



Masteroppgave i Helse og Sosialfag

Meistring og Myndiggjering

Angst hos barn

*Forekomst og karakteristika ved
angst og eksternalisert atferd hos
barn i 3. – 7. klasse i Sogn og Fjordane.*

45 stp.

Doris Christensen

desember/2015

Forord

Forskning på barn og unges psykiske helse er økende, men også kontroversielt. Behovet for mer kunnskap og tidlig hjelp til barn og unge i risiko for å utvikle psykiske vansker blir fremhevet (FHI 2011:1). Kunnskap om risiko har vi fra befolkningsstudier, og det er vanskelig for det enkelte individ å se hvordan man kan og bør oppføre seg som følge av slik kunnskap. Når psykiske vansker eller atferdsvansker utvikler seg hos barn og unge blir vi fortvilet, maktesløse og preges av både frustrasjon og tristhet. Vi ser tydelig effekten av forebyggende tiltak for bedret fysisk helse i et folkehelseperspektiv, illustrert med redusert røyking i etterkant av antirøykekampanjer. Kan forebyggende helsearbeid ha positiv effekt på fagfeltet psykisk helse hos barn og unge? Det er en økende anerkjennelse av at psyken er viktig for fysisk helse og at faktorer som stress og livspåkjenninger setter spor også i små kropp. Jeg ønsker med mitt masterarbeid å bidra til større åpenhet og mer kunnskap på feltet psykisk helsearbeid for barn og unge.

Regionalt Kunnskapssenter for barn og unge avdeling vest (RKBU-vest) undersøker forekomst av angst hos barn i Norge for å validere og finne norske normer på to spørreskjema som brukes til utredning av angst hos barn og unge. EBU-studien («Engstelse hos barn og unge») er en kartleggingsstudie utført av RKBU-Vest der alle elever på klassetrinnene 3. til og med 7.klasse og deres foreldre i fire kommuner i Sogn og Fjordane inviteres til å bidra til kunnskapen på feltet angst og atferd. Gjennom deltagelse i EBU-studien fikk jeg og to andre masterstudenter anledning til å påvirke utformingen av spørreundersøkelsen og jeg bruker deler av resultatene fra studien til å belyse temaet.

Jeg ønsker å kartlegge forekomst og grad av angst og atferdsvansker hos barna, og vil undersøke samvariasjon og mulige sammenhenger mellom fenomenene.

Takk til Kirsten Flaten for å tenke på meg og invitere meg inn i prosjektet, du er en herlig samtalepart og alltid positiv! Takk til Jon F. Bjåstad, prosjektleder, og RKBU-vest for velvillighet, hjelp og inspirasjon til forskning. Høgskulen i Volda: takk til veiledere Finn Ove Båtevik og Jon Olav Myklebust. En utpreget kvalitativ student satte seg som mål å forske med kvantitativ metode. Det har virket umulig, men nå er oppgaven her. Tusen takk for utfordringer og støtte.

Sammendrag

Tema i denne oppgaven er angst og atferd hos barn i alderen 8 – 13 år. Hovedfokus er hvordan barna selv beskriver angst og atferd gjennom svar på to standardiserte spørreskjema, Spence Childrens Anxiety Scale (Spence, 1998) og Strength and Difficulties Questionnaire (Goodman, 1997). Formålet med studien er å få mer innsikt og forståelse for fenomenet angst. Det belyses hvordan atferd kan arte seg for barn med angst og i hvilken grad det kan sees en samvariasjon mellom angst og eksternalisert atferd forstått som atferdsvansker og hyperaktivitet/ oppmerksomhetsvansker. For å forsøke å finne svar ble disse fire forskningsspørsmål sentrale:

1. Hvor mange barn forteller om angst som plager dem i hverdagen?
2. Hvilke barn er mest sårbare for utvikling av angst?
3. Hva preger barns atferd når de beskriver mer angst enn gjennomsnittet av barn på deres alder?
4. Hvordan er forskjellen mellom jenter og gutter i forhold til angst og atferd når de blir spurt selv?

Studien bruker primærdata samlet inn til dette formålet. Dataene er del av et større forskningsprosjekt og av den grunn omfatter undersøkelsen flere spørreskjema som kartlegger ulike deler av barns psykiske helse. Angst anerkjennes som en av de vanligste følelsesmessige vansker hos barn og ungdom. Angst er tilstedeværende med ulike karakteristika og intensitet hos svært mange barn i løpet av oppveksten. Dette er vanlig og sees for de aller fleste som «utviklingsangst» hvilket er et forbigående fenomen knyttet til alder og utviklingsnivå. Forskning forteller at angst for de barna som beskriver et lavt eller middels høyt angstnivå, som regel ikke vil ha varige plager med tilstanden. Dette ser annerledes ut for de barn som rapporterer om et svært høyt nivå angst. Mens andre indikatorer som kan identifisere hvem som sannsynligvis får langvarige vansker som følge av angst har vært vanskelig å finne, så ser det ut til at de med mest angstplager beholder disse over lengre tid. Undersøkelsen i denne studien finner at 6,4 % av jentene og 3,9 % av guttene beskriver høy grad av angst som antas å skape vansker i den daglige fungering med hensyn til skoleprestasjoner, venneforhold og selvstendighet. Noen av disse barna beskriver også vansker med eksternalisert atferd, men det ser ut til at dimensjonen oppmerksomhetsvansker gir større negativt utslag enn atferdsvansker.

Abstract

This master's thesis is anxiety and behaviour among children between 8 – 13 years old. The main focus is how children themselves describe anxiety and behaviour through their answers on two standardized questionnaires, Spence Childrens Anxiety Scale (Spence, 1998) and Strength and Difficulties Questionnaire (Goodman, 1997). The thesis aim is insight and a deeper understanding of the phenomenon anxiety and to what degree there might be a covariation or correlation between anxiety and externalized behaviour, measured as conduct disorder and hyperactivity/ inattention. To try and find answers these four research questions are central:

1. How many children report anxiety that is affecting their daily life?
2. Which children are more vulnerable for developing anxiety?
3. What characterizes childrens behaviour when they describe more anxiety than the average among children at the same age?
4. How is the difference between girls and boys related to anxiety and behaviour according to them selves?

The study uses primary data collected for this purpose. This data is part of a larger research-project and for that reason the survey consists of several questionnaires studying different parts of childrens mental health. The study finds that anxiety is of the more common emotional difficulties among children and adolescents. Anxiety is present with several characteristics and different intensity in many children through childhood. This is normal, most commonly thought of as «developmental anxiety» and recognized as a passing phenomenon due to age and developing stage. Research tells us that for those children who reports anxiety level as low or medium, usually will not suffer from severe anxiety at a later stage. This seems not to be the case for those who report high state of anxiety. While other indicators that might identify those who is more prone to troublesome anxiety has been difficult to find, children with high state of anxiety seems to be suffering from this over a long period of time. This survey shows that 6,4 % of girls and 3,9 % of boys report anxiety to a degree that probably gives them hardships in their daily functioning in school, with friends and due to expected independence. Some of these children also describes difficulties with externalized behaviour, though it looks like the hyperactive/inattentive – dimension is more decisive for the result than the conduct disorder-dimension.

Innholdsliste

1. Innledning.....	1
2. Teori.....	6
Følelser - emosjoner; kunnskapsgrunnlag og definisjoner	6
Følelser - natur og kultur	8
Følelser og atferd – fra alminnelig utvikling til vansker	9
Angst	11
Eksternalisert atferd	13
Definisjon psykiske lidelser og kunnskap om barns psykiske helse	14
Oppsummering	15
Aktuell forskning.....	16
Oppsummering fra forskning.....	31
3. Metode	33
Etiske vurderinger ved forskning med barn	36
Rekruttering og deltagere	38
Pilot.....	39
Prosedyre for informasjon og gjennomføring	39
Plan for formidling av resultat.....	42
Spørreskjemaene.....	42
Spence Children's Anxiety Scale; barn- og foreldreversjon	45
Strength and Difficulties Questionnaire; selvrapportering og foreldreskjema	47
Child Anxiety Life Interference Scale (CALIS).....	52
Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED).....	53

Self Perception Profile for Children (SPPC).....	53
Short Mood & Feeling Questionnaire (SMFQ)	54
Demografiske variabler og kontakt med hjelpeapparatet	54
Validitet og reliabilitet.....	54
Foreldresvar	57
Deskriptive analyser	57
4. Analyser	59
Barnesvar – oversikt	60
Forekomst av angst i populasjonen.....	61
Forekomst av eksternaliserte vansker i populasjonen.....	70
Korrelasjonsanalyser	73
Feilkilder ved undersøkelsen	83
Svargrunnlaget og frafall	83
Feilkilder ved gjennomføring	84
Feilkilder knyttet til spørreskjema	85
5. Resultat og drøfting.....	87
Forekomst og karakteristika ved angst hos barna.....	88
Hvor mange barn i Sogn og Fjordane forteller om angst som plager dem i hverdagen?..	88
Hva karakteriserer svarene på spørsmål om angst?	89
Forekomst og karakteristika ved eksternaliserte vansker hos barn i Sogn og Fjordane.....	91
Når barn beskriver både mye angst og samtidig atferdsvansker.	92
Hva preger barns atferd når de beskriver mer angst enn gjennomsnittet blant barn på deres alder?	92

Hvordan er forskjellen mellom gutter og jenter i forhold til angst og atferd når de blir spurt selv?	93
Forbehold og kritisk vurdering av egen forskning.	94
6. Oppsummering og veien videre	96
Refleksjon over arbeidet og forskningsprosessen.	98
Litteraturliste.....	99
Vedlegg	104
Vedlegg 1 a Spørreskjema Barneverksjon.....	104
Vedlegg 1 b Spørreskjema Foreldreversjon	112
Vedlegg 2 Godkjenning fra REK	125
Vedlegg 3 Forskningsprotokoll	127
Vedlegg 4 Informasjonsskriv til foreldre, med samtykkeskjema	139
Vedlegg 5 Medieoppslag Firdaposten februar 2015.....	143

TABELLER

Tabell 1	Aktuell Forskningslitteratur
Tabell 2	Spørreundersøkelsen «Engstelse hos Barn og Unge/ EBU»
Tabell 3	Oversikt kartleggingsinstrument i prosjektet.
Tabell 4	Fordeling av kjønn og klasstrinn i antall og prosent.
Tabell 5	Kjønn- og aldersfordeling i gruppene 10 – 13 år.
Tabell 6	SCAS svar med høyest skårer for begge kjønn. Angivelse i prosent.
Tabell 7	SCAS svar med lave skårer for begge kjønn. Angivelse i prosent.
Tabell 8	Angst nivå per klasstrinn og kjønn. Poengangivelser.
Tabell 9	Gjennomsnittlig angstnivå målt ved SCAS (Spence, 1998) i 5 forskjellige land.
Tabell 10	Grad av angst målt ved SCAS, kjønnsdelt. Poengangivelser.
Tabell 11	SCAS gjennomsnitt delskalaer og totalt: for begge kjønn, poengangivelser.
Tabell 12	SCAS tredelt vanskenivå. Prosentangivelser. Jenter.
Tabell 13	SCAS tredelt vanskenivå. Prosentangivelser. Gutter.
Tabell 14	Resultater «Eksternaliserte vansker» for jenter og gutter. Prosentangivelser.
Tabell 15	Korrelasjon mellom forholdet angst og eksternaliserte vansker.
Tabell 16	Korrelasjon mellom SCAS total skåre og delskalaer i SDQ.

FIGURER

Fig. 1	Scatterplot Jenter Total SCAS skåre & SDQ eksternaliserte vansker
Fig. 2	Scatterplot Gutter Total SCAS skåre & SDQ eksternaliserte vansker
Fig. 3	Histogram Gutter 10 – 13 år. SCAS 4-delt problemskala & SDQ subskalaer atferdsvansker, hyperaktivitet/uoppmerksomhet og pro-sosial atferd.
Fig. 4	Histogram Jenter 10 – 13 år. SCAS 4-delt problemskala & SDQ subskalaer atferdsvansker, hyperaktivitet/uoppmerksomhet og pro-sosial atferd.
Fig. 5	Histogram Jenter 10 – 13 år. Total SDQ & SCAS subskalaer.
Fig. 6	Histogram Gutter 10 – 13 år. Total SDQ & SCAS subskalaer

1. Innledning

Forståelse for kompleksiteten i barns utvikling av atferd og følelser, og ulike sider av vansker knyttet til dette er særdeles relevant for psykisk helse for barn og unge. Jeg vil hevde at det tidligere var atferd, oppførsel, som opptok det voksne samfunnet mest, og at det er det en viss endring mot å ha et bredere fokus på følelser og da særlig representert i vektlegging av relasjoner, tid og kvalitet i samvær. Fremdeles synes det imidlertid å være en lengre vei å gå for integrere dimensjonene følelser og atferd i tanker og tiltak for barn og unge. I

Kunnskapsløftets rammeverk for grunnleggende ferdigheter (Kunnskapsløftet, 2012) nevnes for eksempel ikke sosiale ferdigheter. De grunnleggende ferdigheter som her anses for å være fundamentet i enhver læringsprosess er: digitale-, muntlige-, lese-, regne- og skriftlige ferdigheter. Tilsvarende i Stortingsmelding nr. 18 2010-2011; her omtales kun atferd, og terminologi som brukes er for eksempel "læringshemmende atferd" og "utagerende atferd". Det stille atferdsproblemet (Lund, 2012) er et begrep som når man ser nærmere på innholdet beskriver sjenerte og innadvendte barns egenart. Ingrid Lund (2012) viser hvordan «å være stille» kan skape vansker for individet og da særlig individet i skolens kontekst. Dette begrepet, eller andre, for følelser som kan prege barns fungering negativt, nevnes ikke i skolens offentlige dokumenter så langt jeg har sett.

Positive følelser gir motivasjon og vanskelige følelser skaper utfordringer. Det er i relasjoner mellom barn, og mellom barn og voksne som samhandler man blir kjent med seg selv og andre. Relasjoner hviler på følelser på godt og vondt. Vi så og si fødes inn i relasjonene og i den kontekst familien befinner seg. Barn velger ikke relasjoner de inngår i, verken i familie, i barnehage, skole eller fritidsaktiviteter. De velger seg venner, og opplever da både mestring og feiling, gode stunder og konflikter. Gjennom følelser skapes grobunn for endringsvilje, samt opplevelsen av å ha kontroll. For læring er følelsene nysgjerrighet, glede og iver helt sentrale. Positive, gode assosiasjoner til læringssituasjoner er viktig for opprettholdelse av motivasjon. For å ha kapasitet til det, trenger barnet kjenne trygghet og å oppleve mestring på ulike arenaer og i mange situasjoner. For en del av barna i barneskolealder er ikke dette alltid tilfelle. I kortere eller lengre perioder strever de med vanskelige følelser i familie, søskenflokk, fritid og / eller på skolen.

I inngangen til masterarbeidet ønsket jeg å finne mer ut av om det kan det være en sammenheng mellom redsel, utrygghet og atferd. Er det mulig at redde, eller engstelige barn også kan være utagerende? Er de utagerende barna bare sinte og ikke redde? Er de urolige «bare urolige», eller er noen av dem også utrygge? Jeg antar at barn kan forvirre oss ved å handle motsetningsfylt. For eksempel ved å vise sinne eller sterk uro når de er redde, aggresjon når omgivelsene oppfattes som utrygge, eller trekke seg helt tilbake når eleven ikke vet hvordan håndtere seg selv i de gitte omgivelsene. Jeg har opplevd i mitt arbeid i PP-tjenesten og Psykisk Helsevern for Barn og Unge (PHBU) at miljøets respons på skolen og hjemme kan forekomme lite adekvat og ikke være rettet inn mot forståelse for barnet og barnets mulighet for å mestre, men mot handlingene som er synlige. Noen av disse barna kan være vanskelige å hjelpe og desto viktigere å utforske, øke kompetanse og bidra til kunnskap om fenomener som preger følelser og adferd. Med temaet angst og adferdsvansker starter mine undersøkelser av litteratur og tidligere forskning på området psykisk helse hos barn.

Temaene som belyses i masteroppgaven hører til psykologiens fagfelt slik Ekeland (referert i Ekeland, Iversen, Nordhelle & Ohnstad, 2013, s.20) definerer hva psykologi handler om:

... psykologi er vitenskapelige studier av atferd og mentale prosesser. Atferd er i psykologien et vidt begrep som omhandler alt vi uttrykker og gjør, både språklig og ikke-språklig, i prinsippet det som er iakttagbart for andre. Mentale prosesser er det som er skjult for andre, en fellesbetegnelse for hva som går for seg i vårt indre liv når vi tenker, føler og opplever verden og oss selv.

Spørsmål om barnets egen og dets foreldres opplevelse av sitt barns følelser og atferd blir forsøkt belyst gjennom egen forskning. Temaet forankres i mine tanker om og opplevelse av, at man øker muligheten for endring ved å holde fastere fokus på følelser og opplevelser, enn på atferd. Denne påstanden vil ikke i seg selv bli ettergått i masterarbeidet, men jeg håper at å fordype seg i fenomenene øker innsikten min i forhold til angst og atferd hos barn – og særlig at min kritiske sans oppøves i bruk av kilder og arbeid med egen empiri. Å utfordre forestillingene om et tydelig skille mellom «innside» og «outside» (Ekeland et al., 2013, s.38) gir mening fordi jeg synes det er vanskelig å møte, å svare på og å snakke om nettopp denne forestillingen. Følelser og atferd er tett vevd sammen, men likevel fenomen som trengs å

granskes hver for seg. Det de har felles er det Ekeland omtaler som *mening* – både våre uttrykksformer, atferd, og våre skjulte mentale prosesser handler om noe – er intensjonale. Iboende, genetisk, og kulturelt betingede. Å integrere kunnskap, tenking fra ulike felt er viktig fordi jeg har en grunnleggende tro på at «sannheten» ikke finnes i en bestemt retning. Heller ikke i samtale med barn, unge, foreldre eller kollegaer. I handlinger så vel som i tankemønster og følelser ligger det mening for hver enkelt og potensiale for endring finnes i å dele, å opplyse hverandre om meningen for meg og etterspør meningen for den andre.

Jeg ønsker å undersøke forhold ved angst og adferdsvansker. Hvordan er sammenhengen mellom disse to fenomen; angst og vansker med adferd? Opplever noen barn både angst og samtidig adferdsvansker som ellers ofte forbindes med utagerende barn; uro, aggressivitet og sosiale vansker?

Forskningsspørsmål som avledes er - hvor mange barn forteller om angst som plager dem i hverdagen? – hvilke barn er mest sårbare for utvikling av angst? – hva preger barns adferd når de beskriver mer angst enn gjennomsnittet blant barn på deres alder? – hvordan er forskjellen mellom gutter og jenter i forhold til angst og adferd når de blir spurt selv?

Oppgaven vil beskrive følelser og alminnelige adferdsuttrykk hos barn, samt grensene mot tilstander der følelser blir så vanskelige for barnet og miljøet rundt at det negativt preger utvikling og livsførsel. Jeg presenterer kunnskap om utvikling av følelser i et utvalg av anerkjent forskning og faglitteratur på feltet. Studien kartlegger barns egenopplevde angst og adferd gjennom spørreskjema sammensatt av flere standardiserte og velprøvde, spørreskjema. Det er dermed valgt en kvantitativ tilnærming og datainnsamling.

Ved å spørre barna og deres foreldre om både frykt, bekymring og ulike aspekter ved adferd, vil jeg se om noen barn beskriver følelser og adferdsmessige fenomener som problematisk samtidig. Foreldres vurdering av barn blir i forskning og i den daglige praksis på skole og i hjelpeapparatet, tillagt stor betydning. Også i denne undersøkelsen ble foreldre invitert til å svare på spørsmål om sitt barns angst og atferd. For ytterligere belysning av faktorer som er

viktige for barn og familieforhold ble foreldre spurt om familiesammensetning, utdanningsnivå, arbeidsdeltagelse og økonomi. Data mellom barn og foreldre kan i denne undersøkelsen ikke kobles på individnivå og hver gruppe, barn og foreldre, analyseres for seg.

Tidligere undersøkelser på Vestlandet (Heiervang et al., 2007) har vist en mulig skjevhet der barn med adferdsvansker synes å være overrepresentert i forhold til barn med angst / følelsesmessige utfordringer i psykisk helsevern. Denne undersøkelsen spør foreldre i Sogn og Fjordane om de har bedt om hjelp for vansker og hvem de i så fall har vært i kontakt med. Hjelpeapparatet som er tilgjengelig for barna og foreldre som strever for å hjelpe sine barn, er i stor grad lokalt forankret i skole, helsestasjon, lege og pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT). Barneverntjenesten bidrar også når barn og familier har behov for hjelp og har føringer for å bidra til forebygging (Sosial og Helsedirektoratet, 2007). Når vanskene er store og langvarige blir ofte spesialisthelsetjenesten kontaktet og psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) har som mål å være dimensjonert for å hjelpe omtrent 5 % av barn og unge i sitt distrikt.

Forekomst og styrke i vansker med angst hos jenter og gutter mellom 8 og 12 år undersøkes ved til sammen 14 skoler fordelt på fire kommuner i Sogn og Fjordane. Det undersøkes også forekomst og styrke i selvopplevde adferdsvansker, uoppmerksomhet og sinne i den samme populasjon. Barn som forteller om angst og samtidig rapporterer høyt på aggresjon, uoppmerksomhet og adferd (eksternaliserte vansker) vil bli undersøkt for mønster og karakteristika for disse funn. Av tidligere forskning både i Norge og internasjonalt ser man at jenter tenderer til å ha større grad av emosjonelle vansker, mens gutter i større grad har eksternaliserte vansker (Heiervang et al., 2007; Heiervang, Goodman & Goodman, 2008; Broeren et al, 2013; Cunningham & Ollendick, 2010). Foreldresvar vil i tillegg si noe om hvem som har kontakt med hjelpeapparatet og hvilken del av hjelpeapparatet, hvilken tjeneste i kommunen eller spesialisthelsetjenesten.

Hypoteser som undersøkes i denne oppgaven er:

- 1) Det er flere jenter enn gutter som forteller om engstelse og samtidig eksternaliserte vansker.
- 2) Eldre barn med angst forteller om mer eksternalisert atferd enn yngre barn med angst.
- 3) Uro, konsentrasjonsproblemer og sinne preger barn med høy grad av angst mer enn barn med normal angst for alderen.
- 4) Få foreldre som har barn med angst, har kontakt med hjelpeapparat for dette.

Kvantifisering av vansker er knyttet til vurdering av to forhold. Følelsenes styrke og atferdens karakter; hvordan det virker inn på utvikling og livskvalitet, om noe hindrer en ønsket livsførsel og om barnets ferdigheter og selvstendighet er som forventet for alderen.

Når barnets frykt arter seg slik at å være i skole eller hos familie/venner uten foreldre blir vanskelig kan dette vurderes i styrke og intensitet, og også i grad av forventet mestring i forhold til alder og andre utviklingsområder. I diagnosesystemet ICD-10 kalles det når vanskene vurderes å være lite adekvat i forhold til forventet selvstendighet, alder, intensitet og varighet for *Separasjonsangst i barndommen*¹. For å fylle diagnosekriteriene må vanskene være tydelig større enn vanlig og ha en intensitet som forstyrrer forventet livsførsel og livskvalitet, samt at vanskene skal ha vart ut over den alminnelige periode for separasjonsangst. Forskning på området bruker i stor grad diagnostiske kriterier og beskrivelser. Det gjenspeiles i oppgaven fordi fagfeltet synes å være sterkt preget av dette. Denne undersøkelsen er deskriptiv i sin form og analysene skal belyse fenomenen og er i hovedsak beskrivende. Vilkårene for beskrivelsene av følelser og atferd som fenomen vil forhåpentlig være tydelige og dekkende. Et utvalg av barnebefolkningen og deres foreldre er spurt og det vil alltid være begrensninger og forbehold knyttet til et utvalg. Det gjelder både valg av litteratur som belyser og skal være bakgrunn for drøfting, samt grunnlaget ved datainnsamligen. Vilkår for begrensninger er med underveis, men løftes særlig frem i drøftingen etter analysene er presentert.

¹ <https://finnkode.helsedirektoratet.no/#/icd10/ICD10SysDel|2613747|flow>

2. Teori

Teorikapittelet omtaler følelser generelt, engstelse og eksternalisert atferd spesielt. Det gjøres i en utviklingspsykologisk ramme og en omtale av aspekter ved følelser som natur og kultur. Temperamentsforskning gir referanseramme til omtale av risikofaktorer og beskyttende faktorer i utvikling av en robust eller mindre robust psykisk helse og vansketilstander. Begrepsavklaringer gjøres ved å utdype og presisere aksene fra normalitet til avvik og det er viktig å understreke at alle følelser er ønskede og viktige. Videre omtales folkehelseinstituttets definisjon av psykiske lidelser og problemstillingen aktualiseres gjennom å peke på potensiale i forebygging.

Følelser - emosjoner; kunnskapsgrunnlag og definisjoner

Følelser er fenomener mennesker har til felles. Ens opplevelse av ulike følelser er unike, men likevel allmenne. Atferdsuttrykk for den samme følelsen kan være forskjellige. Når vi blir redd og følelsen er frykt, kan noen reagere med passivitet og kanskje gråt, mens andre kan reagere med aggresjon og sinne. Det som preger hvordan vi reagerer på følelser er et medfødt temperament og så betyr også miljømessig påvirkning mye.

Menneskets utvikling fra fødsel til aldrende gjelder også for området følelser.

Utviklingspsykologiske retninger har ulike innfallsvinkler til følelser og emosjoner (Bunkholt, 2010). Mens behaviorismen tolker følelser ut i fra atferdsuttrykk og forholder seg kun til det synlige og strengt målbare, har nyere utviklingspsykologi tatt opp i seg flere retninger også humanistisk psykologi, nevrobiologi og forskning fra traumefeltet. Biologien har blitt mer betydningsfull og tilknytningsteori som springer ut ifra John Bowlby og Mary Ainsworth's forskning og teorier har fått stor innvirkning (Hart & Schwartz, 2008). Oppdagelsen av det såkalte «speilnevronet» har gjort mye for hvordan man ser utviklingen av selvet beskrevet blant annet av Daniel Stern (Hart & Schwartz, 2008, s. 107). Nevrobiologien har gjort sitt inntog i takt med at teknisk utvikling gjorde bilder av hjernen og nervesystemet bedre. Her har Alan N. Schore og hans pionerarbeid i integrering av nyere hjerneforskning med utviklings- og tilknytningsteori skapt en ny dimensjon i forståelsen av personlighetsutvikling.

Schore har valgt Bowlby's teorier som også så utviklingen av selvet som en interaksjon mellom særegne genetiske predisposisjoner og et bestemt miljø man fødes til.

Kjerneemosjoner er glede/velbehag, frykt/panikk, sinne/raseri, tristhet/fortvilelse, skyldfølelse/anger, ømhet/hengivenhet og interesse/iver (Jacobsen & Svendsen, 2010). Når følelser blir sterke, kan det være vanskelig å dele, forstå og knytte språk til. Desto sterkere følelser, jo vanskeligere oppleves det å skulle beskrive dem. Emosjonene differensieres gjennom barne- og ungdomsårene i hovedsak parallelt med kompetanse til å regulere emosjonene. Barns forutsetninger handler om kognitive og utviklingsmessige forhold, både i barnet selv – evner og medfødte disposisjoner, og i miljøet rundt – omsorgsbetingelser og oppveksterfaringer. Barn med utviklingsforstyrrelser, for eksempel autismespekter-vansker, utviklingshemming eller andre iboende egenskaper, har andre forutsetninger for utvikling på dette området så vel som andre områder. De første årene av barns liv trenger de minst én sunn og nær relasjon til primæromsorgsgiver som støtter emosjonsregulering. Etter hvert vil barnet/ den unge selv regulere seg i hensiktsmessige og sunne emosjonsuttrykk (Jacobsen & Svendsen, 2010). Karterud, Wilberg og Urnes (2010, s.24), forklarer emosjoner og følelser slik:

Med emosjoner mener vi organismens (affektive) reaksjon på ytre eller indre stimuli. Det innbefatter kroppens fysiologiske reaksjoner (eks. tilstandsendringer som følge av hormonell stimulering og aktivering av det autonome systemet). Følelser er bevisste opplevelser av emosjonelle reaksjoner, eksempelvis av sinne, frykt og sorg.

Følelser er motivasjon og setter rammer for oppmerksomheten, de strukturerer våre sosiale relasjoner og gjør oss aktive eller passive. Det fysiske ved følelsene er vesentlig. Følelser er kroppslige og de kjennes, eller sanses, tydelig (Bunkholt, 2010). Det biologiske fundament handler om å overleve, angrep, flukt, begjær og beskyttelse. Forskning har vist at fysiologiske reaksjoner er hensiktsmessige, men også at det skaper stressreaksjoner som over tid kan gi skadelige virkninger (Karterud et al., 2010, s. 115). I den kognitive psykologien fremheves dette og i psykoedukasjon (å lære om følelser) bringes informasjon om følelsenes funksjon

frem som vesentlig. Gjennom å forstå følelsenes funksjon kan man lettere ta handlingsvalg som gir positive muligheter til endring av atferd.

Definisjon av følelse og emosjon slik Frode Nyeng (2006, s.16) ser det er

... den opplevelse de ulike emosjonene kan gi den enkelte. En følelse er altså det faktisk opplevde, det som rører seg i bevisstheten, mens emosjon er betegnelsen på en beveget tilstand man kan være i også selv uten å føle den, altså uten å selv være oppmerksom på en navngitt tilstand.

Mens filosofen Nyeng har fokus på opplevelse, har psykiater Karterud fokus på kroppens reaksjon og følelsenes/emosjonenes funksjon.

Følelser - natur og kultur

Kulturelt har det vært, og er til dels enda, stor ulikhet i hvilken grad sjenanse, tilbaketrukket atferd eller sjenerthet blir sett på som en svakhet eller som et verdsatt personlighetstrekk.

Mens det i USA lenge har vært betraktet som et negativt trekk, har de nordiske land verdsatt en viss tilbakeholdenhet og sjenanse. Imidlertid har det endret seg hos oss også og vi ser at barn og unge som er stille og tilbaketrukket i barnehage, skole og fritid får færre tilbakemeldinger og mindre respons (Lund, 2012). Det kan ha negative konsekvenser i forhold til utvikling både sosialt, personlig og faglig. Det stilles store krav til håndtering av ulike arenaer for barn og de unge; de bør tåle å være synlige for å få respons. De bør klare å bli vurdert i påsyn av andre og de bør tåle skuffelser når de ikke oppnår det som er ønsket (Flaten, 2010). Forskning har vist at sjenanse forbindes tydelig med sosial mistilpasning og vansker med jevnaldrende, avvising og mobbing (Lund, 2012).

Naturen i følelsene er det medfødte temperament og det biologiske fundament i følelsenes nødvendighet for overlevelse og reproduksjon. I en rapport fra Folkehelseinstituttet (2009:8) fremheves også at temperament sees på som individets utgangspunkt for samhandling med omgivelsene og at gjennom samhandlingen modereres temperamentstrekk. Mennesker utvikler nye temperamentstrekk ved økende alder, men det er nå en relativt stor enighet om at temperamentstrekk har høy stabilitet. Det sees klart sammenhenger mellom faktorer i temperamentstrekk og psykisk helse både som mulige risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer (Rapee, Schniering & Hudson, 2009; Broeren, Muris et al., 2012; Muris & Broeren, 2008). Karterud, Wilberg & Urnes (2010) omtaler den sterke påvirkning Darwin's tanker om artenes opprinnelse og overlevelse har fått de siste tiår som evolusjonspadigmet. Gjennom drøftinger har både filosofer, nevrobiologer, evolusjonsteoretikere og utviklingspsykologiske forskere blitt knyttet sammen i temaet omkring menneskets intensjonalitet, i dag ofte kalt mentalisering, og svært mange forskere snakker om (personlighets-)trekk og ikke så mye om tilstander. Disse trekk-teoriene er mer forbundet med normalpsykologiske tradisjoner enn selv-teorier som forbindes med kliniske tradisjoner. Teorier om temperament er eksempel på trekk-teori. Karterud, Wilberg & Urnes (2010) hevder at teori søker nærmere empirien, og at man har gått lengre bort fra den dualistiske tankegang der kropp studeres av medisinere og psyken av psykologer. Det kan virke som en dialektisk tanke nærmer seg den hermeneutisk tradisjon, der all erkjennelse hviler på fortolkning, møter evolusjonsteori, psykoanalytisk- og eksistensfilosofisk tradisjon.

Følelser og atferd – fra alminnelig utvikling til vansker

Angst er en følelse som varierer i styrke fra en svak fornemmelse av engstelighet, for eksempel omtalt som sjenanse knyttet til sosial omgang (Flatén, 2010), til voldsom frykt, og/eller knyttet til spesifikke situasjoner (som å bli stengt inne i små rom) eller insekter/dyr (edderkopper eller slanger). Fra Vigdis Bunkholt (2010) og Jo Ingul (2013) finner jeg henholdsvis beskrivelse av alminnelig følelsesmessig utvikling og henvisning til de diagnoser som favner om store vansker med tilsvarende følelser. Jeg fletter sammen dette her i en beskrivelse av følelsesmessig utvikling hos barn.

Barn er ulike og dette er en generell beskrivelse som umulig kan romme alle variasjoner som må tenkes på som «normale» og alminnelige. Overganger er glidende og mer enn før tenkes det at utvikling ikke skjer i trinn der barnet går fra et til neste, men at atferd preges av de betingelser barnet tilbys i omgivelsene samtidig som omgivelsene svarer på barns signal og behov på ulike måter. Utvikling beskrives i tema og disse tema gjentas senere i utviklingen ettersom erfaring og språk utvikles i samspill med omgivelsene.

Første vanlige steg der barnet erfarer og opplever engstelse er i perioden mellom 6-18 måneder når frykt for fremmede og redsel for adskillelse fra nære omsorgspersoner ofte oppstår. I denne perioden utvikler barn forståelse for ansiktsuttrykk og danner sine primære tilknytningsrelasjoner. De uttrykker frykt og skepsis og skvetter/ blir skremt av plutselige og uventede objekt/ inntrykk. Når frykt for fremmede og adskillelse høyere opp i alder skaper vansker for barnets ønska og alminnelige utvikling, er diagnosen «separasjonsangst» (DSM IV, 1994) aktuell. Senere i 2-3 års alder utforsker barna verden mer fordi de beveger seg lettere bort fra omsorgspersoner. Språk knyttes til handling og følelser, og magisk tenking er vanlig. Barna er nå ofte redde for dyr, fantasifigurer og mørket. Barna kan etter hvert uttrykke misunnelse, skyld og skam. I denne perioden kan barn utvikle en angst for spesifikke objekt som kan sette seg fast eller dukke opp på et senere tidspunkt som benevnes i diagnostisk terminologi «spesifikk fobi» (DSM-IV, 1994/ ICD-10, 1992). Neste utviklingstema er 3-6-åringens autonomi, selvhevdelse og selvkontroll. Her er språket og følelsen av «meg selv» som eget menneske i en rivende utvikling og emosjoner som er introdusert erfares og formes i omgivelsene.

I 6-10 års alder er skoletilpassing et viktig utviklingstema for barna. Nå starter de fleste å gjøre slutninger av årsak – konsekvens og å kunne anta/ forutse farlige hendelser. Barn forstår nå at det er mulig å ha to følelser på samme tid. Å grue seg og glede seg kan være et eksempel på det. Barn kan nå være redde for skolen, ha bekymringer som preger dem tydelig, være redde for mørket og for fysisk skade av kroppen. De er ofte redde for å være alene og kan frykte bakterier og unaturlige ting. I DSM-IV (1994) har man da diagnoser som «generalisert angst» (senere GAD som er forkortelse for Generalized Anxiety Disorder) og «tvangslidelser» (Obsessive Compulsive Disorder; heretter forkortet til OCD). I tiden mellom 10 – 12 år vokser barns sosiale forståelse og vennskap får ofte en annen kvalitet. De kan nå maskere følelser og forestille seg, og de forstår at følelser har en indre forankring. Nå øker også

bevisstheten om utseende. Ved store vansker med sosial omgang er diagnosen «sosial fobi» tilsvarende og diagnosen «spesifikk fobi» er aktuell dersom frykten knyttes til spesielle identifiserbare objekt eller situasjoner. I tenårene, 13 – 18 år, er de mest sentrale utviklingstema identitet, fysiske endringer, seksuelle forhold og det kan være vanlig med katastrofetenkning omkring fysiske symptom. Sårbare situasjoner er særlig avvisning fra jevnaldrende. Gjenstand for bekymring er fysisk utseende og sosial vurdering som kan føre til stor frykt. Det ligger ingen nye diagnostiske termer til de følelsesmessige tilstander som kan følge av utviklingstemaene, men de som er nevnt ved yngre alder brukes videre og også for øvrig, for voksne. Diagnosenes terminologi og kriterier er for øvrig utviklet og ment for voksne og det diskuteres stadig at de ofte ikke er hensiktsmessige og passende for barn og unge. Denne diskusjonen hører imidlertid ikke hjemme her.

Angst

Angst og frykt preger vår væremåte og våre handlingsvalg og ulike vansker som oppstår med bakgrunn i disse følelsene er nå beskrevet på et generelt nivå. I kognitiv teoretisk tilnærming er kjennetegn på angstlidelser at individet har overdrevent fokus rettet mot farer og mangler i troen på evne til å mestre situasjoner (Wells, 1997). Det kan for eksempel være farer ved å bli sosialt vurdert og fare mot fysiske trusler. Emosjonelt preger angst vår væremåte, slik også andre følelser preger oss, og bidrar til handlingsvalg som man kanskje ikke ville gjort uten angsten eller frykten. For barn og unge er det særlig aktuelt å fremheve at emosjoner som preger dem ikke settes språk til uavhengig av omgivelsene, men tvert imot får begreper innhold gjennom deres unike erfaringer, betingelser i omgivelsene og i samspill med omgivelsene. Angst «læres» med det på ulike nivå, for eksempel ved at voksne i situasjoner viser og setter ord på hva som er farlig eller ikke farlig. Engstelse og frykt omtales av barn, unge og voksne oftest knytt til situasjoner og/eller objekter. For eksempel frykt for å bli forlatt av nære omsorgspersoner, frykt for spesifikke objekt eller hendelser (som dyr, insekt eller høyder) eller frykt for fysisk helse/skader. Mestring som en prosess der kompetanse og følelser på mange måter hører sammen bør nå fremheves og defineres. Som andre følelser og emosjonsuttrykk læres angstens vesen gjennom erfaring og blir en særegen eiendom for hvert individ. I Heggen (2007, s.65) finnes denne definisjon på mestring fra Lazarus og Folkman:

Vi definerer meistring som stadig skiftende kognitive og handlingsrettede forsøk som tar sikte på å handtere spesifikke ytre og/eller indre utfordringer som blir oppfattet som byrdefulle eller som går ut over de ressurser som personen rår over.

Mestring blir etter denne definisjonen en mer eller mindre vellykka, men likevel målrettet handling. Enten det er barn eller voksne prøver alle å mestre de utfordringer man har eller får. I denne definisjonen vektlegges hva som tenkes og velges av handling, ikke hvordan personen «er». For å ha kapasitet til meistring slik denne definisjonen forutsetter, så må mennesket ha en viss kognitiv kapasitet og evne til kommunikasjon.

Fobi defineres som angst for og unngåelse av situasjoner, naturfenomener, gjenstander eller dyr (Skre & Malt, 2012). Det beskrives som en frykt som er overdreven i forhold til situasjonen. Den minsker ikke ved fornuftige forklaringer og overtalelser, er utenfor viljemessig kontroll og fører til unngåelse av den fryktede situasjonen. Mildere tilfeller der frykten ikke hemmer livsutfoldelse kalles fobisk frykt. Alvorligere tilfeller der livsutfoldelsen er hemmet, kalles fobiske forstyrrelser og klassifiseres som angstlidelse. Ingul (2013) henviser til Essaus konklusjoner fra 2007 som sier at angst bør behandles når:

- (1) the duration and intensity does not correspond to the real danger of the situation;
- (2) it occurs in «harmless» situations; (3) it is cronic (lasts for a long time); (4) causes impairment and interferes with psychological, academic, and social functioning.

Alminnelig og unormal angst skiller seg altså i hovedsak fra hverandre i styrke og hyppighet.

