret omsorg for barna. En henvisning til voksenpsykiatriske klinikker er derfor ikke tilstrekkelig barnevernsarbeid. Det kreves ofte opplæring i foreldreferdigheter i tillegg til den egenbehandlingen de får. Dette er lite påaktet, og ofte blir den private partens framlegg i retten alle tiltak foreldrene har påbegynt for egne vansker, som om det er synonymt med at de vil mestre omsorgen for barna bedre. Det er heller ikke uvanlig at terapeuter i voksenpsykiatrien – som også er sakkyndige for rettsapparatet, gjør overfladiske analyser av hvilket utfall behandling av foreldrenes vansker har for konsekvenser i omsorgen for barn.

Det er godt dokumentert at mange personer med en personlighetsforstyrrelse profitterer dårlig på symptombehandling, og derfor plages med stadig tilbakevendende symptomer (fordi sekundærframfor primærvanskene behandles) (Alnæs & Torgersen 1997).

En persons karakteristiske bruk av forsvarsmekanismer legger føringer for psykoterapien: Jo mer modne forsvarsmekanismer man benytter, desto mer innsiktsorientert, og jo mer bruk av primitive forsvarsmekanismer dominerer en persons liv, desto mer støtteorientert psykoterapi. Denne inndelingen av psykoterapi er fundert i psykodynamisk teori. Med innsiktsorientert terapi menes å la klienten få innsikt i dypere årsaker til sine vansker i form av blokkeringer, bruk av forsvarsmekanismer, og mekanismer knyttet til det ubevisste. Det kreves modne forsvarsmekanismer for å håndtere slik innsikt fordi det det kan være skremmende og vekke ubehag som angst, nedtrykthet og motløshet for en lengre periode før man kan jobbe fram nye måter å forstå seg selv og omverdenen på og derved handle annerledes. Støtteorientert psykoterapi er forankret i å bekrefte brukeren som individ og hjelpe vedkommende til å sortere hendelser og opplevelser. I støtteorientert terapi tolker man lite og kronfronterer mildt for å unngå utagering, disossiering og psykosegjennombrudd. Denne formen for samtaler baseres mer på å støtte brukerens hensiktsmessige (adaptive) handlingsstrategier og dempe valget av de uhensiktsmessige. På den måten fungerer terapeuten som et hjelpeego som sorterer sammen med og for brukeren og stabiliserer vedkommendes liv.

Personlighetsforstyrrelser er anerkjent som meget vanskelig å behandle (Meares et al. 1999). Best effekt får man av behandlingsmetoder spesifikt utviklet for personlighetsforstyrrelser framfor mer generelle innfallsvinkler (Bateman & Fonagy 1999, Perry & Bond 2000). Flere spennende nye terapiformer er under utprøving for å bedre livskvaliteten og fungeringen til personer med personlighetsforstyrrelser (Allen 2001, Bateman & Fonagy 2004, Becki & Freeman 2004, Karterud et al. 2001, Nordahl et

al. 2005, Nordahl & Nysæter 2005, J. E. Young et al. 2003).

Personer med alvorlige personlighetsforstyrrelser – spesielt de med antisosialitet, faller ofte fra behandlinger (Thomas et al. 1999). Det skyldes primært mangelfull innsikt i egen fungering og liten utholdenhet, sterk impulsivitet og en utpreget «her og nå»-orientering og derved en motivasjon som svinger med hvordan man føler seg akkurat nå. Mange brukere av barnevernstjenesten med omfattende og langvarige hjelpebehov preges av primærprosesstenkning med ønsker om raske løsninger («quick fix»). Det er derfor lett at de har ønsker for bistand som er sterkt knyttet til opplevde behov nå, framfor langsiktig bistand. Mange vil derfor ofte oppleve at de ikke blir møtt med den service eller med det tilbudet de ønsker av barnevernstjenestens ansatte. Det leder en del ganger til konflikter og kompliserte kompromisser. Hvis barnevernet bare forholder seg til slike bestillinger fra brukeren, blir det ikke et godt barnevernsfaglig arbeid og fagpersoner kan erstattes av serviceorienterte ufaglærte.

Personlighetsforstyrrelse øker risikoen for at man utvikler andre vansker (Johnson et al. 1999c, Kwon et al. 2000). Med årene lærer mange med en personlighetsforstyrrelse imidlertid å kontrollere de mest negative personlighetstrekkene fordi de har kostet dem mye i form av sosiale vansker (Johnson et al. 2000b). Prognosene er best for personer med lidelser i gruppe C. Det er dårligere prognose for dem i gruppe B, men en del av dem «brenner ut», slik som ved nedgang i kriminalitet for dem med dyssosial personlighetsforstyrrelse og mindre voldsomme emosjonelle svingninger i følelsesmessig ustabil personlighetsforstyrrelse. Lidelser som er lagt til gruppe A, tenderer mot å ha dårligst prognose av de tre gruppene og kan synes mer sunket inn i sykdommen med årene (Wilberg et al. 1998).