For barn i skolealder, før puberteten inntreffer, er de hyppigst forekommende angstlidelser sosial angst og tvangslidelser. Temaene for disse typer engstelse hører til utviklingen for alderen, som søkt sosial bevissthet; å høre til eller ikke høre til, og kontrollbehovet; å ha orden, være helt ren eller andre elementer som kan gjøre at vi føler kontroll. Dette kan bidra til at vi ikke ser eller har nok kunnskap til å forstå forskjellen på hva som er normalangst for alderen og når normalitetsreferansen ikke er en tilstrekkelig måte å forstå problemet på.

Eksternalisert atferd

Utagerende atferd innebærer sterk uro, sinne, konfliktskapende oppførsel, fysiske aksjoner (slag, spark, hærverk) og rollen som mobber. I begrepet eksternalisert atferd finner man kategorisering av hyperaktivitet (sterk uro kroppslig og/eller verbal), aggressivitet og ulike former for uakseptable handlinger og holdninger til omverdenen. Begrepene atferdsproblemer og eksternalisert atferd slik de er beskrevet av Nordal, Sørli, Manger & Tveit (2005) hevdes å være brukt relativt tilfeldig og om hverandre (Nordal et al., 2005). Ulike former for problematferd operasjonaliseres slik at utagerende atferd og antisosial atferd får betegnelsen eksternalisert atferd. De diagnostiske termer og kriterier i ICD-10 (1992) og DSM-IV (1994) ved atferdsforstyrrelser stemmer godt overens, men skiller seg på enkelte mindre punkt (FHI Rapport 2013:4).

Et utviklingspsykologisk perspektiv legger til grunn en dimensjonal forståelse av atferdsvansker, som det også gjøres for angst. Fra ingen vansker; som er uvanlig fordi de fleste barn utfordrer for å erfare forskjell på ønska og uønska atferd; til store vansker der atferd bryter med samfunnets normative verdier og sosiale spilleregler. Definisjon av begrepet atferdsvansker slik Bronfenbrenner (1979), Klefbeck og Ogden (2003) og Henggeler, Melton og Smith (1992) er gjengitt i Nordal et al. (2005): «atferdsproblemer er et resultat av disturbed ecosystem». En definisjon som vektlegger samspillet mellom individ og miljø og atferdsvanske forstås som et misforhold, manglende samsvar mellom forventninger. I Bunkholt (2010) brukes begrepet atferdsforstyrrelser og det påpekes at det er en «upresis diagnostisk betegnelse» (Bunkholt, 2010, s.282) fordi barns andre problemer kan komme til uttrykk på likedannde måter; tilsynelatende umotivert aggresjon som for eksempel dytting, lugging, slåing, skremming og ødeleggelser. Atferden kan ofte variere i intensitet og hyppighet, fremstå ulik på forskjellige arenaer som skole, hjem og fritid. Barn er ofte rastløse og ukonsentrerte, det er vanlig. Differensiering av internalisert og eksternalisert adferd har skjedd på bakgrunn av forskning i et marginalt utvalg av barn og unge med alvorlige atferdsvansker og det kan derfor i mindre grad brukes til å beskrive problematferd i et normalutvalg av barn (Nordahl et al., 2005). Lund (2012, s.30) påpeker at det som ofte er felles for barn og unge med atferdsvansker er ensomhet, utfordringer med å etablere stabile vennskap, at atferden utfordrer omgivelsene, at anklagelser rettes mot andre eller innover mot seg selv og at atferden er til hinder for læring.

Prosocial atferd er positiv, støttende og hjelpsom (Svartdal, 2012) og er det motsatte av anti-sosial atferd.

Eksternalisert atferd er begrepsmessig satt opp som en motsats til internalisert atferd som her er forklarte vansker som kan grense til eller bør betegnes som, angst. Begrepene er samtidig en forenkling og en forvansking av kategorier. Ingrid Lund (2012) omtaler internalisert atferd som fenomen og vektlegger også at begrepet omfatter sosialt tilbaketrukket atferd, taushet, sjennerhet og dersom mobbing skjer; også en offerrolle.

Definisjon psykiske lidelser og kunnskap om barns psykiske helse

Folkehelseinstituttet (FHI, 2013:4) definerer psykiske lidelser slik; «Begreper psykiske lidelser omfatter alt fra mildere plager som fobier og lettere angst og depresjonslidelser, til omfattende og alvorlige tilstander som schizofreni. Felles for alle psykiske lidelser er at de påvirker tanker, følelser, atferd, væremåte og omgang med andre.» (FHI, 2013:4, s.15). Det slås fast i oppsummeringen av rapporten at psykiske lidelser har alvorlige konsekvenser i form av økt sykefravær, arbeidsuførhet og dødelighet.

Angstlidelser er den vanligste gruppen av psykiske lidelser hos barn og unge. Mellom 15–20% av dem vil i en eller flere perioder av livet før fylte 18 år, oppleve angst slik det er beskrevet i diagnostiske kriterier (Beesdo, Knappe & Pine, 2009). Funn fra den befolkningsbaserte studien «Barn i Bergen» viste at forekomst av emosjonelle vansker og da hovedsakelig angst, var de hyppigste vanskene hos barn i småskolen med en forekomst på 3,4 % (Heiervang et al., 2007). Barn med angst fungerer ofte dårligere på skolen, med venner og i fritidsaktiviteter, og har oftere søvnproblemer sammenlignet med barn uten sterk engstelse (Essau & Gabbidon, 2013; Hansen et al. 2011; Mychailyszyn, Mendez & Kendall, 2010). Angstproblematikk har også en negativ innvirkning på livskvalitet (Stevanovic, 2013). Å ha en angstlidelse som barn predikerer også en rekke psykiske lidelser i ungdomstiden (Bittner et al., 2007), og er assosiert med komorbide tilstander som depresjon, rusproblemer og atferdsproblemer. Barn med angst i tidlig alder synes altså sårbare for å utvikle flere typer vansker senere i barne- og ungdomslivet. Jo Ingul (2013) konkluderer i sin

doktorgradsavhandling at fravær fra skolen hos elever i videregående er en god indikator på psykososiale vansker. I den voksne befolkning er angstlidelser den største diagnosegruppen av psykiske lidelser som får innvilget uføretrygd (Mykletun & Knudsen, 2009). Hjelp på et tidlig tidspunkt vil derfor kunne forebygge mer alvorlige vansker senere i livet (Bittner et al., 2007).

Forskning viser at færre får hjelp for sin angst enn det man tenker er rimelig (Heiervang et al., 2007). Fra «Barn i Bergen» - studien fant man at 13,3 % av barna som hadde emosjonelle lidelser var i kontakt med psykisk helsevern (PBU) sammenlignet med 74,5 % av barn som har ADHD. Det er usikkert hvor mange barn som har kontakt med førstelinjetjenesten (helsestasjon, lege, PPT) for sine plager. I andre vestlige land er det vanlig å ha lavterskeltilbud innenfor skolehelsetjenesten der angstlidelser kan møtes og hjelpes (Fisak, Richard & Mann, 2011, Niel & Christensen, 2009).

Oppsummering

Angst som følelsesmessig fenomen kan variere i intensitet og varighet gjennom barndom, ungdom og voksenliv og kan skape store vansker for god fungering. Frykt som er en nødvendig, viktig og naturlig følelse, skaper problemer dersom den hindrer naturlig utvikling og selvstendighet hos barn og unge. Adferd som i sitt uttrykk skaper støy, uro og konflikter for barnet selv og miljøet rundt, er vanlig og det er alvoret i intensitet og varighet som skaper risiko for individet. Følelser og adferd henger nøye sammen og det er ikke enkelt å vurdere sammenhenger eller å se klare årsaker til når uvanlige vansker blir problemer som bør adresseres og hjelpes.

Aktuell forskning

I det følgende beskrives et utvalg av forskning på området psykisk helse, angst og adferd hos barn og unge. I forskningsprosjektet «Engstelse hos barn og unge, EBU-studien»² (RKBU-Vest) der mitt masterarbeid har sitt empiriske materiale, er valg av spørreskjema for angst sentralt. Det finnes ikke spørreskjema med norske normer for angst og dette håper EBU-studien å kunne gjøre noe med ved å få materiale som kan egne seg til formålet. Forskning med kartleggingsskjemaene Spence Anxiety Scale (SCAS: Spence, 1998) og Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ: Goodman, 1997) er sentralt i mitt masterarbeid fordi det førstnevnte kartlegger angst og SDQ belyser både følelser og adferd. Sammen med beskrivelse av forskningsbasert kunnskap og empiri om årsaker til angst og atferdsvansker, vises et bredt spekter på området. Fra forskning på forekomst og karakteristika, til tanker om forebygging, behandling og initiering av videre forskning. For å skape en god oversikt er artiklene satt inn i tabell 1 fra neste side. Deretter kommer omtale av forskningen. Innholdet i tabellen er satt inn kronologisk fra den eldste forskning opp til den nyeste. Omtalen deretter følger ikke den rekkefølgen, men starter med en review-artikkel som gir en bredere oversikt før de andre studiene omtales som belyser deler av temaene med et smalere blikk.

² <http://uni.no/nb/uni-helse/rkbu-vest/ebu-prosjektet/>

Tabell 1 Aktuell Forskningslitteratur

Aktuell Forsking					
Årstall	Nasjonalitet	Forfattere & Tittel	Design	N	Resultat
1998 (primær- data fra 1994 og 1997)	Australia	Susan H. Spence «A measure of anxiety symptoms among children»	Undersøkelse av SCAS-Selvrapport Faktoranalyser Konvergent validitet, intern konsistens, test- retest reliabilitet Replikasjons-studie	594 barn i replikasjons-studien Primærstudie: 2052 barn Populasjons-utvalg + 60 barn hvorav 40 var i klinikk og 20 i kontrollgruppe	Barn i alderen 8 – 12 år. 4.-7.klasse. Spørreskjemaet SCAS måler symptomer relatert til separasjonsangst, sosial fobi, tvangslidelser, panikk- angst/agorafobi, generalisert angst og frykt for fysisk skade. Analysene viser at skalaen reflekterer godt de kluster av vansker som er kategorisert i diagnosesystemet DSM-IV. De enkelte skalaer beskriver vanskene godt og kan brukes i vurdering av spesifikk diagnostikk som et tillegg til vurderingen ved bruk av hele skjemaet.
2004	Nederland/ Australia	Maaikje H. Nauta et al. «A parent-report measure of children's anxiety: psychometric properties and comparison with child -report in a clinic and normal sample»	Undersøkelse av psykometriske egenskaper SCAS-P, validitet og reliabilitet Faktoraalyser korrelasjonsanalyser	484 foreldre klinisk utvalg 261 foreldre kontrollutvalg	Spørreskjemaet SCAS-Foreldreversjon måler angst hos barn og unge med relativt god validitet og reliabilitet. Spesielt når det kombineres med informasjon fra SCAS-Selvrapport. Resultatene samstemte noe mer for internaliserte symptom enn for eksternaliserte symptom. Foreldre-barn enighet varierte fra 0.41 – 0.66 I gruppen med angst-diagnostiserte barn, og fra 0.23 – 0.60 i kontroll-gruppen.

2007	Norsk	Einar Heiervang et al. «Psychiatric Disorders in Norwegian 8- to 10-Year Olds: An Epidemiological Survey of Prevalence, Risk Factors, and Service Use»	Populasjonsstudie Epidemiologisk	9155 barn 6297 foreldre	Forekomst psykiske lidelser hos barn i alderen 8-10 år: 7% (95% konfidensintervall 5,6 % - 8,5 %) Forekomsten er lavere enn i ellers sammenlignbare land. 75 % av barn med ADHD er i kontakt med hjelpeapparatet (her: spesialist-helsetjenesten), mens 13 % av barn med emosjonelle vansker har denne typen kontakt.
2008	Norge, England	Einar Heiervang, A. Goodman, R. Goodman «The Nordic advantage in child mental health: separating health differences from reporting style in a cross-cultural comparison of psychopathology	Vurdering av forskjeller i helse og svarmønster blant nordiske og britiske foreldre og lærere.	8-10 år Britiske data: 3836 barn Norske data: 6658 barn	Sammenligningen mellom dataene viser selvmotsigende forhold mellom spørreskjema og intervjudata som indikerer hvorfor kryss-kulturelle forskjeller i spørreskjema ikke automatisk bør tolkes som ulikheter i psykopatologi. Undersøkelsen tyder på at Norske «fordeler» i barns mentale helse kan være både et faktum, men også kunstig (artefact). Norske voksne (foreldre og lærere) ser ut til å underrapportere emosjonelle vansker hos barn, mens atferdsvansker ser ut til å være mindre hyppig i den norske barnebefolkningen enn i den britiske.
2008	Nederland	Peter Muris, Suzanne Broeren	Twenty-five Years of Research on Childhood Anxiety Disorders: Publication Trends	Review-artikkel 1394 artikler	Halvparten av forskningen de fant omhandlet fenomenologi ved angstforstyrrelser. Det resterende delte seg mellom etiologi, behandling/ intervensjon og med færrest publiserte artikler om vurderinger (assessment). Forskningen tar utgangspunkt i diagnosekriterier, men omtrent en-tredjedel er forskning i et alminnelig utvalg barn og unge og det resterende i utvalg i utredning eller behandling. Oppsummert viser forfatterne til

			Between 1982 and 2006 and a Selective Review of the Litterature		skjevhet der for eksempel post-traumatisk stress syndrom og tvangslidelser er mer forsket rundt enn separasjonsangst som er vanligere.
2009	Australia	Ronald M. Rapee et al. «Anxiety Disorders During Childhood and Adolecence: Origins and Treatment»	Review-artikkel		Oppsummerer gjeldende kunnskap om utvikling av angst hos barn og unge, samt behandling. Omtaler også begrensninger i kunnskapen og anbefaling for videre forskning. Konkluderer med at det er vanskelig å finne ut hvorfor noen utvikler angst og andre ikke. Mer forskning behøves i forholdet mellom gen og miljø, og på interaksjon mellom temperament og miljø-betingelser. Spesielt etterlyses mer teori og empiri om miljøfaktorerens påvirkning.
2010	USA	Natoshia R. Cunningham, T. H. Ollendick «Comorbidity of Anxiety and Conduct Problems in Children: Implications for Clinical Research and Practice»	Fagartikkel om samtidige vansker med angst og atferd		<p>1. Begrepet komorbiditet drøftes og det gis et rammeverk for forståelse av samtidig angst og atferdsvansker, utvikling og uttrykk.</p> <p>2. Omtaler epidemiologiske studier og kliniske studier.</p> <p>3. Drøfter metodiske (eller kunstige) årsaker til at komorbiditet fremkommer i undersøkelser – eks «referral bias» skjevhet ved henvisning, strategier ved informasjonsinnhenting, bruk av flere informanter, diagnostisk overlapping, ulikhet ved kategorial vs. dimensjonale skalaer.</p> <p>4. drøfter implikasjoner for vurdering og behandling, samt anbefaling for forskning og praksis.</p> <p>Konklusjoner:</p> <p>Komorbiditeten mellom angst og atferdsvansker kan ikke forklares av tilfeldigheter. Forekomsten av atferdsvansker blant barn med angst er både i epidemiologiske studier og kliniske utvalg er omtrent 10%.</p> <p>Forekomsten av angst hos barn med atferdsvansker er omtrent 40%.</p> <p>Kartleggingsinstrument og måling bør vurderes.</p>

2011	USA	Brian J. Fisak Jr., Dan Richard & Angela Mann «The Prevention of Child and Adolescent Anxiety: A Meta-analytic Review»	Review Metaanalyse av effekt ved angst-forebyggende program for barn og unge.		Metode: systematisk søk etter effektstudier: målgruppe barn/unge under 18 år, ekskl andre tilstander enn angst (ex depresjon), ekskl program som defineres som behandling, inkl både publiserte og upubliserte studier (ex doktoravhandlinger). 31 studier er inkludert (hvorav 1 er norsk: Aune & Stiles, 2010, mange fra Australia og USA, en fra Mexico, tre fra Canada, tre fra England og en fra Hong Kong) Resultat: forebyggende program som møter angst synes å ha en positiv effekt uavhengig av om barn ville utviklet angstlidelse eller andre psykiske helseplager. Forfatterne er overrasket over den lave satsing på forebygging for barn med angst i og med at forekomsten er så stor. Videre forskning bør blant annet se på foreldremedvirkning i programmene og ulikhet i effekt som følge av det.
2011	Norge	Tore Aune	Sosial angstlidelse hos barn og unge	Fagartikkel	Omhandler norsk og internasjonal forskning på området. Ser på forekomst, etiologi, risiko og beskyttende faktorer, utvikling av behandling og videre forskning.
2013	Norge	Hege Kornør og Sonja Heyerdahl «Måleegenskaper ved den norske versjonen av Strength and Difficulties Questionnaire, selvrappport (SDQ.S)»	Undersøkelse av måleegenskaper ved den norske versjonen av SDQ-Selvrapport Psykometrisk vurdering og indre konsistens.	Inkluderer 27 publikasjoner fra 14 studier	Mangler nasjonale normer og regionale normsett varierer noe. Begrepsvaliditeten er god. Kvalitet på indre konsistens varierer: Emosjonelle symptom viser tilfredsstillende indre konsistens, mens skalaen atferdsproblemer baseres på heterogent innhold (som ansees som like i innhold) og bør tolkes med varsomhet. Skalaene hyperaktivitet, venneproblem og prososial atferd viser ikke tilfredsstillende indre konsistens og det SDQ-S anbefales brukt til forskning og tidlig i en kartleggingsprosess. Det er egnet til å utelukke psykiske vansker og som screeninginstrument.

2013	Australia, Nederland, Spania	Suzanne Broeren, Peter Muris, Sofia Diamantopoulou & Jess R. Baker «The Course of Childhood Anxiety Symptoms: Developmental Trajectories and Child-Related Factors in Normal Children»	Longitudinell studie av utviklingsbaner og individuelle faktorer ved barns angstsymptomer	224 barn første runde, 211 andre, 196 tredje 4-11 år Foreldre- rapportering Alminnelig utvalg	25 % av inviterte foreldre til studien aksepterte i første runde. Gj.sn alder 6.09 (barna var mellom 4 og 9 år ved studiens start). Kartleggingsinstrument: PAS (Preschool Anxiety Scale, Spence et al 2001: en tilpasning av SCAS for yngre barn), SDQ (Strength and Difficulties Questionnaire, Goodman, 1997), BIQ (Behavioural Inhibition Questionnaire, Bishop et al. 2003; Edwards 2007) og TOM (Theory-of-Mind, Muris et al. 1999). <u>Analysere relevante for min oppgave:</u> SDQ samler relevante subskalaer slik: internalisert skåre av subskalaene emosjonelle vansker og venneproblemer, eksternalisert skåre av subskalaene hyperaktivitet/uoppmerksomhet og atferdsvansker samt at prososial atferdsskåre kalkuleres for seg. Resultat: sterk korrelasjon mellom inhibert atferd (målt ved BI) og angst, svak sammenheng mellom eksternalisert skåre og GAD/sep.anx. pro-sosial atferd viste en svak negativ korrelasjon med sosial angst og spesifikk frykt. Resultat: de fleste barn har lavt til medium nivå av angstsymptom, mens de som har sterke angstsymptom oftest beholder disse over tid. Risikoen for utvikling av kronisk tilstand er stor, men mer forskning trengs for verifikasjon av hypoteser og funn, samt vurdering av diagnostiske kriterier.
2014	Norge	Jo Ingul «Anxiety and Social Phobia in Norwegian Adolescents. Studies of risk factors, school	Doktorgrads- avhandling	Ca 3000 13-18 åringer 2005-2010	Ungdom med høyt skolefravær og høy angst har flere psykososiale problemer og mer eksternaliserende atferd. Jenter rapporterer høyere angstnivå enn gutter. Angst blant ungdom fluktuerer (varierer i intensitet med alder, kjønn og utvikling). Skolefravær er en god indikator på psykososiale problemer.

		absenteeism and treatment effects»			Hoved-risikofaktorer på populasjonsnivå er eksternaliserende vansker og familiens arbeids og helsestatus.
2014	USA	Matthew Jarrett, A. Black, H. F. Rapport, A. E. Grills-Taquechel, T. H. Ollendick “Generalized Anxiety Disorder in Young and Older Children: Implications for Learning and School Functioning”	Vurdering av likhet og ulikhet i skolefungering hos yngre og eldre barn med generalisert angst (GAD)	8-13 år Amerikanske data: 60 barn tilfeldig trukket fra større utval (ca 400) barn med diagnosen GAD.	Informasjon fra både barn, foreldre og lærere. Vurderer grad av påvirkning på skolefungering, faglig, sosialt; både eksternaliserende og internaliserende vansker blir kartlagt. Yngre og eldre barn viser noe ulike karakteristika ved sin fungering knyttet til angst og skoleprestasjoner. Mens yngre har mer vansker med frykt for fysisk skade, er de eldre mer preget av bekymring knyttet til egne skoleprestasjoner, vansker med å holde seg oppmerksomme og de blir raskt ute av seg. Foreldre rapporterte lite forskjell, mens lærere så at de eldste har større vansker med læring og viste mindre glede enn de yngste.

Rapee et al. (2009) beskriver data fra de siste 20 års forskning på området temperament, angst og emosjonelle forstyrrelser. Den omtaler modellering og læringserfaring, samt forskningen omkring foreldres påvirkning.

Hovedrisikofaktor for utvikling av angst ser ut til å være temperamentsstilen som kalles «atferdsmessig hemming» eller også omtalt som «inhibert temperament». Kjentegn ved denne type temperament hos barn er:

- tendens til å holde seg nær trygge personer,
- å ha tegn på stress eller tilbaketrekking i møte med ukjente ting/mennesker,
- lang latenstid i forhold til å snakke med fremmede og
- en innskrenket eller hemmet sosial atferd.

Studier viser at barn med angstforstyrrelser sannsynligvis har foreldre som også har en angstforstyrrelse. Review-artikkelen (Rapee et al., 2009) viser da til studier gjort på voksne som rapporterer egen angst og angst hos primære omsorgsgivere i barndommen. Forfatterne antar at voksne opplevde tilsvarende symptomtrykk som barn. Artikkelen beskriver flere tvillingstudier som viser moderat arvelighet for angstsymptomer og forstyrrelser hos barn og ungdom, lignende dem man har funnet hos voksne. For tiden tror de fleste forskere at det foreligger en genetisk komponent. Tvilling-studier ansees å være verdifulle også fordi metoden gjør det mulig å se ikke bare genetiske bidrag til atferden, men også i forhold til omgivelsene. Undersøkelser har vist at barnets angst tilskrives unike miljømessige kjennetegn i forhold til hver av tvillingene i paret. Tvillingstudier tyder dermed på at angst ikke er genetisk mediert fordi den engstelige tvilling er mer sannsynlig til å rapportere negative livshendelser enn den ikke-engstelige tvillingen. Begrensningen i denne studiens metode er blant annet at variasjonen som tilskrives individuelle miljømessige faktorer forveksles med målemessige feil siden data aldri kan betraktes som eksakte. Ulike undersøkelser kommer til ulike resultat, uklart av hvilken grunn.

Det antas at miljømessig påvirkning er årsak til en større variasjon i den utviklingsperioden der foreldre har størst påvirkning på sine barn (Rapee et al., 2009). Altså fra tidlig – til midt i barndomsårene. Retrospektive studier viser at barn med angst har mødre som rapporterte om større vansker de første 12 måneder av barnets liv, inkl. søvnløshet, grining og smerter. Dette passer med prospektive studier som har vist at babyer (3-6 måneder) med høy grad av

motorisk og følelsesmessig reaktivitet (sterk uro kroppslig, gråt og vansker med søvn), har en økt risiko for å vise forhøyet inhibert atferd innen 2 til 6 år. I retrospektive studier synes det som om at barn med hemmet atferd tidlig i livet, har større sannsynlighet for å utvikle angstforstyrrelser senere i barndommen/ungdommen. Likheten mellom et hemmet temperament og angstforstyrrelser hos unge mennesker er åpenbar. Å skille mellom disse ulike konstruksjoner er vanskelig og vi risikerer å snakke om hverandre (potential tautology) fordi den underliggende konstruksjon synes så lik. Forfatterne argumenterer likevel for at det er to ulike konstruksjoner, selv om det er nært beslektet. En hoveddistinksjon er sannsynligvis i hvilken grad livet forstyrres av symptomene – høy grad av hemmet atferd er karakterisert av de samme symptomer som angstforstyrrelser, men har ikke den samme konsekvenser for individets livsførsel. Forskning skiller mellom temperament og forstyrrelser på en tidsakse som jeg forstår slik at angstforstyrrelsen kan være til stede i perioder, mens temperamentet er stabilt. Man kan i perioder være mer eller mindre plaget av angst, avhengig av omgivelser og livsbetingelser.

Førskolebarn med hemmet atferd treffer for kriterier på flere angstforstyrrelser (Rapee et al., 2009, s.317). Hemmet atferd kan være en mulig forløper til angst, men siden ikke alle med hemmet atferd har angstforstyrrelser, påpeker forfatterne at man bør se mer statistisk på tilstedeværelsen av angstforstyrrelser. Kunnskapen om temperament mener Rapee et al. (2009) ikke tilfører oss mer forståelse av angstens opprinnelse, fordi vi ikke vet mer om dannelsen/årsaken til ulikheter i temperament like lite som årsaken til angstforstyrrelser. Imidlertid reflekterer måling av temperament en konstellasjon av atferd som viser noe om kombinasjonen mellom biologisk og miljømessige risikobetingelser.

Foreldre har stor påvirkning på barns utvikling, i hvert fall i de tidligste år. Det er en selvfølge. Følger vi denne tanken videre, blir det forventet at ekstrem oppdragerstil fører til ekstreme atferds uttrykk hos barn og til slutt til forstyrrelser. Overraskende er det da at det reviewartikkelen ser det empirisk har vist seg vanskelig å identifisere rollen foreldre-barn-interaksjon spiller i utviklingen av emosjonelle forstyrrelser. Særlig er virker det vanskelig for angstforstyrrelser. Tradisjonelt har to oppdragerstiler vært assosiert med angstforstyrrelser i barndommen: overbeskyttende eller overkontrollerende – og negativ eller kritiserende

oppdragerstil. Sammenhengen mellom begge stiler og barns angstsymptomer og – forstyrrelser er tydelig i flere undersøkelser. Studier er gjort både ved selv-rapportering og ved observasjonsstudier i laboratorium. Den første stilen er sterkest assosiert med angst, mens den andre (kritisk og negativ) er sterkere assosiert med depresjon. Studiene ser ikke noe modererende ift alder eller kjønn verken hos barn eller foreldre. Artikkelen bemerker imidlertid begrensninger i forhold til at det er vanskelig å vite hva som påvirker hva. Påvirker engstelige barn foreldrenes tilsvarende til atferd og behov; eller er det engstelige, overbeskyttende foreldre som påvirker barns atferd og behov. Det finnes få studier og de som er viser varierende funn. Både ser man engstelige/overbeskyttende mødre som får engstelige reaksjoner hos barn, og engstelige barn som utløser overbeskyttende atferd hos mødre. En pilotstudie viste at mødre som spilte overbeskyttende i større grad fikk barn til å reagere med utilslørt engstelse (de Wilde & Rapee, 2008, referert i Rapee et al., 2009).

Når det gjelder modellering og annen læringserfaring tilsier både sunn fornuft og vitenskapelig teori at angst kan hvertfall delvis kan utvikle seg på grunn av spesifikke læringserfaringer i utviklingshistorien. Individuelle erfaringer og læringskomponenter til angst kan også sees som en forklaring til den store variasjonen i angst hos barn som må svares for ved miljøfaktorer som ikke er delte. Rapee et al. (2009) viser til adskillige retrospektive studier forteller om viktigheten av betingede erfaringer, modellering av trussel og negativ verbal overføring – for begynnende angst hos barn. Imidlertid mangler longitudinelle RCT-studier. Det finnes overveldende evidens for at direkte erfarte traumer kan påskynde en rekke ulike frykter hos barn. Men uansett alvorligheten av traume, betyr modererende faktorer som personlighet, attribusjonsstil og sosial støtte, mye. Data omkring barn-foreldre-interaksjon antyder at barn kan lære frykt også ned i alder 12-24 mnd av foreldre/voksne som viser fryktreaksjoner i kontakt med spesifikke objekt. På den andre side kan også barn beskyttes for utvikling av angst ved at voksne opptrer rolig i møte med ukjent objekt. Noen mødre har rapportert at å uttrykke egen angst foran barn er positivt relatert til barnets angst og fryktsomhet midt i barndommen. Når man kombinerer disse funn med antagelsen om at mer engstelige foreldre trolig viser mer frykt, får man sekundært støtte til teorien. Frykt i barndommen kan også læres når truende informasjon om nye og ukjente objekter skjer.

De begrensede mengder data som finnes omkring rollen negative livshendelser kan ha i utviklingen av angst hos barn, antyder en tilnærmet lik interaksjon mellom ytre hendelser og indre prosesser. Fra longitudnielle studier på småbarn synes det som om innflytelsen på negative livshendelser mer enn antallet hendelser har sammenheng med angstsymptomer et år senere. Innflytelsen på livshendelsene var i sin tur påvirket av barnets hemmede atferdsstil. Det tas forbehold fordi å rapportere akkurat hva som «satte i gang» engstelse er vanskelig på grunn av angstens kroniske natur. Forskning review-artikkelen har sett (Rapee et al., 2009) sier ikke noe om hvordan livshendelser kan være en årsak til angst.

Muris & Broeren (2009) beskriver i sin reviewartikkel forskningspublikasjoner fra perioden 1982 – 2006 om angstforstyrrelser hos barn. Reviewartikkelen har funnet, mener de, et representativt utvalg fagfellevurderte artikler og har ikke vurdert den fullstendige oversikt over all forskning som er publisert. 1394 artikler er gjennomgått. De ser at interessen for feltet er økende i perioden. De finner at flere publikasjoner utforsker fenomenologien ved angst hos barn, mens bemerkelsesverdig mye mindre forskning er gjort på forekomst og vurdering av ulike sider ved angst, etiologi (opphav eller årsak) og intervensjoner eller behandling.

Angst hos barn sees i et utviklingsmessig perspektiv og forutsetter at normal, såvel som uvanlig angst er del av det samme kontinuum ved fenomenet. Det gjør at det er like relevant å studere angst hos barn i den alminnelige befolkning som i utvalg som er til utredning eller i behandling. De finner at det i økende grad anerkjennes at angstlidelser hos voksne allerede kunne sees når de var barn og at det nå mer forskes på denne type vansker hos unge. Av forskning på barn og unge, ser man sterke tendenser til at angstforstyrrelser har et kronisk forløp og at det varer ved til voksen alder. I forhold til vurdering av vansker med angst fremheves Spence Childrens Anxiety Scale (SCAS: Spence, 1998) og Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED: Birnmaier et al., 1999) som er brukt i EBU-studien som gode eksempler på mulig kartleggingsmetoder. Andre nevnes også og ADIS (Anxiety Disorders Interview Scale: Silverman & Albano, 1996) fremheves som gullstandard. Det er et semistrukturert intervju og man får da en nær samtale med vedkommende som intervjues og en annen dybde i vurderingen av vanskenes særtrekk. Det er et omfattende verktøy som EBU-studien ikke hadde kapasitet til.

Broeren, Muris, Diamantopoulou & Baker (2013) beskriver en longitudinell studie med Nederlandske skolebarn i alderen 4 – 11 år som så på utviklingsbaner og individuelle faktorer ved angstsymptomer i en alminnelig populasjon. Her er risikofaktorer ved utviklingen analysert og det argumenteres for hvilke barn som sannsynligvis vil trenge hjelp for sin angst og hvordan de kan identifiseres med større presisjon. Informanter er foreldre til 224 barn over en toårig periode. Spørreskjema som ble brukt var blant andre SDQ (Goodman, 1997) og Preschool Anxiety Scale (PAS: Spence et al, 2001) som er en tilpasning av SCAS (Spence, 1998) for yngre barn. Det ble vurdert grad av inhibert atferd, internaliserte og eksterne symptom og prososial atferd – og vurdert i hvilken grad hver av faktorene kunne spille en rolle som risikofaktor eller beskyttende faktor for angstforstyrrelser. Prososial atferd reflekterer sosiale ferdigheter, positiv interaksjon med jevnaldrende og hvorvidt barnet føler seg støttet av jevnaldergruppa (eng: peer support). Gode sosiale ferdigheter er betraktet som en beskyttende faktor for utvikling av vansker med angst. Det vises til forskning som tyder på at eksterne vansker (for eksempel ADHD) er en risikofaktor for utvikling av angst og at de to typer trekk eksterne og interne atferd ofte opptrer samtidig hos barn. Når spesifikke angstdiagnoser granskes, så finner man for eksempel at opposisjonell atferdsforstyrrelse (ODD) er signifikant knyttet til generalisert angst (GAD). Vanskene i denne undersøkelsen er målt på indeksnivå i SDQ for eksterne vansker (skårer på indeksene hyperaktivitet/ uoppmerksomhet og atferdsvansker summert) og interne vansker (skårer på indeksene emosjonelle symptom og venneproblemer summert). Prososial skåre ble også vurdert.

Broeren et al. (2013) ser så etter trekk ved barna som viser høy grad av angst og ser stabiliteten i trekkene som en risikofaktor for utvikling av en mulig kronisk tilstand som varer inn i voksen alder. Trekkene synes å være svært stabile både hos alle barn i ulike kategorier; lite angst, middels angstnivå, høy angst og svært høyt angstnivå. Dersom dette er tilfelle, vil vi ved beskrivelser av angst hos barn kunne forvente at det ikke går over etter en periode selv om det vil variere noe hvor plaget barnet er av angsten. Relevans for min problemstilling er analysene som tar utgangspunkt i majoriteten av barnas angstnivå og som deretter ser trekk ved barn som rapporterer høy eller svært høy grad av angst. Mens denne studien baserer seg på foreldresvar, har EBU-studien både svar fra barn og foreldre.

Jo Ingul (2013) viser i sin doktorgradsavhandling at skolefravær er en god indikator på psykososiale vansker hos elever i videregående skole. Det vises i undersøkelsen også at jenter rapporterer høyere angstnivå i 14-15-års alder enn gutter. Samtidig understreker Ingul (2013) egne funn som bekrefter annen forskning; at angst fluktuerer (opptrer ulikt i vanskegrad/intensitet) i utviklingsløp og at desto flere risikofaktorer som virker inn, jo mer sannsynlig er det at barn og unge får vansker med angst. Denne forskningen er gjennomført i Midt-Norge i perioden 2005 – 2010 med omtrent 3000 ungdommer.

Barn i Bergen-studien (Heiervang et al., 2007) viser at forekomst av store vansker med psykisk helse er omtrent 7 % for barn i alderen 8 – 10 år. Dette er en populasjonsstudie der forskerne i første fase fikk over 6000 spørreskjema der det var mulig å matche lærer og foreldresvar for identifiserte barn. Kriteriene for å bli definert som «positiv» var strenge slik at de ble vurdert å treffe diagnostiske kriterier. Av risikofaktorer knytt til miljø fant man ikke i denne studien noen sammenheng mellom barns vansker og foreldres utdanningsnivå. De fant statistisk signifikant sammenheng mellom atferdsvansker, gutt, lærevansker og et ikke-tradisjonelt familiemiljø (der det ikke var to biologiske foreldre i husholdningen). Emosjonelle forstyrrelser var signifikant assosiert med lærevansker og et ikke-tradisjonelt familiemiljø. Overlapping mellom kategorier forstyrrelser viser en stor sammenheng mellom ADHD og atferdsforstyrrelser, mens tendens til overlapp mellom atferdsforstyrrelser og emosjonelle forstyrrelser var svakere. Av barn der svar samsvarte til kriteriene for ADHD hadde 78 % komorbid forstyrrelse; emosjonelle forstyrrelser 18 % og atferdsforstyrrelser 48 %. I snitt hadde 29 % av barna med diagnostiserbare forstyrrelser mer enn en forstyrrelse. Disse funnene samsvarer med annen forskning Heiervang (referert i Heiervang et al., 2007; Costello et al., 2003; Fleitlich-Bilyk & Goodman, 2004; Ford et al., 2003) refererer til i sin artikkel. Risikofaktorer kan være ulike i ulike land og kulturer, slik også forekomst av ulike vansker kan være det. Knytt til egenskaper hos barn er det hos yngre gutter man finner hyppigere atferdsvansker og hos eldre jenter finner man hyppigere emosjonelle vansker. Dersom barn har lærevansker er risikoen større for psykiske og/eller atferdsmessige vansker. Heiervang et al. (2007) påpeker at tallrike og komplekse risikofaktorer for utvikling av mentale forstyrrelser gjør at heller ikke de nordiske land «slipper unna» til tross for høy levestandard og liten økonomisk og sosial ulikhet. Resultatene av denne undersøkelsen viser en lavere andel barn med psykiatriske forstyrrelser enn vanlig i ellers sammenlignbare kulturelle forhold. De peker på at mindre sosial ulikhet muligens kan bidra til dette.

Heiervang, Goodman & Goodman (2008) undersøkte forskjeller i helse-tilstand fra svar-tendenser i en krysskulturell sammenligning mellom norske og britiske studier. Her er to ulike kartleggingsinstrument brukt, hvorav det ene også er brukt i denne kartleggingsstudien, SDQ (Strength and Difficulties Questionnaire), den andre er DAWBA (Development and Well-Being Assessment). Funn fra disse analysene sannsynliggjør at mens det faktisk synes å være en lavere andel av atferdsforstyrrelser i Norge sammenlignet med Storbritannia, så er den lavere andelen emosjonelle forstyrrelser et resultat av underrapportering. Altså at lærere og foreldre som vurderer barns emosjonelle symptomer og fungering, forteller om mindre vansker enn det er sannsynlig at de har. Sammenligningsgrunnlaget er barn mellom 8 – 10 år, i Storbritannia og Norge i perioden 2002-2003 (norske tall) og 1999-2004 (britiske tall). Inkonsistens viste seg når de studerte ulikheter mellom det som fremkom gjennom standardiserte spørreskjema og det som fremkom gjennom intervju. Forfatterne konkluderer med at det er to mulige forklaringer; det kan være en reell lavere forekomst av emosjonelle forstyrrelser blant barn i Norge, eller det kan være at voksne under-rapporterer denne typen vansker hos barn. Dersom det siste stemmer anerkjenner voksne barns emosjonelle vansker som angst i mindre grad. Dette kan være viktig å ha kunnskap om og jeg kan forvente i min studie at få barn og foreldre rapporterer om store vansker med angst, mens sannsynligvis flere foreldre enn barn forteller om vansker med atferd som sinne, uro og uoppmerksomhet (utagerende atferd).

Generalisert angst hos yngre versus eldre barn har det vært få studier på. Jarrett et al. (2014) utforsket forskjeller mellom barn som er yngre enn den mest typiske alder for debut (7-9 år) og de barn som er i den mest typiske alder for å bli diagnostisert med GAD (10-13 år). I studien har både barna selv, deres foreldre/omsorgsperson og lærer bidratt. Kort oppsummert forteller eldre barn like mye bekymring som yngre, med unntak av at de eldste rapporterte større bekymring i forhold til skole, større vansker med oppmerksomhet/konsentrasjon og at de i større grad blir oppbrakte/ ute av balanse. De yngre barna rapporterer i større grad at de unngår aktiviteter som oppleves som farlige/ «kan skade meg». Foreldre rapporterte likt mellom aldersgruppene med to unntak: de yngste oppleves å ha større vansker med perfektjonisme og de eldre oppleves å ha større vansker med skolerelaterte kompetansemål. Lærere rapporterte for de eldste større vansker med læring og at de er mindre glade. Disse funnene er kontrollerte for komorbide tilstander og andre variabler som for eksempel demografi. Studien antyder at det er noe ulikhet mellom de typiske karakteristika for

generalisert angst hos yngre og hos eldre barn. Engstelse ser ut til å påvirke skolefungering og akademiske prestasjoner i større grad og at dette blant andre faktorer kan knyttes til vansker med oppmerksomhet/konsentrasjon.