Personer med psykiske lidelser er ofte medisinert (psykofarmaka). En del psykofarmaka brukt under svangerskapet kan lede til skader på fosteret (Singer et al. 1997, Delaney-Black et al. 2000). Det er en vanskelig avveining mellom å redusere dose som innebærer en forverring av den psykososiale fungeringen og å påføre fosteret skader på grunn av medisinering. Ved bruk av slik medisinering under graviditet må barnevernet ha et nært samarbeid med voksenpsykiatrien eller primærlegen og fødeavdelingen.

## Psykiske lidelser og selvmord

Barnevernsarbeid handler i høy grad om familier preget av kumulativ risiko knyttet til generasjoner med belastninger. Det innebærer ofte å jobbe tett på ungdom og foreldre som i perioder uttrykker ønske om å dø for å slippe unna psykisk smerte, nederlag og håpløshet eller for å manipulere. Barnevernsansatte vil derfor hyppig forholde seg til brukere som framsetter trusler om selvmord, og gjennomfører forsøk på å ta sitt eget liv. Vurdering av selvmordsfare er lagt til psykiatrien, men en del ganger blir man tvunget til å gjøre egne vurderinger og ikke handle på alle trusler som om de var reelle, med påfølgende henvisning til psykiatrien og ønske om øyeblikkelig hjelp for personen for å avklare alvorligheten i truslene.

Det er mange årsaker til selvmord, men psykiske vansker og vanskelig livssituasjon er to betydelige risikofaktorer. Omkring 90 prosent av dem som tar sitt eget liv innfrir kriteriene for minst én psykisk lidelse (Fleischmann et al. 2005). Moderate anslag viser at mellom fem til ti prosent av personer med en personlighetsforstyrrelse tar sitt eget liv. Resultater fra en nyere engelsk studie blant ungdom og unge voksne viste at nær 30 prosent av dem som tok sitt eget liv hadde en personlighetsforstyrrelse og 55 prosent av dem hadde trekk som var forenlige med en personlighetsforstyrrelse (Houston et al. 2001). I tillegg er selvmord vanlig blant personer med stemningslidelser og de som har et rusmiddelmisbruk. To til fire prosent av deprimerte begår selvmord. Det er omkring seks ganger høyere risiko enn for ikke-deprimerte.

### *Tegn på mishandling*

Det kan være vanskelig å skille mellom naturlig påførte skader og resultater av foreldres mishandling. Det er eksempelvis ikke uvanlig at små barn klorer seg selv i ansiktet fordi de har skarpe negler som er vanskelige å trimme. Barn som er i ferd med å reise seg eller begynner å gå, vil ofte både være oppskrapet og ha blåmerker grunnet fall og kollisjoner. Tegn på mishandling må derfor graderes fra overveiende sannsynlig til overveiende usannsynlig. Eksempler på de vanligste former for mishandling av barn ses i form av merker på nedre del eller øvre del av rygg bunnet i slag, klipemerker på skulderparti, merker på kinn, blått øye, skader på øreflipp, overleppe, kjønnsorgan og innsiden av lårene. Mer sjelden ses brudd på hjerneskallen med eller uten hjerneblødning (subduralt hematom), brannskader og skader i mageregionen. En studie i USA viste at man antar at ett av ti barn utsatt for fysisk mishandling hadde brannsår etter skolding eller var blitt påført smerte med glødende metall eller sigarettstumping. Det er sjelden at barn selv skader seg på utstående/bløte kroppsdeler. Slike skader skal derfor undersøkes nøye. Man skal være meget oppmerksom på symmetriske skader (brystkasse og rygg, begge overarmer) som kan indikere kraftig risting av barnet. Det kan lede til blødninger i hjernen. Foreldres mishandling av barn under toårsalder er ofte rettet mot hode, øyne, ører, nese og munn. Deretter rettes ofte avstraffingen i tillegg mot overkropp, spesielt hals, ryggtavle, armer og rumpe.