Bekymring er nøkkelbegrep som når det påvirker dagligliv i stor grad oppleves som svært belastende og begrensende. Studier som har undersøkt forekomst av bekymring i barnebefolkningen generelt i aldergruppen 8 – 13 år (Muris et al. referert i Jarrett et al., 2014) forteller at 70 % er bekymret av og til. Det er altså helt vanlig å føle bekymring til tider. Når bekymringene blir omfattende i tid og styrke, påvirker og hindrer alminnelig livsførsel – så er det en av kriteriene i diagnosesystemene og karakteristika ved det som kalles «generalisert angst» (ICD-10, 1992). Å bekymre seg er en kognitiv prosess og på grunn av det så har man tenkt at kognitiv modning og økende alder spiller en viktig rolle i disse bekymringsprosessene. Mange har tenkt at mindre barn dermed har mindre kapasitet og forutsetninger for å bekymre seg. Barn må være i stand til å anta og se for seg katastrofale hendelser i fremtiden. Det betyr ikke at man mener små barn er ute av stand til å bekymre seg, men at fokus for bekymringer er ulikt mellom yngre og eldre barn. Yngre barn (5-6) har ofte frykt knyttet til konkrete som dyr, mens eldre barn har frykt ofte knyttet sterkt til døden (10-13) og i alderen 14-17 er det vanlig å være særlig var sosial oppmerksomhet, man blir mer sensitiv og kritisk på egen fremtreden.

Jarrett et al. (2014) peker på at komorbiditet, når flere vansker opptrer samtidig, er ganske vanlig. Barn og unge med generalisert angst har også ofte vansker som beskrives som eksterne; det innebærer hyppige humørskifter og at de er sinte, aggressive, oppfarende, ofte i konflikter enten både hjemme og ute, eller kun hjemme (Alfano, 2012; Masi et al. referert i Jarrett et al., 2014). Av disse barna med sterk engstelse finner forskning at 21-22 % har fått diagnosen ADHD. Andre internaliserte vansker som er relativt vanlig å finne sammen med engstelse, er depressive symptom/depresjon.

Resultat viser at gruppene, yngre versus eldre barn, ikke var ulike i forhold til demografiske variabler som kjønn, familiens inntekt og heller ikke i forhold til medisinbruk eller hvorvidt generalisert angst var primær eller sekundær diagnose. Det var ulikt hvordan barna kom ut på FSIQ; de eldre barna hadde en klart (signifikant) lavere IQ enn de yngre barna. Begge grupper var i området for gjennomsnittet for alder.

Gruppene, yngre versus eldre barn, ble også sammenlignet i forhold til eksternaliserte vansker og forstyrrelser i læring. Ingen ulikhet ble funnet ift opposisjonell atferdsvansker, atferdsvansker eller lærevansker. 45% tilfredsstilte kriterier for diagnosen ADHD og 18,3 % for diagnosene opposisjonell atferdsvanske (ODD: oppositional defiant disorder) eller atferdsvansker (CD: conduct disorder).

Barn med generalisert angst har ofte vansker med skolefaglig arbeid som krever fokus og oppmerksomhet her og nå. Evne til å orientere seg visuelt og registrere, holde i minnet og bearbeide umiddelbar informasjon synes særlig vanskelig. Dette er ferdigheter som er viktige for sosiale ferdigheter, evne til selvregulering, følelse av kontroll og læring av ny kunnskap. Når bekymring preger livet sterkt over tid, så påvirker det livsførsel i stor grad uavhengig om barnet er yngre eller eldre. Tidligere har man tenkt at bekymring preger større barn mer enn yngre, men det ser ikke ut til å være tilfelle. Forfatterne peker på at det er bruk for mer forskning, særlig pro-spektive studier for å se hvordan generalisert angst og tilgrensende vansker, utvikler seg og påvirker skoleferdigheter.

Oppsummering fra forskning

Angst sees i et utviklingsmessig perspektiv og normal og uvanlig angst er del av det samme kontinuum av fenomenet. Det gjør studier av angst hos barn i den alminnelige befolkning like aktuell som studier av barn i utredning eller behandling. Det anerkjennes i økende grad at angstlidelser hos voksne kunne sees når de var unge eller barn. Forskning viser at høy grad av angst har et kronisk forløp, men varierer i intensitet og i hvilken grad det påvirker fungering.

Det pekes på at angst over tid synes å påvirke læringskapasitet og læringsutbytte negativt for de elever som rammes og det uavhengig av andre faktorer som påvirker læring.

Risikofaktorer for utvikling av angst er et hemmet temperament / inhibert atferd som er tendens til søking mot trygghetspersoner, tilbaketrekking ved ukjente omgivelser og tilbakeholdenhet i sosiale sammenhenger. Det har vist seg vanskelig å finne hva som sannsynliggjør utvikling av angstforstyrrelser og det er slett ikke alle med inhibert temperamentstil som utvikler angstlidelser. Andre risikofaktorer er lave kognitive evner, å leve i delt omsorgssituasjon, eller det flere forskere kaller «ikke-tradisjonell familieform». Å ha vansker med atferd, ADHD eller lærevansker øker risikoen for å utvikle vansker med angst. Yngre gutter med atferdsvansker ser ut til å ha større vansker med angst i tillegg og når barna blir noe eldre er det jentene som har mest emosjonelle vansker. Gode sosiale ferdigheter sees som en beskyttende faktor for utvikling av vansker med angst.

I den undersøkelsen som RKBV-Vest her har gjort; EBU-studien, kan det være at flere barn forteller om vansker med atferd primært uro/ konsentrasjons-vansker, enn vansker med emosjoner, frykt eller sterk bekymring. Min undersøkelse vil se etter i hvilken grad elever på de ulike klassetrinn rapporterer om angst og atferdsvansker. Dersom forskning jeg har satt meg inn i her gir et dekkende bilde av grad og karakteristikk ved vanskene hos barn vi har undersøkt, så antas det at svarene blir noe ulike mellom kjønn og ved ulik alder. Jeg forventer at under 10 % av barna beskriver store vansker med emosjoner og/eller atferd og at under 5 % forteller om vansker med både eksternalisert atferd og angst. Det er mulig at foreldre som har delt foreldreansvar forteller om mer vansker med barns psykiske helse enn der begge foreldre og barn bor sammen. I denne undersøkelsen spørres det ikke etter lærevansker og heller ikke om barnet har vært til utredning eller er diagnostisert (for eksempel ADHD). Jeg antar at foreldre til barn som har vansker med angst, i liten grad har vært i kontakt med hjelpeapparatet.

3. Metode

En av oppgavene ved epidemiologisk forskning er å finne hvilke faktorer som øker eller reduserer risikoen for utvikling av vansker og lidelser (Jacobsen, 2010). Epidemiologisk kunnskap er kunnskap om utbredelsen eller forekomst av en vanske/lidelse. Denne type kunnskap sees som en forutsetning for å drive forebyggende og helsefremmende arbeid. For å øke vår viten studeres både hyppighet; hvor vanlig vansker er, årsaksfaktorer; hvorfor vanskene kommer hos noen og andre ikke, og forebyggende tiltak; hvilken hjelp er best for den enkelte og hvordan bidra til at færre får store vansker. Med begrenset kunnskap om selvopplevde vansker på individnivå, er områder for satsing på epidemiologisk forskning en utfordring. Ved å vite mye om hvordan menneskene selv opplever sine liv og sine plager, kan samfunnets innsats planlegges og målrettes bedre. Denne type forskningsbasert kunnskap kan sjelden si noe sikkert om årsaksfaktorer og sammenhenger. Likevel tenker mange det er nyttig å ha egenopplevelse som et perspektiv også i folkehelsesammenheng.

Veien fra å forklare fenomen til å forstå menneskers handlinger er vanskelig fordi fenomener, være seg følelser eller reaksjoner, har i seg noe ulikt meningsinnhold for hver enkelt av oss. Fenomenet frykt bør kunne forklares på et generelt nivå med utgangspunkt i funksjon, biologi og evolusjon, mens enkeltindividets opplevelse av sitt forhold til frykt vil være både allment forstått og samtidig ikke helt til å forstå fordi ens opplevelser og erfaringer begrunnes individuelt. Personlige tendenser og selvforståelse er sosiale fenomener som er hyppig studert (Nyeng, 2012).

Kausalitet slik Ole Jørgen Skog (2010) eksemplifiserer det; «Barnets frykt ble frembragt av at hunden virket truende» (Skog, 2010, s.23) er i denne sammenheng et godt eksempel på sosiale fenomen som krever både ytre kausalforklaringer og indre intensjonale forklaringer. Følelsen frykt er både et sosialt fenomen og har et biologisk fundament. Hunden kan virke skremmende på et menneske, mens et annet menneske ikke ville blitt skremt til tross for at hundens atferd er lik. Frykt fører til ulike reaksjoner og ved å forandre handling og reaksjon kan frykten endre seg, bli mindre, forsvinne helt eller bli sterkere.

«Empiri er utsagn om virkeligheten som har sitt grunnlag i erfaring, ikke i synsing.» (Johannesen, Tufte & Christoffersen, 2011, s. 36). Empirisme er i følge Svartdal (2009) å betrakte sanseerfaringer som kilden til kunnskap og motsatsen er rasjonalismen som hevder at kunnskap kan oppnås av tenking, uavhengig av erfaring. Vitenskapsfilosofisk diskusjon om hvorvidt mennesket er å betrakte som natur eller kultur, er kjernen av en diskusjon som ikke kan ta stor plass her. Imidlertid ser jeg tydelig at forskning og kunnskapen omkring temaet angst og barns psykiske helse bærer i seg mange problemstillinger av vitenskapsfilosofisk karakter. Biologien er sterk og det forskes på gener og nevrologiske faktorer – mennesket er natur. Samtidig er samspillet mellom mennesker og miljø, barn og voksne også fremtredende i forskningen – menneske som kultur. Kvantitative metoder henter mange av sine prosedyrer fra naturvitenskapelig metode, men Johannesen et al. (2011) hevder samtidig at samfunnsforskningen tilpasses de menneskelige fenomener som studeres. Dette mener jeg å se i alt jeg har lest; det er samspillet mellom biologi og miljøfaktorer som blir diskutert.

Empiri farges av teoretiske perspektiver som forutsetter at menneskelige særtrekk, utviklingsløp og vansker kan kategoriseres og samtidig sees som samspill mellom biologi, kultur og miljø. Dersom fenomen (for eksempel frykt) anses for å være sannhet – forutsetter man at sansinger og forestillinger, vår kunnskap, stemmer overens med den virkelige verden. Vi spør etter «indre bilder» og betrakter disse som i overenstemmelse med en ytre virkelighet. Slik Nyeng (2012, s. 31-32) beskriver dette filosofiske problem hevder han at det ikke er mulig å etablere et tredje ståsted som vi kan innta «for å kalibrere vår sansing slik at den garantert stemmer med forholdene i verden». Vi er en del av problemet og det er jeg også. Dersom det strengt objektive legges ensidig til grunn, blir teori fjern fra det opplevd «virkelige», likevel; legges kun det subjektivt opplevde til grunn kan det ikke utledes noen generell kunnskap eller noe felles innforstått. Skulle man forstått frykt strengt objektivt ville variasjoner i individenes reaksjoner forsvinne som vesentlige. Ved å forstå frykt utelukkende subjektivt, slik et individ formidler egen opplevelse, ville vi miste av syne alternativer til reaksjoner og forklaringer. Det er i forhandlinger mellom det objektive og det subjektive vi finner rom for både forståelse for fenomenet, dets hensikt, karakter, positive og negative konsekvenser og mulighet for endring.

Filosofen David Hume som hevder at årsaksrelasjonen har tre hovedkjennetegn (Skog, 2010). Disse er *asymmetri*; at årsak kommer før virkning i tid, *lokalitet*; at virkning skjer nær årsak i både rom og tid, og *konstant konjunksjon*; hver gang årsaken opptrer, vil virkningen komme. Et eksempel kan illustrere dette konkret: Redsel er en primær følelse viktig for å beskytte oss mot fare. Å ha en fobi – sterk frykt mot en spesifikk situasjon eller insekt/dyr, innebærer at hver gang man utsettes for situasjonen kommer frykten over en. Frykten er i seg selv en årsak, og virkningen av frykten oppleves hver gang den provoseres av situasjonen. Et utsagn i spørreskjemaet elevene skal vurdere er: - Jeg er redd for å dumme meg ut foran andre. Et annet er: - Jeg er redd for insekter eller edderkopper. I det første ligger frykt for sosial vurdering og i det andre frykt for insekt. Det er nærliggende å tenke at frykt for sosial vurdering er et større problem for individet enn frykt for insekt i vårt samfunn. Jeg er for eksempel nysgjerrig på om barn som frykter sosial vurdering samtidig forteller om mer vansker med atferd enn barn som er redd insekter. For det enkelte barn er slike sammenhenger ikke relevant, men for å bidra til mer målrettet hjelp kan det være viktig. Det kan i beste fall føre til at jeg og kanskje flere, ser mer åpent på problemstillinger når voksne beskriver vansker med uro og atferd enten det er utadvendte eller stille og tilbaketrukkne barn. Forskning som er omtalt i forrige kapittel, peker på at angst opptrer med noe ulike karakteristika i ulike alder og det synes som viktig å ha kunnskap om styrken i angsten, hvordan den påvirker fungering på de arenaer barnet er og om den er relevant i forhold til forventet utvikling.

Spørreskjema er antakelig den mest brukte metoden innenfor samfunnsvitenskap og psykologi (Svartdal, 2009). Metoden er effektiv, men har sine begrensninger. Problemstillingene i mitt masterarbeid belyses først ved gjennomgang av teori og tidligere forskning som betraktes som aktuell. Deretter gjennom analyser og drøftinger av data innsamlet ved spørreskjema. Begrepet data brukes ofte synonymt med empiri og i en kvantitativ tilnærming ser en ofte begge begreper brukt. Data betyr noe som er gitt (Johannesen et al., 2010) og i denne sammenheng er det den gitte virkelighet slik den 1) oppleves av barnet selv og 2) slik forelder opplever sitt barn. Her er liten grad av fleksibilitet fordi spørreskjema ikke tillater forklaring, utdyping eller andre former for kontakt mellom forsker og svargiver. Arbeidet gjøres strengt og det er ikke rom for fleksibilitet.

EBU-studien er en tverrsnittundersøkelse og innhenting av data skjer på ett tidspunkt (Skog, 2010; Johannesen et al., 2010; Jacobsen, 2010) og svarene sammenholdes med opplysninger gitt på samme tidspunkt av mange individ. På spørreskjema bes elever ta stilling til beskrivelser av seg selv og foreldre av barnet sitt. Beskrivelsene er formet som utsagn og disse skal graderes i hvilken grad de stemmer overens med oppfatning av fungering. Utsagnene kan virke fjernt fra virkeligheten og dagliglivet. Et eksempel fra denne undersøkelsen er: - Jeg får plutselig en følelse av at jeg ikke får puste, selv om det ikke er noen grunn til det (Spence, 1998). En elev som har erfart dette vil kjenne det igjen, mens for elever som ikke har erfart det vil det virke fremmed og ikke være en erfaring de har. Likevel bes de ta stilling til om det gjelder for dem.

Etiske vurderinger ved forskning med barn

Barn som forskningsdeltagere må sees som særlig sensitive informanter og etiske avveininger desto viktigere. Sensitiviteten her sees i dobbel forstand ved både alder, tema og metode. Barn under 12 år har et stort beskyttelsesbehov og har svakere vurderingsevne enn eldre barn. Deres perspektiv er annerledes og det fordrer en klarhet fra forskerens side til å gjøre tydelig hva det stilles spørsmål om og hva svarene skal brukes til (Backe-Hansen & Frønes, 2012). Backe-Hansen & Frønes (2012) understreker samtidig at FN's Barnekonvensjon fremhever barns rett til anerkjennelse, respekt og deltagelse som en forlengelse og definisjon av barns medborgerrettigheter. Ved denne fremhevingen kan barn lettere betraktes som subjekter med egne rettigheter til deltagelse i forskning. Det betyr ikke at barn har plikt til deltagelse og kravet om informert og frivillig samtykke fra barn og deres foresatte har forrang (Backe-Hansen & Frønes, 2012).

Ved å delta i spørreundersøkelsen, får barnet og foreldre fokus på de tema spørsmålene har og psykisk helse betraktes som særlig sårbart felt. Beredskap i forhold til risikoen for aktivisering av problemstillinger knyttet til dette, er en forutsetning for å få godkjent undersøkelsen i Regional Etisk Komite (ref. 2014/331/REK vest). Helsesenter (leger, helsestasjon og skolehelsetjenesten) ble derfor varslet om undersøkelsen lokalt og det ble på informasjonsskrivet til foreldre og skolene oppgitt direkte telefonnummer til prosjektleder.

Både nettsiden til prosjektet og informasjonsskrivet opplyser om hvor foreldre kan henvende seg ved spørsmål om studien og dersom det trengs hjelp for vansker hos barnet. Mulige positive følger ved prosjektet kan være at økt bevissthet øker sjansen for at barn får hjelp på et tidlig tidspunkt.

Å bruke spørreskjema for barn gir utfordringer i prosessen både ved innhenting og ved bearbeiding av data. Barns evne til å besvare spørreskjema avhenger av mange faktorer; leseferdighet, hukommelse og evne til abstraksjon og kategorisering (kognitive kapasiteter) (Gullhøy & Haraldsen, 2012). Gullhøy og Haraldsen (2012) anbefaler at barn i alderen 7-11 år får svare på spørreskjema gjennom personlig intervju og at skjemaene er enkle, gjerne semi-strukturerte. Man bør på forhånd sjekke forståelsen av nøkkelord og begreper. Det er også viktig å huske at hukommelsesspørsmål som hvor ofte ting skjer og ellers spørsmål som forutsetter vurdering av tid, er særlig vanskelige. Barn under 13 år vurderes til å kunne svare på selvadministrerte spørreskjema dersom disse er tilpasset alder og utviklingsnivå. Situasjonen rundt bør også være rolig og praktisk tilrettelagt.

Spørreskjema i dette prosjektet er gjennomarbeidet av prosjektgruppa ved RKBV-Vest. Det er prøvd i en pilotundersøkelse i desember 2014. Mindre endringer av skjemaets struktur på nettet ble gjort, samt små justeringer av ordlyd. For eksempel endret vi «søvn» til «å sovne» som er mer kjent for barna i Sogn og Fjordane. Skjemaet kan generelt kritiseres for å være på bokmål i og med at de aller fleste elever i Sogn og Fjordane bruker nynorsk som opplæringspråk. Vi hadde ikke anledning til å endre de standardiserte skjemaene og dermed måtte det gjennomføres på bokmål. Spørreskjemaene er laget for aldersgruppen og alle er grundig dokumentert i forhold til at de måler de fenomener som spørsmålene til sammen er ment å dekke.

Prosjektet er godkjent i Regional Etisk Komité, ref. 2014/331/REK vest, i august 2014. Søknaden til REK og forskningsprotokollen er vedlagt.

Rekruttering og deltagere

For å undersøke forekomst og mønster av engstelse og eksternalisert atferd hos barn er det nødvendig å kontakte et relativt stort antall barn i den aktuelle alder. RKBU-Vest ønsket også å samarbeide med masterstudenter som var villige til å bidra til organisering og datainnsamling. Slik kunne RKBU-Vest få materiale til å normere og validere aktuelle kartleggingsskjema for den aktuelle problemstillingen; angst hos barn. Siden studentene hører hjemme i Sogn og Fjordane og prosjektet ikke har budsjett som tillater særlig reising, så befinner utvalget seg i dette fylket. Skolene og skoleadministrasjon i den enkelte kommune ble kontaktet av masterstudentene på telefon med informasjon om forskningsprosjektet og forespørsel om å være med i studiet. De skolene som sa ja ble inkludert og danner grunnlaget for utvalget. I en av regionene var det vanskelig å få kommunen/skolene med på deltagelse på grunn av stor forespørsel om forskningsdeltagelse i fylket. I sum har vi likevel møtt velvilje hos ledere på kommunenivå og i skolene. Vi håpet at medieoppslag i lokalaviser med noe informasjon ville bidra til økt deltagelse, samt at et generelt økende fokus på barns helse også gjorde denne studien interessant.

Det ble valgt fire kommuner, både små og større. Disse er Flora, Jølster, Vik og Balestrand. Det ble samlet inn data ved til sammen 14 skoler. Elevtallet ved den enkelte skole varierer fra over 300 til under 20. Til sammen er 1281 elever og deres foreldre spurt om å delta i undersøkelsen. Målet var å få minimum 100 respondanter på hvert årstrinn og man valgte derfor å kontakte mer enn det dobbelte av dette.

Undersøkelsen retter seg mot elever i 3., 4., 5., 6. og 7. klasse og deres foreldre. Alle elevers foreldre fikk brev med invitasjon til deltagelse og informasjon om undersøkelsen hjem i posten. For at elever skulle kunne få gjennomføre undersøkelsen, måtte foreldre levere underskrevet samtykke til elevens kontaktlærer på skolen. Elever som ikke mestret å lese norsk, kunne ikke få gjennomføre undersøkelsen. Det ble sett som en fordel for grad av deltagelse at undersøkelsen for elevene ble gjennomført på skolen og at samtykker skulle samles inn på klassenivå.

Masterstudentene stod for innsamlingen i alle klasserom. Kjente lærere var med som støtte og for organisering, mens studentene sørget for at nettsida var tilgjengelig, utdeling av personlige koder for tilgang og sikring av konfidensialitet. Det var et omfattende arbeid og vi brukte omtrent en måned på innsamlingen. Det skulle passe for skolene og klassene, og samtidig tilpasses vårt andre arbeid. Min del av arbeidet ble i Flora kommune og her ble fem skoler invitert med. De har til sammen 737 elever i de aktuelle klassetrinn fordelt på 35 klasser. Det ble brukt en skoletime for hver klasse, men siden et par av de mindre skolene samlet flere trinn på datarom ble litt tid spart.

Pilot

En mindre pilot ble gjennomført i 3. klasse for å undersøke hvordan tidsbruk, forståelse og responsen ble for de yngste. Det ble fulgt tilsvarende prosedyre som for undersøkelsen for øvrig, men informasjon til foreldre og innhenting av samtykke. Tidsbruken var akseptabel godt innenfor en skoletime for de 15 elevene som utførte piloten. Ord og begreper de spurte etter betydning av var: «offentlig toalett», «redslar og bekymringer» og «å komme overens med».

På bakgrunn av at spørreskjemaene er standardiserte kan det ikke gjøres endringer i ordvalg og det ble ikke gjort endringer etter pilot.

Prosedyre for informasjon og gjennomføring

Informasjon om forskningsprosjektet ble gitt gjennom masterstudentene som møtte opp på hver skole i de tre kommunene der ledelse gav tillatelse til forespørsel om deltagelse. Alle lærere og administrasjon ble i februar 2015 informert om prosjektets formål og hvilket merarbeid det ville gi lærere og skolens administrasjon. Dette var også et vilkår fra REK (2014/331/REK vest) for i størst mulig grad å unngå en blanding mellom forskerrollen og det forvaltningsmessige ansvaret skolen har. Brev til alle elever ble sendt i posten adressert ved hjelp av skolens lister. Her ble ingen elever ekskludert og foresatte vurderte selv deltagelse eller ei. I organiseringen og gjennomføringen av datainnsamling fikk vi merke vansker knyttet til innsamling av samtykker i klasserommet. Skolene fikk anledning til å anmode foreldre om

å lese og samtykke til deltagelse på en (1) ukeplan. Dette var å betrakte som en purring. Vi kunne ikke gjøre initiativ til ytterligere purring dersom samtykker uteble. Dette på bakgrunn av Regional Etisk Komite (REK) sin tolking av risiko for stigmatisering eller følelsen av å presses til deltagelse. REK var presise på at lærere ikke skulle bidra til å synliggjøre elever som deltok versus dem som ikke deltok, og heller ikke appellere på måter som kunne påvirke frivilligheten. Reaksjoner fra skolene, foreldre og noen fra elever kom. Lærere synes det var kunstig og vanskelig å ikke etterspørre samtykkene mer, en del elever påstod at det ikke var kommet brev hjem og foreldre som tok kontakt og ønsket deltagelse selv om de ikke fant brevet igjen. Dette skapte noe frustrasjon og vi henviste til prosjektets nettside der informasjon var tilgjengelig og samtykkeskjema kunne skrives ut. Vi er kjent med at skolene kan ha angrepet dette ulikt, uten av det var mulig for oss og detaljstyre dem.

Undersøkelsen ble gjennomført i mars og april 2015. Elevene brukte en skoletime, mens foreldre svarte hjemmefra. Det var satt opp nettside hos RKBU-vest med innlogging ved hjelp av passord oppgitt i informasjonsskrivet til foreldre. Siden det er ulikt hvordan skolene organiserer sin dataundervisning, noen har datarom – andre bruker klasserom og bærbare pc-er, så overlot vi til lærer og den enkelte skole å organisere dette så smidig og naturlig som mulig. Elever som ønsket å delta og som hadde samtykke fra foreldre på tidspunktet for gjennomføring, fikk anledning til å delta. De elever som ikke skulle delta hadde annet arbeid de gjorde organisert av lærer. Med begrunnelse i REK vest sine vilkår, ble det ikke organisert noe oppsamling av elever i grupper for dem som skulle gjennomføre undersøkelsen. Det var nødvendig at undersøkelsen ble gjennomført så nært til den alminnelige undervisning som mulig og derfor forholdt studentene seg til skolens og klassenes egen måte å organisere dataopplæringen på. Det resulterte stort sett i at vi gjennomførte i hver klasse, selv om det viste seg at deltagelsen kunne være lav.

Teknisk møtte vi lite vansker underveis. Kun en elev, som vi vet om, ble påvirket av tekniske vansker og fikk ikke gjennomføre sin undersøkelse.

Under gjennomføringen var det som nevnt alltid en masterstudent som representant for prosjektet til stede i tillegg til lærer i klassen/gruppen. Dette for å trygge barna dersom spørsmål eller reaksjoner oppstod, og fordi lærerne ikke skulle ha noe direkte ansvar i

spørreundersøkelsen. Masterstudentene opplevde elevene som åpne og vi fikk flere typer henvendelser. Det var både behov for forklaring av lange setninger og ukjente begrep. For eksempel var begrepet "å komme overens med" ukjent for flere. Jeg opplevde også at det var behov for trygging og forklaring på hvordan konfidensialiteten ble tatt vare på. Eleven var redd for at noen skulle få vite hva hun hadde svart. Hun fikk grundig forklaring på hvordan svaret ble tatt i mot av en større datamaskin i Bergen og at ingen kan få vite om hvilket svar som er hennes. Kun at hun er jente, alder og klassetrinn kan kjennes igjen og det vil være det samme med mange jenter på alle skoler som gjør undersøkelsen. Hun ble fornøyd og gjennomførte undersøkelsen. En elev reagerte følelsesmessig sterkt på et spørsmål i undersøkelsen. Han hadde lesestøtte av en kjent voksen og vedkommende kommuniserte i etterkant med hjemmet om det som skjedde.

Etter ferdig innsamling av data, møttes prosjektgruppa i Bergen. Antall besvarelser på nett ble sammenlignet med innsamlede samtykker. Det var 476 samtykker totalt og 445 barn som deltok. Av brev med forespørsel om å delta, 1281, er dette et lavt prosentvis svar. Frafallet som er kjent i differansen mellom samtykker og deltagelse handler blant annet om fravær den aktuelle dagen klassen hadde innsamling (27 elever), 2 elever ønsket ikke selv å delta, 1 elev rammet av tekniske vansker og 1 elev vurderte foreldre ikke kunne delta, men de deltok selv. Øvrig frafall og diskusjon om andel deltagere utdypes i analysedelen.

Det endelige tall besvarelser er for elever altså: 445, 34,7 % (heretter 35 %) av utvalget totalt. Besvarelser fra foreldre er 85, altså 6,6 % (heretter 7 %) av utvalget. Det er noe variasjon mellom svarprosenten mellom klassetrinnene. Johannesen, Tufte & Christoffersen (2010) påpeker at svarresponen for surveyundersøkelser har vært fallende og det er vanlig at mellom 30-40 prosent svarer. En slik svarrespon gjør generalisering problematisk fra utvalget til populasjonen.

Plan for formidling av resultat

Etter at kommuner, skoler, foreldre og elever har bidratt i et forskningsarbeid, hviler det en forpliktelse til tilbakemelding og synliggjøring av hva det avstedkom. Flora kommune ba i forkant om at masterstudent la frem bakgrunnskunnskap om temaet psykisk helse hos barn på kommunedag og jeg informerte der om undersøkelsen som da var nært forestående. Her kom kommunalsjefer, administrasjon og ledelse i ulike etater, samt rådmann, rektorer og andre interreserte. Det ble godt mottatt og viste et ønske om økt kunnskap og interesse for barn og unge. Lokalt forankret forskning som dette blir aldri løsrevet fra de individer som jobber og lever her og det forventes formidling av resultater fra undersøkelsen. Prosjektplanen initierer også formidling ved publisering og fortsatt forskning på feltet.

Spørreskjemaene

Spørreskjemaene til elever og foreldre er satt sammen av standardiserte kartleggingsskjema for barns psykiske helse og atferd, samt med variabler dekker demografiske opplysninger om elev, familie, boforhold og selvopplevd økonomisk situasjon. Her omtales hver for seg de standardiserte spørreskjema med en hovedvekt på de som belyser mine hypoteser; SCAS og SDQ. Til slutt omtales øvrige spørsmål og variabler.

Det er utarbeidet to spørreskjema, en barneversjon og en foreldreversjon. Målgruppen er elever i 3., 4., 5., 6. og 7. klasse.

De standardiserte kartleggingsskjema som inngår i spørreundersøkelsen er satt inn i tabell 3. I min oppgave er det Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ: Goodman & Goodman, 1998) og Spence Children's Anxiety Scale (SCAS: Spence, 1999) som utgjør datagrunnlaget som belyser hypotesene. Skjemaene kan sees i sin helhet i vedlegg 1a) barneversjon og 1b) foreldreversjon. De øvrige kartleggingsskjema skal brukes i en annen masteroppgave og av RKBU-vest for normeringsformål (Forskningsprotokoll, vedlegg 3).

SDQ (Goodman & Goodman, 1998) heter på norsk «Sterke og Svake sider» og er laget for å kartlegge barns psykiske helse, vennerelasjoner og atferd. Det består av 25 spørsmålsledd

med 5 delskalaer. Skalaene representerer disse områdene: emosjonelle vansker, atferdsproblemer, hyperaktivitet/ uoppmerksomhet og venneproblemer. En skala måler positiv atferd som hjelpsomhet og evne til å inngå i positive relasjoner med jevnaldrende. Dette kalles pro-sosial atferd.

Skjemaet ble oversatt til norsk allerede i 1999 og har siden blitt brukt både i forskning og som del av individuell kartlegging (Kornør & Heyerdal, 2013). Det er utarbeidet skjema for foreldre og lærere til barn i alderen 4 – 16 år og selvrapportskjema for barn og unge i alderen 11 – 16 år. Det finnes to utgaver; en kortversjon og en to-sidig versjon med tilleggsspørsmål. En nettside, www.sdqinfo.org, gjør informasjon om testen og kartlegging relativt enkel og det kreves ingen forkunnskaper eller sertifisering ut over høyskoleutdanning og erfaring med bruk av tester. I denne undersøkelsen er det kortversjonen som brukes.

SCAS (Spence, 1998) måler barns grad av angst i aldersgruppen 8-12 år med fem delskalaer samsvarende med diagnostiske kriteringer slik: separasjonsangst, sosial fobi, tvangslidelser, agorafobi og angst for fysisk skade. I et mer hverdagslig språk kan vi si at det identifiserer bekymringer og angst knyttet til egen helse, angst for sosial vurdering og iakttagelse, fobisk angst for dyr eller spesielle situasjoner og generell frykt for å miste nære eller for store katastrofer.

Barneskjemaet har 44 spørsmål og foreldreskjema har 38 spørsmål i den originale versjonen. Det finnes også kortversjoner av spørreskjemaene og fra dem er det lagt til 2 spørsmål slik at barn her har 46 og foreldre 40 spørsmål. Testen er utviklet i Australia og nettsiden gir mer informasjon om forskning og bruk, www.scaswebsite.com. Den anbefales som del av en bred kartlegging og kan ikke alene bidra til å fastslå eller avkrefte diagnoser. Sertifisering er ikke krevd, men det forutsettes kjennskap til psykometri og kartlegging av barn. Å stille spørsmål ved ting som sannsynligvis er sårbart for barn, skal gjøres med forsiktighet og inni skjemaet er det også seks spørsmål som gir barna mulighet til å svare positivt om seg selv. Eksempel er: - Jeg er god i sport. - Jeg er populær blant barn på min egen alder. Dette skal bidra til å redusere negativ respons.

Tittel		Antall Spørsmål	Svaralternativ	Vurdering av	Måling av vanskenes intensitet
SDQ-S	SDQ- SELRAPPORT	25	Stemmer ikke (1) Stemmer delvis (2) Stemmer helt (3)	Generell psykisk helse: total vanskevurdering. 5 indeksmål: 1) emosjonelle vansker 2) vansker med vennerelasjoner 3) atferdsvansker 4) hyperaktivitet/uoppmerksomhet 5) prososiale ferdigheter	Enten tre-delt: Normal – i grenseland – unormal Eller fire-delt: Nær gjennomsnitt – lett forhøyet – forhøyet vansker – svært høye vansker
	SDQ-P	SDQ-FORELDRE	25		
SCAS	SCAS- SELRAPPORT	46	Aldri (0) Av og til (1) Ofte (2) Alltid (3)	Angstsymptom totalbelastning. Indeksmål ift diagnosekriterier: 1) separasjons-angst 2) panikkangst/agorafobi 3) frykt for fysisk skade 4) sosial fobi 5) tvangslidelse (-handlinger og –tanker) 6) generalisert angst	T-skåre beregnet normalomr: <40- 60 Forhøyet vanskeskår: 60 – 70 (85-98%) Store vansker: > 70 (<98%)
	SCAS-P	SCAS- FORELDRE	40		
CALISⁱ	BARN	9	Ikke i det hele tatt (0) Bare litt (1) Noe (2)	Funksjonsmål på angstproblematikk (her brukt til valideringsformål)	
	FORELDRE	16	Ganske mye (3) Svært mye (4)		
SCARED	BARN	0	Stemmer helt (1)	Angstsymptom (her brukt til valideringsformål)	
	FORELDRE	5	Stemmer delvis (2) Stemmer ikke (3)		
SMFQ	BARN	0	Riktig (1) Noen ganger riktig (2)	Depresjonssymptom (her brukt til valideringsformål)	
	FORELDRE	13	Ikke riktig (3)		
SPPC-R	BARN	12	Stemmer svært godt (1)	Selvfølelse (Masteroppgave ved HISF)	
	FORELDRE	0	Stemmer nokså godt (2) Stemmer nokså dårlig (3) Stemmer svært dårlig (4)		

Spence Children's Anxiety Scale; barn- og foreldreversjon

SCAS-skjemaet måler, som tidligere nevnt, grad av angst i forhold til fem subskalaer basert på diagnostiske kriterier fra DSM-IV (1992); separasjonsangst, sosial fobi, tvangslidelser, agorafobi samt frykt for fysisk skade. Spørreskjemaene er i bruk i Norge til kartlegging av vansker med atferd og følelser både i førstelinjetjenesten (for eksempel Pedagogisk Psykologisk Tjeneste) og i spesialisthelsetjenesten (Psykisk Helsevern for Barn og Unge/Barne- og Ungdomspsykiatrien, PBU). Spørreskjemaet er validert til hjemlige forhold og normeringsgrunnlag som brukes er fra fortrinnsvis Australia (Spence, 1998). Det kan også brukes normering fra Nederland (Nauta et al., 2004). Kartleggingsinstrumentet er oversatt av Bente Storm Mowatt Haugland. SCAS har gode psykometriske egenskaper (Spence, 1998; Spence, Barrett & Turner, 2003; Nauta et al., 2004) og besvares vanligvis av barn på under 10 minutt. Elevene blir bedt om å rangere i hvilken grad de opplever hvert symptom på en 4-punkts frekvensskala, der maksimum skåre er 114. Skjemaet har som sagt 44 element. 38 av disse reflekterer konkrete symptom på angst og 6 er positive element for å redusere negativ respons. Eksempel på positive element er; -Jeg er populær blant barn på min egen alder. -Jeg er god i sport. Slike spørsmål tas med for å gi barna mulighet til å svare positivt om seg selv.

Av de 38 element for måling av engstelse er det 6 som skal reflektere separasjonsangst, 6 sosial fobi, 6 tvangslidelser, 6 panikk/agorafobi, 6 generalisert angst og 5 frykt for fysisk skade. Elementa er tilfeldig fordelt i spørreskjemaet. Gradering oppgis i aldri-0, noen ganger-1, ofte-2, alltid-3. Det blir poengtert at det ikke finnes riktige eller gale svar.

Måleegenskaper: Kartleggingsskjemaet rater på dimensjonal skala, noe som er en fordel når barn og unges vansker skal vurderes og ikke «passer innenfor» kategoriske diagnostiske vilkår (Essau et al., 2009). SCAS brukes nå i mange Europeiske land, Australia, Japan, Kina og USA. Artikkelen det henvises til beskriver tidligere forskning og undersøker selv psykometriske egenskaper i fem oversatte versjoner av SCAS: tysk, svensk, italiensk og gresk, samt den engelske versjonen. Den sammenligner også engstelsesnivået i de 5 aktuelle land og undersøker om den samme faktormodell passer for alle i den forventede retning av emosjonelle symptom. Denne studien undersøker unge i alderen 12-17 år, altså aldersgruppe øverst og over den populasjon vi undersøker. Etter diskusjon og undersøkelse finner de at

instrumentet har god validitet på tvers av kulturer og kan brukes som et mål på angst for barn og unge. Spence (1998) fant ulikhet mellom kjønn for barn i alderen 8 til og med 12 år i at jenter rapporterte høyere grad av angst enn gutter og at engstelse for begge kjønn avtok med alder. Resultatene viste at SCAS har høy indre konsistens og at test-retest reliabilitet er akseptabel. Dataene er stødigere på totalskåre-nivå enn på subskala-nivå.

Oversikt over spørsmål i SCAS og kategorier de er satt sammen i

Panikkangst/agorafobi: - Jeg bekymrer meg for at noe forferdelig skal skje med familien min. – Jeg klarer visst ikke å få vonde eller dumme tanker ut av hodet mitt. – Jeg er redd for å være på høy steder eller i heiser. – Jeg må tenke på spesielle ting (for eksempel tall eller ord) for å hindre at det skjer vonde ting. – Jeg føler meg redd hvis jeg må reise med bil, buss eller tog. – Jeg er redd for å være på steder med mange mennesker (som handlesentre, kino, buss, lekeplass med mange barn). – Jeg kan plutselig bli veldig redd uten noen spesiell grunn. – Jeg er redd for insekter eller edderkopper. – Jeg føler meg plutselig svimmel eller at jeg vil besvime uten at det er noen grunn for det.

Separasjonsangst: - Jeg ville vært redd for å være alene hjemme. – Jeg bekymrer meg for å være borte fra foreldrene mine. – Jeg er populær blant barn på min egen alder. – Jeg må sjekke om og om igjen at jeg har gjort ting som er riktig (som at lyset er slukket og døren er låst). – Jeg føler meg redd hvis jeg må sove alene. – Jeg liker meg selv.

Sosial fobi: - Jeg føler meg redd når jeg skal ha en prøve. – Jeg blir redd hvis jeg må bruke offentlige toaletter eller bad. – Jeg er redd for å dumme meg ut foran andre. – Jeg bekymrer meg for å gjøre det dårlig på skolen. – Jeg er et godt menneske. – Jeg føler meg glad.

Frykt for fysisk skade: - Jeg er mørkredd. – Jeg har problemer med å gå på skolen om morgenen fordi jeg er nervøs eller redd. – Jeg begynner plutselig å skjelve eller riste når det ikke er noen grunn til det. – Jeg er redd for å gå til lege eller tannlege. – Jeg bekymrer meg for hva andre tenker om meg.

Tvangslidelse: - Jeg får plutselig en følelse av at jeg ikke får puste selv om det ikke er noen grunn for det. – Jeg er god i sport. – Når jeg har et problem føler jeg meg skjelven. – Jeg føler meg redd hvis jeg må snakke foran klassen min. – Hjertet mitt begynner å slå for fort uten

grunn. – Jeg bekymrer meg for at jeg plutselig skal føle meg redd, uten at det er noe å være redd for.

Generalisert angst: - Jeg bekymrer meg for ting. – Jeg får en rar følelse i magen når jeg har et problem. – Jeg føler meg redd. – Jeg er redd for hunder. – Når jeg har et problem slår hjertet mitt veldig fort. – Jeg bekymrer meg for at noe vondt skal skje med meg.

Strength and Difficulties Questionnaire; selvrapportering og foreldreskjema

Kartleggingsskjemaet er utviklet av Robert Goodman (Goodman, 1997) og oversatt til norsk av Einar Heiervang, Irene Elgen og Sonja Heyerdahl, med tilbakeoversettelse av Melanie Young i 1999 (Kornør & Heyerdahl, 2013). Heretter brukes benevnelsen SDQ for spørreskjemaet som på norsk heter Sterke og svake sider. Skjemaet er laget for å kartlegge barn og unges psykiske helse, vennerelasjoner og prososiale atferd. SDQ (selvrapportering barn) og SDQ-P (foreldreskjema) måler vansker med adferd, hyperaktivitet/oppmerksomhet, følelsesmessige symptom, prososiale ferdigheter og jevnalderkontakt. Det finnes pr.2013 oversettelser til mer enn 70 språk og det er brukt i svært mange studier internasjonalt så vel som i Norge. Kornør og Heyerdahl (2013) har gjort en vurdering av måleegenskaper ved den norske versjonen av selvrapporteringsskjemaet. Denne er publisert i PsykTestBarn 2013, 2:6. Forfatterne konkluderer med at instrumentet ikke har gode nok psykometriske egenskaper til at det kan anbefales som screeninginstrument. Begrepsvaliditet vurderes som god. Skjemaet består av 25 spørsmålsledd med 5 delskalaer hver på 5 ledd. Det har fire problemskalaer og en skala som kartlegger prososial atferd. Problemskalaene er: atferdsproblemer, hyperaktivitet/ oppmerksomhetsvansker, emosjonelle symptomer og venneproblemer. Utsagnene angis ved stemmer ikke -0, stemmer delvis -1, stemmer helt – 2. De fire problemskalaene summeres til total vanskeskåre og så samles skala for atferdsproblemer og hyperaktivitet/ oppmerksomhetsvansker til eksternaliserende vansker, emosjonelle symptom og venneproblemer til internaliserende vansker. Det vurderes som relevant å slå sammen skaler der utvalg viser lite problemer (Kornør & Heyerdahl, 2013). I tillegg til selvrapporterskjemaet som finnes for aldersgruppen 11-16 år, er det også laget spørreskjema for lærere og foreldre. Aldersgruppa er da 4-16 år.

Oversiktsartikler og internasjonale studier som har vurdert validitet og reliabilitet finner femfaktorstrukturen bekreftet i data fra et britisk epidemiologisk utvalg (Goodman, 2001). I vurdering av den norske versjonen har forfatterne inkludert alle publikasjoner av studier som har undersøkt minst ett av elementer i et norsk utvalg: normdata for testen, reliabilitet: indre konsistens, re-test eller endringsvaliditet, validitet: samsvar med lignende testskårer, samsvar med referansestandard eller annet kriterium og/eller faktorstruktur. Det er også inkludert publikasjoner på gjennomsnittskårer både for generell populasjon og kliniske eller andre undergrupper. Det ble identifisert 27 publikasjoner for 14 ulike studier som hadde brukt SDQ-S. Den norske versjonen vurderes som egnet til forskning og til en tidlig fase i klinisk kartlegging. Det foreligger ikke gode nok normdata fordi forskning har vært regionsvis. For totalvanskeskåre er den indre konsistensen vurdert tilfredsstillende god, mens eneste underskala med akseptabel indre konsistens er emosjonelle symptom. Spesielt var indre konsistens lav for skala atferdsproblem. Det har sammenheng med at den er basert på diagnostiske kriterier og har et heterogent innhold.

Fra Barn i Bergen-studien ble data fra SDQ undersøkt (Sanne et al., 2009) og spørreskjemaets egenskaper analysert ved å se på hvorvidt de ulike spørsmål og underkategorier kan sees som grunnleggende (eng: formative) eller refleksivt mål på barns psykiske fungering. Dersom man ser på instrumentet som en grunnleggende skala tenker man at det representerer en empirisk konstruksjon der de fem dimensjonene er en passende måte å beskrive og kategorisere underspørsmålene på. Forfatterne fremhever at en begrepsmessig avklaring er nødvendig for å avklare om subskalaene kan sees som empiriske kluster eller som refleksjon av ikke-observerbare disposisjoner hos barns fungering. Ulike studier av instrumentet har brukt strukturell analyse-metode og faktoranalyse-metode. I de siste år har det blitt flere faktoranalyser. Denne studien forutsetter at hvert enkelt spørsmål er refleksjoner av underliggende dimensjoner hos barn. Det blir tatt i betraktning at dataene ikke nødvendigvis gjenspeiler virkeligheten.

Analysene (Sanne et al., 2009) tyder på at forskjellene mellom subskalaer kan være noe overdrevet og at det underliggende komorbiditet (samsykelighet) mellom de fire problemområder er stor. Det ser ut til å gjelde høy korrelasjon mellom de eksternaliserende faktorene hyperaktivitet/ uoppmerksomhet og atferdsvansker, men også ser man her høy

korrelasjon mellom de internaliserte faktorer (emosjonelle vansker og prososial atferd) og de eksternaliserte faktorer. Selv om de fem domener (hyperaktivitet/uoppmerksomhet, atferdsvansker, emosjonelle vansker, vansker med jevnalderrelasjoner og pro-sosial atferd) er adskilte på et begrepsmessig, logisk plan så finner man ofte komorbiditet som del av fenomenet i både forskning og i virkeligheten. I en populasjonskontekst utfordres forestillingene om distinkte faktorer og fordrer at både miljømessige, sosiale og genetiske risikofaktorer sees på som mulige bidragsyttere til kovariasjonene mellom de ulike dimensjoner av beskrivelser av psykisk helse og atferd hos barn og unge. Studien konkluderer med at de fem dimensjonene bekreftes. Imidlertid synes forskjellene mellom faktorer og noen av item til å ikke være særlig sterk. Det indikerer at brukere av instrumentet ikke må legge for stor vekt på de individuelle subskalaer og item ved tolking av resultat. Instrumentet bør ikke brukes til diagnostiske konklusjoner. Svar med informasjon både fra foreldre og lærere kan gi innsikt i hvorvidt vanskene er til stede på ulike arenaer eller om de er kontekstuellet betinget.

En review-artikkelen fra Stone et al. (2010) tar sikte på å gi et overblikk over psykometriske måleegenskaper ved Strength and Difficulties Questionnaire for foreldre- og lærereskjemaet. I analysen er 48 ulike studier inkludert. Artikkelen viser at SDQ-lærerversjon har noe sterkere psykometriske egenskaper enn forelderversjonen. Begge har gode nok egenskaper til å fortsette å bli brukt som et kartleggingsverktøy, men det er viktig å finne informasjon gjennom mer enn en informant for å kunne se tendenser tydelig nok. Artikkelen sier også at det er ønskelig med longitudinell forskning som kan se om man finner støtte for instrumentets framsynthet i forhold til de vansker som belyses. Artikkelen peker på misforholdet mellom det antall barn og unge man antar har psykososiale vansker og det lave antall som er i behandlingsapparatet. Det pekes på mulige faktorer som stigmatisering og begrenset tilgang på behandling. En annen årsak kan være at vanskene ikke anerkjennes eller gjenkjennes i samfunnet. Forfatterne hevder at dette er bekymringsfullt fordi man har funnet at voksne med vansker rapporterer en tidlig debut, og om vanskene dukker opp tidlig i barndom kunne hjelp da ha bidratt til å minske eller avverge psykososiale vansker senere i livet. SDQ – har et «impact supplement» med åtte spørsmål som måler i hvilken grad vanskene har negative konsekvenser for barnet i det daglige og på to arenaer: hjemme/i familien og på skolen/i fritiden. Det ansees som en styrke fordi det måles problemtrykk, belastning og i hvilken grad vanskene har effekt på ulike arenaer; skole, fritid, hjem og med venner. I dette

forskningsprosjektet brukes ikke «impact supplement». Det ble vurdert, men tatt bort av hensyn til belastningen ved mange spørsmål.

SDQ er ment å gi informasjon om typer psykososiale vansker, varighet og hvordan vanskene oppfattes. Instrumentet bør være sensitivt overfor normalpopulasjonen og identifisere de barn som har, eller er på vei til å utvikle psykososiale vansker. Review-artikkelen (Stone et al., 2010) ser også etter om instrumentet har tilfredsstillende indre konsistens, test, re-test reliabilitet og indre sammenheng i gradering. Når det gjelder validitet, ses det på sammenfallende trekk, konstruksjonsvaliditet, kapasitet til å skille mellom områder/vansker/spørsmål og mulighet for å forutsi.

Studiene (Stone et al., 2010) som er inkludert er fra 40 fra vestlige land, ikke-vestlige land er China, Japan, Pakistan, Bangladesh, Kongo og Yemen. Tre av studiene har flere regioner med, to fra henholdsvis 8 og 10 regioner i Europa og en der både Storbritannia og Bangladesh er representert. Tre av studiene er fra Norge, to fra Sverige og en fra Finland. Den eldste studien er fra 1997 og de siste er fra 2009.

I hovedtrekk viser SDQ's 25 spørsmål sterke psykometriske egenskaper. Resultatene er noe sterkere for lærerbesvarelser enn for foreldrenes. SDQ har overbevisende evne til å kartlegge / screene psykopatologi hos barn, mens dets evne til å forutse vansker er ikke studert enda. Det betyr at resultat må tolkes med forsiktighet. Det er ønskelig at forskning gjøres med longitudinelle design for å undersøke forutseenhet. Den pro-sosiale skala har ikke tilfredsstillende validering og viste noen svakheter med hensyn til intern konsistens og evne til å diskriminere. Det er mulig at det er en svakhet i konseptualisering av begrepene «pro-sosial atferd» og «vansker med jevnaldrende» («peer-problems»). Lave nivå av pro-sosial atferd og høye nivå av aggresjon har vist seg å øke risikoen for fremtidige vansker med sosial tilpasning (Coie et al., 1982; Crick, 1996; Romano et al., 2005). Pro-sosial atferd er også vesentlig for intervensjon og tiltak i det at det søkes å øke den pro-sosiale atferd og ikke så mye å redusere uønska atferd. De psykometriske egenskaper for skalaen hyperaktivitet/ uoppmerksomhet er tilfredsstillende og det er også subskala for følelsesmessige vansker. Det er verd å merke seg at for subskala for vanskelige følelser/ internaliserte vansker så rapporterer barna selv mer nøyaktig enn deres foreldre og lærere. Det gjelder ikke eksternaliserende vansker. Skala for atferdsvansker har tilfredsstillende reliabilitet og validitet.

Oversikt over spørsmål og kategorisering av vansker i SDQ

Hyperaktivitet/uoppmerksomhet: - Jeg er rastløs. Jeg kan ikke være lenge i ro. – Jeg er stadig urolig eller i bevegelse. – Jeg blir lett distraheret, jeg synes det er vanskelig å konsentrere meg. – Jeg tenker meg om før jeg handler (gjør noe). – Jeg fullfører oppgaver. Jeg er god til å konsentrere meg.

Atferdsvansker: - Jeg blir ofte sint og har kort lunte. – Jeg gjør som regel det jeg får beskjed om. – Jeg slåss mye. Jeg kan få andre til å gjøre som jeg vil. – Jeg blir ofte beskylt for å lyve eller jukse. – Jeg tar ting som ikke er mine hjemme, på skolen eller andre steder.

Følelsesmessige vansker: - Jeg har ofte hodepine, vondt i magen eller kvalme. – Jeg bekymrer meg mye. – Jeg er ofte lei meg, nedfor eller på gråten. – Jeg blir nervøs i nye situasjoner. Jeg blir lett usikker. – Jeg er redd for mye, jeg blir lett skremt.

Problem med venner: - Jeg er ofte for meg selv. Jeg gjør som regel ting alene. – Jeg har en eller flere gode venner. – Jeg blir som regel likt av andre på min alder. – Andre barn eller unge plager eller mobber meg. – Jeg kommer bedre overens med voksne enn de på min egen alder.

Prosocial atferd: - Jeg prøver å være hyggelig mot andre. Jeg bryr meg om hva de føler. – Jeg deler gjerne med andre (mat, spill, andre ting). – Jeg stiller opp hvis noen blir såret, lei seg eller føler seg dårlig. – Jeg er snill mot de som er yngre enn meg. – Jeg tilbyr meg ofte å hjelpe andre (foreldre, lærere, andre barn/unge).

Mens den sistnevnte review-artikkel (Stoner et al., 2010) finner at enkeltskalaer som atferdsvansker har god validitet og reliabilitet, og skalaene for hyperaktivitet/uoppmerksomhet og følelsesmessige vansker har gode psykometriske egenskaper; de vurderes å måle de konsepter problemstillingene forventes å dekke, så sier Sanne et al. (2009) og Kornør & Heyerdal (2013) at de ikke finner kategoriens innhold tilstrekkelig avklart og at de ulike skalaene i stor grad kan overlape hverandre. De sistnevnte fremhever at barn med vansker på et område også oftest har vansker på flere av områdene SDQ representerer samtidig. Sanne et al. (2009) finner sammenheng, korrelasjon, mellom de ulike delskalaer og jeg legger merke til korrelasjonen mellom skala for emosjonelle vansker og pro-sosial atferd, og atferdsvansker og hyperaktivitet/ uoppmerksomhet. Enkeltspørsmål

og indekser anses for å være sårbare variabler med hensyn til begrepsvaliditet; hvorvidt kluster med spørsmål faktisk måler det de er ment å måle. Både Sanne et al. (2009), Stoner et al. (2010) og Kornør & Heyerdal (2013) finner at instrumentet har gode nok egenskaper til å brukes i forskning og i tidlig kartlegging. Det bemerkes (Stoner et al., 2010) at instrumentet ikke har prospektive studier enda og det bør ikke brukes til å forutsi hvem som er i risiko for å ha vansker i fremtiden. Verd å merke seg er det også at barnesvar synes å treffe bedre enn foreldresvar, særlig på skalaen for emosjonelle vansker.

Når dette instrumentet er valgt brukt i denne studien er det med bakgrunn i at det nettopp foreligger mye forskning med det og at det er kjent for meg gjennom bruk i PP-tjenesten. De spørsmål og kluster som velges her for å studere vurdering av grad og samvariasjon mellom angst og eksternalisert atferd er skalaene hyperaktivitet/ uoppmerksomhet og atferdsproblem. Artikkelen (Stoner et al., 2010) fremhever at spørsmålene i SDQ synes å treffe noe dårlig på å differensiere mellom underliggende konstruksjoner her og forutsetter da at det er definerbart skille mellom barn som eksempelvis har primærvanske uoppmerksomhet og primærvanske sinne. Ved å se nærmere på konkrete spørsmål vurderes dette og det blir altså akseptert at disse to klustere sammen reflekterer vansker slik man finner det i virkeligheten; atferdsvansker med uro, impulsive negative handlinger og sinne. Angst hos barn måles best ved å bruke totalen av sum på henholdsvis SCAS for barna og SCAS-P foreldresvar.

Videre presenteres kort de øvrige spørreskjema i studien, med spørsmål og tema. Det er viktig å ha et helhetlig blick på undersøkelsen og hva elever og foreldre møtte under utfylling av spørreskjemaet.

Child Anxiety Life Interference Scale (CALIS)

Spørreskjemaet CALIS (Birmacher et al., 1997) er et selvrapporteringsinstrument for barn og unge (9 spørsmål), med foreldreskjema (16 spørsmål). Det angir i hvor stor grad vansker med angst og bekymring påvirker barnets og familiens dagligliv. Svaralternativ er ikke i det hele tatt (0), bare litt (1), noe (2), ganske mye (3) og svært mye (4). Første spørsmål til barna er av global vurdering: - Er redsler og bekymringer plagsomme for deg? De neste åtte er spesifikke i forhold til ulike livsområder som kan være påvirket. Det er formulert slik: - Redsler og

bekymringer gjør det vanskelig for meg å komme overens med foreldre. Så er områdene for øvrig: søsken, venner, skolearbeid, friminutt og pauser på skolen, sportsaktivitet, hyggelige ting i fritid som kino, ferier, selskap og daglige rutiner. Spørsmål til foreldre er formulert slik:

- Plages eller uroes barnet ditt av redsler eller bekymringer? Svaralternativ er de samme som for barn. I tillegg til de åtte tema som er like for barn og foreldre, blir foreldre bedt om å svare på om barnets angst påvirker disse områdene: partner, slekt, egen tid til sosialt liv, karriere/jobb og fravær, og eget stressnivå.

Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED)

Spørreskjemaet SCARED (Birmacher et al., 1999) brukes her i kortversjonen (5 spørsmål) til foreldre primært på grunn av valideringsformålet som prosjektet har. Barna får ikke disse spørsmåla. Orginalversjonen har 38 spørsmål og brukes som screening av angstproblematikk for barn og unge. Og svaralternativ er stemmer ikke (1), stemmer delvis (2), stemmer helt (3) og utsagn brukes som en vurdering av om engstelse/ sjenerteth er av en grad som påvirker livsførsel negativt. Utsagnene er: - Barnet mitt blir ordentlig redd uten grunn. – Barnet mitt er redd for å være alene hjemme. – Folk sier at barnet mitt bekymrer seg for mye. – Barnet mitt er redd for å gå på skolen. – Barnet mitt er sjenert.

Self Perception Profile for Children (SPPC)

Spørreskjemaet SPPC (Harter, 1985) har 36 spørsmål der det er valgt ut 12 i denne undersøkelsen. Det er valgt kategoriene global selvverdi og sosial kompetanse for å belyse barns selvbilde. Årsak til avgrensningen er den totale belastning for elevene underveis i spørreundersøkelsen. Svaralternativ er svært godt (1), nokså godt (2), nokså dårlig (3) og svært dårlig (4). Eksempel på spørsmål er - Jeg synes det er ganske vanskelig å få venner. -Jeg føler at de fleste barn på min alder liker meg. - Jeg er ikke så veldig populær. Foreldre får ikke disse spørsmåla.

Short Mood & Feeling Questionnaire (SMFQ)

Spørreskjemaet SMFQ (Angold et al., 1995) er et screening instrument for depresjon og måler depressive symptomer de siste to ukene. Det har en foreldreversjon og en selvrapporтерingsversjon som begge består av 13 spørsmål. De psykometriske egenskaper er godkjente (Costello, Benjamin, Angold & Silver, 1991) og i denne undersøkelsen brukes foreldreversjonen. Svaralternativ er riktig (1), noen ganger riktig (2), ikke riktig (3). Eksempel på spørsmål er: - Hun/han var ikke glad for noe. - Hun/han følte seg så trøtt at hun/han ble sittende uten å gjøre noe. - Hun/han gråt mye.

Demografiske variabler og kontakt med hjelpeapparatet

De demografiske variabler som etterspørres for elever er kjønn, alder og klasstrinn. Forelder spørres ikke om barnets kjønn og alder. Foreldre blir spurt hvorvidt vedkommende bor sammen med barnet hele tiden eller deler av tiden, hvilke andre voksne som bor der, om det bor andre barn i husholdningen, høyeste fullførte utdanning for mor og far, hovedbeskjeftigelse for mor og far og vurdering av familiens økonomi.

Når det gjelder kontakt med hjelpeapparat så spørres det om kontakt på bakgrunn av barnets engstelse med disse alternative instanser: skolehelsetjeneste/helsesøster, spesialpedagogiske tiltak/spesialundervisning, Pedagogisk Psykologisk Tjeneste (OT/PPT), psykisk helsevern for barn og unge (PBU), barnevernet, fastlege, andre deler av hjelpeapparatet.

Validitet og reliabilitet

Vurdering av validitet og reliabilitet krever behandling av ulike sider ved forskningens gyldighet. Resultatet hviler på betingelser ved problemstillingen og forutsetninger i teoretisk grunnlag. Knyttet til ulike sider ved problemområdet og temaet som belyses skal forskningsresultatene vurderes som mer eller mindre gyldige (Skog, 2010, Svartdal, 2011) og fortolkninger krever at det er sannsynliggjort at alle relevante og viktige sider ved fenomener er favnet. Validitet forutsetter at fenomenet som undersøkes og operasjonaliseringen av det,

målingen, samsvarer tilstrekkelig. Å vurdere validitet i spørreskjema handler i stor grad om konklusjonene, som trekkes på bakgrunn av testskårene/ testresultatene, er holdbare. Det er vanlig å skille mellom begrepsvaliditet, konklusjonsvaliditet, intern og ekstern validitet (Skog, 2010; Svartdal, 2011). Begrepsvaliditet har både en smal og en bred betydning av begrepet (Skog, 2010) der den smale handler om å lykkes med måling av begreper som er operasjonalisert og den brede om utvalget er adekvat og om man får svar på problemstillingen. Nok en type begreps-validitet er kriterievaliditet; om svarene som gis er «sanne» og om respondenten svarer slik det i «virkeligheten» er. Mangel på overenstemmelse kan komme både av systematiske og usystematiske målefeil. Systematiske målefeil skjer dersom spørsmål misforståes, hukommelsen spiller inn negativt eller respondanten har et ønske om å fremstå på en spesiell måte og derfor svarer uriktig ved overdrivelse eller underrapportering. Svar kan preges av svar på forrige spørsmål, det stilles krav til forståelse av sjeldent brukte begrep, kognitive ulikheter i forståelseevne, svarkategorier kan oppleves å ikke passe for individet, elever kan svare slik de ønsker ting skal være eller motsatt; ønske å fremstå med spesielle egenskaper. Slike systematiske målefeil kan ha sammenheng med andre variabler og kan derfor ha større konsekvenser enn usystematiske målefeil der feil ikke går i en spesiell retning.

For å vurdere og beskrive validitet brukes ofte korrelasjonskoeffisient som er et generelt mål på samvariasjon (Skog, 2010). I undersøkelsen der målekriteriene er gjenstand for diskusjon og det ikke finnes en «fasit», vil data alltid måtte vurderes skjønnsmessig. Da er, som her i denne undersøkelsen, tidligere kunnskap på feltet svært sentralt. For å måle generelle begrep er det vanlig å bruke indekser som er en sum av flere variabler (Skog, 2010). Det som inngår i indeksen skal være begrunnet i teori og begrepsavklaringer og så er spesielle analyseteknikker brukt for å granske korrelasjoner ved variablene. En mye brukt analyse er faktoranalyse (Hagtvedt, 2010, s.287), men det vil være for omfattende til å drøfte forutsetninger for dette i denne oppgaven. Kort presentert bygges det på faktorteori der det antas at observerte indikatorer for et fenomen består av tre deler: en felles indikator, en komponent som er spesifikk for hver av indikatorene og en komponent som antas å ha tilfeldig variasjon. For eksempel vil en felles indikator ved angst være bekymring. Reliabilitet er i denne modellen knyttet til vurdering av felles og særegne indikatorer, mens tilfeldig variasjon er knyttet til feilindikatoren. I en tverrsnittstudie er den spesifikke variansen og

feilvariansen blandet sammen og det er nødvendig med longitudinelle studier for å måle antagelser ved disse feilvariansene.

Reliabilitet handler mer om psykometriske egenskaper er tilstrekkelig belyst og høy reliabilitet er en forutsetning for høy validitet (Friborg, 2010). Vurdering av reliabilitet måles ved undersøkelse av indre konsistens, testleddenes sammenheng, ved undersøkelse av stabilitet, om man får de samme svar på flere undersøkelser, og ved vurdering av pålitelighet; dersom flere skal bedømme det samme – hvilke varianser oppstår i testskårene. I forskningsprosjekt som graderer personlighetstrekk er det vanligvis tilstrekkelig med enighet om rangordning ved skårer.

Fordelen med å bruke standardiserte spørreskjema er nettopp at de har godt dokumenterte egenskaper. Noen av skjemaene ville vi ikke fått tilgang til å bruke uten å være knyttet til en forskningsinstitusjon både fordi det er en økonomisk kostnad og fordi rettigheter til bruk er avgrenset. Når flere behov skal dekkes i samme undersøkelse, måtte den bli større enn om hver enkelt hadde utført sin egen. I planleggingsprosessen var det en periode enda flere spørsmål med i vurderingen. Det var temaet søvn og angst som ble diskutert, men tatt bort av hensyn til størrelsen på spørreskjemaet. Det er en klar belastning for elevene og foreldre at undersøkelsen er så omfattende. Når deltagelsen ikke ble enda mindre, henger det muligens sammen med at vi fikk bruke en skoletime og forankre gjennomføringen for elevene i skolen.

For at voksne skal bruke tid på å svare på spørreundersøkelser er det en fordel at det oppleves relevant, ikke tar mye tid, og er enkel å gjennomføre. Her kan vi se flere årsaker til at foreldre i liten grad har svart; både er tema sensitivt og rammer for forskningen satt av REK kan ha påvirket. Å bruke postgang er sårbart i en stresset hverdag der papir lett blir borte og mulighet for påminning var minimert til en (1) beskjed på elevenes ukeplan. Vi kunne ikke gi påminnelser ved epost eller sms. Oppslag i avisene kan ha bidratt positivt for dem som er oppmerksom på dette. Foreldre måtte så selv aktivt bruke tid på undersøkelsen på nettet. Det var ikke noen insentiver, belønning, til de voksne som deltok. For barna var insentivet 3 iPad trukket blandt alle som hadde levert samtykke til deltagelse. Dette ble opplyst av student i forbindelse med informasjon i klasserommet under gjennomføring. For noen av barna var

dette en hyggelig motivasjon under besvarelsen, og de tre som var heldige vinnere ble veldig glade. Belønningen er ikke slik at det kan tenkes å være en risiko for svarmønster hos barna og det er omtalt i søknad og godkjent av Regional Etisk Komite.

Foreldresvar

Ved å se nærmere på sosioøkonomiske forhold i utvalget og fant jeg at av 85 foreldreskap (enten de er enslige eller ikke) hadde 68 mødre og 43 fedre (missing 5) høyskole/ universitetsutdanning på mer enn 4 år. 68 foreldre vurderte egen økonomi som god eller svært god, 17 vurderte økonomien til middels god og ingen dårlig. Tilknytning til arbeidslivet viser at 76 mødre og 82 fedre var i full stilling eller over 50%, mens kun 6 mødre og 2 fedre var mindre i arbeid, syk/ufør eller under utdanning (missing 3). Det er svært lite sannsynlig at dette er representativt for populasjonen foreldre. Det blir derfor ikke gjort videre analyser av foreldresvar og man kan ikke forsvare å se etter hvordan kontakt med hjelpeapparat for elevmassen er.

Deskriptive analyser

Deskriptive analyser av kvantitative data gir en forenklet framstilling av kompleks informasjon (Svartdal, 2009) og er det som oftest brukes i dagliglivet fremstilt i tabeller eller grafer. Man møter da ofte informasjon om hva som er gjennomsnittlige verdier og skal synliggjøre det som er typisk ved enkeltskårer. Når resultater fra ulike undersøkelser møter hverandre må det kritiske øyne til for å vurdere hvordan de er lik og forskjellig, samt også vurdere om de aktuelle tall gir inntrykk av å representere virkeligheten. Verdiene i undersøkelsen kan representere også de enheter som ikke er med i undersøkelsen, altså populasjonen som en helhet, dersom forskjellen mellom den verdien man har lagt i hver enkelt enhet i modellen ikke avviker fra den verdi enhetene faktisk har i datamaterialet som man sitter med (Åsvoll referert i Eikemo & Clausen, 2012, s.324). For å vurdere dette gjøres det analyser av forholdet mellom predikerte og reelle verdier som i forskning omkring holdninger, preferanser og psykologiske fenomen alltid blir vurderinger av sannsynlighet. Her er dette sannsynlighetsvurderinger av forekomster og mønster i følelsesmessige og

atferdsmessige vurderinger; barn har selv vurdert egen fungering og foreldre har vurdert sitt barns fungering. Det kan ikke gjøres koblinger mellom det enkelte barn og dets foreldresvar, og resultatene må derfor holdes fra hverandre i analysen og tolking.

Vurdering av normalfordeling er ofte sentral ved deskriptive analyser fordi en variabel, som her (1) angstnivå og (2) eksternalisert atferd, er avhengig av et stort antall mindre uavhengige faktorer som er variabelverdiene til individene (observasjonsenheter) i et sannsynlighetsutvalg (Skog, 2010). Ved å velge en sannsynlighet og konstruere intervall rundt estimatet – konfidensintervall – vil den korrekte parameterverdien ligge innenfor valgt sannsynlighet. Det er vanlig å bruke 95% konfidensintervall, men også 90 og 99 kan brukes.

Prøving av hypoteser gjøres ved å ta utgangspunkt i en verdi stipulert som nullhypotese og konstruksjon av et intervall rundt denne (Skog, 2010). Dersom den observerte verdien ligger utenfor intervallet, forkastes hypotesen og resultatet kan sies å være statistisk signifikant. Vitenskapsfilosofisk ligger dette til Poppers prinsipp om falsifikasjon; å bevise en teori med fullstendig sikkerhet er logisk umulig og dermed er det bedre å forsøke å motbevise hypoteser som er assymetriske (Nyeng, 2012). Denne hypotetisk- deduktive metode gjør at man logisk fører bevis og motbevis for utsagn fra generaliserte teorier. Ved å søke etter avvik fra teori blir det mulig å lete etter alternative forklaringer.

4. Analyser

Her omtales begrunnelse og rammer for analyser som er brukt. Forskningsspørsmål det blir forsøkt å gi svar på er:

1. Hvor mange barn forteller om angst som preger dem i hverdagen?
2. Hvilke barn er mest sårbare for utvikling av angst?
3. Hvordan er forskjellen mellom gutter og jenter i forhold til angst og adferd når de blir spurt selv?

I innledningen har jeg også formulert hypoteser med bakgrunn i antagelser etter den tidlige gjennomgang av litteratur og tidligere forskning. Disse påstandene sier er flere jenter enn gutter som preges negativt av angst, at eldre barn med angst forteller om mer eksternalisert atferd enn yngre barn med angst – og at få foreldre med engstelige barn har kontakt med hjelpeapparatet. Siden foreldresvar viste seg å være lite representative blir ikke hypotesen om kontakt med hjelpeapparatet videre analysert eller drøftet. Dette ble begrunnet i metodekapittelet.

Det statistiske analyseprogrammet Statistical Packages for the Social Science (IBM SPSS) blir brukt til å analysere dataene (Eikemo & Clausen, 2012). I hovedsak er det deskriptive analyser som vil synliggjøre det barna har svart på undersøkelsen. For å vurdere korrelasjon har jeg prøvd regresjonsanalyse.

Deskriptive analyser vil her bli fremstilt i tabeller og histogram. Først fremstilles respondentene, hvem som har deltatt i kjønn, alder og klasstrinn. Deretter følger fremstilling av svar og av vurdering av angstnivå i aldersgruppene 7-9 år (3.-4.klasse) og 10-13 år (5.-7.klasse), samt vurdering av grad av eksternaliserende vansker for aldersgruppen 10-13 år.

Barnesvar – oversikt

Denne delen av kapittelet gir oversikt over fordeling av kjønn, alder og klasstrinn. Målet er å ha en oversikt over hvem som har svart og å reflektere over hvordan svargrunnet kan prege resultatet i undersøkelsen. Resultatene fremstilles i tabell og det angis både i tall og prosent.

Undersøkelsen er stor i volum med 1281 forespørsler om deltagelse. Svarprosenten ble 37,4 % for barn og som nevnt tidligere svarte kun 7 % av foreldrene på undersøkelsen.

Tabell 4 Fordeling av kjønn og klasstrinn i antall og prosent.

Klasstrinn	Jenter		Gutter		Totalt ant. svar	
3.kl	34	7,6 %	41	9,2 %	75	16,9%
4.kl	54	12,1 %	46	10,3 %	100	22,5%
5.kl	45	10,1 %	34	7,6 %	79	17,8%
6.kl	46	10,3 %	36	8,1 %	82	18,4%
7.kl	66	14,8 %	43	9,7 %	109	24,5%
Sum	245	55,1%	200	44,9%	445	100%

Det er flere jenter enn gutter som har deltatt i undersøkelsen, bortsett fra i 3.klasse der det er flere gutter. Flest antall deltagere totalt finner vi i 4.klasse og 7.klasse.

Elevene er i alderen 8 – 13 år, og siden undersøkelsen ble gjennomført tidlig på våren kan det bli et uriktig bilde av populasjonen å vise resultater gruppert etter fødselsår. Jeg vurderer at det gir en bedre fremstilling å velge enten å analysere resultatene klassevis, eller i aldersgrupper. Det henger også sammen med at aldersgruppering er ofte brukt i andre studier og det kan ha betydning når jeg senere skal drøfte resultater.

Siden en del av spørreskjemaet, Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) bare kunne besvares av barn som hadde fylt 10 år, så gir jeg nå en oversikt over kjønns- og aldersfordelingen for disse barna. Dette spørreskjemaet gir empiri om eksternalisert adferd som brukes til belysning av atferd; atferdsvansker og hyperaktivitet/uoppmerksomhet.

Tabell 5 Kjønn- og aldersfordeling i gruppene 10 – 13 år.

	Jenter		Gutter		Sum	
10 år	48	10,8 %	40	9 %	88	19,8 %
11 år	42	9,4 %	33	7,4 %	75	16,8 %
12 år	64	14,4 %	47	10,6 %	111	25 %
13 år	18	4 %	9	2 %	27	6 %
Sum	172	38,6 %	129	29 %	301	67,6 %

Vi ser at det er få elever som på våren hadde fylt 13 år, noe som må tas i betraktning i analyser og drøftinger. Av alle barn i alderen 10 – 13 år er det jevnere fordelt alder enn hos guttene der det er flere i de to yngste årskull. Det er omtrent 10 % flere jenter som har svart på undersøkelsen.

Forekomst av angst i populasjonen

I denne delen kommer det frem i hvilken grad barn svarer de har bekymringer og redsel knyttet til generelle eller spesifikke situasjoner. Gjennomsnittet av angst i barnebefolkningen er interessant fordi gjennomsnittet er referansepunktet der vi kan se hva som er vanlig grad av angst for barna i populasjonen. På kontinuum fra lite til mye opplevd angst ser jeg etter både det store bildet; hva er det mange svarer høy grad av angst for og hva mange ikke vanligvis er redde for. Jeg ser også etter de uventede tallene; hva ser jeg som jeg ikke forventer. En forventning som annen forskning finner er at jenter svarer høyere angst enn guttene og at engstelse i forhold til sosial vurdering er vanlig.

Gjennomsnittlig angstnivå for alle jentene i denne undersøkelsen er 28,99 der skalaen som sagt er 0 – 114 poeng. Standardavvik er 13,765. For guttene er resultatet 19,12 med standardavvik 11,501. Dette er uttrykk for den alminnelige grad av engstelse for jenter og for gutter – samt at standardavvik som er et gjennomsnitt av variasjon, viser at grad av angst

varierer mer i gjennomsnitt for jenter enn for gutter. Dette skal vi se nærmere på senere. Det samlede gjennomsnittet for angst i populasjonen er 24,55 og standardavvik er 13,69.

Resultatet fra Spence Anxiety Scale slik det fordeler seg på klassetrinn og kjønn følger nå i tabell 6. Det gir et bredt bilde på gjennomsnittsresultatene i undersøkelsen og vi ser hvor mange (N) som har svart på hvert klassetrinn i undersøkelsen og hvordan gjennomsnitt (Gj.sn.) og avvik fra gjennomsnitt (SD) fordeler seg på de ulike trinn. Deretter skal vi gå inn på hva barna har svart på enkelt-spørsmålsnivå.

Angstnivå er målt ved Spence Anxiety Scale (Spence, 1998) og svaralternativ på spørsmålene er «aldri» =0, «av og til» =1, «ofte» =2, «alltid» =3. Maksimal skåre på undersøkelsen er 114 poeng og i analysene som undersøker forekomst er variabelen kontinuerlig.

Tabell 6 Angst nivå per klassetrinn og kjønn. Poengangivelser.

	Gutter			Jenter		
	N	Gj.sn.	SD	N		SD
3.klasse	41	21.02	14.047	34	29.29	14.756
4.klasse	46	19.7	13.936	54	34.75	14.720
5.klasse	34	21.23	8.414	45	26.93	12.791
6.klasse	36	17.31	9.214	46	25.17	11.699
7.klasse	43	16.52	9.322	66	28.17	13.304

De yngste forteller om høyere grad av angst enn de eldre, en tendens som er tydeligere for guttene enn for jentene. Grad av variasjon fra gjennomsnitt er større for jentene, men på de to laveste trinnene er ikke variasjonen fra gjennomsnittet særlig ulik.

Ved å se nærmere på svarene som er grunnlaget for samleskåren, dannes det et bilde på hvilke følelser som er vanlig hos mange, og hvilke situasjoner, tanker eller følelser som skaper vansker for færre av barna.

Først ser vi på hvilke spørsmål som får høye skårer, altså spørsmål mange av barna svarer stemmer for dem «ofte» eller «alltid». Jeg velger å vise spørsmål der begge kjønn har skårer over 10 %. Deretter ser vi på hvilke spørsmål få av barna har svart vansker med og til sist vil jeg få frem hvilke spørsmål som har størst ulikhet i gradering av vansker mellom kjønnene.

Tabell 7 SCAS svar med høyest skårer for begge kjønn. Angivelse i prosent.

SCAS spørsmål	Jenter svar: ofte og alltid	Gutter svar: ofte og alltid
Jeg får en rar følelse i magen når jeg er redd.	24,5	15,5
Jeg er redd for å dumme meg ut foran andre.	40,4	16,0
Jeg bekymrer meg for å gjøre det dårlig på skolen.	23,6	16,5
Jeg bekymrer meg for at noe forferdelig skal skje med noen i familien min.	40,0	26,0
Jeg må sjekke om og om igjen at jeg har gjort ting riktig (som at lyset er slukket og døren låst).	20,4	22,0
Jeg klarer visst ikke få vonde eller dumme tanker ut av hodet mitt.	23,7	17,5
Når jeg har et problem slår hjertet mitt veldig fort.	31,4	13,5
Jeg bekymrer meg for hva andre tenker om meg.	33,8	16,0
Jeg er redd for insekter eller edderkopper.	34,3	11,0
Jeg må gjøre enkelte ting om og om igjen (som å vaske hendene mine, gjøre rent eller legge ting i en bestemt rekkefølge).	22,1	27,0
Jeg blir plaget av vonde eller dumme tanker eller bilder i hodet mitt.	19,6	11,5

Når tallene sees nærmere på kan vi kategorisere dem på flere måter. Det vanlig å se på angstens virkning på disse områdene: den kroppslige dimensjon, den kognitive/tankemessige siden, den emosjonelle siden og atferdsaspektet. Atferdsaspektet dreier seg om valg av handling knyttet til situasjoner og når angsten blir stor aktiveres ofte en vegring eller unngåelse av disse situasjonene. Sjekking kan for noen bli en strategi for å prøve å ta kontroll over angsten, men som utvikler seg til en ond sirkel som fører til mer sjekking og større negative konsekvenser i hverdagen. Vi ser her at å sjekke og å ha stramme prosedyrer er vanlig, og man vet at det er bare en liten del av befolkningen som utvikler tvangspreget atferd som gir funksjonsvansker. I denne undersøkelsen svarer guttene noe større vansker med dette enn jentene. Forskning nasjonalt og internasjonalt at diagnosen tvangslidelse (OCD) har en forekomst på mellom 1-2 % i den voksne befolkning (Mykletun referert i Kvaale, Havik, Heiervang, Haugland & Tangen, 2013). Tvangslidelser og sosial angst har en overhyppighet i skolealder, mens det i barnehage-alder er mer vanlig med sterk angst knyttet til separasjon fra nære omsorgspersoner og noen fobier (Tangen et al., 2013). Det er faglig enighet om at angst hos barn opptrer i ulike former i ulike perioder av utviklingstrinnene. Vi ser også i tabellen at noen fysiske virkninger på kroppen blir gjenkjent av mange barn når de blir redde eller kjenner sterk bekymring. Økt puls og en «rar følelse i magen» er det de fleste kjenner på av kroppslige fornemmelser. Åpenbare tema for barna er også frykt for sosial vurdering; bekymring omkring hva andre tenker om dem, redsel for skoleprestasjoner og frykten for å dumme seg ut. Sosial angst har ofte en debut i skolealder, noe som ikke er unaturlig hvis vi tenker at sosiale utfordringer øker når grad av utfordringer og krav til selvstendighet i skole og fritid også øker. Et funn av kategorien spesifikk fobi her er frykt knyttet til insekter eller edderkopper der jenter i større grad enn gutter forteller de er kjemperedde for.