**Sjekkliste 10.6. Karakteristika ved foreldrene som er sterke indikasjoner på mishandling**

- Generelt skal man lytte etter selvmotsigelser, logiske brister i framstillingen.
- Foreldrene kan i liten grad forklare skader som barnet har, og som barn sjelden påfører seg selv ved uhell eller sjelden påføres av andre barn eller voksne. Det er grunn til ekstra sterk mistanke når barnet har flere slike skader i flere tidsperioder.
- Barnet rapporterer at skadene er påført av foreldrene, men foreldrene påstår at det lyver.
- Foreldrene er vage i beskrivelsene av hva som kan ha forårsaket skadene.
- Foreldrenes beskrivelse av årsaker til skadene rimer lite med selve skaden.
- Andre forklaringer gis av andre familiemedlemmer.
- Foreldrene oppsøker ikke medisinsk hjelp for barnet når skaden har oppstått, men avventer en god stund, eller det er andre som sørger for at barnet gis medisinsk undersøkelse og behandling.
- Foreldrene viser rastløshet og gir uttrykk for et ønske om å forlate den medisinske undersøkelsen før den er ferdig.
- Foreldrene ønsker sterk kontroll med hvem de som hjelper barnet kan få kontakte for informasjonsflyt og bistand fra andre fagpersoner og tjenester.
- Foreldrene samarbeider lite med dem som undersøker saken og viser en tydelig uvillighet til å gi informasjon.
- Foreldrene er ikke særlig opptatt av barnet og har et sterkere fokus på seg selv.

### *Konsekvenser for barnet*

Mishandling av barn leder til stress hos barnet og en opptatthet av andres sinnstilstand, bevegelser og ikke minst sinte ansiktsuttrykk bunnet i redsel og som et forsøk på å kunne flykte fra eller forsvare seg ved truende situasjoner (Pollak & Tolley-Schell 2003). Som en konsekvens av dette vil mange mishandlede barn overreagere på sinte ansiktsuttrykk ved enten å stivne til eller bli hysteriske eller kaotiske i atferd. Det er en høy forekomst av psykiske lidelser hos barn og unge som er utsatt for mishandling. Mange fysisk mishandlede barn utvikler atferdsvansker, antisosialitet, rusmiddelmisbruk og seksuell risikoatferd (tidlig seksualdebut, ubeskyttet sex, mange seksualpartnere). Spesielt synes mishandling de fem første leveår å være sterkt

er ofte unge, gjerne under 20 år gamle, og ugifte (Finkelhor & Ormrod 2001). Disse mødrene er deprimert eller har fødselspsykose (Dobson & Sales 2000). En eldre studie indikerer at ubehandlede fødselspsykoser hos mødre står for cirka fire prosent av drap på egne barn i spedbarnsalder (Davidson & Robertson 1985).

Det er en forhøyet risiko for brå død hos spedbarn til deprimerte mødre (Sanderson et al. 2002). Mellom tolv til 16 prosent av mødre har depresjon seks til tolv uker etter fødsel (O'Hara & Swain 1996). Disse forekomsttallene viser at depresjon hos mødre ytterst sjelden innebærer økt risiko for at barnet utsettes for «shaken baby syndrome». Menn står bak 70 til 80 prosent av «sudden infant death syndrome». De er ofte far til barnet (Ellis & Lord 2002) og ofte i begynnelsen av 20-årsalderen (Bartol & Bartol 2004).

Barnedrap er sadistiske av natur. En betydelig andel av foreldre som mishandler sine barn slik at de påføres livstruende skader eller dør, har en personlighetsforstyrrelse. Omkring 50 prosent av foreldre som utsetter barnet for «shaken baby syndrome» har én eller flere personlighetsforstyrrelser (Meadow 1999). Sammen med personlighetsforstyrrelsene opptrer ofte symptomer som selvskading, innbilte sykdommer og lidelser (hypokondri, Münchausen syndrom), flere psykosomatiske vansker og spiseforstyrrelser (Southall 1997).

Andre kjennetegn ved foreldre som opplever brå spedbarnsdød, er relativ fattigdom, de røyker, er rusmiddelmisbrukere og har vært utsatt for seksuelle overgrep i barndom (Southall 1997).

### *Münchausen syndrom «by proxy»*

Baron von Münchausen var soldat, politiker og parallelt med dette en livlig historieforteller som levde i 1700-tallets Tyskland. Han fortalte mange historier om symptomer og sykdommer som var ren fantasi og innbilning. Begrepet Münchausen syndrom ble første gang benyttet i medisinsk litteratur på midten av 1900-tallet om pasienter som syntes å være avhengige av å være på sykehus uten at klare medisinske diagnoser kunne stilles (Asher 1951).

Majoriteten av personer med Münchausen syndrom er kvinner. Mange av dem jobber selv innen helsesektoren og har god kjennskap til både ulike lidelser og behandlinger. En betydelig andel av personer diagnostisert til å ha Münchausen innfrir kriteriene for følelsesmessig ustabil personlighetsforstyrrelse eller har tydelige trekk på denne vansken (Feldman 2004, Huffmann & Stern 2003). Mange personer med Münchausen syndrom blir tiltrukket av dramatikken som kan utspille seg i sykehus – enten de er der som pasient, pårørende eller ansatt (Mehta & Khan 2002).