Så til de spørsmål der få av barna forteller om store vansker; barna har svart at det gjelder for dem ofte eller alltid. Jeg velger ut spørsmåla fra der cirka 8 % av jentene og 5 % av guttene eller færre, svarer «ofte» eller «alltid» på utsagnene. Når vi tenker på vanskene fra et kontinuum fra ingen til store vansker, viser normene i SCAS til at angst sannsynligvis skaper vansker for livsførsel når skårene tilsvare slik færre enn 7 % av befolkningen svarer. Normene ser ulike ut når vi leser av poengskårene for jenter og gutter fordi gutter svarer mindre grad av angst, og «innslagspunktet» for når det skaper vansker i deres livsførsel slår

derfor inn på færre poeng på spørreskjemaet. Gjennomsnittsskårene i denne undersøkelsen viste at guttene beskriver cirka 10 % mindre grad av angst enn jentene. Dersom vi ser nærmere på konfidensintervallet, variasjon fra gjennomsnittet, har de fleste jenter svart angst mellom poengsummene 15 – 43 poeng (gjennomsnitt 29) og guttene har svart mellom 8 – 30 poeng (gjennomsnitt 19). Å bruke omtrent 8 % som vurderes som rimelig relevant for jentene og 5 % for guttene.

Tabell 8 SCAS svar med lave skårer for begge kjønn. Angivelse i prosent.

SCAS spørsmål	Jenter svar: ofte og alltid	Gutter svar: ofte og alltid
Jeg ville vært redd for å være alene hjemme.	7,3	2,0
Jeg blir redd dersom jeg må bruke offentlig toaletter eller bad.	5,3	4,0
Jeg føler meg redd hvis jeg må sove alene.	8,6	2,5
Jeg har problemer med å gå på skolen om morgenen fordi jeg er nervøs eller redd.	3,2	2,0
Jeg er redd for hunder.	7,8	5,5
Jeg føler meg redd hvis jeg må reise med bil, buss eller tog.	3,6	2,0
Jeg er redd for å være på steder med mange mennesker (som handlesenter, kino, buss, lekeplass med mange barn)	2,4	1,5
Jeg føler meg plutselig svimmel eller at jeg vil besvime uten at det er noen grunn for det.	5,7	3,0
Hjertet mitt begynner plutselig å slå fort uten grunn.	6,1	2,5
Jeg bekymrer meg for at jeg plutselig skal føle meg redd, uten at det er noe å være redd for.	8,1	3,5

Jeg ville blitt redd hvis jeg måtte overnattet hjemmefra.	6,5	1,0
Jeg våkner og føler meg redd.	7,3	2,5

Her kan vi se situasjoner og utfordringer som føles vanskelige og store for disse jentene og guttene. Vi ser også fysiske markører som både i seg selv kan skape bekymring og som kan være uttrykk for den frykt som preger barna i tiden rundt spørreundersøkelsen. Noen av disse barna har vansker som kan sees ved at atferd preges av angst. Å våkne om natta og føle seg redd, altså avbrutt søvn, kan muligens være en indikator på hvor plaget barnet er. Å være redd for å reise er en angst som raskt kan skape vansker i hverdagen.

Det må også fremheves at det vi er redde for som statistisk ser «alminnelig» ut, som for eksempel høydeskrekk, insektfobi eller at en selv eller familien skal bli utsatt for noe dramatisk, kan for den enkelte absolutt prege livet negativt og skape vansker. Det handler som før omtalt, om hvilken intensitet som ligger i den enkeltes frykter. I SCAS spørres det ikke etter hvordan hverdagen preges verken generelt eller spesifikt og det blir derfor ikke sett nærmere på i denne masteroppgaven. Imidlertid sier forskningen noe om at grad av bekymring viser seg å være en indikator og en risikofaktor for angst som negativt kan prege livsførsel (Jarrett et al., 2014). De barn som beskriver omfattende bekymring over tid, kan det være grunn til å være særlig observante på. I en tverrsnittundersøkelse som dette, fanges ikke tidsdimensjonen opp, men det gis et bilde på fenomener på det tidspunktet undersøkelsen fant sted. (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010). Det er likevel sannsynlig at de barn som svarer vansker på disse spørsmålene også har svart vansker i den gruppen av vanligere engstelser og dermed opplever en større totalbelastning og innvirkning på hverdagen.

Kjønnsforskjellen er ikke en dimensjon som drøftes i seg selv i oppgaven min, men likevel kan det være viktig å merke seg noe spørsmål der ulikheten er særlig stor. Jeg tenker det er relevant for hvordan voksne tenker om angst hos barn, at vi alltid har forventninger til hva barna svarer og hvordan de tenker og handler. Kunnskap skal føre nettopp til nye oppdagelser og i det kan ulikhet være vesentlig. Ulikhet mellom kjønn vil også bli diskutert mer i drøftingsdelen som kommer etter kapittelet om analysene.

Siden gjennomsnittet for gutters angst ligger 10 % lavere enn jentene sin angst, ser jeg på de spørsmål der forskjellen er mer enn 15%. Dette gjelder for fire av de spørsmål som kom frem i tabell 4 for svar for høyest skårer og er:

- Jeg er redd for å dumme meg ut foran andre. Jenter 40,4 % og gutter 16 %.
- Jeg bekymrer meg for at noe forferdelig skal skje familien min. Jenter 40 % og gutter 26 %.
- Jeg bekymrer meg for hva andre tenker om meg. Jenter 33,8 % og gutter 16,0 %.
- Jeg er redd for insekter eller edderkopper. Jenter 34,3 % og gutter 11 %.

Vi har nå en oversikt over barnas svar på Spence Anxiety Scale i undersøkelsen «Engstelse hos barn og unge» og videre skal vi se på resultatene sammen med resultat fra andre undersøkelser. Vi går fra et dypdykk i svarene til et mer overordnet blikk på resultatet av prosjektet Engstelse hos Barn og Unge (EBU). En kort tabell på neste side (tabell 9) viser gjennomsnittlig angst i barnebefolkningen slik det er målt i EBU-studien, tre Europeiske land (Essau et al., 2011) og de Australske tallene presentert på nettsiden www.scaswebsite.com (Muris et al., 2000). Undersøkelsene har ulike aldersgrupperinger og gjør sammenligninger er lite aktuelt. Likevel gir det et større perspektiv på de data vi har fra Sogn og Fjordane. Jeg velger å presentere tall fra Sverige, Tyskland og Storbritannia i tillegg til Australske og våre tall. Tallene fra Sverige, Tyskland og Storbritannia er del av artikkelen der Essau et al. (2011) også har med to andre land. Det er Italia og Kypros som velges bort fordi disse kulturelt antas å være enda mer annerledes fra Norge enn de inkluderte og av plasshensyn. Tallene som vises kan ikke ytterligere analyseres eller argumenteres for, og jeg velger å bruke skjønn med de forbehold det innebærer. Dette er ikke tall som er presisert for jenter og gutter, men begge kjønn samtidig.

Tabell 9 Gjennomsnittlig angstnivå målt ved SCAS (Spence, 1998) i 5 forskjellige land. Poengangivelser.

	Australia 7-12 år	Australia 13-19 år	Tyskland 12-17 år	Storbritannia 12-17 år	Sverige 12-17 år	EBU-studie 8-13 år
Gjennomsnitt	20.51	16.56	21.91	34.33	23.94	24.55
Standardavvik	14.20	11.68	10.78	21.10	15.63	13.69

Det må tas forbehold i forhold til både kulturelle faktorer og at aldersgruppene er ulike. Sammenligning er ikke et formål ut over at det gir et overblikk på angstnivået slik forskning fra ulike land har funnet det. Som tidligere nevnt er angstfenomenet både universelt og kulturelt betinget og samtidig er det enighet om angstens biologiske fundament som gjør det naturlig og vanlig at menneskers frykt kommer til syne, utvikles, erfares, endrer seg og at skjevutvikling vil forekomme hos barn, unge og voksne i alle kulturer. I lys av de andre resultatene som tabellen viser, ser EBU-studien ut til å ha fanget opp at de yngste rapporterer generelt mer angst enn eldre barn. Av alle barnesvarene våre: 445, var 138 12 og 13-åringer. Det utgjør 31 % av alle svarene.

Ulikheter i undersøkelser mellom kulturer og regioner diskuteres mye og jeg har tidligere presentert det Heiervang, Goodman & Goodman (2008) kaller «The Nordic Advantage»; den nordiske fordel. De undersøkte da svarmønster hos Norske og Britiske foreldre og barn i det andre spørreskjemaet som brukes i EBU-studien, Strength and Difficulties Questionnaire. Vi skal nå se en fremstilling av gjennomsnittlig angst hos jenter og hos gutter. I dataene fra studien i Australia har vi poengberegning i forhold til når vanskene må antas å ha klar negativ påvirkning på barnets livsførsel og vi ser gjennomsnittsresultatene for hvert kjønn sammen med tilsvarende tall fra EBU-undersøkelsen. Dette er gjennomsnitt oppgitt i poeng.

Tabell 10 Grad av angst målt ved SCAS (Spence, 1998) for jenter og gutter.
Poengangivelser.

Gutter

SCAS	Muris et al. (2000)	EBU-studie	(2015)
Aldersgruppe:	7 - 12	8 - 9	10 - 13
Gjennomsnitt	17.42	26.91	22.08
SD	13.95	15.87	12.09

Jenter

SCAS	Muris et al. (2000)	EBU-studie	(2015)
Aldersgruppe:	7 - 12	8 - 9	10 - 13
Gjennomsnitt	23.69	28.93	23.97
SD	13.79	15.92	12.46

I EBU-studien finner vi en høyere gjennomsnittlig grad av angst enn i studien fra Australia. Grensen der angst bør sees på som et problem med vesentlig inngripen i barnets liv er satt til 37 poeng for gutter mellom 7 – 12 år og for jenter på samme alder 44 poeng. For gutter i alderen 13 – 19 år er grensen 25 poeng og for jenter 36 poeng. Grad av angst minker generelt ved økende alder.

I utgangspunktet kan det være noe oppsiktsvekkende at barn i Sogn og Fjordane rapporterer om høyere grad av angst enn andre studier vi har sett på. Resultater fra epidemiologisk forskning varierer imidlertid en god del fordi studiene bruker forskjellige metoder og aldersgrupper (Martinsen & Neumer referert i Martinsen & Hagen, 2012, s.49).

I neste del skal vi se på resultatene på spørreskjemaet Strength and Difficulties Questionnaire, SDQ, (Goodman, 1999).

Forekomst av eksternaliserte vansker i populasjonen

En oversikt over barnas svar på spørreskjemaet Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ-S; Goodman, 1997) selvrappport følger her og gjelder for aldersgruppen over 10 år. Først en oversikt over totalskåre og deretter over fordelingen delt i kjønn og alder. Måleenhetene i SDQ er uttrykk for vurdering av utsagn på skalaen «stemmer ikke», «stemmer delvis» og «stemmer helt». 5 skalaer med 5 spørsmål hver. Skalaene representerer områdene atferd, følelsesmessig symptom, hyperaktivitet/ uoppmerksomhet og vennerelasjoner. Den siste skala, prososial atferd, er snudd slik at høy poengsum gir positiv skåre. For nærmere omtale av spørsmåla og instrumentet se i kapittel 2 side 49.

Av andre studier synes det å være enighet om at man må utvise forsiktighet i tolking av resultater på subskalanivå i SDQ (Sanne et al., 2009; Kornør & Heyerdal, 2013; Essau et al., 2011), men at det kan forsvares når indeksene blir samlet slik at atferdsvansker og hyperaktivitet/ uoppmerksomhet er mål på eksternaliserte vansker og emosjonelle vansker og problem med venner er mål på internaliserte vansker. For denne studien er det skala for eksternaliserte vansker som er av størst interesse. Samleindeksen for internaliserte vansker måler de samme fenomen (bekymring, redsel, kroppslige symptom og nervøsitet) som Spence Anxiety Scale (Spence, 1998). Jeg viser først resultater for populasjonen på hele spørreskjemaet, og etter hvert skal vi se etter mønster i samvariasjon mellom SDQ totalskåre/ SDQ eksternaliserte vansker og SCAS med dets delskalaer.

I den første tabellen her vises gjennomsnittlig poengsum på SDQ totalt, og for de ulike indeksene slik poengberegningen er. For totalskåren er det mulig å svare mellom 0-40 poeng og for de enkelte indeksene er det 0-10 poeng. Skala for pro-sosial fungering er snudd slik at høy skåre er positivt. Antall respondenter her er populasjonen fra 10 – 13 år: N= 297.

Tabell 11 SCAS gjennomsnitt delskalaer og totalt: for begge kjønn, poengangivelser.

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
SDQ total vanske skåre	297	0	30	9.98	5,488
SDQ subskala emosjonelle symptomer	297	0	10	2,58	2,286
SDQ subskala atferdsvansker	297	0	9	1,74	1,599
SDQ subskala hyperaktivitet/uoppmerksomhet	297	0	9	3,63	1,992
SDQ subskala problemer med venner	297	0	9	2,02	1,775
SDQ subskala prososiale ferdigheter	297	0	10	8,03	1,647
Valid N (listwise)	297				

I tabell 12 og 13 er resultatet delt i kjønn og vanskenivå, og vises i prosent. Gradering som er i «normal», «grense» og «over grenseområdet», følger de britiske normer (sdqinfo.org) som ligger i skåringsprogrammet til kartleggingskjemaet. Det begrunnes i at det ikke finnes norske nasjonale normer. Det er gjort mange studier i Norge, men de har regionalt avgrenset populasjon og gjennomsnittsforskjeller har ikke vært testet statistisk (Kornør & Heyerdal, 2013).

Tabell 12 SCAS tredelt vanskenivå. Prosentangivelser. Jenter.

Total SDQ				
	N= ant. svar	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	1,2	1,2	1,2
Normal	137	79,7	79,7	80,8
Grense	22	12,8	12,8	93,6
Over grenseområdet	11	6,4	6,4	100,0
Total	172	100,0	100,0	

Tabell 13 SCAS tredelt vanskenivå. Prosentangivelser. Gutter.

Total SDQ				
	N= ant. svar	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	1,6	1,6	1,6
Normal	117	90,7	90,7	92,2
Grense	5	3,9	3,9	96,1
Over grenseområdet	5	3,9	3,9	100,0
Total	129	100,0	100,0	

Vi ser altså at i dette utvalget svarer omtrent 4 % av guttene og 6 % av jentene på tidspunktet vansker som påvirker dem mye i hverdagen. Hva det er som eksplisitt gir utslag i svarene, kan vi se nærmere på i de ulike indeksene. Ser vi tilbake til tabell 9, der begge kjønn sees under ett, er det indeksen for hyperaktivitet/uoppmerksomhet som har høyest skåre med gjennomsnitt på 3,63 poeng. Deretter følger indeksen for emosjonelle symptom som har 2,58 poeng i gjennomsnitt. Standardavviket på skalaen for emosjonelle symptom er høyest (2,286)

og har dermed størst grad av variasjon. Skalaen for emosjonelle symptom er indeksen som svarer på tilsvarende fenomener i SCAS.

Siden de enkelte indekser i Strength and Difficulties Questionnaire hver for seg er sårbare i reliabilitet (Kornør & Heyerdal, 2013) er det videre samleindeksen «eksternaliserte vansker» som er aktuell. Indeksen «eksternaliserte vansker» gir god informasjon om atferdsdimensjonen ved at både indeksen atferdsvansker og indeksen hyperaktivitet/uoppmerksomhet summeres. Utsagn barna tar stilling til er for eksempel «Jeg blir fort sint og har kort lunte», «Jeg gjør som regel det jeg får beskjed om», «Jeg slåss mye og kan få andre til å gjøre det jeg vil» (atferds-indeks), «Jeg er rastløs. Jeg kan ikke være lenge i ro», «Jeg tenker meg om før jeg handler», «Jeg fullfører oppgaver. Jeg er god til å konsentrere meg» (hyperaktivitet/uoppmerksomhet).

Skalaen i SDQ for samleindeksen eksternaliserte vansker er 0 – 20 poeng. Gjennomsnittet blir regnet fra denne og skalaen deles i tre eller fire når man skal vurdere barn og unges fungering i forhold til områdene. Jeg velger å forholde meg til tredelt kategorisering som er hyppigst brukt i tidligere forskning og fordi en firedeling er relativt nytt (sdqinfo.org: lastet 6.10.2015). Fungering beskrives fortsatt i «normal», «grense» og «over grenseområdet». For samleindeksen brukes en tilpassing slik det er dokumentert på nettsiden (ibid.) ved at 0 - 8 poeng er «normal», 9 - 10 poeng er «grense» og 11 – 20 poeng er «over grenseområdet». Resultatene angis her i prosent. Her er mer mangler i dataene enn på resten av spørreundersøkelsen, som har svært lite missing, og derfor oppgis både antall svar og missing.

Tabell 14 Resultater «Eksternaliserte vansker» for jenter og gutter. Prosentangivelser.

	Jenter				
	N	Missing	Normal	Grense	Over gr.
10 år	46	4,2%	77,1%	14,6%	4,2%
11 år	42	0	71,4%	16,7%	11,9%
12 år	64	0	82,8%	10,9%	6,3%
13 år	18	0	94,4%	5,6%	0%

	Gutter				
	N	Missing	Normal	Grense	Over gr.
10 år	39	2,5%	90,0%	5,0%	2,5%
11 år	33	0%	84,8%	6,1%	9,1%
12 år	47	2,1%	93,6%	2,1%	2,1%
13 år	9	0%	100%	0%	0%

Vi ser at jentene jevnt over beskriver større vansker på denne indeksen der skårene for hyperaktivitet/uoppmerksomhet og atferd er samlet. Det var ikke ventet i og med at forskning er tydelig på at risikofaktor for utvikling av atferdsvansker er å være gutt og ha/eller ha lærevansker (Heiervang et al., 2007). Fra tabell 9 ser vi at skalaene for hyperaktivitet/uoppmerksomhet og emosjonelle vansker er de to som får høyeste problemskårer, mens atferdsvansker får den laveste problemskåren. Dette vil bli drøftet nærmere i neste kapittel.

Mot slutten av analysekapittelet her, skal betingelsene og forbehold rundt undersøkelsen vurderes. I neste avsnitt skal vi se nærmere på de to spørreskjemaene; Spence Anxiety Scale og Strength and Difficulties Questionnaire, hvordan barnesvarene kan belyses ved ulike analyser for samvariasjon. Først visualiseres svar ved hjelp av scatterplot, for deretter å undersøke korrelasjoner mellom ulike faktorer ved kjønn og svarmønster på begge spørreskjema.

Korrelasjonsanalyser

Vurdering av sammenheng eller grad av korrelasjon/samvariasjon i forhold til angst og eksternalisert atferd kan gjøres på flere måter. På neste side kommer scatterplott med oversikt over svar på begge spørreskjema; SCAS og SDQ for jenter og gutter i alderen 10-13 år. Deretter brukes histogram for fremstilling av forholdet mellom angst og atferd på de ulike delskalaene og videre skal vi se hvordan resultatet trer frem når vi vurderer vanskene på de forskjellige delskalaene i SCAS, etter i hvilken grad barna svarer vansker med atferd på SDQ.

Grafikken hjelper oss å se hvordan svarene fordeler seg for jentene og guttene og ulikhet i mønster kan tre frem. Deretter vil Pearsons korrelasjonskoeffisient vurdere i hvilken grad de ulike subskalaene i SDQ samvarierer med angstmålet Total SCAS.

«SDQ_ext» er variabel eksternaliserte vansker og oppgis i poeng. Vi har sett at skalaen er 0-8 er «normal», 9-10 er «grense» og 11-20 er «over grenseområdet».

For «Total SCAS score», Spence Anxiety Scale, er skalaen 0 -114 poeng og verdier over området 33-40 er regnet som bekymringsverdig for gutter og for jenter er det etter 39-50 poeng. Gjennomsnittet for jentene i denne studien i Sogn og Fjordane er omtrent 24 poeng og for guttene omtrent 22 poeng. Utvalget her er avgrenset til barna mellom 10 – 13 år siden det er da vi har komplette data fra begge spørreskjema, SDQ og SCAS.

Hver lille sirkel representerer et individ og plasserer seg i diagrammet etter verdiene ved svar på begge spørreskjema. For jentene ser resultatet noe lineært ut og man kan vurdere om det tyder på en samvariasjon og grad av sammenheng mellom selvopplevde vansker med atferd og angst. For guttene gir ikke dette scatterplot det samme visuelle inntrykk av linearitet. Dette vil bli drøftet nærmere.

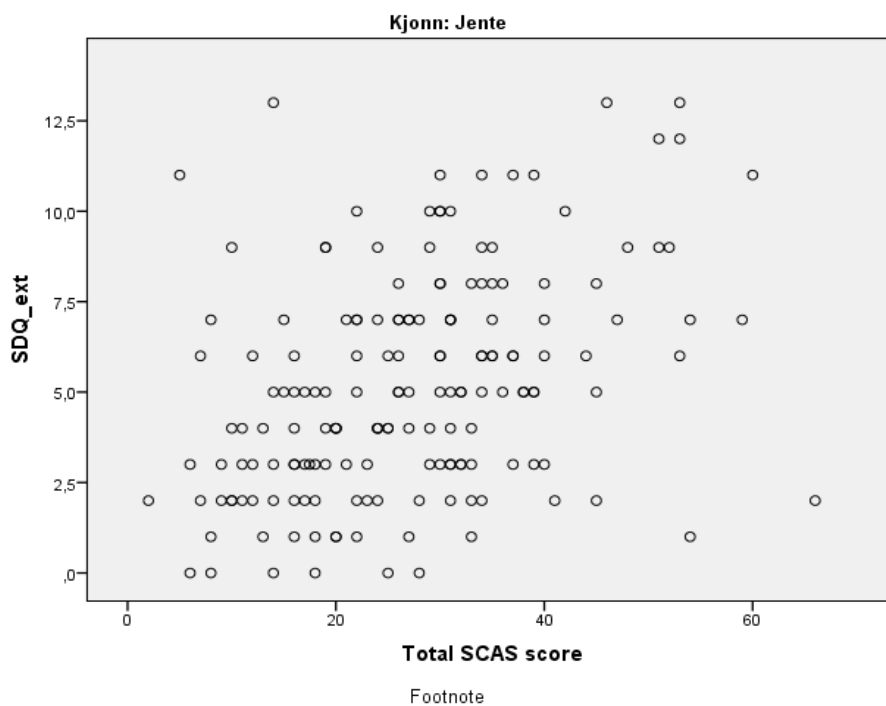


Fig.1

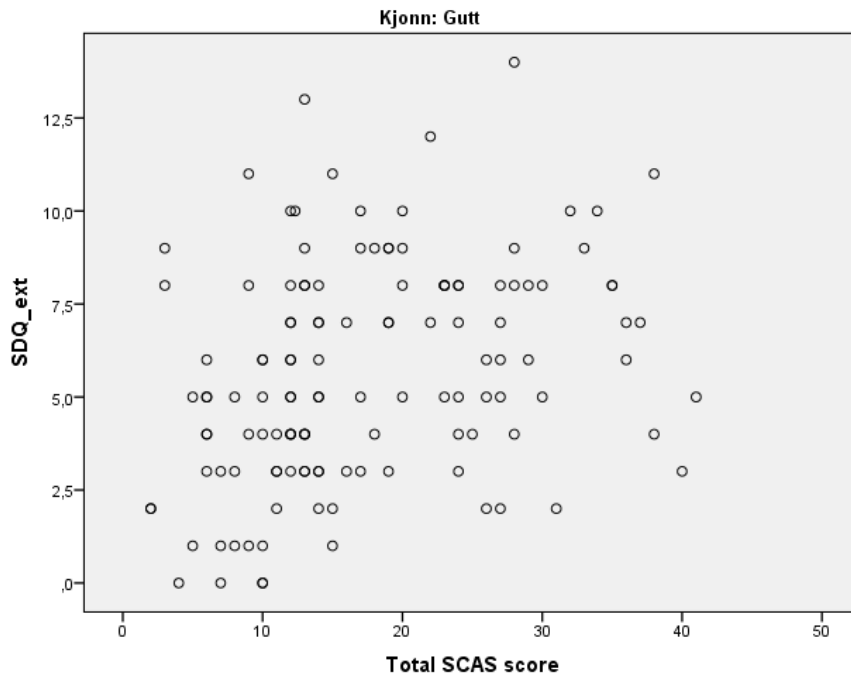


Fig.2

Jentene, figur 1: vi ser etter dem som svarer mer enn 40 poeng på SCAS og mer enn 10 på SDQ. Omtrent 6 jenter ser ut til å svare både høy engstelse og vansker med eksterne atferd samtidig. De fleste jenter med høy angst svarer under grensen for vansker med eksterne atferd. I økning av angst ser det ut til at vansker med eksterne atferd følger på opp til bekymringsverdig grense for deretter å holde seg under denne.

Guttene, figur 2: vi ser etter dem som svarer mer enn 33 poeng på SCAS og mer enn 10 på SDQ. 3 gutter ligger slik i scatterplottet at de svarer vansker med både angst og eksterne atferd, men noen flere ligger bekymringsverdig til helt øverst på SDQ og omtrent på 30 poeng SCAS. Flere svarer mellom 7 – 10 poeng for eksterne atferd og samtidig høy vanskeskåre for angst. Det kan se ut som at svarene også her følger hverandre i nivå til en viss grad, men det ser ikke like linært ut som for jentene.

Jeg vil undersøke hvordan barna svarer mer spesifikt på SDQ- indeksene atferdsvansker, hyperaktivitet/uoppmerksomhet og prososial atferd. Pro-sosial atferd betraktes som en beskyttende faktor for vansker generelt og man tenker at for alle barn, uavhengig av vansker, så er tiltak for å styrke pro-sosiale ferdigheter nyttig og bidrar til mestring og trivsel. Ved å rekode skalavariabelen og dele inn resultatene på Spence Anxiety Scale inn i 4 slik: 0 er ingen vansker med angst, 1 og 2 er til bekymring i stigende grad og 3 er klare vansker, kan vi få et inntrykk av barnas svar med en vurdering av vanskenivå. Det brukes normverdier fra Australia (scaswebsite.com).

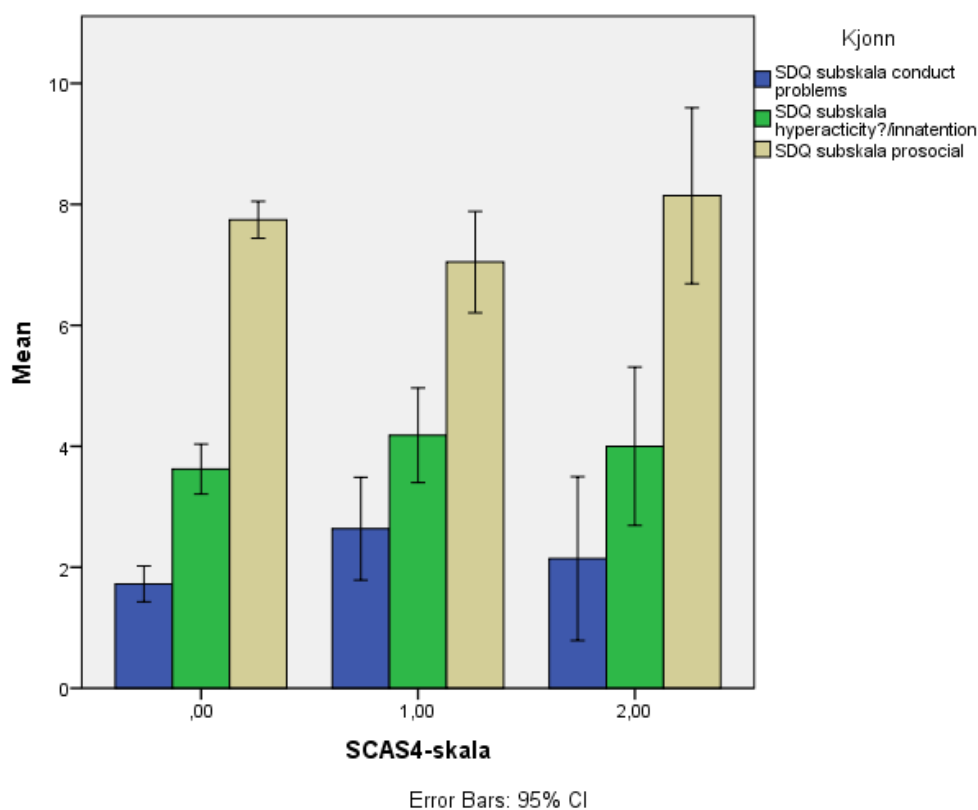


Fig. 3 – Gutter 10-13 år

I den første figur her (fig.3) ser vi at ingen gutter beskriver vansker med angst i den siste kategori der vanskene tenkes å være helt klare, kategori 3. Vansker med atferd, blå søyle, og vansker med hyperaktivitet/uoppmerksomhet, grønn søyle, stiger noe når grad av angst øker. Variansen, synlig ved de vertikale linjer på hver søyle, innenfor enkelt-indeksene stiger også ettersom angst øker. Grad av pro-sosial atferd endres ikke påtagelig, men variasjonen mellom individenes svar øker også her når angstnivået går opp.

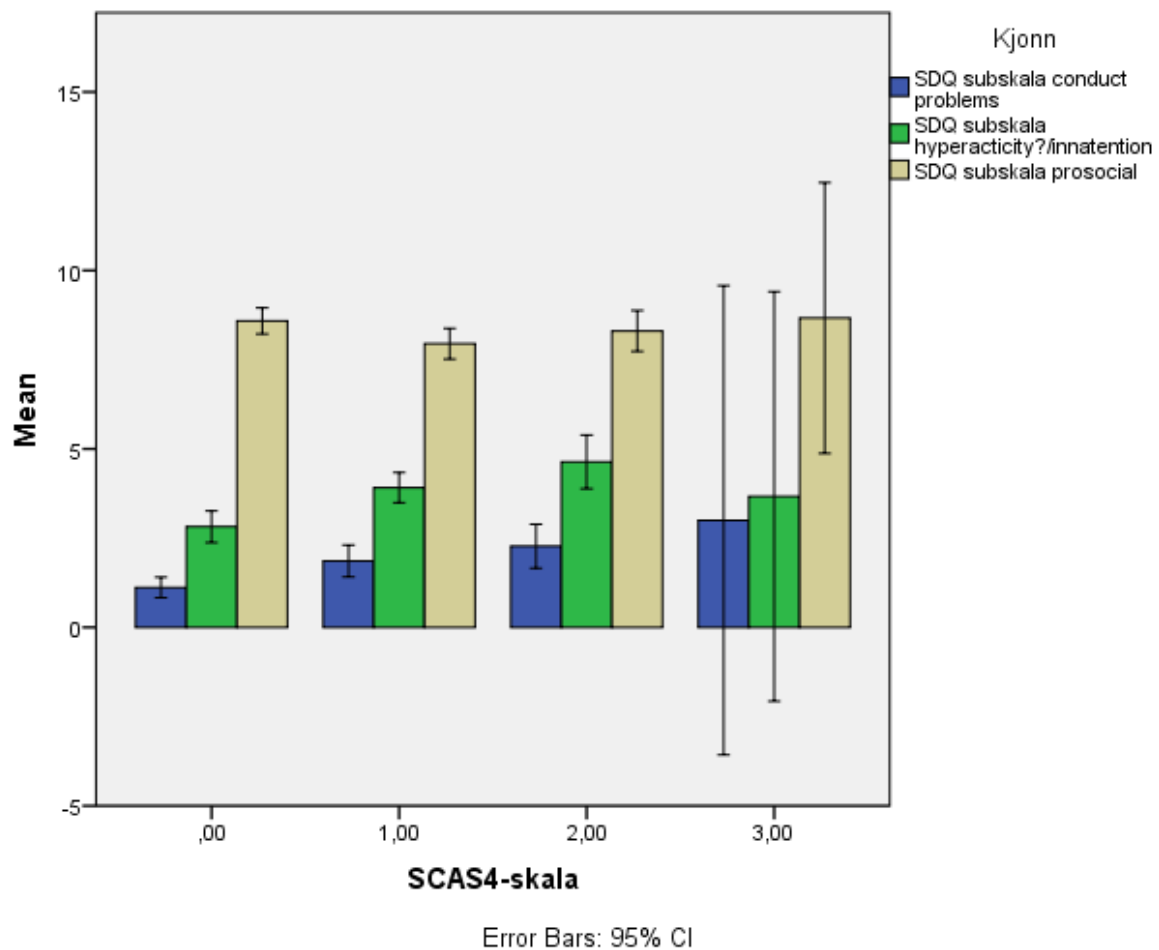


Fig. 4 – Jenter 10-13 år

Jentene (fig. 4) viser nesten lik skåre for pro-sosial atferd uavhengig av angstnivå, mens atferdsvansker, blå søyler, synes å øke jevnt med økt grad av angst.

Hyperaktivitet/uoppmerksomhet, grønne søyler, stiger også jevnt – men synker for dem med størst vansker med angst. Her må vi merke oss at for de med mest angst er variasjon i alle svar- kategorier store. Få antall barn har svart så store vansker som i den øverste kategorien og det gjør at hvert individ gir store utslag.

Dersom vi snur aksene vil vi kunne se mønster av hvordan barnas vansker målt på SDQ (Goodman, 1998) samtidig svarer angstnivå (SCAS: Spence, 1999) på de ulike indeksene SCAS måler. Indeksene er som omtalt i kapittel 3 svarer til karakteristika ved

diagnoosesystemet ICD-10, noe som i seg selv ikke er viktig her. Det kan imidlertid si oss noe om hvilke type vansker barna forteller om som tidlig i analysekapittelet ble presentert ved enkelte spørsmål. For eksempel kan grad av handlinger eller tanker som oppleves tvangspregede ofte opptre samtidig hos barn med atferdsvansker. Retningen i beskrivelsen av samvariasjon er derfor endret her.

Angstnivå ift de ulike indekser på SCAS og rapporterte vansker på SDQ der 1 er «normal», 2 er «grense», 3 er «over grenseområdet».

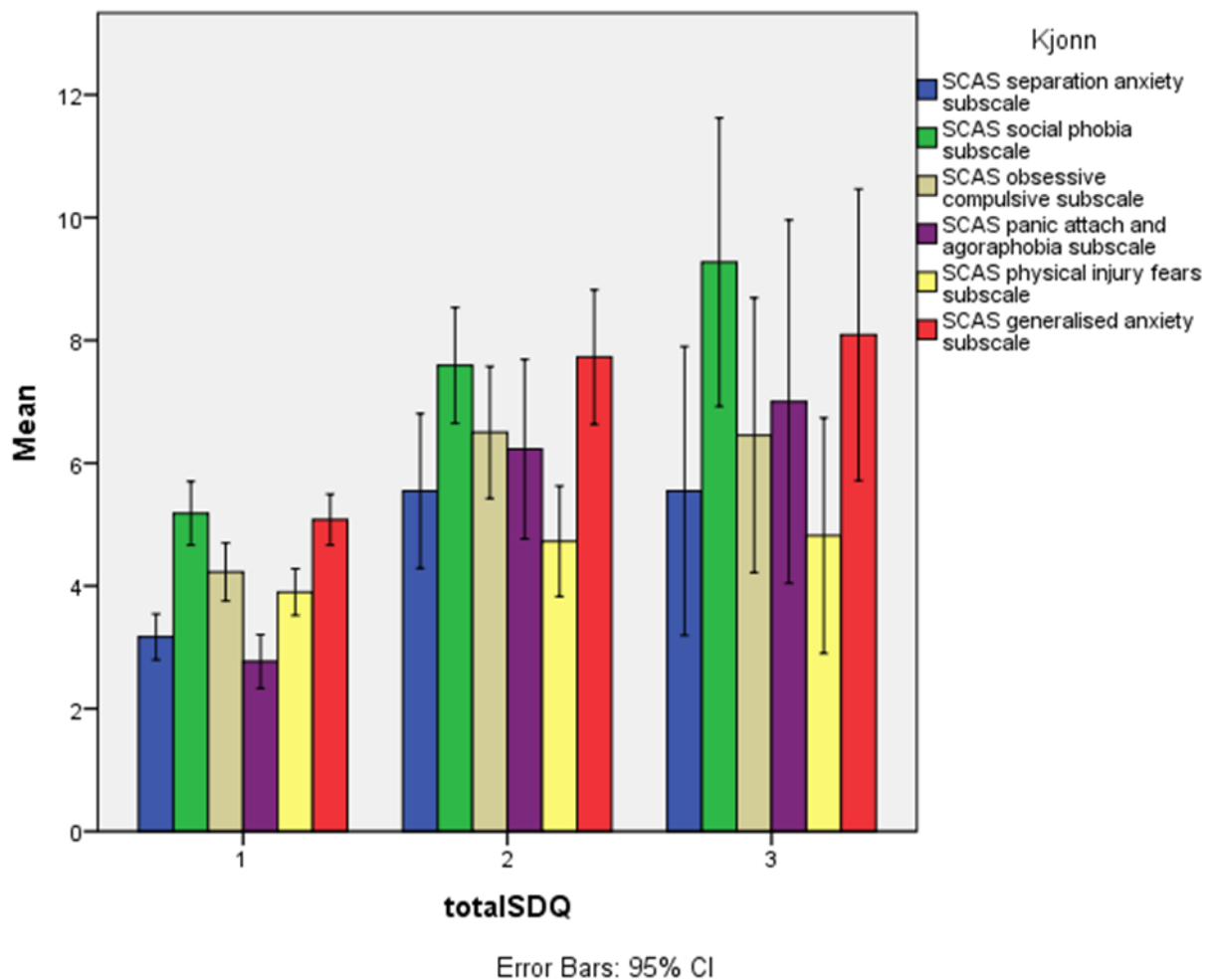


Fig. 5 – Jenter 10 – 13 år.

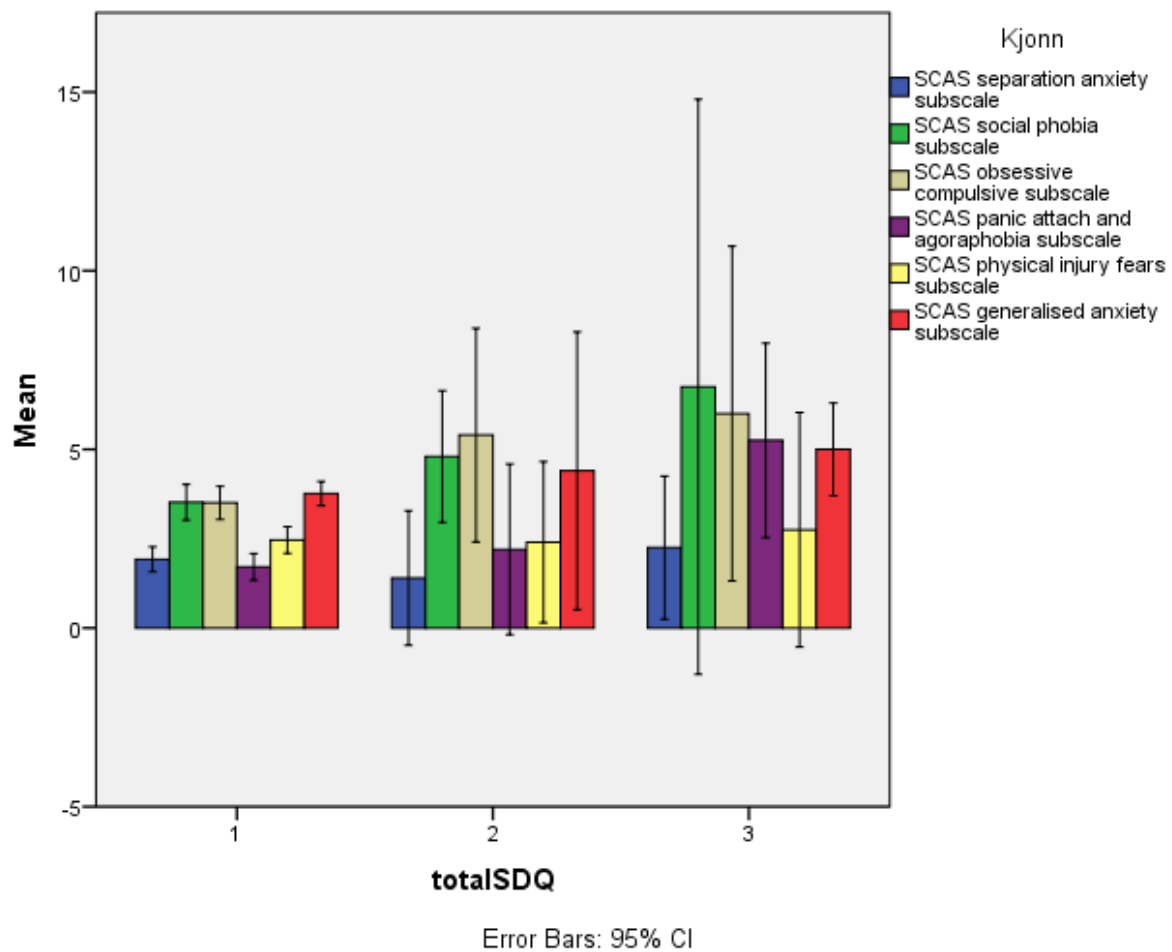


Fig. 6 – Gutter 10 – 13 år.