Münchausen syndrom skilles fra hypokondri ved at den hypokondre virkelig tror vedkommende er eller vil bli syk, mens Münchausen syndrom innebærer at personen (i alle fall delvis) vet at sykdomshistoriene er fabrikert. Tilføyelsen «by proxy» ble første gang benyttet av pediateren Meadow i 1977. Münchausen syndrom «by proxy» (MSBP) er enten oppdiktede symptomer og lidelser eller de er påført barnet av omsorgspersoner. Skillet mellom Münchausen syndrom og Münchausen syndrom «by proxy» er altså at førstnevnte handler om selvpåførte symptomer eller fortellinger om symptomer, mens sistnevnte henspeiler på at symptomene påføres eller påstås om barnet.

MSBP og mishandling vil i en del tilfeller overlappe. «By proxy» kan også rettes mot kjæledyr (Tucker 2002). Det er faglig uenighet om i hvilken grad voksne som utøver MSBP har intensjoner om å skape vanskene hos barnet. Noen mener det er en bevissthet, men at tvangen styrer dem, mens andre finner grunner til å anta at handlingene til dels er ubevisste (Von Hahn et al. 2001).

Det er uklare grenseoppganger mellom MSBP, «sudden infant death syndrome» og «shaken baby syndrome» (Bajanowski et al. 2003, Berg & Jones 1999). Det har komplisert forskningen. Den kunnskap man baserer seg på i dag er derfor usikker, både fordi den er på lidelser som aktivt tilsløres og fornektes, og fordi skillene mellom tilgrensende vansker er utydelige. MSBP benevnes også som «factitious illness by proxy» eller «factious syndrome by proxy», slik at det er en rekke begreper for samme fenomen. I tillegg skilles samme handlinger med ulike begreper ut fra hvor gammelt barnet er som utsettes for handlingen, men det drøftes ikke i denne boken.

Man finner tydelig sterkere genetisk arvelighet knyttet til atferdsvansker som debuterer i barnealder framfor ungdomsår (Taylor et al. 2000). Den genetiske faktoren er meget høy, på omkring 80 prosent, ved atferdsvansker og antisosial atferd hos voksne (Pliszka 1999). Det er derved rimelig å hevde at den genetiske arveligheten for antisosialitet generelt sett er moderat, med unntak for voksne (Arseneault et al. 2003, Rhee & Waldman 2002, Sullivan et al. 2000). Man finner et felles genetisk grunnlag for moderate og alvorlige atferdsvansker, slik at det i høy grad er andre faktorer som avgjør om vanskene slår ut i moderate eller alvorlige former (Eaves et al. 2000).

Per i dag gir forskning holdepunkter for å hevde at det trolig også er mer genetisk arvelighet i gutters enn jenters atferdsvansker (Hudziak et al. 2003). Det kan forklare tidligere refererte forskningsfunn om at jenter preges av flere alvorlige tilleggsvansker når de har atferdsvansker enn det gutter gjør.

Genetisk arvelighet for aggresjon og atferdsvansker kan også nyanseres ved at det er variasjoner knyttet til aggresjonsform: Indirekte/sosial/relasjonell aggresjon synes mer styrt av delt og ikke-delt miljø enn genetikk, mens fysisk aggresjon synes å bunne i ikke-delt miljø og genetikk (Brendgen et al. 2005).

### *Biologiske avvik*

Mange barn og unge med et høyt aggresjonsnivå har biologisk betingede avvik (Bradley 2000). Det gjelder eksempelvis for nivå av kortisol, noradrenalin og serotonin (Hill 2002), flere hjerneorganiske avvik, dårlig hudledningsevne og lav hjerteslagfrekvens ved hvile (Gottesman & Gould 2003, Langley et al. 2004). Det er noe uavklart om disse avvikene er årsaker til atferdsvansker, eller om de ofte opptrer parallelt med dem. Feltet er forholdsvis lite utforsket, og man skal derfor være varsom med konklusjoner.

Fødselskomplikasjoner kan føre til skader i hjernens frontallapp. Det kan lede til impulsivitet som øker risikoen for utvikling av både alvorlige atferdsvansker og kriminalitet (Raine 2002). Det gjenstår fortsatt mye forskning før man har tilstrekkelig innsikt i hvordan slike avvik i hjernens frontallapp leder til atferdsvansker fordi man vet for lite om forekomst av og former for avvik i frontallappen til personer uten atferdsvansker.

Prematuritet og lav fødselsvekt øker i betydelig grad risikoen for utvikling av mange typer av vansker, hvor atferdsvansker er én av dem (Indredavik 2005). Lav fødselsvekt og prematuritet er bare i moderat grad knyttet til atferdsvansker. De er derfor sjelden alene årsak til at barn og unge utvikler slike vansker. .

### *Utrygg tilknytningsstil*

Det er veldokumentert at mange barn og unge med atferdsvansker har utrygg tilknytningsstil (Cyr et al. 2004, Moss et al. 2004). Det gjelder for alle de tre typer av utrygg tilknytningsstil (A, C og D), men i senere studier har man dokumentert en spesielt høy forekomst av atferdsvansker hos barn og unge med tilknytningsstil D (Lyons-Ruth & Jacobvitz 1999). Spesielt mange personer som kombinerer ADHD med atferdsvansker har tilknytningsstil D (Green et al. under trykking).

Det er en del barn og unge med utrygg tilknytningsstil som ikke utvikler atferdsvansker. Forskning viser at utrygg tilknytningsstil ofte opptrer sammen med andre risikofaktorer som lav sosioøkonomisk tilhørighet, ikke-demokratisk oppdragelsesstil samt kognitive vansker (Burgess et al. 2003, DeKlyen & Speltz 2001, Vondra et al. 2001). Det er derfor en del ganger vanskelig å avgjøre om det er den utrygge tilknytningsstilen og/eller de øvrige risikofaktorer som best predikerer utvikling av atferdsvansker. Barn og unge med utrygg tilknytningsstil har spesielt økt risiko for å utvikle atferdsvansker hvis de har lave framfor gode kognitive evner og vokser opp med tilgang til bare én framfor to foreldre. Det er uavklart hvorfor to foreldre er mer beskyttende framfor én forelder. Det er derved ikke klart om stabiliteten i familien er viktigere enn om det er én eller to foreldre. Oppsummerende kan man si at man foreløpig er usikker på om utrygg tilknytningsstil er direkte årsak til atferdsvansker, eller bare er én av flere risikofaktorer som tenderer mot å opptre parallelt ved utvikling av slike vansker. Derfor er det best dekning for å hevde at utrygg tilknytningsstil spesielt øker risikoen for utvikling av atferdsvansker hvis det forekommer andre betydelige risikofaktorer parallelt, altså: «Jo flere risikofaktorer, desto større risiko for utvikling av atferdsvansker.»

## Foreldrene/familien

### *Oppdragelsesstil*

Det er ingen risikofaktor for atferdsvansker som er dokumentert å være så sentral som ikke-demokratisk oppdragelsesstil, det vil si først og fremst autoritær, men også neglisjerende og til dels ettergivende. De tre sistnevnte oppdragelsesstilene betegnes i den vestlige verden som suboptimale oppdragelsesstiler (Brody et al. 2005, Moffitt & Caspi 2001). Oppdragelsesstil er belyst i bokens kapittel 7. Her drøftes de mer utfyllende knyttet til barns og unges utvikling av atferdsvansker.

***Informasjonsboks 11.9. Karakteristika ved foreldres oppdragelsesstil når barn utvikler atferdsvansker***

- Foreldrene setter grenser ofte i affekt. Grensene blir derfor urimelige. Ofte endres eller glemmes grensene som er satt når affektene hos foreldrene har gitt seg. En slik grensesetting leder til at barn og unge oppfatter at man ikke trenger å følge grensene siden de bare er midlertidige.
- Grensene foreldrene setter forklares ikke. Barn som ikke får forklart grenser, vil i liten grad gjøre dem til sine egne. Moral kan ikke indoktrineres; den må forklares, forstås og godtas. Når foreldrene ikke forteller barna resonnementene bak grensene, makter barna heller ikke å overføre dem til lignende situasjoner. Ofte vil et slikt oppdragelsesmønster lede til at barna følger grensene når foreldrene (eller de som kan straffe dem) er til stede, men ikke ut over det. Moral basert på å unngå straff er en umoden moral.
- Maktorientert grensesetting innebærer at foreldrene bruker mange trusler og harde avstraffingsmetoder, som hard kliping, smekk, dask, slag, risting, lugging, tomme trusler, stenge barnet inne på rom for lengre tid og lignende. Det leder til at barn utvikler en forståelse av at det er den sterkestes rett som gjelder: Den som er sterkest kan tillate seg det han eller hun vil overfor andre, siden foreldrene ikke er rimelige i valg av straff og ikke forklarer hvorfor grensene må følges. Når slike overordnede prinsipper for moral ikke kommuniseres til barna i oppdragelsen, vil mange barn som oppdras på denne måten være redde for dem som er sterkere enn seg selv og rette seg etter dem, samtidig vil de herske og herje med dem som er svakere enn seg.
- Foreldrene har vansker med å prioritere hva de skal sette grenser for, og holde fast ved dem. Typisk i familier hvor barn har atferdsvansker er stadige kommandoer hvor foreldrene ofte ikke makter å være i forkant av situasjonene. Det leder til at de ofte føler å ikke ha den kontrollen de ønsker. Det kompenseres med mange kommandoer, gjerne formidlet i et høyt stemmevolum. Barn med atferdsvansker tenderer mot å ikke følge disse kommandoene. I stedet for at foreldrene gjentar kommandoene eller veileder barnet sitt til å følge dem, gis bare nye kommandoer om andre forhold. Grensesettingen bærer tydelig preg av mangelfull prioritering, fleksibilitet i hvordan de settes, og å holde fast på dem. Resultatet er at foreldrene opplever barnet som vanskelig, og at de føler seg presset til å rope siden det ikke hører.
- Det er lite varme mellom foreldre og barn. Dette merkes ved at det er en likegyldig eller negativ stemning i familien. Ved hjemmebesøk fornemmer man raskt en anspent familieatmosfære, og familiemedlemmene virker lite sammensveiset – liksom de bare lever under samme tak. Bekreftelsene av hverandre er få. Mange foreldre som har barn med atferdsvansker, opplever det som kunstig og ukomfortabelt å rose barna og å uttrykke kjærlighet overfor dem. I denne typen av familier finner man ofte at foreldre oppfatter barn som styrt av vond vilje, og at man må passe på dem og ta dem hardt for å plukke av dem unotene. Et syn på barn som harmoniske, søkende og lærende vesener er ofte fraværende. I tråd med foreldres negative syn på barna fant man i en studie at barn med mødre