For både gutter og jenter synes det å være en økt grad av angst for dem som skårer høyere enn normal-området på SDQ (nivå 2 og 3). For jentene synes det å være tilfelle for alle subskalaene, mens det for guttene er noe mer variasjon i svarene og for eksempel gir det ikke særlig endret utslag på subskala for separasjonsangst (blå søyle) for guttene og frykt for fysisk skade (gul søyle) for jentene. Vi vet også at separasjonsangst er vanligere hos yngre barn (Muris et al., 2000). Sosial angst og tvangspregget atferd synes å dominere og vi husker fra tabell 4 at dette var spørsmål mange svarte høy grad av engstelse i forhold til. Grafene sier oss hvordan vanskene opptrer samtidig og noe om mønster av gjennomsnittet.

For å belyse mulige sammenhenger eller grad av samvariasjon mellom fenomener brukes korrelasjonstester som sier noe om styrke og retning på sammenheng (Eikemo referert i Eikemo & Clausen, 2012). Det finnes ulike mål på statistisk samvariasjon der Pearsons korrelasjonskoeffisient er mye brukt. Pearsons r gir informasjon om i hvilken grad det er sammenheng mellom variabler på intervallnivå. Verdien r måler grad av linearitet. Dersom r er 0 finnes det ingen lineær sammenheng, mens spennet mellom -1 og 0 indikerer en negativ korrelasjon mellom variablene og 0 – 1 indikerer en positiv korrelasjon mellom variablene. For måling av korrelasjon mellom to ordinale variabler er Spearmans test aktuell. Da måles verdier som er rangordnet og man kan se om det finnes en samvariasjon mellom variablene slik; om høye verdier på den ene variabelen samvarierer med økende variabel på den andre – korrelasjonen er økende, og tilsvarende om lave verdier på en variabel samvarierer med lave verdier på den andre – korrelasjonen er avtagende.

Korrelasjonsanalyse av variablene Total SCAS score og samleindeks eksternaliserte vansker (atferdsvansker og hyperaktivitet/uoppmerksomhet) viser en signifikant korrelasjon ved Pearsons r . Sammenheng synes lineær, og variabelen eksternaliserte vansker viser en positiv korrelasjon (.309). Med 99 % sikkerhet er det en sammenheng mellom variablene.

Tabell 15 Korrelasjon mellom forholdet angst og eksternaliserte vansker. Pearsons r .

	Total SCAS score	Eksternaliserte vansker
Total SCAS score	Pearsons Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	.309**
	N	.000
		301
Eksternaliserte v.	Pearsons Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	.309**
	N	.000
		297

** correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Testen viser en positiv korrelasjon mellom høye nivå på angst-skalaen og høye nivå på skalaen for eksternaliserte vansker. Testen skiller ikke mellom kjønn.

Korrelasjonsanalyse av forholdet mellom angst målt ved Total SCAS score og variabelene på alle SDQ sine delskalaer kan nyansere grad og retning av samvariasjon. For oversiktens del viser jeg først gjennomsnitt og standardavvik for variablene, deretter ser vi på korrelasjonen mellom Total SCAS skåre og SDQ delskalaer. Tallene gjelder også her for begge kjønn samlet.

.....Gjennomsnitt	Standardavvik	N.....	
Total SCAS skåre	24,55	13,696	445
SDQ delskala emosjonelle symptom	2,58	2,286	297
SDQ delskala atferdsvansker	1,74	1,599	297
SDQ delskala hyperakt/uoppmerksomhet	3,63	1,992	297
SDQ delskala venneproblemer	2,02	1,775	297
SDQ delskala prososial atferd	8,03	1,647	297

Tabell 16 Korrelasjon mellom SCAS total skåre og delskalaer i SDQ.

	Total SCAS skåre	Emosjonelle Symptom	Atferdsvansker	Hyperakt. / uoppmerks.	Venneproblem	Pro-sosial skala
SCAS Total skåre	1	,694**	,256**	,264**	,379**	-,018
Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,757
N	445	297	297	297	297	297
Em.	,694**	1	,380**	,217**	,469**	-,083
Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000	,155
N	297	297	297	297	297	297
Atf.v	,256**	,380**	1	,416**	,400**	-,365**
Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000	,000

N	297	297	297	297	297	297
Hyper/ Pearsons Correlation	,264**	,217**	,416**	1	,245**	-,295
Uoppmerksom Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000	,000
N	297	297	297	297	297	297
Venne- Pearsons Correlation	,379**	,469**	,400**	,245**	1	-,207**
Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000		,000
N	297	297	297	297	297	297
Pro- Pearsons Correlation	-,018	-,083	-,365**	-,295**	-,207	1
Sosial Sig. (2-tailed)	,757	,155	,000	,000	,000	
N	297	297	297	297	297	297

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Samvariasjonen mellom angst slik SCAS måler det og grad av eksternalisert atferd slik det måles ved SDQ sine delskalaer hyperaktivitet/ uoppmerksomhet (,264) og atferdsvansker (,256) bekreftes. Signifikant korrelasjon bekreftes for alle delskalaer med unntak av Prososial atferd. Vi ser en positiv korrelasjon mellom vansker med venner (,379) og angstnivå. Det å ha vansker med vennerelasjoner opptrer dermed oftere enn det tilfeldigheter kan forklare, når barn samtidig har vansker med følelser eller adferd som følge av angst. Det høyeste tallet finner vi for sammenhengen mellom Total SCAS skåre og delskala for emosjonelle symptom, (,694) noe som er forventet siden det er lignende fenomen som etterspørres; fysiske symptom, bekymring, nedstemthet, nervøsitet og frykt. Når korrelasjonen mellom Total SCAS skåre og SDQ delskala Prososial skåre negativ, tyder det på at grad av prososiale ferdigheter slik barna selv beskriver ikke samvarierer signifikant med grad av angst slik Spence Anxiety Scale måler det i denne undersøkelsen. Figur 3 og 4 viste også at nivået på selvopplevd prososial kompetanse var rimelig stabilt uavhengig av hvilket nivå angst barna svarte.

Korrelasjonsanalyser kan sjelden si noe om årsak til sammenheng eller samvariasjon mellom fenomener. Analysen gjøres på gruppenivå og sier noe om sannsynligheten for korrelasjon i en eller annen retning. Det antyder styrke i samvariasjon og her i EBU-studien bekreftes en signifikant samvariasjon mellom fenomenene angst og adferd, men uten en klar indikasjon på at retningen er økte vansker med eksternalisert atferd som følge av økt angstnivå.

Korrelasjonsanalyse i en studie med tverrsnittsdata har begrenset sammenlignbarhet (Skog,

2010) fordi vi har begrenset oversikt over variablenes fullstendige interaksjon mellom hverandre. Det kan være andre faktorer vi har oversett over som spiller en rolle.

Feilkilder ved undersøkelsen

Svargrunlaget og frafall

Her er usikre momenter i det at vi ikke har tilstrekkelig svargrunnlag fra foreldre til å gi et mer utfyllende blikk på tallene. Svar fra barna må vurderes alene og da sammenlignes med andre undersøkelser med barnesvar. Det er vanlig å bruke foreldresvar og også informasjon fra lærere, selv om foreldresvar ikke er uproblematisk det heller gitt Heiervang (2007) sine analyser som viser at foreldre synes å underrapportere barns angstsymptomer. Undersøkelsen er gjennomført på skolene, det tenkes på som en fordel for grad av deltagelse. Svarprosenten hos barna var likevel lav, 37,4 %. Av dem som har bidratt kan det være flere grunner til motivasjon for deltagelse. Barn og foreldre kan ha interesse av psykisk helse, det kan være at noen barn ønsker hjelp og håper de nå får si ifra hvordan de har det. Andre grunner til deltagelse kan være bevissthet hos foreldre om at det kan være nyttig å bidra til forskning, at venner i klassen og mange andre skulle delta, at det var mulig å bli trukket ut og vinne en iPad, og medieoppslag og at fokus på barns helse generelt er høyt i Sogn og Fjordane nå. Det foregår andre større forskningsprosjekt på skolene mange steder. Hvilke barn vi «mangler» i undersøkelsen, som av forskjellige grunner ikke deltok, er vanskelig å vite. Her er sårbarhet i forhold til prosessen med informasjon ved bruk av postgang og at samtykke fra dette brevet skulle signeres og så leveres til kontaktlærer. Innsamling om samtykke og gjennomføring av undersøkelsen på skolen ble opplyst kun på en, 1, ukeplan. Det kan være at foreldre ikke leser så nøye hver ukeplan og at informasjon glipper her. Temaet i seg selv, psykisk helse og angst hos barn, er sårbart og det er klart at foreldre kan ha valgt bort deltagelse aktivt og bevisst.

I den kommunen med størst folketall i undersøkelsen, Flora, ser jeg av Folkehelseinstituttets tall ³at befolkningen har lavere utdanningsnivå enn landsgjennomsnittet noe som også er tilstanden for fylket under ett. Andelen barn (0-17 år) som bor i husstander med lav inntekt

³ <http://khp.fhi.no/PDFVindu.aspx?Nr=1401&sp=2&PDFaar=2014>

(under 60 % av landsgjennomsnittet) er lavere enn snittet i landet for øvrig. Fylkeskommunen slår fast at de generelle levekår i fylket er bedre enn landsgjennomsnittet, men det har på noen indikatorer vært en negativ utvikling; lesekompetansen hos 5.klassinger har gått ned, andel barn som får tiltak fra barnevernstjenesten har økt og andelen unge som bor i husholdninger med lav inntekt har økt⁴. Sogn og Fjordane har lavere andel psykisk sykdom og bedre helse enn landsgjennomsnittet. Det er usikkert i hvilken grad barna i EBU-undersøkelsen er representative for barnpopulasjonen i Norge.

Det er flere jenter enn gutter med i undersøkelsen, henholdsvis 55 % jenter og 45 % gutter. Vi har ikke mulighet til å undersøke sosioøkonomisk status, siden barna ikke ble spurt om det og foreldresvar var få, 7 %, og gjenspeiler ikke befolkningen. Foreldresvar er omtalt og vurdert i slutten av kapittel 3. Vi mangler dermed andre typer faktorer som kan bidra til alternative forklaringer og belysning av de fenomen vi ser når barna har svart på to strengt strukturerte og ikke fleksible spørreskjema; Spence Anxiety Scale og Strength and Difficulties Questionnaire.

Feilkilder ved gjennomføring

Undersøkelsen baserte seg på informasjonsbrev som gikk i posten adressert til elevene med foresatte. Samtykkeskriv skulle signeres hjemme og leveres på skolen til kontaktlærer i klassen. Det er grunn til å anta at den lave andel deltagelse i hvertfall i en viss grad kan handle om denne prosedyrens sårbarheter. Foreldre som ønsket å delta måtte gjennomføre sin del hjemme på data og i informasjonsskrivet var innloggingsinformasjon uthevet (vedlegg 4). Masterstudentene som organiserte gjennomføringen fikk noen reaksjoner som kom både fra lærere, rektorer og foreldre som gikk på at brevet ikke var å finne hjemme og de ønsket ny kopi. Frist for innsamling av samtykket ble satt på ukeplanen til hver klasse og lærere ytret at det var uvant å ikke få «mase». Å etterspør samtykke flere ganger ble av REK fremhevet som purring, noe vi ikke skulle gjør av hensyn til sensibiliteten i tema psykisk helse og forskning med barn.

⁴ <http://www.sfj.no/oppvekst-og-levekaar.343501.nn.html>

Under innsamlingen tok noen barn kontakt med masterstudene og de hadde ulike grunner til det; en gutt hadde problem med at brødrene sloss veldig og han synes det var forferdelig å være både redd og sint. Han ønsket bekreftelse på at det faktisk kunne tenkes på som et virkelig problem han kunne få hjelp til. Jeg ba om lov til å si ifra til lærer, noe vi gjorde sammen i håp om at han kunne bringe temaet videre. Et annet barn hadde store vansker med lav lesefart, men ville veldig gjerne fullføre og fikk lesehjelp til det. Et spørsmål opprørte vedkommende tydelig og det ble fulgt opp av dem som kjente eleven. Dette er to av mine eksempler, men av 445 elever er det ikke sikkert dette er representativt på en måte som preger resultatet på undersøkelsen i en spesiell retning. Angst er tilstede i alles liv, men blir ulikt snakket om og har større eller mindre fokus som en del av kommunikasjonen voksne og barn har i hjem, skole og fritid. Undersøkelsen skjedde i en tilrettelagt time for dataundervisning.

Feilkilder knyttet til spørreskjema

Barnas lesekompetanse kan ha spilt en rolle i svarene, og spørreskjemaet er på bokmål, mens de aller fleste barn sin målform i Sogn og Fjordane er nynorsk. Det var god anledning til å spørre om betydning av enkeltord og uttrykk noe også flere gjorde. Lesesvake elever fikk tilbud om diskret lesestøtte fra enten masterstudent eller lærer. Det kan ha forekommet noe ulike forklaringer på ord og uttrykk, siden det ikke var lagt opp til standardforklaringer fra de voksne under gjennomføringen. Omfanget av spørreundersøkelsen ble grundig vurdert og klart avgrenset slik at den skulle kunne fint gjennomføres i løpet av en skoletime. Dette var, med et unntak, uproblematisk selv for de yngste. Det er en stor undersøkelse med mange spørsmål om tema som er vanlig at vi tenker en del barn har lavere bevissthet om i det daglige. Spørsmål om kroppslig bevissthet er muligens sårbare for forståelse av sammenhenger som er ulik for barn på ulike utviklingsnivå. Eksempel på dette er fra Spence Anxiety Scale (Spence, 1998): «Jeg føler meg plutselig svimmel eller at jeg vil besvime uten at det er noen grunn for det». Slike utsagn er komplekse, består av flere ledd og stiller krav til hukommelse og bevissthet om fenomenet. Det er et generelt fenomen at mennesker ønsker å fremstå som positive eller på andre måter preges av situasjonen rundt undersøkelsen. Her kan barna for eksempel være preget av forpliktelse knyttet til forventninger fra hjem og skole, de kan svare på spørsmål for å fremstå som «modige» eller «snille» og det er vanskelig å kontrollere for slike mønstre i denne oppgaven. Elevene kan også være preget av «å kjenne

godt etter» når vi spør om følelser og preferanser, slik at de preges av temaet under og etter undersøkelsens gjennomføring. Spørreundersøkelsen er informert om og ble omtalt som en undersøkelse om «engstelse» og tema i forhold til atferd kan ha kommet overraskende på respondentene. Vi fikk ingen reaksjoner på dette underveis, men det kan ikke utelukkes.

5. Resultat og drøfting

Analysen av datamaterialet skal ha belyst problemstilling, og forskningsspørsmål og hypoteser hentes frem igjen nå. I masteroppgaven er fenomenene angst og eksterneisert atferd belyst gjennom teori, nasjonal og internasjonal forskning, og egen empiri. Det er samlet inn data gjennom en større spørreundersøkelse i tett samarbeid med Regionalt Kunnskapssenter for Barn og Unge, avdeling Vest (RKBU-Vest) i Bergen. RKBU-Vest sitt prosjekt Engstelse hos Barn og Unge, EBU-studien, er godkjent av Regional Etisk Komite (vedlegg 3) og datamaterialet i undersøkelsen skal brukes til flere formål som er omtalt i forskningsprotokollen (vedlegg 2) og søknad til REK.

Masteroppgaven «Angst hos barn – en studie av forekomst og karakteristika ved angst og eksterneisert atferd hos barn fra 3. – 7.klasse i Sogn og Fjordane» er et selvstendig arbeid, uavhengig av EBU-prosjektet. Jeg som masterstudent har bidratt i planlegging og utforming av spørreundersøkelsen, rekruttering av deltagere i kommune og skoler, samt i organisering og gjennomføring av datainnsamlingen.

Når resultatene skal tolkes må det skje med varsomhet og sees i lys av annen relevant forskning fra sammenlignbare kulturelle forhold (Johannesen, Tufte & Christoffersen, 2010). For å kunne si noe om fenomeners sammenheng bør man ha data innsamlet over tid og flere årsaksfaktorer bør inkluderes. Det avgrenser mulighetene til sammenligning og vurdering av sammenheng sterkt for denne undersøkelsen. Her er empiri samlet inn ved barnesvar på to standardiserte kartleggingsinstrument, Spence Anxiety Scale (Spence, 1998) og Strength and Difficulties Questionnaire (Goodman, 1997). Foreldresvar i undersøkelsen kunne ikke bidra med belysning fordi svarprosenten ble svært lav og utvalget lite representativt. Dette omtales og vurderes grundig i kapittel 3. Vi får på grunn av dette ikke tilført kunnskap om kontakt med hjelpeapparatet slik jeg håpet i inngangen til arbeidet.

Jeg valgt å vise og fremheve resultatet fra andre undersøkelser både fra Norge og andre land. Det begrunnes ved at forskning på fagfeltet har i stor grad enighet om at angst er den hyppigste lidelsen av psykiske vansker hos barn og unge under 18 år, samt at spørreskjemaene

er vurdert godt egnet til bruk i forskning. Begge spørreskjema har godkjent oversettelse til norsk (SCAS: Haugland et al., 2007 og SDQ: Heiervang et al., 1999).

Etter at resultatene fra datainnsamlingen er omtalt, så løftes annen forskning frem igjen i det avsluttende kapittelet og jeg sammenfatter da kunnskapen jeg har så langt om angst og eksternalisert atferd, risikofaktorer og tanker om forebygging versus behandling i et folkehelseperspektiv. Her omtales resultat av undersøkelsen som fant sted i Sogn og Fjordane våren 2015.

Forekomst og karakteristika ved angst hos barna.

Hvor mange barn i Sogn og Fjordane forteller om angst som plager dem i hverdagen?

Forekomsten av angst slik det fremkommer av spørreskjemaet Spence Anxiety Scale viser klare kjønnsforskjeller og jentene beskriver mer angst enn guttene. I gjennomsnitt svarer jentene 28,99 poeng på en skala fra 0 – 114, og guttene svarer 19,12 poeng. Et gjennomsnitt uttrykker det som er vanlig for barna her i denne undersøkelsen. Standardavviket er uttrykk for størrelsen på variasjonen i svar og den er noe større for jentene enn guttene, henholdsvis 13,76 og 11,50 poeng. I denne undersøkelsen kommer det frem, som også i alle andre studier jeg har presentert, at de yngre barna forteller om mer engstelse enn de eldste i studien. Det er 445 barn som har svart på SCAS, 200 gutter og 245 jenter i alderen 8 – 13 år.

Når det brukes en tredelt skala slik kartleggingsinstrumentet er laget, med et område for «normal» angst, et område «i grenseområdet til bekymring» og over denne grensen sees det som antas å være klare vansker. Dette kategoriseres «over grenseområdet». Hele 19,2 % av jentene svarer angst over «normal» - området. 7,8 % av guttene svarer det samme. 6,4 % jenter og 3,9 % gutter svarer de har angst slik at det kommer over i området for «over grenseområdet». Altså svarer litt over 6 % av jentene og omtrent 4 % av guttene angst som vi kan gå ut ifra plager dem i en alminnelig livsførsel på det tidspunktet undersøkelsen fant sted. Barn i Bergen-studien (Heiervang et al., 2007) fant at 3,4 % av barn i småskolen tilfredstilte

kriterier for emosjonelle vansker og da hovedsakelig angst. Barn i Bergen-studien hadde strenge vilkår for oppfylning av kriterier, flere informanter og andre kartleggingsinstrument og den er derfor ikke direkte sammenlignbar. Det er vanskelig å anta hvordan tallene ville sett ut dersom EBU-studien hadde hatt tilsvarende kriterier.

Spørreskjemaet Strength and Difficulties Questionnaire (Goodman, 1997) har en delskala som måler tilsvarende fenomen som SCAS og som gir en indikasjon på samme type vansker. Ved analyse av gjennomsnittlig poengsum (tabell 11) ser vi at de spørsmål som hører til delskala for hyperaktivitet/ uoppmerksomhet få høyest problemskårer, så kommer skala for emosjonelle symptom, deretter venneproblemer og atferdsvansker i denne rekkefølge. Vansker med følelsesmessige aspekter og atferdskonsekvenser som kan ha sammenheng med følelser, kommer her frem som av de mest aktuelle problem- stillinger når vi spør barna selv om deres psykiske helse.

Hva karakteriserer svarene på spørsmål om angst?

Både jenter og gutter beskriver størst vansker på området som kalles sosial angst, som inneholder spørsmål om frykt for prestasjon og vurdering, engstelse for hva andre tenker om dem og frykt for å dumme seg ut foran andre. Vi har lest at angst fluktuerer, kommer og går i takt med barnas utvikling på områdene språk, kognisjon og følelsesmessig utvikling. Sosial bevissthet og opplevelsen av evne til å ta andres perspektiv, kunne forutse og bekymre seg for negativ evaluering utvikles først omkring 8-års alderen. Fra da er grunnlaget for forventningsengstelse der og tankene omkring kan aktualisere seg ettersom barnet modnes og krav fra omgivelsene øker med hensyn til barnas selvstendighet (Aune, 2011). I dette data-grunnlaget her har jeg ikke informasjon i forhold til i hvilken grad vanskene virker inn på barnas hverdag i intensitet eller omfang. Dermed kan heller ikke vanskene måles opp mot noe annet enn avvik fra gjennomsnittet og sees i sammenheng med andre studier som har tilsvarende data.

Svært mange har stor engstelse for at noe fryktelig skal skje med familie, 40 % av jentene og 26 % av guttene. Av atferd som kan knyttes til angst, forteller over 20 % av både jenter og gutter at de ofte eller alltid må sjekke at de har gjort ting riktig og at det er ting de må gjøre om og om igjen. Begge disse spørsmål hører til diagnose-kategorien tvangslidelser. Det er svært få barn, færre enn 1 % av barnebefolkningen (Rapee, Schiering & Hudson, 2009) som har så store plager med angst og tvangsmessig atferd at diagnosen tvangslidelse er aktuell, og det denne undersøkelsen forteller er at handlinger og tanker som for noen få skaper store vansker, er vanlige blant mange barn – men da i lettere grad og med mindre innvirkning på livsførsel. Imidlertid sier forskningslitteraturen som er gjennomgått at barn som har angst slik at det preger livsførsel negativt, svært ofte også opplever vansker på flere funksjons-områder og at de ofte kan tilfredstille flere diagnoser samtidig. Når vi da ser på de spørsmål der få barn har svart store vansker, så tenker man at det er sannsynlig – om ikke sikkert, at de barna som har svart «ofte» eller «alltid» på spørsmål som har fått lav prosent, også har svart de har vansker på spørsmål med høy prosentandel «ofte» og «alltid» -svar.

Det karakteristiske ved spørsmål få barn har svart vansker med er særlig knytt til tre områder: fysiske symptom på engstelse, spesifikke situasjoner og separasjon fra nære omsorgspersoner. Barna, både jenter og gutter i denne gruppen, forteller om kroppslige symptom som svimmelhet og høy puls uten at de vet hvorfor. De er mer nervøse og reddere enn vanlig for situasjoner som transport og reise, steder med mange mennesker samlet, offentlig toaletter og å gå på skolen. I forhold til å være uten omsorgspersonene svarer barna at de ville vært redde for å være alene hjemme, overnatte hjemmefra og å sove alene. Imidlertid er utsagnet «Jeg føler meg redd hvis jeg må sove alene» utsagn vi fikk noen få spørsmål omkring av barna. Det kan forstås på flere måter; er det å sove alene i sengen eller er det alene i huset? Her kan barna ha forstått det ulikt og svart deretter. Det er likevel alminnelig akseptert at for barn som kjenner igjen problemstillingen – å være redd for å sove alene – vil de oftest svare på akkurat det. Det er ikke viktig for kvaliteten i svaret om det er i sengen eller i huset barnet tenker på. Det er opplevelsen av redsel og angst vi forsøker å måle, ikke hva barnet tror det er akseptabelt å være redd for. Disse spørsmål hører til kategorien i diagnosesystemet «separasjonsangst» og det er vanlig og aldersadekvat at mindre barn, mellom 6 måneder og 3 år, har denne typen angst. Når barna kommer oppover i skolealder er det mindre vanlig og det kan gjøre at barnet søker å unngå situasjoner som utløser angsten. Foreldre og barn kan da oppleve et sprik i forventning og faktisk mestring i barnets dagligliv som skaper utfordringer.

Det betyr ikke at alle barn med slike vansker utvikler en lidelse. Kunnskap om situasjonen og om angstens funksjon kan bidra til å hjelpe barnet bedre og komme videre med økt følelse av mestring og forståelse for sammenheng.

Forekomst og karakteristika ved eksterne vansker hos barn i Sogn og Fjordane.

Forekomst av eksterne vansker i undersøkelsen gjøres gjennom to delskalaer på spørreskjemaet Strength and Difficulties Questionnaire (Goodman, 1997). Hele SDQ gir indikasjon på barns generelle opplevelse av psykisk helse, og de fem delskalaene måler emosjonelle symptomer, atferdsvansker, hyperaktivitet / uoppmerksomhet, problemer med venner og en skala for positive sosiale ferdigheter. Skalaene som har vist gode nok egenskaper til måling av eksterne vansker er hyperaktivitet / uoppmerksomhet og atferdsvansker til sammen (Kornør & Heyerdahl, 2013). I denne ligger svar i forhold til uro, sinne, konsentrasjonsvansker, slåssing og om barna synes de stort sett gjør det de får beskjed om.

Totalskåre SDQ er i poeng mellom 0 – 30 og gjennomsnittet for barna i denne undersøkelsen i Sogn og Fjordane er 9,98. Standardavviket er 5,4. Gjennomsnittet på SDQ målt i Barn i Bergen-studien var 6,4 (Kornør & Heyerdahl, 2013). Her var ikke de 10 år gamle barna tatt med og derfor var alderen i gjennomsnitt noe høyere. Totalskåren i EBU-studien er høyere enn i Barn-i-Bergen-studien.

For delskalaene som måler eksterne vansker viser undersøkelsen at jentene og guttene her svarer anderledes enn jeg ventet. 6 % av jentene og 4 % av guttene svarer vansker som er over områdene for «normal» og «grense». Dersom vi tar med alle som svarer høyere enn det som er grensen for «normal» -helse så svarer hele 19,2 av jentene og 7,8 % av guttene slik. I vurdering av vanskene bruker jeg de engelske normer med poenggrenser som er litt strengere enn tall fra Akershus og Nord-Norge (Kornør & Heyerdahl, 2013).

Ved å se på analysene av figur 3 og 4, der disse delskalaene hyperaktivitet / uoppmerksomhet og atferdsvansker blir synlige i histogram, så ser vi svarkategoriene fra SCAS-firedelt vanskeskåre. For både guttene og jentene er det skalaen for hyperaktivitet /uoppmerksomhet som gjør størst utslag i samleskåre for eksterne vansker. Grad av vansker med uro, konsentrasjon og temperament øker når grad av angst går opp. Det stiger imidlertid ikke kontinuerlig med angst. For dem som forteller om mest angst varierer svarene mer og for jentene er det stor forskjell på svarene i SDQ når de forteller om mye angst. Barna beskriver lite atferdsvansker, gjennomsnittet er 1,74 poeng (av 0-10 mulige). Skala for hyperaktivitet / uoppmerksomhet har gjennomsnitt på 3,83 poeng (0-10 mulige). Barna beskriver altså generelt større vansker med uro, konsentrasjon og temperament, enn med vansker som forbindes med atferdsdimensjonen i spørreskjemaet.

Når barn beskriver både mye angst og samtidig atferdsvansker.

Hva preger barns atferd når de beskriver mer angst enn gjennomsnittet blant barn på deres alder?

I denne undersøkelsen kommer det frem at barn med noe høyere angst enn gjennomsnittet opplever større uro og mer konsentrasjonsvansker enn barn med angst som er alminnelig for alderen og barn som ikke beskriver forhøyet angstnivå. Barna forteller i mindre grad om økte vansker med atferd, men også der sees en økning. Svar i forhold til prososial skala, altså positive sosiale ferdigheter som for eksempel hjelpsomhet, endrer seg lite og er høy for de aller fleste barna i undersøkelsen.

For de barna som forteller om store vansker på slik SDQ totalskåre beskriver det (figur 5 og 6), så har både jentene og guttene tydelig større vansker i kategorien sosial angst målt på SCAS. Dette er ikke uventet i lys av det jeg har nevnt; barna er i alderen for økt sosial bevissthet og samtidig øker forventninger til barnas selvstendighet sterkt både fra skole og hjem. Barn som har vansker i denne fasen er særlig sårbare for angst i forhold til sosial vurdering. En risikofaktor ved det enkelte barn som vil være merkbar i situasjoner der sosial vurdering stadig skjer, er en hemmet temperamentsstil. På et kontinuum fra lett sjenanse til

sterk angst i sosiale sammenhenger er slik vi kan se barnet fremstår. Selv om guttene beskriver lavere grad av angst og av eksternaliserte vansker i denne undersøkelsen, så er sosial angst også for dem det mest fremtredende trekk. Dette har høyest økning fra de av barna som svarer vansker i normalområdet, i grenseområdet og over grenseområdet på SDQ – totalskåren.

Hvordan er forskjellen mellom gutter og jenter i forhold til angst og atferd når de blir spurt selv?

Jentene i datamaterialet forteller om mer angst enn guttene. Ulikheten er i gjennomsnitt for hele populasjonen at 6,4 % jenter svarer over grenseområdet for bekymring og 3,9 % av guttene svarer det samme. Jentene forteller også om mer vansker med atferd slik det er kategorisert i SDQ eksternaliserte vansker. Ulikheten i forhold til eksternaliserte vansker er større enn det jeg hadde ventet og for 10 - åringene er det 4,2 % jenter som svarer vansker over grenseområdet, mens 2,5 % gutter gjør det samme. Mest eksternaliserte vansker forteller 11 - åringene om med jentenes 11,9 % og guttene 9,1 %. Nivået faller deretter og av 13 åringene er det ingen som lengre svarer vansker som kommer i den kategorien «over grenseområdet» (tabell 14) for eksternaliserte vansker. Det må nevnes at det var få 13-åringene med i studien som ble gjennomført i mars og april og det er da få av 7.klassingene som hadde fylt 13 år. Sett i lys av at korrelasjonsanalyse Pearsons r for angst og eksternaliserte vansker finner samsvar signifikant (tabell 15), burde jeg kanskje ikke så lett la meg overraske. Ettersom jentene svarer høyere angstnivå så følger nivået av eksternalisert atferd på – selv om det ikke gjennom de analysene som er gjort kan konkluderes med at samvariasjonen har en bestemt retning, så er samvariasjon, at det er sammenheng mellom vanskene, tydelig.

Ser vi på svarene for SCAS sine delskalaer så finner vi ulikhet mellom kjønnene. Den største forskjellen synes å være at jentene etter vansker med sosial angst, har høy problemskåre for generalisert angst. På skalaen for generalisert angst finner vi spørsmålene knyttet til bekymring og generell frykt. For guttene er det etter vansker med sosial angst, tvangsmessige trekk, sjekking og fastere rutiner, som beskrives som mest problematisk. Så følger

panikkangst og agorafobi og deretter bekymringer. Det er lite ulikhet mellom kjønnene for svar på delskalaene hyperaktivitet /uoppmerksomhet og atferdsvansker. Det er lite atferdsvansker, men mer vansker med å ikke klare å være i ro og vansker med opplevelse av å konsentrere seg og fullføre arbeid.

Hypoteser som skulle undersøkes i denne oppgaven er for det første at «det er flere jenter enn gutter som forteller om engstelse og samtidig eksternaliserte vansker». Den hypotesen viste seg å stemme. Hypotesen om at eldre barn med angst forteller om mer eksternalisert atferd enn yngre barn med angst, stemmer ikke i dette utvalget. Så om hypotesen i forhold til «Uro, konsentrasjonsproblemer og sinne preger barn med høy grad av angst mer enn barn med normal angst for alderen». Det stemmer nok til en viss grad og mer når det gjelder konsentrasjonsvansker og uro, enn sinne og atferdsvansker. Hypotesen om at «Få foreldre som har barn med angst, har kontakt med hjelpeapparat for dette» fikk vi aldri belyst på grunn av for svakt datagrunnlag.

Forbehold og kritisk vurdering av egen forskning.

Underveis i arbeidet med masteroppgaven har det vært flere vurderinger som var vanskelige og som tok både tid og fokus. Forskning omkring temaet følelser og atferd befinner seg hovedsakelig i psykologien. Det er overveldende mengder forskning på det psykologiske feltet og da særlig i forhold til den biologisk-medisinske delen knyttet til diagnostikk og behandling. Jeg erfarte at atferdsdimensjonen blir forsket på i relativt marginale utvalg som ofte er rekruttert i utredningsprosesser og behandling, enten det er medisinsk behandling eller terapi i ulike former. Dette gjorde det nødvendig å fordype meg i utviklingspsykologien og på nytt gå inn i hva som betraktes som en vanlig utvikling, med dens ulike utfordringer. Siden det var sammenheng mellom fenomenene følelser og atferd som opptok meg, så vekslet jeg mellom å lese forskningsartikler om spissede tema, som ADHD og samsykelighet/komorbiditet, og utviklingspsykologiske perspektiver. I tillegg kommer også perspektivene risiko og mestring. I studien av forekomst og karakteristika ved fenomenene angst og atferd, har mestringsperspektivet ikke kommet frem som eget tema. Dette omtales mer i avslutningskapittelet. Imidlertid tenker jeg at det ligger mye mestringsfokus på

kunnskapen om ulikhet mellom den «vanlige» angsten og det som er utvikling som hindrer barnets ønskede utfoldelse og selvstendighet.

Spørreundersøkelsen inneholdt flere kartleggingsinstrument som kunne belyst flere forhold ved barnas informasjon. Det overgikk likevel min kapasitet og avgrensning har vært viktig for å klare å fordype meg. Barnas muligheter til sine fortellinger om følelser og atferd ligger i svar på strukturerte spørreskjema som er anerkjente, reliable og validert til norske forhold. Disse har gitt et blikk på fenomenene angst og atferd som er avgrenset gjennom de spørsmål barna har svart på. Det ble ikke sett på svar i andre deler av undersøkelsen som kunne belyst hvor vanskelige følelsene er for barna i deres hverdag.

6. Oppsummering og veien videre

Angst betraktes med stor enighet i fagmiljøer, som et fenomen og en tilstand som bør vurderes på et kontinuum fra frisk til syk (Mykletun, 2013). For å kunne snakke om forekomst av uhelse er det likevel nødvendig å skille mellom tilstandene på aksene og det gjøres ved å ta i betraktning endring av funksjonsnivå og i hvilken grad vanlig livsutfoldelse hindres på grunn av angst. Vurdering av funksjonsnivå for barn gjøres i en utviklingspsykologisk tradisjon og sårbarheter i forhold til aldersrelaterte og utviklingsmessige prosesser vurderes sammen med vurdering av miljømessige forhold. Sårbarheter i barnets miljø er knyttet til hjem, relasjoner og foreldres livssituasjon og erfaringer. Det er også knyttet til barnets erfaringer fra barnehage og skole, forutsetninger ved miljøet og jevnaldererfaringer, vennerelasjoner.

Risikofaktorer i utvikling av angst er i hovedtrekk en hemmet temperamentsstil som betraktes som et stabilt personlighetstrekk, å ha foreldre som har eller har hatt angst i barndommen, tidlig erfaring med skremmende situasjoner/ situasjoner som oppleves og overføres av omsorgspersoner som skremmende, et "ikke-tradisjonelt" familiemønster, mobbing, lærevansker og å være jente. Forskning har vist at barn som beskriver mye angst og plager med angsten, ofte beholder disse trekkene oppover i alder og inn i voksenlivet. De barn som forteller om lav eller middels grad av angst har ikke denne risiko for vedvarende plager. Det er vanlig at angst opptrer med ulik intensitet i løpet av barndom og ungdom, men for de fleste går det over og tenkes på som alminnelig utviklingsangst.

Angst hos barn har atferdsmessige konsekvenser som jeg opplever ikke er så godt kjent. Unnvikelsesatferd ved angst hos voksne er karakteristisk for lidelsen. Det innebærer å unngå situasjoner eller steder som utløser ubehaget. Barn har i mindre grad mulighet til å kontrollere hvilke situasjoner de utsettes for før de blir ganske store, og de må stå i ubehaget. Sosial angst, separasjonsangst og annen angst, fører ofte til utfordrende atferd som er vanskelig for voksne hjemme og i barnehage eller skole og forstå. Barn med angst kan når det er sammen med foreldre i trygge omgivelser, vise mye sinne, trass og utagere, mens barnet i barnehage og skole er tilbaketrukket og overkontrollert i sin atferd. Denne forskjellighet i atferd skjer fordi de har en forstyrret evne til å regulere følelser i sosiale sammenhenger og/eller når de utsettes for situasjoner der frykt har satt seg fast (Flatén, 2010). Mer omtalt og synlig i den

forskning som er gjennomgått i masteroppgaven er at vansker med oppmerksomhet og uro når barn har høy angst, gir problemer på skolen med konsentrasjon og faglige prestasjoner, samt at de opplever større grad av vansker i vennerelasjoner.

Spørreundersøkelsen som er presentert i masteroppgaven viser på at barn i 3. – 7.klasse i Sogn og Fjordane forteller om angst som sannsynligvis setter et negativt preg på deres livsførsel for 6,4 % av jentene og 3,9 % av guttene. For barna fra 10 -13 år forteller tallene at de som strever med mest angst, også har vansker med oppmerksomhet og uro, men at disse vanskene virker til å flate ut når angsten i nivå blir middels høy. Vansker med eksterne atferd stiger ikke proporsjonalt med angstnivå og noen av barna med høyest grad av angst forteller om svært lite vansker eller ingen atferdsvansker.

Gjennom forskning med barn i et alminnelig befolkningsgrunnlag så økes kunnskapen om hva som er vanlig og hva som er uvanlig. Mitt håp er at jeg gjennom kunnskapen dette forskningsprosjektet har bidratt med i min nære kulturelle sfære, ser mer enn resultatene isolert. Fokus på fenomenet angst er et av flere følelsesmessige aspekt ved barns utvikling som fortjener mer oppmerksomhet. Ved å avfeie barnets egen opplevelse med «dette er vanlig» eller «ingenting å være redd for», hindrer vi barnets utvikling av forståelse for følelsenes funksjon og skaper en distanse i kommunikasjonen som kan skade relasjoner. Det kan bidra til tabuisering og legge lokk over fenomener som er tilstede i alles liv, til alle tider og som vi gjennom å forstå, kan klare å både akseptere og handtere bedre. Her ligger for meg mestringsbegrepet sentralt; å holde en åpen kommunikasjon med barn om sentrale fenomener bidrar til forståelse og mestring fordi barnet gjennom å oppleve den voksnes innlevelse og forståelse, selv forstår mer, blir tryggere og da kan barnets mestringsbetingelser bedres. For å tørre, må vi alle kjenne en indre (og ytre) trygghet i våre omgivelser. Her trer risikofaktorer frem som voksne som arbeider med barn ikke kan se bort fra, men som vi må øve oss på å tåle i kontakten med barna. Mange med meg har erfart, og i masteroppgaven har vi sett at risikofaktorer for utvikling av angst er foruten et inhibert temperament, forhold ved familie og nærmiljø som konflikter, mobbing, lærevansker, et dårlig skolemiljø, skilsmisse og konflikt i nære relasjoner. Til flere risikofaktorer som nevnes, til mer bærer det preg av en helgardering. Og nettopp det at angsten ligger så tilstedeværende og nær i alle sammenhenger, er flettet inn i oss gjør det viktig å holde den frem og se nøye på den. Noen ting frykter barn

med god grunn, fordi for mange barn lever i miljø der de kjenner en reell redsel for hva dagen vil bringe. Det er ikke denne angsten masteroppgaven i første rekke har tenkt på. Jeg har lest og leitet etter kunnskap om den angsten som har vokst ut av sin hensiktsmessige funksjon og blitt til hindre som gjør at barnet skades i sin utvikling ved å ikke se eget potensiale, egne positive krefter og egen kompetanse. Hvordan denne uhensiktsmessige angsten arter seg som fenomen, setter seg i tanker og kropp, preger relasjoner og handlingsvalg, var min inngang til arbeidet. Det har vært en spennende og svært utfordrende prosess.