som uttrykker negative følelser overfor barnet når det er fire år gammelt, har betydelig økt risiko for å utvikle atferdsvansker innen fylte åtte år. Dette viser betydningen av foreldres innstilling overfor barnet og hvordan de utvikler seg. Barn og unge som vokser opp med lav grad av varme vil ofte se seg selv som destruktive, ikke verd å elske og ha lav selvaktelse. I tillegg er det sjelden man lytter til grenser satt av mennesker en oppfatter ikke liker seg. Grenser oppleves da som en del av et straffe-regime framfor nyttig veiledning.

- I observasjoner av familien ser man lite samspill og lek mellom foreldre og barn. I den grad foreldrene leker med barna, er det ofte ved å gjøre ting for framfor sammen med dem (eksempelvis konstruerer ferdig leken i stedet for å veilede og gjøre noe sammen). Det er lite spontanitet og lite uttrykk av glede og fellesskapsfølelse under leken og lite verbalisering. Foreldrene er lite interessert i å leke med utgangspunkt i barnet og følger derfor dårlig opp barnets initiativ.
- Foreldrene og etter hvert også barna har svakt utviklede ferdigheter i konflikthåndtering. Konflikter trappes lett opp, slik at de kommer ut av kontroll. Foreldrene synes å ha få strategier og virker tilfeldige i valg av de få de råder over. Konflikthåndteringen er ofte enten at foreldrene er ettergivende inntil de opplever å bli overmannet og så slår om til det overkjørende dominerende, eller hele tiden preget av trusler om sanksjoner og dominans. Det er lite bruk av kompromisser, avledning eller å gi barnet valgmuligheter.
- Det er lite tilsyn med barnet når det er borte fra foreldrene. Mange foreldre til barn og unge med atferdsvansker tror ikke de i særlig grad kan påvirke barnets atferd når det er borte fra seg. Ofte er foreldrene konkrete i sin tenkning og i tråd med det mener de at det er barnehagens og skolens ansatte som må passe på at barnet oppfører seg som det skal. De tror ikke at familielivets erfaringer påvirker barna særlig. I tråd med dette opplever ofte ikke foreldre til barn med atferdsvansker at det er nyttig å få informasjon fra barnehage eller skole om hva deres barn har gjort for noe galt. Det opplever de som uinteressant siden det i deres øyne ene og alene er de barnehage- eller skoleansattes ansvar. Slike henvendelser fra barnehage og skole oppleves derfor som ment å ramme dem framfor å gi dem nyttig informasjon som foreldre. Det provoserer, noe som igjen gjerne avler aggresjon og verbale utageringer overfor den som henvender seg til dem.
- Det er utydelige generasjonsskiller, slik at det ikke er tydelig posisjonsforskjell på foreldrene versus barna. Barna framstår som egosentriske og dominerende.

Konkretisert i observasjonspunkter:

- Foreldrene gir mange og upresise kommandoer til barnet, men følger ikke opp slik at barnet gjør som bestemt.
- Foreldrene framsetter mange tomme trusler når barnet ikke hører etter.
- Foreldrene roser barnet lite – heller ikke ønsket atferd.
- Foreldrene utøver fysisk hard, urimelig og inkonsistent grensesetting.
- Foreldrene maser ofte på barnet, er ampre og utålmodige og klandrer og fornedrer ofte barnet mens det hører på.

*Listen bygger på Aguilar et al. 2000, Caspi et al. 2002, Caspi et al. 2004, Chang et al. 2003, Galombos et al. 2003, Jaffe et al. 2004b, Knutson et al. 2004, Nelson et al. 2006, Patrick et al. 2005, Pettit & Laird 2002, McCarty & Weisz 2002, Shaw et al. 2003, Smith et al. 2004, Stormshak et al. 2000, Thompson et al. 2003, Webster-Stratton & Hammond 1999.*

### *Moderate eller alvorlige psykiske lidelser hos foreldrene*

Det er en høy forekomst av psykiske lidelser hos foreldre til barn med moderate og alvorlige atferdsvansker (Whitaker et al. 2006). Barn av mødre som har moderate eller alvorlige psykiske lidelser under svangerskapet, har en tydelig økt risiko for utvikling av atferdsvansker innen åtteårsalderen. Dette gjelder i høyere grad for gutter enn for jenter (Sydsjö et al. 2001). Mange studier har vært knyttet til mødres depresjon og utvikling av vansker hos barna, hvor atferdsvansker er en av dem som forekommer hyppigst (Goodman & Gotlib 1999). Flere studier viser at foreldre med personlighetsforstyrrelser har en forhøyet risiko for å få barn som utvikler atferdsvansker. Andre vanlige psykiske lidelser til foreldre som har barn som utvikler atferdsvansker, er rusmiddelmisbruk. Det gjelder både alkoholmisbruk og forbruk av illegale rusmidler (Kazdin 2002). Psykiske lidelser hos foreldre og barns utvikling belyses grundig i bokens kapittel 8, mens rusmiddelmisbruk belyses i kapittel 9.

### *Lavere sosioøkonomisk tilhørighet*

Det er en høyere forekomst av atferdsvansker hos barn fra familier med lav enn med høy sosioøkonomisk tilhørighet (Kilgore et al. 2000). Det har i mange år vært spekulert i om det er lav sosioøkonomisk tilhørighet som i seg selv leder til økt risiko for at barna utvikler atferdsvansker, eller om det skyldes samfunnets syn på og stempling av personer med lav sosioøkonomisk tilhørighet, eller andre karakteristika som kjennetegner personer med denne tilhørigheten. Kontrollering for alle sentrale faktorer som eksempelvis disorganisert familie, viste at sammenhengen mellom sosial klasse og atferdsvansker hos barna ble tydelig redusert. Derfor synes det til en viss grad å være andre viktige kjennetegn ved familier med lav sosioøkonomisk tilhørighet som er vel så viktige for om barn utvikler atferdsvansker eller ikke som den sosiale klassetilhørigheten per se (Hinshaw & Lee 2003). Atferdsvansker kan derfor ikke forstås i et klassisk sosiologisk perspektiv som at det å vokse opp nederst på den sosiale rangstigen leder til at man vil hevne seg på det etablerte samfunnet eller lever ut det stigma man er født med, men mer som uttrykk for en opphoping av risikofaktorer knyttet til lavere sosioøkonomisk klasse. Svakheten ved disse studiene er at de er foretatt i amerikanske gettolignende strøk med andre samfunnsforhold hvor klasseforskjellene er større og de sosiale sikkerhetsnett mindre utviklet enn i Norge. Det er derfor usikkert hvilken verdi studier av fattigdom i USA har for norske forhold. En mer omfattende drøfting av fattigdom og konsekvenser for barns oppvekst er lagt til bokens kapittel 1 og 7.

### *Mors bruk av rusmidler under svangerskapet*

Det er avdekket en sammenheng mellom mors røyking under svangerskapet og utvikling av atferdsvansker hos barna (Brennan et al. 1999, Rasanen et al. 1999). Det er vanskelig å avklare om det bare er røykingen i seg selv som leder til nevrologiske skader, eller om også andre faktorer som ofte opptrer parallelt med at en person røyker gir utslag. En mer utførlig drøfting av foreldres rusmiddelmisbruk og barns vansker er lagt til bokens kapittel 9.

### *Unge mødre og aleneforeldre*

Unge mødre har lenge vært kjent som en risikofaktor for at barn utvikler atferdsvansker (Jaffee et al. 2001, Levine et al. 2001, Nagin & Tremblay 2000). Det er trolig flere årsaker til at foreldreskap i ung alder innebærer en forhøyet risiko for utvikling av atferdsvansker, hvor alderen bare er én av flere risikofaktorer som gjerne opptrer parallelt. Dette drøftes nærmere i bokens kapittel 7.

Eneforsørgere har også en forhøyet risiko for å få barn som utvikler atferdsvansker. Aleneforeldre drøftes mer utførlig i bokens kapittel 7.