Refleksjon over arbeidet og forskningsprosessen.

Å være del av et større forskningsprosjekt har vært lærerikt og spennende. Fra å famle i et ønske om overordnet tema, til å bli presis i hva slags spørreskjema jeg ønsker inn for å få «mine» data var gøy og nervøst. Det var med stor ydmykhet jeg møtte forskere som jeg har lest forskningen til og skulle bevege meg inn i deres kjernefelt. Prosessen var for en stor grad ute av mine hender, fordi prosjektet eies av RKBV-Vest og de måtte ta helt og fullt ansvar for prosjektsøknad, forskningsprotokoll og søknad til Regional Etisk Komite. Tempoet var det dermed lite jeg kunne gjøre med, noe som i perioder var vanskelig for en utålmodig masterstudent som er vant til å gjøre ting selv. Det tok lengre tid å få godkjenning fra REK enn vi forutså, med flere runder av presiseringer av detaljer som er viktige i innsamling av sensitiv data. Sentralt var punktet om hvordan vi brukte skolen, at det ikke noen deler av prosessen skulle kunne oppfattes som et press til deltagelse. Beredskap både i prosjektgruppa og lokalt forankret informasjon til skolehelsetjenesten var viktig.

Oppgaven står på egne ben, men dens svakheter og styrker. Prosjektgruppa i EBU-studien har ikke vært delaktige ut over rammene for undersøkelsen. Dataene tilhører prosjektet og skal brukes videre i forskning omkring temaet angst hos barn. Videre er planene for prosjektet å publisere resultater fra undersøkelsen, og å bruke dataene til å normere Spence Childrens Anxiety Scale (Spence, 1998) til norske forhold. Det er en usikkerhet i det på grunn av at vi fikk lavere svarprosent enn vi håpet. Tilbakemelding til de kommunene som deltok er ikke planlagt ut over publisering, men vi får se hva tiden bringer. Kunnskapen om angstens fenomener og atferdsaspektenes konsekvenser tar jeg med i arbeidet mitt med barn og unge.

Litteraturliste

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*, Washington, DC, American Psychiatric Association.
- Angold, A., Prendergast, M., Cox, A., Harrington, R., Simonoff, E., Rutter, M. (1995) The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). *Psychological Medicine*, 25, 739-753.
- Aune, T. (2011) Sosial angstlidelse hos barn og unge. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 48. 52-56.
- Backe-Hansen, Elisabeth & Frønes, Ivar (red) (2012) *Metoder og perspektiver i barne- og ungdomsforskning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D.S. (2009) Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatry Clinics of North America*, 32(3), 483-524.
- Birmacher, B., Brent, D.A., Chiapetta, L., Bridge, J., Monga, S. & Baugher, M. (1999) Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): a replication study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(10), 1230-1236.
- Broeren, S., Muris, P., Diamantopoulou, S. & Baker, J. R. (2013) The Course of Childhood Anxiety Symptoms: Developmental Trajectories and Child-Related Factors in Normal Children. *Journal Abnorm Child Psychol*, 41:81-95. doi: 10.1007/s10802-012-9669-9.
- Brøndbo, P.H., Mathiassen, B., Martinussen, M., Heiervang, E., Eriksen, M., Fjeldmo Moe, T., Sæther, G. & Kvermno, S. (2011) The Strength and Difficulties Questionnaire as a Screening Instrument for Norwegian Child and Adolescent Mental Health Services, Application of UK Scoring Algorithms. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 5: 32. <http://www.capmh.com/content/5/32>
- Bunkholt, Vigdis (2010) *Utviklingspsykologi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Busch, Tor (2013) *Akademisk skriving*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Cunningham, N. & Ollendick, T.H. (2010) Comorbidity of Anxiety and Conduct Problems in Children: Implications for Clinical Research and Practice. *Clinical Child and Family Psychological Review*. 13:333-347. doi: 10.1007/s10567-010-0077-9.
- Eikemo, T.A. & Clausen, T.H. (Red.) (2012) *Kvantitativ analyse med SPSS. En praktisk innføring i kvantitative analyseteknikker*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- Ekeland, T-J. & Heggen, K. (Red.) (2007) *Meistring og Myndiggjering. Reform eller Retorikk?* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ekeland, T-J, Iversen, O., Nordhelle, G. & Ohnstad A. (2010) *Psykologi for sosial- og helsefagene*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

- Elstad, J. I. (2010) Spørreskjemaundersøkelsens fallgruber. I Album, Nordli Hansen & Widerberg (Red.), (2010) *Metodene våre: Eksempler fra samfunnsvitenskapelig forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Essau, C.A., & Gabbidon, J. (2013) Epidemiology, Comorbidity and Mental Health Services Utilization. I C.A. Essau & T.H. Ollendick (Eds), *The Wiley-Blackwell Handbook of The Treatment of Childhood and Adolescent Anxiety*. p. 23-37. West Sussex, UK: Jon Wiley & Sons.
- Essau, C.A., Sasagawa, S., Anastassiou-Hadjicharalambous, X., Guzman, B.O., Ollendick, T.H. (2011) Psychometric properties of the Spence Child Anxiety Scale with adolescents from five European countries. *Journal of Anxiety Disorders* 25: 19-27 doi:10.1016/j.janxdis.2010.07.001.
- Essau, C. A., Olaya, B., Anastassiou-Hadjicharalambous, X., Pauli, G., Gilvarry, C., Bray, D., O'Callaghan, J. & Ollendick, T.H.(2012) Psychometric properties of the Strength and Difficulties Questionnaire from five European countries. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 21(3): 232-245. doi: 10.1002/mpr.1364.
- Fisak, B.J., Richard, D. & Mann, A. (2011) The prevention of child and adolescent anxiety: a Meta-analytic Review. *Prevention science: the official journal of the Society for Prevention Research*, 12(3), 255-68. Doi: 10.1007/s11121-011-0210-0.
- Fjørtoft, K., Gilje, N., Grimen, H., Lavik, T., Svendsen, L.Fr.H., Säätelä, S. T.S. (2011) *Filosofi og vitenskapsteori til ExPhil*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Flaten, K. (2010) *Barn med sosial angst og sjenanse*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Friborg, O. (2010). Klassisk testteori og utvikling av spørresinstrumenter. I M. Martinussen (Red.), *Kvantitativ forskningsmetodologi i samfunns – og helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Goodman, R. (1997) The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586. doi:10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x.
- Goodman, R. (2001) Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1337-1345.
- Goldsmith, H.H. (1994) Parsing the emotional domain from a developmental perspective. I: Davidson, R.J. & Ekman, P. (Eds.) *The Nature of Emotion*. (pp. 68-73) New York: Oxford University Press.
- Hagtvedt, A. (2010). Strukturelle ligningsmodeller: målingsmodell og regresjonsmodell. I M. Martinussen (Red.), *Kvantitativ forskningsmetodologi i samfunns – og helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Hart, S. & Schwartz, R. (2009) *Fra interaksjon til relasjon: Tilknytning hos Winnicott, Bowlby, Stern, Schore & Fonagy*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hansen, B.H., Skirbekk, B., Ørbeck, B., Richter, J., & Kristensen, H (2011) Comparison of sleep problems in children with anxiety and attention deficit/hyperactive disorders. *European Child and Adolescent Psychology*, 20, 321-339.
- Heiervang, E., Stormark, K., Lundervold, A.J., Heimann, M., Goodman, R., Posserud, M-B., Ullebø, A.K., Plessen, K.J., Bjelland, I., Lie, S.A. & Gillberg, C. (2007) Psychiatric Disorders in Norwegian 8- to 10-Year Olds: An Epidemiological Survey and Prevalence, Risk Factors, and Service Use. *J.Am.Acad.Child Adolesc. Psychiatry*, 46:4 438 – 447.
- Heiervang, E., Goodman, A. & Goodman, R. (2008) The Nordic advantage in child mental health: separating health differences from reporting style in a cross-cultural comparison of psychopathology. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 49:6, pp 678-685 doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01882.x.
- Ingul, J. (2013) *Anxiety and Social Phobia in Norwegian Adolescents. Studies of risk factors, school absenteeism and treatment effects*. (Doktorgradsavhandling) Trondheim: Norwegian University of Science and Technology, Faculty of Social Sciences and Technology Management Department of Psychology.
- Jacobsen, B. K. (2010). Epidemiologi. I M. Martinussen (Red.), *Kvantitativ forskningsmetodologi i samfunns – og helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Jacobsen, K. & Svendsen, B. (2010). *Emosjonsregulering og oppmerksomhet grunnfenomener i terapi med barn og unge*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Jarrett, M., Black, A. K., Rapport, H.F., Grills-Taquechel, A.E., Ollendick, T.H., (2014) Generalized Anxiety Disorder in Younger and Older Children: Implications for Learning and School Functioning *J Child.Fam.Stud*, Springer online: 06 February 2014, doi:10.1007/s10826-014-9910-y.
- Johannesen, A., Tufte, P-A & Christoffersen, L. (2011) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt Forlag.
- Kagan, J. & Snidman, N. (1991) Temperamental Factors in Human Development. *American Psychologist*, vol. 46, no. 8, 856-862.
- Karterud, S., Wilberg, T. & Urnes, Ø. (2010) *Personlighetspsykiatri*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kornør, H. & Heyerdal, S. (2013) Måleegenskaper ved den norske versjonen av Strength and Difficulties Questionnaire, selvrappport (SDQ-S). *PsykTestBarn*, 2:6.
- Kvale, G., Havik, O.E., Heiervang, E.R., Tangen, T., Haugland, B.S.M. (Red.) (2013) *Hvordan sikre angstpasienter kunnskapsbasert behandling?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Lund, I. (2012) *Det stille atferdsproblemet. Innagerende atferd i barnehage og skole*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Martinsen, K., & Hagen, R. (Red.) (2012) *Håndbok i kognitiv atferds-terapi i behandling av barn og unge*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Mathiesen, K., Kjeldsen, A., Skipstein, A., Karevold, E., Torgersen, L & Helgeland, H.(2007) *Trivsel og oppvekst – barndom og ungdomstid* («TOPP-studien») Folkehelseinstituttet Rapport 2007:5.
- Morris, T. L. & March, J. (Ed) (2004) *Anxiety Disorders in Children and Adolescents (second edition)*. New York: The Guildford Press.
- Muris, P. & Broeren, S. (2009) Twenty-five Years of Research on Childhood Anxiety Disorders: Publication Trends Between 1982 and 2006 and a Selective Review of the Literature. *Journal of Child and Family Studies.*, 18: 388-395. doi: 10.1007/s10826-008-9242-x.
- Nauta, M.,Scholing, A., Rapee, R.M., Abbott, M., Spence, S.H. & Waters, A. (2004) A parent-report measure of children's anxiety: psychometric properties and comparison with child-report in a clinical and normal sample. *Behaviour Research and Therapy* 42, 2004, 813-839.
- Nordahl, T., Gravrok, Ø., Knudsmoen, H., Larsen, T. & Rørnes, K. (red.) (2006) *Forebyggende innsatser i skolen*. Utdanningsdirektoratet. Hentet fra: http://www.udir.no/Upload/Rapporter/forebyggende_innsatser/5/Forebyggende_innsatser_for_ord_innledning_avslutning.pdf?epslanguage=no
- Nordahl, T., Sørli, M-a., Manger, T. & Tveit, A. (2005) *Atferdsproblemer blant barn og unge*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Nyeng, F. (2006) *Følelser i filosofi, vitenskap og dagligliv*. Oslo: Abstrakt Forlag AS.
- Rapee, R., Schniering, C.A. & Hudson, J.L. (2009) Anxiety Disorders During Childhood and Adolescents: Origins and Treatment. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*,5:311-341. Nedlastet fra www.annualreviews.org av UiO/Ullevål Universitetssykehus, Medisinsk bibliotek 10/22/13 doi:10.1146/annurev.clinpsy.032408.153628.
- Sanne B., Torsheim, T., Heiervang, E. & Stormark, K.M. (2009) The Strength and Difficulties Questionnaire in the Bergen Child Study: A Conceptually and Methodically Motivated Structural Analysis. *Psychological Assessment* 21: 3, 352-364 doi:10.1037/a0016317
- Skog, O-J (2010) *Å forklare sosiale fenomen. En regresjonsbasert tilnærming*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Skogen, J. Ch. & Fartein A. T. (2013) *Atferdsforstyrrelser blant barn og unge i Norge: Beregnet forekomst og bruk av hjelpetiltak*. Folkehelseinstituttet Rapport. 2013:4.
- Skogen, J.C., Torvik, F. Ask (2013) *Atferdsforstyrrelser blant barn og unge i Norge: Beregnet forekomst og bruk av hjelpetiltak*. Folkehelseinstituttet Rapport 2013:4.

- Skre, I. & Malt, U. (2015, 26.03). Fobi. *Store Norske Leksikon*. Hentet 28.03.15 fra <https://snl.no/fobi>.
- Sosial- og Helsedirektoratet 2007, Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene. Hentet fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/HOD/IS-1405_14898a.pdf
- Spence, S. (1998) A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy* 36: 545 – 566.
- Statens Helsetilsyn (2000) ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer. WHO 1992. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stone, L., Otten, R., Engels, C. M. E. R., Vermulst, A. Ad. & Janssens, J. M. A. M. (2010) Psychometric Properties of the Parent and Teacher Versions of the Strength and Difficulties Questionnaire for 4- to 12-Year-Olds: A Review. *Clinical Child and Family Psychology Review* 13:254-274 doi: 10.1007/s10567-010-0071-2.
- Svartdal, F. (2009). *Psykologiens forskningsmetoder – en introduksjon* Bergen: Fagbokforlaget.
- Svartdal, F. (2012). Prososial Atferd. *Store Norske Leksikon*. Hentet 10.10.15 fra https://snl.no/prososial_atferd
- Kunnskapsløftet (2012). Læreplanverket for kunnskapsløftet. Hentet fra <http://www.udir.no/lareplaner/kunnskapsloftet>
- Wells, A. (1998) *Cognitive therapy and anxiety disorders*. England, West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.

Vedlegg

Vedlegg 1 a Spørreskjema Barneversjon

1. Spørreskjema

a) barneversjon

NY EBU BARN

Q6 Spørreskjema for barn - EBU Jeg har lest informasjonsskrivet og samtykker til å delta i spørreundersøkelsen.

Ja (1)

Q2 Spørreskjema for barn - EBU Jeg er:

Image:Jente (1)

Image:Gutt (2)

Q4 Hva er din alder? Trykk på boksen for å svare og trykk på det som er din alder.

7 år (1)

8 år (2)

9 år (3)

10 år (4)

11 år (5)

12 år (6)

13 år (7)

Q5 Hvilken klasse går du i? Trykk på det klassetrinnet i boksen som er den klassen du går i.

3. klasse (1)

4. klasse (2)

5. klasse (3)

6. klasse (4)

7. klasse (5)

Q11 Angstplager (SCAS-C) Trykk på det svaret i boksen som passer med hvor ofte tingene vi spør om skjer med deg. Det finnes ingen riktige eller gale svar.

	Aldri (0)	Av og til (1)	Ofte (2)	Alltid (3)
1. Jeg bekymrer meg for ting (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Jeg er mørkredd (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Jeg får en rar følelse i magen når jeg har et problem (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Jeg føler meg redd (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Jeg ville vært redd for å være alene hjemme (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Jeg føler meg redd når jeg skal ha en prøve (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Jeg blir redd hvis jeg må bruke offentlige toaletter eller bad (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Jeg bekymrer meg for å være borte fra foreldrene mine (8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Jeg er redd for å dumme meg ut foran andre (9)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Jeg bekymrer meg for å gjøre det dårlig på skolen (10)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q13	Aldri (0)	Av og til (1)	Ofte (2)	Alltid (3)
11. Jeg er populær blant andre barn på min egen alder (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Jeg bekymrer meg for at noe forferdelig skal skje med noen i familien min (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Jeg får plutselig en følelse av at jeg ikke får puste selv om det ikke er noe grunn for det (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Jeg må sjekke om og om igjen at jeg har gjort ting riktig (som at lyset er slukket og døren er låst) (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Jeg føler meg redd hvis jeg må sove alene (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Jeg har problemer med å gå på skolen om morgenen fordi jeg er nervøs eller redd (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Jeg er god i sport (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Jeg er redd for hunder (8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Jeg klarer visst ikke å få vonde eller dumme tanker ut av hodet mitt (9)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Når jeg har et problem slår hjertet mitt veldig fort (10)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Jeg begynner plutselig å skjelve eller riste når det ikke er noen grunn til det (11)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Jeg bekymrer meg for at noe vondt skal skje med meg (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Jeg er redd for å gå til lege eller tannlege (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Når jeg har et problem føler jeg meg skjelven (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Jeg er redd for å være på høye steder eller i heiser (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Jeg er et godt menneske (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Jeg må tenke på spesielle ting (for eksempel tall eller ord) for å hindre at det skjer vonde ting (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Jeg føler meg redd hvis jeg må reise med bil, buss eller tog (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

29. Jeg bekymrer meg for hva andre tenker om meg (8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Jeg er redd for å være på steder med mange mennesker (som handlesentre, kino, buss, lekeplass med mange barn) (9)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Jeg føler meg glad (10)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Jeg kan plutselig bli veldig redd uten noen spesiell grunn (11)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Jeg er redd for insekter eller edderkopper (12)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Jeg føler meg plutselig svimmel eller at jeg vil besvime uten at det er noen grunn for det (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Jeg føler meg redd hvis jeg må snakke foran klassen min (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Hjertet mitt begynner plutselig å slå for fort uten grunn (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Jeg bekymrer meg for at jeg plutselig skal føle meg redd, uten at det er noe å være redd for (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Jeg liker meg selv (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Jeg er redd for å være på små lukkede steder, som i tunneler eller små rom (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Jeg må gjøre enkelte ting om og om igjen (som å vaske hendene mine, gjøre reint eller legge ting i en bestemt rekkefølge) (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. Jeg blir plaget av vonde eller dumme tanker eller bilder i hodet mitt (8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. Jeg må gjøre visse ting på nøyaktig riktig måte for å hindre at det skal skje vonde ting (9)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. Jeg er stolt av skolearbeidet mitt (10)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

44. Jeg ville blitt redd hvis jeg måtte overnatte hjemme fra (11)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45. Jeg føler meg nervøs (12)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46. Jeg våkner og føler meg redd (13)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q21 Hvordan redsel og bekymring påvirker meg (CALIS) 1. Er redsler og bekymringer plagsomme for deg? Trykk på svaret som du synes stemmer for deg.

- Ikke i det hele tatt (0)
- Bare litt (1)
- Noen ganger (2)
- Ganske mye (3)
- Svært mye (4)

Q23 2. Hvor mye gjør redsler og bekymringer det vanskelig for deg å gjøre de følgende tingene (sett ett kryss for hvert spørsmål)?	Ikke i det hele tatt (0)	Bare litt (1)	Noen ganger (2)	Ganske mye (3)	Svært mye (4)
a. Redsler og bekymringer gjør det vanskelig for meg å komme overens med foreldre (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Redsler og bekymringer gjør det vanskelig for meg å komme overens med brødre og søstre (svar "ikke i det hele tatt" hvis du er enebarn) (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Redsler og bekymringer gjør det vanskelig for meg å være sammen med venner etter skoletid (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Redsler og bekymringer gjør det vanskelig for meg å få gjort skolearbeidet ditt (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Redsler og bekymringer gjør det vanskelig for meg å være sammen med klassekamerater i friminutter og spisetid (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

f. Redsler og bekymringer gjør det vanskelig for meg å spille sport (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Redsler og bekymringer gjør det vanskelig for meg å gjøre hyggelige aktiviteter som å gå i selskaper, på kino eller ferier (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Redsler og bekymringer gjør det vanskelig for meg å daglige aktiviteter som å gjøre deg klar for å gå på skolen, gå til sengers og lekser (8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q15 Self Perception Profile for Children (SPPC-R) Nedenfor er noen spørsmål om hvordan du synes du selv er. Kryss av for det som passer best for deg.

	Stemmer svært godt (1)	Stemmer nokså godt (2)	Stemmer nokså dårlig (3)	Stemmer svært dårlig (4)
Jeg synes det er ganske vanskelig å få venner (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg er ganske fornøyd med meg selv (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg har mange venner (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg liker ikke den måten jeg lever livet mitt på (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg skulle ønske jeg hadde mange flere venner (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg er stort sett fornøyd med meg selv (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg er alltid sammen med mange andre barn og gjør ting (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg liker meg selv slik jeg er (8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg føler at de fleste på min alder liker meg (9)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg er svært fornøyd med hvordan jeg er (10)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg er ikke så veldig populær (11)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg er veldig fornøyd med hvordan jeg gjør ting (12)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q19 Sterke og svake sider (SDQ-C) Vennligst kryss av for hvert utsagn: Stemmer ikke, Stemmer delvis eller Stemmer helt. Prøv å svare på alt selv om du ikke er helt sikker eller synes utsagnet virker rart. Svar på grunnlag av hvordan du har hatt det de siste 6 månedene.	Stemmer ikke (1)	Stemmer delvis (2)	Stemmer helt (3)
Jeg prøver å være hyggelig mot andre. Jeg bryr meg om hva de føler (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg er rastløs. Jeg kan ikke være lenge i ro (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg har ofte hodepine, vondt i magen eller kvalme (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg deler gjerne med andre (mat, spill, andre ting) (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg blir ofte sint og har kort lunte (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg er ofte for meg selv. Jeg gjør som regel ting alene (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg gjør som regel det jeg får beskjed om (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg bekymrer meg mye (8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg stiller opp hvis noen er såret, lei seg eller føler seg dårlig (9)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg er stadig urolig eller i bevegelse (10)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg har en eller flere gode venner (11)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg slåss mye. Jeg kan få andre til å gjøre det jeg vil (12)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg er ofte lei meg, nedfor eller på gråten (13)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg blir som regel likt av andre på min alder (14)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg blir lett distraheret, jeg synes det er vanskelig å konsentrere meg (15)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg blir nervøs i nye situasjoner. Jeg blir lett usikker (16)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg er snill mot de som er yngre enn meg (17)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg blir ofte beskyldt for å lyve eller jukse (18)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andre barn eller unge plager eller mobber meg (19)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg tilbyr meg ofte å hjelpe andre (foreldre, lærere, andre barn/unge) (20)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg tenker meg om før jeg handler (gjør noe) (21)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Jeg tar ting som ikke er mine hjemme, på skolen eller andre steder (22)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg kommer bedre overens med voksne enn de på min egen alder (23)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg er redd for mye, jeg blir lett skremt (24)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg fullfører oppgaver. Jeg er god til å konsentrere meg (25)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q21 Tusen takk for din deltakelse!

Vedlegg 1 b Spørreskjema Foreldreversjon

b) foreldreversjon

NY EBU FORELDRE

P Samtykke Spørreskjema for foreldre - EBU Prosjektet Jeg har lest informasjonsskrivet og samtykker til å delta i spørreundersøkelsen.

Ja (1)

Q4 Utfylt av:

Mor (1)

Far (2)

Annen, hvem: (3) _____

Q6 Hvilket år er du født? (ÅÅÅÅ)

Q8 Bor du sammen med ditt barn?

Ja, hele tiden (1)

Ja, halve tiden (2)

Ja, mindre enn halve tiden (3)

Nei (4)

Q10 Bor det andre barn/ungdommer hos deg?

- Ja, hele tiden (1)
- Ja, halve tiden (2)
- Ja, mindre enn halve tiden (3)
- Nei (4)

Q12 Hvilke andre voksne bor sammen med deg?

- Ingen andre (1)
- Ungdommens andre biologiske/adoptiv forelder (2)
- Annen ektefelle/samboer (bodd sammen mer enn 5 år) (3)
- Annen ektefelle/samboer (bodd sammen mindre enn 5 år) (4)
- Ungdommens besteforeldre (5)
- Andre (6)

Q14 Hva er den høyeste utdanningen dere har fullført?

	Grunnskole, ungdomsskole eller lign. (1)	Videregående skole med yrkesfag, yrkesskole, realskole (2)	Videregående skole med allmennfag, gymnas/artium (3)	Høyskole eller universitet, mindre enn 4 år (4)	Høyskole eller universitet, 4 år eller mer (5)
Mor (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Far (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q16 Hva er deres hovedbeskjeftigelse for tiden?

	Heltids arbeid (80-100%) (1)	Deltidsarbeid (50-79%) (2)	Deltidsarbeid (mindre enn 50%) (3)	Trygdet / attføring / arbeidsavklaringspenger (4)	Hjemmeværende (5)	Arbeidssøkende (6)	Under utdanning (7)
Mor (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Far (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q20 Hvordan vil du beskrive familiens økonomi?

- Svært god (1)
- God (2)
- Middels (3)
- Dårlig (4)
- Svært dårlig (5)

SCAS-P Angstplager hos ditt barn Under finner du en liste med utsagn som beskriver ditt barn. Vær snill å krysse av svaret som best beskriver ditt barn. Vennligst svar på alle spørsmålene.

	Aldri (0)	Av og til (1)	Ofte (2)	Alltid (3)
1. Barnet mitt bekymrer seg for ting (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Barnet mitt er mørkredd (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Når barnet mitt har et problem klager hun/han ofte over å ha en rar følelse i magen (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Barnet mitt klager over å føle seg 115e (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Barnet mitt ville vært 115e for å være alene hjemme (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Barnet mitt er 115e når hun/han skal ha en prøve (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Barnet mitt er 115e hvis hun/han må gå på offentlige toaletter eller bad (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Barnet mitt bekymrer seg for å være borte fra oss/meg (8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Barnet mitt er 115e for å dumme 115e gutt overfor andre mennesker (9)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Barnet mitt bekymrer seg for å gjøre det dårlig på skolen (10)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Barnet mitt bekymrer seg for at noe forferdelig skal skje med noen i vår familie (11)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Barnet mitt klager over å plutselig føle som om hun/han ikke får puste når det ikke er grunn for det (12)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Barnet mitt sjekke om og om igjen at hun/han har gjort ting riktig (som at lyset er slått av eller døren er låst) (13)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Barnet mitt er redd dersom hun/han må sove alene (14)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Barnet mitt har problemer med å gå på skolen om morgenen fordi hun/han er nervøs eller redd (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Barnet mitt er redd for hunder (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Det virker som barnet mitt ikke får vonde eller dumme tanker ut av hodet sitt (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Når barnet mitt har et problem, klager hun/han ofte over at hjertet slår veldig fort (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Barnet mitt begynner plutselig å skjelve eller riste når det ikke er noen grunn for det (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Barnet mitt bekymrer seg for at noe vondt skal skje ham/henne (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Barnet mitt er redd for å gå til lege eller tannlege (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Når barnet mitt har et problem, føler hun/han seg skjelven (8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Barnet mitt er redd for høyder (f.eks. for å være på toppen av en fjellskrent) (9)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Barnet mitt må tenke på spesielle ting (som tall eller ord) for å hindre at vonde ting skal skje (10)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Barnet mitt blir redd dersom hun/han må reise med bil eller buss eller tog (11)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Barnet mitt bekymrer seg for hva andre tenker om han/henne (12)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Barnet mitt er redd for å være på steder med mange mennesker (som handlesentre, kino, buss, lekeplass med mange barn) (13)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Barnet mitt kan plutselig bli veldig redd uten noen som helst grunn (14)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Barnet mitt er redd for insekter eller edderkopper (15)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

30. Barnet mitt klager over å plutselig føle seg svimmel eller føle at hun/han vil besvime uten at det er noen grunn for det (16)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Barnet mitt føler seg redd når hun/han må snakke foran klassen (17)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Aldri (0)	Av og til (1)	Ofta (2)	Alltid (3)
32. Barnet mitt klager over at hjertet hennes/hans plutselig begynner å slå for fort uten at det er noen grunn for det (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Barnet mitt bekymrer seg for at hun/han plutselig skal føle seg redd når det ikke er noe å være redd for (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Barnet mitt er redd for å være på små, lukkede steder som i tunneler eller små rom (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Barnet mitt må gjøre enkelte ting om og om igjen (som å vaske hendene, gjøre reint eller å legge ting i en bestemt rekkefølge) (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Barnet mitt blir plaget av vonde eller dumme tanker eller bilder i hodet sitt (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Barnet mitt må gjøre visse ting på nøyaktig riktig måte for å hindre at det skal skje vonde ting (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Barnet mitt ville blitt redd hvis hun/han måtte overnatte hjemmefra (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Barnet mitt føler seg nervøs (8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Barnet mitt våker og føler seg redd (9)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SCARED_Q16

	Stemmer helt (1)	Stemmer delvis (2)	Stemmer ikke (3)
1. Barnet mitt blir ordentlig redd uten grunn. (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Barnet mitt er redd for å være alene hjemme. (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Folk sier at barnet mitt bekymrer seg for mye. (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Barnet mitt er redd for å gå på skolen. (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Barnet mitt er sjenert. (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CALISQ17 Hvordan angstplager påvirker barnet (CALIS)

CALISQ19 1. Plages eller uroes barnet ditt av redsler eller bekymringer?

- Ikke i det hele tatt (0)
- Bare litt (1)
- Noen ganger (2)
- Ganske mye (3)
- Svært mye (4)

CALISQ21 2. Hvor mye forstyrrer redsel og bekymringer ditt barns hverdagsliv på de følgende områdene:

	Ikke i det hele tatt (0)	Bare litt (1)	Noe (2)	Ganske mye (3)	Svært mye (4)
...å komme overens med foreldre (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...å komme overens med søsken (svar "Ikke i det hele tatt" hvis barnet er enebarn) (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...å være med venner utenom skoletiden (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...prestasjoner i klasserommet (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...samvær med jevnaldrende i friminutter og spisetid (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...å drive med sport (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...å gjøre hyggelige aktiviteter som gå i selskaper, på kino eller ferier (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...daglige aktiviteter (for eksempel sove, komme seg på skolen, lekser, leke) (8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CALISQ23 3. Hvor mye forstyrrer ditt barns redsel og bekymringer ditt hverdagsliv på de følgende områdene:

	Ikke i det hele tatt (0)	Bare litt (1)	Noe (2)	Ganske mye (3)	Svært mye (4)
...ditt forhold til din partner eller en potensiell partner (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...ditt forhold til slekt (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...tid brukt på å pleie personlige vennskap (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...din karriere (om du er i arbeid, hvor mange timer du er på jobb eller hvor ofte du er borte fra arbeid) (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...din mulighet til å gå ut på aktiviteter/begivenheter uten barnet ditt (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...din mulighet til å gå ut på aktiviteter/ begivenheter med barnet ditt (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...ditt stress nivå (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q25 © Centre for Emotional Health, Macquarie University, Sydney. www.ceh.mq.edu.au
 Oversatt til norsk av Bente Storm Mowatt Haugland og Jon Fauskanger Bjåstad, RKBU vest.
 Tilbakeoversatt av Melanie Young

SMFQ_PQ21 De følgende spørsmålene handler om hva barnet ditt har følt og gjort de siste to ukene. Hvis en setning stemte om henne/ham mesteparten av tiden, kryss av "RIKTIG". Hvis den bare stemte noen ganger, kryss av "NOEN GANGER RIKTIG". Hvis en setning ikke stemte om henne/ham, kryss av "IKKE RIKTIG".

	Riktig (1)	Noen ganger riktig (2)	Ikke riktig (3)
1. Hun/han var lei seg eller ulykkelig (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Hun/han var ikke glad for noe (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Hun/han følte seg så trøtt at hun/han bare ble sittende uten å gjøre noen ting (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Hun/han var veldig rastløs (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Hun/han følte seg lite verdt (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Hun/han gråt mye (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Hun/han syntes det var vanskelig å tenke klart eller konsentrere seg (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Hun/han hatet seg selv (8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Hun/han følte seg som et dårlig menneske (9)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Hun/han følte seg ensom (10)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Hun/han tenkte at ingen egentlig var glad i henne/ham (11)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Hun/han tenkte at hun/han aldri kunne bli så god som andre barn/ungdommer (12)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Hun/han følte at hun/han gjorde alt galt (13)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q22 Copyright Adrian Angold & Elisabeth J. Costello, 1987; Developmental Epidemiology Program; Duke University Norsk versjon Anne Mari Sund, R-BUP, Medisinsk Fakultet, NTNU, Trondheim. Anne.M.Sund@medisin.ntnu.no

SDQ-PQ23 Sterke og svake sider (SDQ-P) SDQ-PQ25 Vennligst kryss av for hvert utsagn: Stemmer ikke, Stemmer delvis eller Stemmer helt. Prøv å svare på alt selv om du ikke er helt sikker eller synes utsagnet virker rart. Svar på grunnlag av barnets oppførsel de siste 6 månedene.

	Stemmer ikke (1)	Stemmer delvis (2)	Stemmer helt (3)
Omtensksom, tar hensyn til andre menneskers følelser (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rastløs, overaktiv, kan ikke være lenge i ro (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Klager ofte over hodepine, vondt i magen eller kvalme (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deler gjerne med andre barn (godter, leker, andre ting) (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har ofte raserianfall eller dårlig humør (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ganske ensom, leker ofte alene (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Som regel lydig, gjør vanligvis det voksne ber om (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mange bekymringer, virker ofte bekymret (8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hjelpsom hvis noen er såret, lei seg eller føler seg dårlig (9)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stadig urolig eller i bevegelse (10)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har minst en god venn (11)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Slåss ofte med andre barn eller mobber dem (12)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ofte lei seg, nedfor eller på gråten (13)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vanligvis likt av andre barn (14)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lett avledet, mister lett konsentrasjonen (15)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nervøs eller klengete i nye situasjoner, lett utrygg (16)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Snill mot yngre barn (17)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lyver eller jukser ofte (18)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plaget eller mobbet av andre barn (19)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tilbyr seg ofte å hjelpe andre (foreldre, lærere, andre barn) (20)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenker seg om før hun / han handler (gjør noe) (21)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stjeler hjemme, på skolen eller andre steder (22)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kommer bedre overens med voksne enn med barn (23)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Redd for mye, lett skremt (24)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fullfører oppgaver, god konsentrasjonsevne (25)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

HJELPEAQ39 Kontakt med hjelpetilbud Har ditt barn, eller du, på grunn av barnets engstelse hatt kontakt med følgende hjelpetilbud SISTE SKOLEÅR? Hvis ja, kryss av for hvor ofte

	Hver uke (1)	Hver måned (2)	Hver tredje måned (3)	Hvert halvår (4)	Sjeldnere (5)
Skolehelsetjeneste / helsesøster (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spesialpedagogiske tiltak/spesialundervisning (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pedagogisk psykologisk tjeneste (OT/PPT) (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psykisk helsevern for barn og unge (BUP) (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Barnevernet (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fastlege (9)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andre deler av hjelpeapparatet (spesifiser) (10)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

HJELPEAQ41 Kryss av dersom du har fått følgende tiltak fra barnevernet?

- Besøksfamilie (1)
- Støttekontakt (2)
- Plassering utenfor hjemmet (3)
- Økonomisk støtte (4)
- Har ikke hatt noen tiltak fra barnevernet (5)

Vedlegg 2 Godkjenning fra REK



Region: REK vest	Saksbehandler: Arne Salbu	Telefon: 55978498	Vår dato: 04.09.2014	Vår referanse: 2014/331/REK vest
			Deres dato: 16.06.2014	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Jon Fauskanger Bjåstad
Prestøyvegen 15

2014/331 Engstelse hos barn og unge (EBU)

Forskningsansvarlig: Uni Research
Prosjektleder: Jon Fauskanger Bjåstad

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Tilbakemeldingen ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK vest) i møtet 14.08.2014. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hfl.) § 10, jf. forskningsetikklovens § 4.

Prosjektomtale

Forskningsprosjektet vil undersøke angstproblematikk i et normalutvalg av barn og ungdom. Studiet vil gjøre det mulig å normere to foreldre- og selvrapporteringskalaer for angstsymptomer (SCAS/CALIS) som brukes i forskning og klinisk bruk i Norge, men som vi ikke har normdata på. Forskningsprosjektet vil også undersøke andre problemstillinger som: 1) hvor mange barn med angstproblemer som har kontakt med hjelpeapparatet, 2) hva som kjennetegner gruppen med barn som har både angstproblemer og eksternaliserende problemer, og 3) om barn med angstproblemer har dårligere selvfølelse og dårligere søvn enn barn som ikke har disse problemene. Det er gjort lite forskning på barn som har både angstproblemer og eksternaliserende problemer, og på selvfølelse/søvn i denne gruppen, og det foreliggende forskningsprosjektet vil kunne bidra med kunnskap om disse temaene.

Vurdering

REK vest behandlet søknaden første gang i møte den 27.03.14. Komiteen hadde den gang en rekke spørsmål og merknader som en ba om tilbakemelding på. Disse blir besvart den 16.06.14.

REK vests merknader er besvart punktvis.

De fleste av komiteens merknader er tilfredsstillende besvart. REK vest vil fortsatt presisere noen vilkår.

Det må være en *beredskap*. Vi kan vanskelig se at lærerne skal ha noen rolle i å avdekke problemer, all den tid de ikke skal ha noen rolle i prosjektet. Det må være en fagperson tilgjengelig som barn og foreldre kan henvende seg til.

Foreldrene må kontaktes per brev, ranselpost er ikke tilfredsstillende.

Fortsatt ønsker man at skolens representanter (rektor eller inspektør) skal orientere om prosjektet. Igjen vil REK vest påpeke viktigheten å ikke blande forskerrollene og det forvaltningsmessige ansvaret skolen har.

Besøksadresse:
Armauer Hansens Hus (AHH),
Tverrfløy Nord, 2 etasje. Rom
281. Haukelandsveien 28

Telefon: 55975000
E-post: rek-vest@uib.no
Web: <http://helseforskning.etikk.uib.no/>

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK vest og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK vest, not to individual staff

For REK vest er det et viktig vilkår at all informasjon blir gitt av forskerne, ikke av representanter for skolen.

Forespørselen til foreldrene må være tydeligere på :

- at validering er et formål
- den beredskap som ytes
- de spørsmål som skal stilles til barna

Vilkår

- Beredskapen må omfatte en fagperson tilgjengelig som barn og foreldre kan henvende seg til
- Det skal ikke sendes ut ranselpost
- All informasjon om prosjektet skal gis av forskerteamet, ikke av representanter for skolen/skoleverket.

For øvrig vil REK Vest igjen minne om at en godkjenning fra REK, ikke er å anse som et pålegg til skolen om å være med. Skolen står likevel helt fritt til å bidra.

Vedtak

REK vest godkjenner prosjektet på betingelse av at ovennevnte vilkår tas til følge.

Sluttmelding og søknad om prosjektendring

Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK vest på eget skjema senest 01.11.2017, jf. hfl. 12. Prosjektleder skal sende søknad om prosjektendring til REK vest dersom det skal gjøres vesentlige endringer i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, jf. hfl. § 11.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK vest. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK vest, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Ansgar Berg
Prof. Dr.med
Komitéleder

Arne Salbu
rådgiver

Kopi til: helse@uni.no

Vedlegg 3 Forskningsprotokoll

Forskningsprotokoll

”Engstelse hos barn og unge (EBU)”

Bakgrunn og formål for prosjektet

Angstlidelser er en av de store fremtidige helsemessige samfunnsutfordringene (Helsedirektoratet, 2010). Angstlidelser er den vanligste gruppen av psykiske lidelser hos barn og unge med en livstidsprevalens mellom 15% og 20% frem til fylte 18 år (Beesdo, Knappe, & Pine, 2009). Funn fra det befolkningsbaserte ”Barn i Bergen” studiet fant også at forekomsten av emosjonelle vansker og da hovedsakelig angst, var de hyppigst forekommende vanskene hos barn i småskolen med en forekomst på 3,4% (Heiervang et al., 2007). Barn med angstlidelser fungerer ofte dårligere på skolen, sammen med venner og i fritidsaktiviteter, og har oftere søvnproblemer sammenlignet med barn uten angstlidelser (Essau & Gabbidon, 2013; Hansen et al., 2011; Mychailyszyn, Mendez, & Kendall, 2010). Angstproblematikk har også en negativ innvirkning på barn og ungdom sin livskvalitet (Stevanovic, 2013). Å ha en angstlidelse som barn predikerer også en rekke psykiske lidelser i ungdomstiden (Bittner et al., 2007), og angstlidelser er assosiert med komorbide tilstander som depresjon, rusproblemer og atferdsproblemer. En stor andel av barna som har angstlidelser er fortsatt plaget av angstproblematikk i ungdomsalder og som voksne (Essau & Gabbidon, 2013). Angstlidelser er også den største diagnosegruppen av psykiske lidelser som får innvilget uføretrygd (Mykletun & Knudsen, 2009). Behandling av angstlidelser på et tidlig tidspunkt vil derfor kunne forebygge mer alvorlig psykopatologi senere i livet (Bittner et al., 2007).

Relativt få barn med angstlidelser får behandling i PBU. Befolkningstudiet ”Barn i Bergen” fant at bare 13,3% av de barna som hadde emosjonelle lidelser var i kontakt med PBU sammenlignet med 74,5% av de som hadde ADHD (Heiervang et al., 2007). Tidlig intervensjon for angstlidelser blir ofte i andre land enn Norge gjennomført i førstelinjetjenesten som lavterskeltilbud innenfor skolehelsetjenesten (Fisak, Richard, & Mann, 2011; Neil & Christensen, 2009). Det er allikevel usikkert hvor stor andel av barn med angstproblemer som er i kontakt med førstelinjetjenesten i Norge. At barn med angstlidelser

ikke blir oppdaget og derfor ikke får behandling utgjør en stor utfordring for det psykiske helsetilbudet.

Helsedirektoratets veileder for poliklinikker i PBU (Helsedirektoratet, 2008) anbefaler systematisk bruk av standardiserte instrumenter i utrednings- og behandlingsarbeidet, men det er uvisst hvor utbredt bruken av disse er i forhold til utredning av angstlidelser i PBU. Det er et behov for en norsk validering av instrumenter som brukes for å måle angstsymptomer og funksjonsnedsettelse som følge av angstproblematikk. Vi mangler norske normdata på angstsymptommålet Spence Children's Anxiety Scale (SCAS; Spence, 1998) og Children's Anxiety Life Interference Scale (CALIS; Lyneham et al., 2013), som er en skala som måler i hvor stor grad angst påvirker funksjonsnivået til pasienten. Instrumentene har gode psykometriske egenskaper og brukes internasjonalt og i norsk forskning, eksempelvis i det norske behandlingsstudiet "Kartlegging og behandling - angst hos barn og voksne" (Wergeland et al., submitted), samt i klinisk virksomhet innenfor PBU i Helse Stavanger, Helse Fonna, Helse Bergen og Helse Førde. Det eksisterer ikke norske normdata for disse instrumentene, og følgelig brukes australske og nederlandske normdata i både norsk forskning og klinisk virksomhet. Det er vist at norske foreldre og lærere fra nordiske land underrapporterer emosjonelle symptomer sammenlignet med andre land (Heiervang, Goodman & Goodman, 2008). En norsk normering vil derfor være et viktig bidrag både til forskning og klinisk virksomhet. Prosjektleder for foreliggende forskningsprosjekt vil gjennom et annet forskningsprosjekt i psykisk helsevern for barn og unge (PBU) som er under planlegging etablere kliniske normer på disse instrumentene. Det foreliggende forskningsprosjektet vil innhente normer fra en normalpopulasjon på samme instrumenter, noe som da vil gjøre det mulig å etablere grenseverdier for hva som vil være skårer i normalområdet og klinisk område basert på norske normer og alder/kjønn.

Det foreliggende forskningsprosjektet "Engstelse hos barn og unge (EBU)" vil undersøke angstproblematikk i et normalutvalg av barn og ungdom. Studiet vil gjøre det mulig å normere to foreldre- og selvrapporteringskalaer for angstsymptomer (Spence Children's Anxiety Scale (SCAS; Spence, 1998) og Children's Anxiety Life Interference Scale (CALIS; Lyneham et al., 2013). Forskningsprosjektet vil også undersøke andre problemstillinger som: 1) hvor mange barn med angstproblemer som har kontakt med hjelpeapparatet, 2) hva som kjennetegner gruppen med barn som har både angstproblemer og eksteraliserende problemer, og 3) om barn med angstproblemer har dårligere selvfølelse og dårligere søvn enn barn som ikke har disse problemene. Det er gjort lite forskning på barn som har både angstproblemer og

eksternaliserende problemer, og på selvfølelse/søvn i denne gruppen, og det foreliggende forskningsprosjektet vil kunne bidra med kunnskap om disse temaene. Målene med forskningsprosjektet er : 1) å validere to instrumenter som brukes for å identifisere angstproblematikk blant barn og ungdom, 2) å finne ut om i hvilken grad barn som har angstproblemer er i kontakt med hjelpeapparatet (eks. førstelinjetjeneste og spesialisthelsetjeneste), 3) å undersøke hva som kjennetegner gruppen av barn som har både angstproblematikk og eksternaliserende vansker, og 4) å undersøke om barn med angstproblematikk har lavere selvfølelse og dårligere søvn enn barn som ikke har angstproblematikk.

Dette vil gjøres ved å gjennomføre et studie av et normalutvalg i Sogn og Fjordane med hensikt å estimere normer for symptom målet.

Prosjektet har som hovedmål:

1. å validere to instrumenter som brukes for å identifisere angstproblematikk blant barn, samt estimere norske normer for disse instrumentene.

Prosjektet har følgende delmål:

1. å samle inn data på angstsymptomskalaene fra et normalutvalg bestående av 10 skoler i Sogn og Fjordane.
2. å samle inn data samtidig på andre variabler for å besvare ytterligere problemstillinger som det skal skrives to mastergradsoppgaver og andre artikler på.

Problemstillinger og hypoteser

1. Er besvarelser fra et utvalg av norske barn og deres foreldre sammenlignbare med internasjonale undersøkelser på angstsymptom instrumentene? *Hypoteser: 1) Instrumentene SCAS/CALIS har gode psykometriske egenskaper i et norsk normalutvalg 2) Normdata på SCAS/CALIS vil gi lavere gjennomsnittskårer sammenlignet med nederlandske og australske normer.*
2. Karakteristika hos barn med både angstproblemer og eksternaliserende vansker sammenlignet med resten av utvalget og med gruppen barn som bare har angstproblemer (eks. er det forskjeller i sosioøkonomisk status, fordeling på kjønn/alder og kontakt med hjelpeapparat)? *Hypoteser: 1) Det vil være flere gutter enn jenter som har både angst og eksternaliserende vansker. 2) Eldre barn med angst vil ha mer eksternaliserende vansker enn yngre barn med angst. 3) Barn som har eksternaliserende problemer i tillegg til angst vil*

være i større kontakt med hjelpeapparatet enn barn som ikke har eksternaliserende problemer.

3. Har barn med angstproblemer lavere selvbilde enn barn uten angst, og påvirkes dette av alder, kjønn, sosioøkonomisk status og depressive symptomer? *Hypoteser: 1) Barn med angst har et lavere selvbilde enn barn uten angst. 2) Det vil ikke være kjønnsforskjeller i selvbildet hos barn med angst.*

4. Har barn med angstproblemer dårligere søvn enn barn uten angstproblemer? *Hypotese: Barn med angstproblemer vil ha dårligere søvn enn barn som ikke har angstproblemer.*

Valg av metode, prosjektplan, prosjektgruppe og organisering

Forskningsdesign, metoder og analyser

Studiet er et tverrsnittstudie av barn og ungdom. Valg av metoder og analyser er enda ikke fastsatt. Det planlegges bruk av faktoranalyse for å se på instrumentets psykometriske egenskaper. Valideringen vil for foreldreversjonen også inkludere en kortversjon av et annet angstsymptommål (SCARED; Birmaher et al., 1999), et depresjonsymptommål (SMFQ; Angold et al., 1995), og et mål på eksternaliserende lidelser (SDQ, Goodman, 1997) som brukes til sammenligning for å undersøke konvergerende og divergerende validitet.

Instrumentene som inngår i studiet, med unntak av The Self Perception Profile for Children (SPPC-R; Harter, 1985) er anvendt i et annet forskningsprosjekt som prosjektleder er med i forskergruppen til, og har fått REK godkjenning (REK godkjenning 2013/2331/REK vest).

Selvrapporteringsskalaer:

- Spence Children's Anxiety Scale (SCAS; Spence, 1998). Spørreskjema om barnas angstsymptomer basert på diagnoser for angstlidelser i DSM-IV. Foreldreversjon består av 38 spørsmål og barneverisjon av 44 spørsmål. I tillegg har vi inkludert to spørsmål som brukes i kortversjonen av SCAS, og som ikke inngår i langversjonen av skalaen. SCAS har gode psykometriske egenskaper (Spence, 1998; Spence, Barrett & Turner, 2003; Nauta et al., 2004).
- Children's Anxiety Life Interference Scale (CALIS; Lyneham et al., 2013). Spørreskjema som angir i hvor stor grad angstproblemene påvirker barnets og familiens dagligliv. Foreldreversjon består av 16 spørsmål og barneverisjon av 9

spørsmål. Skalaen har gode psykometriske egenskaper (CALIS; Lyneham et al., 2013).

- Short Mood & Feeling Questionnaire (SMFQ) er et screening instrument for depresjon og måler depressive symptomer de siste to ukene (Angold et al., 1995). SMFQ har en selvrappoteringsversjon og foreldreversjon som begge består av 13 spørsmål. Instrumentet har godkjente psykometriske kvaliteter (Costello, Benjamin, Angold, & Silver, 1991). I det foreliggende forskningsstudiet bruker vi foreldreversjonen.
- The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 1997) er et screeninginstrument for vurdering av psykisk helse hos barn og unge. Foreldreversjon og barnevernversjon består av 30 spørsmål. Foreldrerapporteringsversjonen er laget for aldersgruppen 4-16 og selv-rapportering fra 11-16. I det foreliggende forskningsstudiet bruker vi foreldreversjonen for hele utvalget og selvrappoteringsversjonene for barn fra 5. klasse (10 år eller eldre) da den også er i bruk for barn fra 10 år i Norge (Kornør & Heyerdal, 2013), og for å sikre at vi får innhentet informasjon på eksteraliserende vansker hos flest mulig av barna som deltar. SDQ er validert for bruk i Norge (Kornør & Heyerdal, 2013; Obel et al., 2004; Sanne, Torsheim, Heiervang, & Stormark, 2009).
- Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED; Birmaher et al., 1999). En kortversjon av denne på 5 spørsmål brukes til valideringsformål for SCAS (kun foreldreversjonen brukes).
- The Self Perception Profile for Children (SPPC-R; Harter, 1985) måler selvfølelse hos barn (8-12 år) og har gode psykometriske egenskaper (Van Den Berg & Marcoen, 1999). To subskalaer ("social competence" og "global self-worth") fra en revidert versjon (SPPC-R) oversatt av Wichstrøm (1995) brukes i dette studiet, og består da av totalt 12 spørsmål.
- Demografiske variabler (kjønn, alder, sosioøkonomisk status, skole, klassetrinn)
- Spørsmål om kontakt med helsetjenester (kun foreldreversjon).
- Søvnkartleggingsspørsmål om når barnet sovner og våkner opp, samt om personen har innsovningsvansker (kun foreldreversjon).

Tabell 1: Oversikt over instrumentene som inngår i forskningsstudiet

Instrument	Vurdering av
SCAS*	Angstsymptomer
CALIS*	Funksjonsmål på angstproblematikk

MFQ	Depresjonssymptomer (11 spørsmål)
SDQ*	Generell psykisk helse (25 spørsmål,
SCARED	Angstsymptomer (5 spm)
SPPC-R	Selvfølelse (12 spm)
Demografi	Kjønn, alder, skole, klassetrinn, sosioøkonomisk status
Annet	Spørsmål om søvn og kontakt med hjelpeapparat

* Både selv-rapportering og foreldrerapportering for de aktuelle aldersgruppene. Både SCAS og CALIS er oversatt til norsk med godkjent tilbake-oversettelse.

Skolene som skal inngå i undersøkelsen vil bli kontaktet av prosjektet med informasjon om forskningsprosjektet og forespørsel om å være med på studiet. De skolene som sier ja til å delta vil danne grunnlaget for utvalget som inngår i undersøkelsen. Deltakerne rekrutteres via skolen. RKBU Vest sender ut informasjonsskriv fra prosjektet til foreldre via brevpost og i tillegg via epost. Informasjonsskrivet inneholder påloggingsinformasjon for foreldre til undersøkelsen, som er en elektronisk datafangstløsning (Qualtrics). Samtykket innhentes i oppstart av spørreskjemaet enten elektronisk eller på papir (papirversjoner av undersøkelsen vil bare bli brukt i de tilfeller foreldre ikke har mulighet til å besvare elektronisk, og samtykke og besvarelse innhentes da av prosjektet). Barn samtykker også i starten av skjemautfyllingen som gjennomføres på skolen. De får påloggingsinformasjon av lærer som har fått en liste med påloggingsinformasjon.

De som samtykker elektronisk vil få besvart instrumentene i studien elektronisk via Qualtrics som RKBU Vest, Uni Helse, Uni Research bruker i forskningsprosjekter.

Datainnsamlingen består av følgende:

Undersøkelsen gjøres i Sogn og Fjordane fylke, på ca. 10 skoler i tre kommuner. Skolene varierer i størrelse fra 480 elever der gruppestørrelsen varierer fra 23 – 34 elever, til små fådelte skoler der det er 3-7 elever på hvert trinn. Dette normalutvalget består av barn i alderen 8 – 13 år. Datainnsamling gjøres på 3., 4., 5., 6. og 7. klasse, samt at en forelder til hvert barn inkluderes i studiet. Målet er å få minimum 100 respondenter på hvert årskull (totalt 500 elever). Prosjektet vil derfor kontakte over dobbelt så mange (dvs. over 1000 elever) og be om samtykke til gjennomføring av undersøkelsen. Tre masterstudenter vil fungere som lokale koordinatører i de kommunene som inngår i undersøkelsen for å assistere i datainnsamling og organisering.

Som del av et annet forskningsprosjekt (2013/2331/REK vest) som har REK godkjenning, skal det samles inn data fra et normalutvalg av ungdommer på 13-16 år fra 15 skoler i tre ulike regioner som vil gjøre det mulig å få validert SCAS/CALIS og få norske normdata på instrumentet for denne aldersgruppen. Foreliggende forskningsprosjekt anvender mesteparten av de samme instrumentene på aldersgruppen 8-13 år, noe som muliggjør at vi kan estimere normer på SCAS/CALIS for aldersgruppen 8-16 år gjennom disse to studiene.

Inklusjonskriterie:

- Har gitt skriftlig samtykke til å delta

Eksklusjonskriterie:

- Barnet kan ikke lese norsk.

Kompensasjon for forskningsdeltakere

I spørreundersøkelsen vil det være avgjørende at oppslutningen er tilfredsstillende (minimum 50%). Dette for å kunne nyttiggjøre seg den informasjonen som kommer inn og kunne stole på resultatene som fremkommer. For å få best mulig oppslutning er det derfor ønskelig at deltakerne i skoleutvalget (foreldre og barn) gis mulighet for å delta i en loddtrekning om en iPadMini nettbrett (3 stk iPadMini nettbrett fordelt på 3 geografiske områder i Sogn og Fjordane. Loddtrekning kan øke motivasjonen for deltakelse uten at det fungerer som utilbørlig press eller innebærer negative konsekvenser eller sanksjoner for noen av deltakerne. Loddtrekning med mulighet for gevinst kan derimot øke sjansen for at en får noe igjen for de samfunnsmessige ressursene som legges inn i prosjektet (forskertid, tildelte midler etc.). Man trenger ikke fullføre selve spørreundersøkelsen, men må ha deltatt (påbegynt undersøkelsen). Bruk av iPad nettbrett til dette formålet har også tidligere blitt godkjent i det andre forskningsprosjektet som prosjektleder er med i forskningsgruppen på (2013/2331/REK vest).

Internkontroll og sikkerhet: Opplysninger som navn og fødselsnummer vil ikke bli innhentet i undersøkelsen. Opplysninger om barnets kjønn, alder, klassetrinn og opplysninger om foreldres sosioøkonomisk status vil bli innhentet. Samtykkeskjemaene vil inneholde opplysninger om barnets navn, klasse, skole, foresattes underskrift og epost. En kobling mellom informasjonen i samtykkeskjemaene og besvarelsene som gjøres vil ikke bli gjort, så data vil være anonymisert. Samtykkeskjema og evt. papirbesvarte spørreskjema vil oppbevares nedlåst og slettes senest ved prosjektslutt den 01.05.17.

Data vil bli lagret på en sikker server satt opp av Uni Computing (del av Uni Research) i henhold til veilederen "Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren" og etter "Norm for informasjonssikkerhet Helse-, omsorgs- og sosialsektoren", fra Datatilsynet. Sikkerheten er ivaretatt på følgende måte: For å få tilgang til serveren må en ha en FEIDE pålogging i Uni/UIB systemet. For å kunne logge seg på (IP-screening) må du ha dedikerte brukernavn og passord for å få tilgang til området som er tildelt prosjektet på den sikre serveren. Denne serverløsningen brukes også av det relaterte forskningsprosjektet som har fått REK godkjenning (REK godkjenning 2013/2331/REK vest). Kun prosjektleder og de han eventuelt gir tilgang som vil kan logge seg på den sikre serveren.

Det vil også bli mulighet for foreldre som ikke ønsker å benytte seg av elektronisk løsning å besvare spørreskjemaene på papir. Disse spørreskjemaene vil da bli oppbevart nedlåst i låsbart skap ved RKBV Vest og slettes ved prosjektslutt den 01.05.17, etter de har blitt digitalisert (besvares i Qualtrics av forskningsassistent).

Prosjektgrupper og rollefordeling

Prosjektleder for forskningsprosjektet er Jon Fauskanger Bjåstad, doctor of psychology (clinical)/ psykologspesialist, BUPA Stavanger, Helse Stavanger/RKBV Vest. Prosjektleder har gjennomført prosjektmøter med prosjektgruppen og har i samarbeid med prosjektgruppen planlagt studiet. Prosjektgruppen i prosjektet består av:

Prosjektgruppe Regional Kunnskapssenter for Barn og Unge Vest (RKBV Vest):

- Prosjektleder: Jon Fauskanger Bjåstad, psykologspesialist/ doctor of clinical psychology forsker II, RKBV Vest
- Bente S. M. Haugland , spesialist i klinisk psykologi/dr psychol/forsker II, RKBV Vest
- Tormod Bøe, psykolog/dr psychol/forsker II, RKBV Vest
- Synnøve Sæther, forskningskonsulent, RKBV Vest

Eksterne samarbeidspartnere

- Gro Janne H. Wergeland, stipendiat, LIS, Helse Bergen
- Kirsten Flaten, spesialkonsulent, Helse Førde HF og Høgskulen i Sogn og Fjordane

- Lars-Göran Öst, Professor emeritus, Karolinska Institutet, Stockholm/ Universitetet i Bergen.

Master studenter

- Siri-Lise Solberg Nes, førskolelærer, masterstudent Høgskulen i Sogn og Fjordane. Veileder ved høgskulen er Kirsten Flaten.
- Siv Anette Slinde Thorsnes, førskolelærer, masterstudent Høgskulen i Sogn og Fjordane. Veileder ved høgskulen er Kirsten Flaten.
- Doris Christensen, pedagog/ masterstudent, Høgskulen i Volda og PPT. Veileder ved høgskolen er Jon Olav Myklebust.

Plan for formidling av forskningsresultatene

Det planlegges flere publikasjoner i forbindelse med forskningsprosjektet.

- En masteroppgave av Siv Anette Slinde Thorsnes og Siri-Lise Solberg Nes ved Høgskulen i Sogn og Fjordane om angstproblemer og selvfølelse hos barn.
- En masteroppgave av Doris Christensen ved Høgskulen i Volda om barn med angstproblemer og samtidig eksterneiserende problemer.
- En artikkel på norske normdata på SCAS /CALIS og validering av skalaene.
- En artikkel om emosjonelle problemer og søvn.
- I tillegg vil resultater bli presentert på nasjonale konferanser, og i media.

Informasjon om budsjett, finansieringskilder og omfang

Per dags dato er det sikret midler til prosjektet fra RKBU Vest. Midlene er på 50 000 kr som ble innvilget i desember 2013 og som skal brukes til refusjon av reiseutgifter for studentene i forbindelse med datainnsamling og møter, samt til å kjøpe inn insentivene som skal brukes for deltakelse i studiet (iPadMini).

Aktivitetsplan:

- *1. kvartal 2014 - 2. kvartal 2014:* Søke om godkjenning fra REK
- *3. kvartal 2014:* Gjennomføre pilot av kartleggingen
- *3. kvartal 2014- 3. kvartal 2015:* Datainnsamling
- *3. kvartal 2014 - 4. kvartal 2015:* Databearbeiding og analyser
- *1. kvartal 2015 - 3. kvartal 2015:* Artikkelskriving/ konferansepresentasjoner

Forskningsetiske utfordringer

Fordeler:

Fordeler for den enkelte prosjektdeltaker: Det kan være en fordel for barn eller ungdom som har angstplager at de får en bevissthet på problematikken. Dette kan øke muligheten for at de søker og får adekvat hjelp, f.eks. via skolehelsetjenesten eller andre instanser. Med direkte henvendelse vil prosjektgruppen kunne bistå med informasjon om hvor barn og foreldre kan henvende seg, hvis de har bekymringer vedrørende barnets engstelse.

Fordeler for grupper av personer: Helsepersonell vil kunne bruke selvrapporteringsinstrumentene SCAS/CALIS med norske normer, og dermed bedre identifisere barn og unge som har forhøyet angstproblematikk, slik at disse kan få nødvendig hjelp. Lærere og helsepersonell på skolene som deltar vil få informasjon og økt bevissthet om angstplager hos barn og unge. Forskere vil få normerte instrumenter som kan brukes videre i forskning på angstplager.

Fordeler for samfunnet: Innsamling av informasjon fra skoleutvalget vil gi økt kunnskap om utbredelse og karakteristika ved angstplager hos barneskole- elever. Dette er informasjon som kan være nyttig i det videre arbeid med å forebygge og intervensere i forhold til denne type plager.

Fordeler for vitenskapen: Studiet vil gjøre det mulig å normere to foreldre- og selvrapporteringskalaer for angstsymptomer som brukes i forskning og klinisk bruk i Norge, men som vi ikke har normdata på. Det er gjort lite forskning på barn som har både angstproblemer og eksternaliserende problemer, og på selvfølelse/søvn i denne gruppen, og det foreliggende forskningsprosjektet vil kunne bidra med kunnskap om disse temaene.

Ulemper

Den enkelte prosjektdeltaker: Spørreundersøkelsen vil kreve 1 skoletime for alle deltakerne. Dette vil gjennomføres i skoletiden og krever tid fra ordinær undervisning. Skolene vil bli bedt om å ikke registrere fravær for elevene som deltar i spørreundersøkelsen.

Grupper av personer: Skoleadministrasjon. For skoleadministrasjonen vil det bli merarbeid å sende ut informasjon om undersøkelsen. Lærere må også bruke en time av ordinær arbeidstid på å være med i timen når datainnsamlingen pågår.

Samfunn og miljø: Ingen

Tiltak

Skolene vil bli bedt om å ikke registrere fravær for elevene som deltar i spørreundersøkelsen,

slik at dette ikke blir registrert på elevens vitnemål. Prosjektet har også en beredskapsplan som er som følger:

Vi vil be lærere være oppmerksomme på om noen får negative reaksjoner etter å ha besvart undersøkelsen, og i så fall vil foresatte kontaktes. I tillegg vil vi gjøre skolehelsetjenesten og rådgivere oppmerksomme på at undersøkelsen pågår. Prosjektet vil også ha en beredskap i form av prosjektmedarbeider (psykologspesialist) som vil besvare henvendelser fra deltagere på telefon i perioden datainnsamlingen foregår, og vil kunne være behjelpelig med å viderefordre informasjon om hvordan fastlege eller skolehelsetjenesten kan kontaktes dersom det skulle bli behov for dette.

En nettside med informasjon om hvordan man kan ta kontakt med hjelpeapparatet og linker til relevante hjelpeinstanser og andre viktige nettsider for informasjon vil bli opprettet av forskningsprosjektet, og informert om til foresatte i samtykkeskrivet.

Forsvarlighet

Kartleggingen av angst, depresjonsplager, generell psykisk helse og selvfølelse antas ikke å innebære noe økt risiko for deltakerne. Undersøkelsen vil gi økt bevissthet om angstproblematikk, og informasjon om hvordan man kontakter hjelpeapparatet hvis man har bekymringer rundt barnets psykiske helse vil bli formidlet ved behov. Forskningsprosjektet vil medføre merarbeid for de involverte partene, men vil i hovedsak bringe nyttig kunnskap om angstproblematikk. Dette vil den enkelte prosjektdeltaker og skolehelsetjenesten som sådan kunne ha nytte av.

Referanser

Angold, A., Prendergast, M., Cox, A., Harrington, R., Simonoff, E., Rutter, M. (1995). The

- Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). *Psychological Medicine*, 25, 739-753.
- Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D. S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatry Clinics of North America*, 32(3), 483-524.
- Birmaher, B., Brent, D. A., Chiappetta, L., Bridge, J., Monga, S., & Baugher, M. (1999). Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): a replication study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(10), 1230-1236.
- Costello, E. J., Benjamin, R., Angold, A., & Silver, D. (1991). Mood variability in adolescents: a study of depressed, nondepressed and comorbid patients. *Journal of Affective Disorders*, 23, 199-212.
- Essau, C. A., & Gabbidon, J. (2013). *Epidemiology, Comorbidity and Mental Health Services Utilization*. In C. A. Essau & T. H. Ollendick (Eds.), *The Wiley-Blackwell Handbook of The Treatment of Childhood and Adolescent Anxiety* (p. 23-37). West Sussex, UK: John Wiley & Sons.
- Fisak, B. J., Richard, D., & Mann, A. (2011). The prevention of child and adolescent anxiety: a meta-analytic review. *Prevention science : the official journal of the Society for Prevention Research*, 12(3), 255–68. doi:10.1007/s11121-011-0210-0
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581–586. doi:10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x
- Hansen, B. H., Skirbekk, B., Ørbeck, B., Richter, J. & Kristensen, H. (2011). Comparison of sleep problems in children with anxiety and attention deficit/hyperactivity disorders. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 20, 321-330.
- Harter, S. (1985) *Manual for the Self-Perception Profile for children*. Denver: University of Denver.
- Heiervang, E., Goodman, A., & Goodman, R. (2008). The Nordic advantage in child mental health: separating health differences from reporting style in a cross-cultural comparison of psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 678-685.
- Heiervang, E., Stormark, K. M., Lundervold, A. J., Heimann, M., Goodman, R., Posserud, M. B. et al. (2007). Psychiatric disorders in Norwegian 8- to 10-year-olds: an epidemiological survey of prevalence, risk factors, and service use. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 46(4), 438-447.
- Helsedirektoratet (2008). *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge*. IS-1405.
- Helsedirektoratet (2010). *Folkehelsearbeidet – veien til en god helse til alle*. IS-1846.
- Kornør, H., & Heyerdahl, S. (2013). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Strengths and Difficulties Questionnaire, selvrappport (SDQ-S). *PsykTestBARN*. ISSN 1893-9910. (2).
- Lyneham H. J., Sbrulati, E. S., Abbott, M. J., Rapee, R. M., Hudson, J. L., Tolin, D. F., & Carlson, S. E. (2013). *Psychometric Properties of the Child Anxiety Life Interference Scale (CALIS)*. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 711-719.
- Mychailyszyn, M.P., Mendez, J.L., & Kendall, P.C. (2010). School functioning in youth with and without anxiety disorders: comparisons by diagnosis and comorbidity. *School Psychology Review*, 39(1), 106-121.
- Nauta, M. H., Scholing, A., Rapee, R. M., Abbott, M., Spence, S. H., & Waters, A. (2004). A

- parent-report measure of children's anxiety: Psychometric properties and comparison with child-report in a clinic and normal sample. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 813–839.
- Neil, A. L., & Christensen, H. (2009). Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. *Clinical Psychology Review*, 29(3), 208–15. doi:10.1016/j.cpr.2009.01.002
- Obel, C., Heiervang, E., Rodriguez, A., Heyerdahl, S., Smedje, H., Sourander, A., et al. (2004). The strengths and difficulties questionnaire in the Nordic countries. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13(2), II/32-II/39.
- Sanne, B., Torsheim, T., Heiervang, E., Stormark, K. M. (2009). The Strengths and Difficulties Questionnaire in the Bergen Child Study: A conceptually and methodically motivated structural analysis. *Psychological Assessment*, 23, 352-364.
- Stevanovic, D. (2013). Impact of emotional and behavioral symptoms on quality of life in children and adolescents. *Quality of Life Research*, 22(2), 333-337.
- Spence S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behavior Research and Therapy* 36, 545-66.
- Van Den Berg, B. R. H., & Marcoen, A. (1999). Harter's self-perception profile for children: factor structure, reliability, and convergent validity in a dutch-speaking Belgian sample of fourth, fifth and sixth graders. *Psychologica Belgica*, 39 (1), 29-47.
- Wergeland, G. J. H., Fjermestad, K. W., Marin, C. E., Haugland, B. S.-M., Bjaastad, J. F., Oeding, K., Bjelland, I., Silverman, W. K., Öst, L.-G., Havik, O. E., Heiervang, E. R. (submitted). *Individual versus group treatment for anxiety disorders in youth: an effectiveness study*.
- Wichstrøm, L. (1995). Harter's Self-Perception Profile for Adolescents: Reliability, validity and evaluation of the question format. *Journal of Personality Assessment*, 65(1), 100-116. doi: 10.1207/s15327752jpa6501_8

Engstelse hos barn/ungdom - EBU prosjektet

Forespørsel om deltakelse til aktuelle skoler

Bakgrunn og hensikt

Dere inviteres med dette til å delta i et forskningsprosjekt (EBU prosjektet) som undersøker engstelse hos barn og ungdom. Barn/ungdom og deres foreldre ved flere skoler i Sogn og Fjordane blir invitert til å delta i undersøkelsen. Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU Vest) er ansvarlig forskningsinstitusjon. Prosjektet er godkjent av den Regionale komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) Vest.

Redsel er en naturlig og viktig følelse. Uten evnen til å bli redd ville vi ikke være i stand til å oppdage og unngå fare. Mange opplever allikevel at redsel kan gjøre det vanskelig å bli med på aktiviteter og gjøre det man vil. På skolen kan dette skje i situasjoner hvor en skal fremføre noe i klasserommet, når man er med andre barn eller når en står overfor nye og ukjente situasjoner. For mange er engstelse noe som går over, mens det for andre kan fortsette å være et problem og bli verre. Angst er det vanligste problemet barn og unge sliter med, og det har sammenheng med hvordan man trives og fungerer senere i livet.

Forskningsprosjektet består av en undersøkelse hvor elever og deres foresatte blir bedt om å svare på et nettbasert spørreskjema om engstelse hos barn/ungdom. I tillegg til spørsmål om angstplager vil spørreskjemaet også spørre om andre ting (eks. generell psykisk helse, selvfølelse) som kan henge sammen med og gi oss ny forståelse av engstelse hos barn/ungdom. Undersøkelsen vil også gi oss kunnskap om spørreskjemaene vi bruker for å måle angstsymptomer med. Vi inviterer til deltakelse i undersøkelsen, uansett om eleven er plaget av engstelse eller ikke, og deltakelse i undersøkelsen er frivillig.

Hva innebærer deltagelse i den skolebaserte spørreundersøkelsen?

På de skolene som samtykker til deltakelse vil foreldre til elever i klassetrinnene 3., 4., 5., 6. og 7. få tilsendt informasjonsskriv og samtykkeskjema på forhånd fra forskningsprosjektet. De som samtykker leverer samtykkeskjema via ranselpost. Vi ønsker deretter at alle skoleklasser på skolen får en time til utfylling av et elektronisk spørreskjema der elevene der samtykke foreligger svarer på den nettbaserte undersøkelsen (varighet er en skoletime). Alle

foresatte som har samtykket blir bedt om å fylle ut et tilsvarende spørreskjema hjemme via en elektronisk link som de har fått tilsendt i informasjonsskrivet.

Hva innebærer dette av merarbeid for skolen?

Forskningsprosjektet vil trenge assistanse til følgende:

- Lærere vil få noe merarbeid i form av å samle inn samtykkeskjema, samt å lage en liste over hvilke elever i klassen som foreldrene har samtykket til deltakelse for. Vi vil også be om at lærerne sender en påminner på ukeplanen til elevene om at samtykker må leveres via ranselpost, samt at de er tilstede på den timen undersøkelsen gjøres.
- Skolen eller kommune vil få noe merarbeid i form av å gjøre tilgjengelig adressene til foresatte i de forskjellige trinn. Det er ønskelig at vi får postadresser til primæromsorgsperson for hver elev. Det er også ønskelig å få tilgang på epost lister hvis de er tilgjengelige, for å sende en påminnelse om undersøkelsen til foresatte. Vi trenger også assistanse til å få tilgang på klasserom med data og internett tilgang slik at undersøkelsen kan gjennomføres med klassene på de aktuelle klassetrinnene.

Mulige fordeler og ulemper

Deltagelse i undersøkelsen innebærer at deltakerne vil bli stilt spørsmål om psykisk helse som kan bli opplevd som følsomme. Dersom vi blir oppmerksomme på elever som får negative reaksjoner etter å ha besvart undersøkelsen vil foresatte kontaktes. I tillegg vil vi gjøre skolehelsetjenesten og rådgivere ved de aktuelle skolene oppmerksomme på at undersøkelsen pågår. I perioden datainnsamlingen foregår vil en psykologspesialist også kunne besvare henvendelser fra deltagere. En nettside med informasjon om hvordan man kan ta kontakt med hjelpeapparatet og linker til relevante hjelpeinstanser og andre viktige nettsider for informasjon vil bli lagt ut på <http://uni.no/en/uni-health/rkbu-vest/ebu-prosjektet/>

Utfylling i klasseromssituasjon kan skape opplevd press om å delta i undersøkelsen. Derfor vil vi presisere for eleven at deltakelse er frivillig, og elever som ikke vil delta vil få muligheten til å gjøre annet arbeid (eks. lekser) i timen. Det er kun elever der vi har fått samtykke av foresatte til deltakelse som vil bli forespurt om deltakelse i undersøkelsen. En masterstudent vil også være tilgjengelig under undersøkelsen.

Konfidensialitet og godkjenninger

All informasjon som samles inn vil bli behandlet konfidensielt. Informasjonen som registreres blir kun benyttet for å belyse forskningsspørsmål. Alle opplysninger vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Resultater fra prosjektet vil bli offentliggjort på gruppenivå, det betyr at ingen enkeltpersoner skal kunne gjenkjennes. Prosjektet er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK Vest).

Frivillig deltakelse i spørreundersøkelsen

Deltakelse i undersøkelsen er frivillig. Det verken knytter seg fordeler til det å delta eller ulemper til det å ikke delta. Deltakerne kan uten å oppgi grunn trekke deres samtykke til deltagelse. Alle som deltar i spørreundersøkelsen er med i trekningen av 3 stk Apple IpadMini

Hvem er ansvarlig for undersøkelsen?

Undersøkelsen blir gjennomført av en prosjektgruppe med medlemmer fra Uni Research Helse, Regionalt Kunnskapssenter for barn og unge Vest (RKBU Vest). Prosjektleder er Jon Fauskanger Bjåstad, doctor of psychology/psykologspesialist. Prosjektet er finansiert av RKBU Vest. Øvrig prosjektgruppe består av:

- Bente Storm Mowatt Haugland, forsker II, Uni Research Helse, RKBU Vest
- Gro Janne Wergeland, stipendiat, Helse Vest
- Tormod Bøe, forsker II, Uni Research Helse, RKBU Vest
- Marie Josefine Tallarek, forskningskonsulent, Uni Research Helse, RKBU Vest
- Synnøve Sæther, forskningskonsulent, Uni Research Helse, RKBU Vest
- Kirsten Flaten, spesialkonsulent, Helse Førde HF og Høgskulen i Sogn og Fjordane
- Lars-Göran Öst, professor, Karolinska Institutet/UiB
- Siri-Lise Solberg Nes, masterstudent Høgskulen i Sogn og Fjordane
- Siv Anette Slinde Thorsnes, masterstudent Høgskulen i Sogn og Fjordane
- Doris Christensen, masterstudent, Høgskulen i Volda/ PPT Florø

Med vennlig hilsen

Jon Fauskanger Bjåstad
Forsker, RKBU Vest, Uni Research Helse

Epost: jon.bjastad@uni.no Mobil: 45293852

Når treng barnet hjelp?

Av LIV STANDAL

Publisert: 11. februar 2015, kl. 16:15 Sist oppdatert: 11. februar 2015, kl. 16:15
Doris Christensen vil finne ut når barn treng hjelp til å takle engstelse.



Masteroppgåve: Doris Christensen hos Flora PPT synes det er ekstra spennande å forske på psykisk helse hos barn i annleisfylket. – Generelt sett har vi betre helse enn landsgjennomsnittet, så eg er spent på om det også gjeld her, seier ho. foto: liv standal

Christensen er pedagog hos PPT i Flora, og ho og to andre studentar ved Høgskulen i Sogn og Fjordane (HiSF) arbeider for tida med sitt masterstudium.

Del av normal utvikling

Angst har dei seinare åra vist seg som ei av dei psykiske helseutfordringane i befolkninga. Samstundes er det naturleg og naudsynt å kjenne på angst som ein del av den kjenslemessige utviklinga.

- I sju til ni månaders alder er helsestasjonen oppteken av om barnet viser separasjonsangst - det er det første tydelege teiknet på engstelse hos dei fleste barn. For dei fleste vil dette gå seg til, men for nokre vil dette med å forlate nære vaksne vere eit problem, forklarar Christensen.

Eit anna døme er at barna ofte blir redde for døden i førskulealder - då forstår dei kva døden inneber.

- Det er normalt. Men for nokre blir det eit problem som hindrar dei i det som skulle vere kjekt, til dømes å reise på overnattingsbesøk til vener, seier Christensen.

Det er nesten ingen barn innanfor hjelpeapparatet i dag som er der for å få hjelp med engstelse.

- Du har barn som er meir kranglete og vanskelege enn ønskjeleg, og som utfordrar omgjevnadane sine - det er desse vi ber om hjelp til, seier Christensen, og held fram:

- For vaksne er det lite fysisk utagering, men ganske mange som går på trygd og ikkje greier å leve livet som dei ønskjer på grunn av angst.

Kvar går grensa?

-Når vi skal vurdere alvorsgrad, spør vi mellom anna om engstelsen hindrar ein i gjere ting ein har lyst til.

No skal studentane forske på talmaterialet.

– Hovudmålet med innsamlinga er at vi skal få eit betre kunnskapsgrunnlag for barnebefolkninga, opplyser Christensen, og legg til at det fins lite slik tal per i dag. Er til dømes det slik at gutar har meir kontakt med hjelpeapparatet enn jenter? Er det dei yngste barna som har mest kontakt med helsevesenet, eller er dei eldre når dei får hjelp?

- Tanken er at vi skal få skikkelege data som vi kan bruke seinare.

Det vil komme info i posten til alle elevar i 3-7.klasse, og ho seier det er viktig å få svar også frå ein av barnet sine føresette.