### *Utydelige generasjonsskiller*

I en del familier hvor barn og unge har atferdsvansker, finner man et utydelig familiehierarki, slik at mor og far ikke framstår som tydelige voksne med utviskede generasjonsskiller. Barna innvies da gjerne i voksentema, og foreldrene omtaler og forholder seg til barna som venner framfor foreldre (Shaw et al. 2004). Temaet parentifisering er drøftet i bokens kapittel 7.

behov krever et lovverk som gir adgang til alvorlig inngripen i privatlivet. Det krever strenge kontrollrutiner og en sterk tillit fra andre fagpersoner, politikere og allmennheten. Slike velfungerende kontrollrutiner er etablert for barnevernstjenesten. Det er imidlertid ikke like gode systemer utviklet for en rekke av de øvrige hjelpetjenester for barn og unge. Utfordringen framover er å sikre mer likhet i vurderinger mellom de ulike saksbehandlere i barnevernet, samt faglig og personlig ryggdekning for å kjempe for barns behov og rettigheter.

## En forskningsbasert fagutøvelse

Barnevernet, som en fundamental funksjon i samfunnet, må ha autoritet. Det innebærer høy jurisdiksjonsgrad, altså en autoritet. Den bunner ikke i lovhjemler eller verdisyn, men en forskningsbasert praksis hvor man argumenterer med faglighet framfor å henvise til og rettferdiggjøre teorivalg, private standarder eller slik man synes det bør være. Denne autoriteten må ikke blandes med en autoritær ideologi eller som en totalitær praksis. Forskningsbasert kunnskap er i en rivende utvikling. Barnevern er derved også i betydelig utvikling – uten å virke vinglete, men søkende. Den innsikt man i dag har om barns behov og utvikling, leder til at fagpersoner med spesialisering på voksne blir ytterligere aparte i å mene noe om barn og unge. Samtidig skal ikke denne økte kunnskapen om barn og unge lede til eplekjekk samtidshovmodighet. Tidligere praksiser vil derfor kunne framstå i et underlig lys, akkurat som dagens kunnskap vil om noen tiår.

Å verne om barns og unges rettigheter og dekke deres mest grunnleggende behov, vil lett bli famlende om man ikke bygger på teorier om barns utvikling av kompetanse. Teorier kan lett bli grunnlaget i fundamentalisme, som leder til fagpersoners kamper om hvilken teori (kart) som er det beste over terrenget (virkeligheten). Fagfolk i hjelpeapparatet har en velutviklet tradisjon for en slik fundamentalisme. Forskningsbasert kunnskap må supplere teoriene og utvikle dem. I dag taler man mer om teoretiske modeller (paraply-/metateorier) framfor enkeltteorier.

Å verne om barn og unge innebærer en bevisstgjøring og et verdisyn. Verdisyn og ideologi må ikke forstås eller utøves som private standarder og synsing, men idealer å strekke seg mot. Barnevernsarbeid handler i liten grad om hva hver enkelt ansatt mener er god nok omsorg eller ønsket situasjon. Verdiene må baseres på hva forskning avdekker er viktig for barns utvikling. Den kunnskapen er temporær – den endres i tråd med bevegelser i samfunnet. Den er også individuell i betydningen at den varierer ut fra sentrale karakteristika ved barnet. Den er i tillegg kulturspesifikk og tilpasset et vesteuropeisk eller skandinavisk samfunn. Definisjoner av god nok omsorg for barn og unge vil derfor være tidsavgrenset, ta utgangspunkt i enkeltindividet og er kulturavhengig.

Som for alle virksomheter er det også tydelige forbedringsområder knyttet til utøvelse av barnevern. Noen er: (1) tiltak rettet mot å skape trygg tilknytningsstil, (2) å opprette barnevernssak under svangerskap, (3) familier med hyppige flyttinger for å unngå alvorlige inngrep fra barnevernstjenesten, (4) plassering i familiens sosiale nettverk, (5) samværsfrekvens og -form ved tanke på langvarig plassering av barn utenfor hjemmet, (6) et behov for mer forskning på spedbarnsalderen, (7) krav om at sakkyndige har sin spesialitet innen barn, unge og familier.

1 Mange spedbarn som vokser opp i familier som mottar hjelpetiltak etter lov om barneverntjenester er en høyrisikogruppe for å utvikle utrygg tilknytningsstil. Det er foreløpig få intervensjoner man kan benytte for å bidra til å skape trygg tilknytningsstil mellom barnet og forelderen, og effektene av disse tiltakene er lite studert. Siden dette er en av hovedutfordringene man har i barnevernet og konsekvensene av utrygg tilknytningsstil – spesielt når den opptrer parallelt med mange andre risikofaktorer, leder til et storstilt behov for utvikling av flere typer hjelpetiltak. Dette er langsiktige utviklingsprosjekter.
2 I mange saker som kan betegnes som å preges av høy risiko for omsorgssvikt og mishandling, kan man identifisere brukerne før barn fødes. I dag kan man opprette saker på barn under svangerskap etter sosiallovgivningen når foreldrene er rusmiddelmisbrukere. I tråd med kunnskap om