

Potensielt traumatiske hendelser og psykisk helse i tidlig barndom

– *betydningen av risikofaktorer ved omsorgsgiver*

Janicke Toft Haugen og Liv Toril Rolseth



Innlevert som hovedoppgave ved Psykologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Høst 2010

Sammendrag

Forfattere: Janicke Toft Haugen & Liv Toril Rolseth

Tittel: Potensielt traumatiske hendelser og psykisk helse i tidlig barndom - betydningen av risikofaktorer ved omsorgsgiver.

Veileder: Anne Inger Helmen Borge

Biveileder: Jon Martin Sundet

Problemstillinger/forskningsspørsmål: Det har hittil vært begrenset forskning på hvordan traumatiske hendelser i tidlig barndom arter seg. Formålet med denne studien er derfor å undersøke sammenhenger mellom potensielt traumatiske hendelser og psykiske symptomer i en normalpopulasjon av førskolebarn, samt at vi vil undersøke om interpersonlige hendelser og ikke-interpersonlige hendelser er ulikt assosiert med symptomer. Videre vil vi undersøke om en eventuell sammenheng mellom potensielt traumatiske hendelser og psykiske symptomer vil bli mediert av risikofaktorer ved omsorgsgiver, henholdsvis psykopatologi og tilknytningsstil. Undersøkelsen er en delstudie i prosjektet "The matter of the first friendship" ("Det første vennskap"), ledet av Anne Inger Helmen Borge ved Universitetet i Oslo.

Prosjektet er longitudinelt, og 590 barn ved 32 barnehager i to distriktskommuner på Østlandet deltok i prosjektet fra 2006-2009. **Metode:** Denne undersøkelsen er basert på data fra første innsamling (T1). Potensielt traumatiske hendelser ble rapportert av foreldrene. For å måle symptomer hos barna, besvarte foreldre og lærere Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ). Omsorgsgivers psykiske helse ble målt ved Symptom Checklist-8 (SCL-8), og tilknytningsstil ble målt ved Experiences in Close Relationships (ECR).

Resultater: Potensielt traumatiske hendelser var assosiert med totale vansker, emosjonelle problemer og hyperaktivitet. Ikke-interpersonlige hendelser ble noe uventet funnet å være sterkere assosiert med symptomer i form av totale vansker og venneproblemer, enn interpersonlige hendelser. Omsorgsgivers psykiske helse medierte delvis sammenhengen mellom potensielt traumatiske hendelser og psykiske symptomer hos barna. Omsorgsgivers tilknytningsstil viste ingen medierende effekt. **Konklusjon:** Funnene i denne undersøkelsen underbygger viktigheten av å måle forekomst av traumer og symptomer i tidlig barndom. Det fremkommer i tillegg at det er viktig å ta i betraktning kontekstuelle risikofaktorer. Denne kunnskapen bør implementeres i utredning og behandling av små barn som har vært eksponert for potensielt traumatiske hendelser, for å sikre tidlig intervensjon.

Forord

Denne hovedoppgaven er et resultat av arbeid i prosjektet ”The matter of the first friendship”. Vi vil takke Anne Inger Helmen Borge som har gitt oss muligheten til å delta på et så stort og spennende prosjekt. Vi vil videre takke Anne Inger for veiledning, faglige innspill og positivt engasjement gjennom skriveprosessen.

Vi vil rette en stor takk til biveileder Jon Martin Sundet for god metode- og statistikkveiledning, og for interessante diskusjoner og gode innspill.

Jeg vil takke Cecilie og Astrid for korrekturlesing, og takke familien for tålmodig støtte og oppmuntring i arbeidet med hovedoppgaven.

Jeg ønsker å takke Mona-Iren for gode faglige diskusjoner og gode innspill underveis i oppgaveskrivingen. Jeg vil også takke Geir for godt samarbeid og fleksibilitet. Tusen, tusen takk til Randi for uvurderlig hjelp og barnepass, jeg er evig takknemlig. Sist men ikke minst vil jeg takke Truls for at han hver dag minner meg på hva som er viktig i livet.

Vi er to som har skrevet denne hovedoppgaven sammen. Det har vært en lang prosess, med mange krumspring før den endelige oppgaven tok form. Det har vært et inspirerende og trivelig samarbeid med mange interessante og morsomme diskusjoner. Uten samarbeidet hadde ikke denne oppgaven blitt til. Takk til hverandre!

Oslo, 19. oktober, 2010

Janicke Toft Haugen & Liv T. Rolseth

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Sammenheng mellom traumatiske hendelser og psykisk helse hos barn	2
1.1.1	Reaksjoner i etterkant av traumatiske hendelser	3
1.1.2	Interpersonlige versus ikke-interpersonlige hendelser	4
1.1.3	Hvordan håndterer barn traumatiske hendelser?	7
1.2	Risikofaktorer ved omsorgsgiver – sammenheng med psykiske symptomer hos barn8	
1.2.1	Omsorgsgivers psykiske helse	8
1.2.2	Omsorgsgivers tilknytningsstil.....	11
1.3	Oppsummering og tema for studien	13
2	Metode.....	15
2.1	Utvelging av barnehager og rekrutteringsstrategi	15
2.1.1	Sosial seleksjon	16
2.2	Design.....	16
2.2.1	Spørreskjema til foreldre og lærere.....	16
2.3	Deskriptive analyser	17
2.3.1	Deltakere	17
2.3.2	Potensielt traumatiske hendelser	17
2.4	Instrumenter/målinger	18
2.4.1	Psykiske symptomer hos barna	18
2.4.2	Omsorgsgivers psykiske helse	20
2.4.3	Omsorgsgivers forhold til sine nærmeste (tilknytningsstil).....	21
2.5	Statistiske analyser	22
3	Resultater.....	25
3.1	Potensielt traumatiske hendelser	25
3.2	Potensielt traumatiske hendelser og psykiske symptomer hos førskolebarn.....	25
3.2.1	Sammenheng mellom alvorlig hendelse og psykiske symptomer hos barna	25
3.2.2	Gjennomsnittsskårer (SDQ) for opplevd alvorlig hendelse og ikke opplevd alvorlig hendelse	27
3.2.3	Gjennomsnittsskårer (SDQ) for interpersonlige hendelser og ikke-interpersonlige hendelser.....	28
3.3	Risikofaktorer ved omsorgsgiver - medierende faktorer?	30

3.3.1	Sammenhenger mellom alvorlig hendelse, risikofaktorer ved omsorgsgiver og psykiske symptomer hos barn	31
4	Diskusjon.....	35
4.1	Potensielt traumatiske hendelser og psykiske symptomer hos barn.....	36
4.1.1	Informantvarians	36
4.1.2	Faktorer ved omsorgsgiver.....	37
4.2	Interpersonlige hendelser versus ikke-interpersonlige hendelser	37
4.2.1	Informantvarians	38
4.3	Risikofaktorer ved omsorgsgiver – medieringseffekter	39
4.3.1	Omsorgsgivers psykiske helse	39
4.3.2	Omsorgsgivers tilknytningsstil.....	40
4.3.3	Direkte effekt av hendelse på symptomer?	40
4.4	Alvorlig hendelse.....	41
4.4.1	Hva kvalifiserer til potensielt traumatisk hendelse?	41
4.4.2	Antall barn i ”alvorlig hendelse” gruppen.....	42
4.5	Generaliserbarhet.....	43
4.5.1	Representativt utvalg.....	43
4.5.2	Utvalgsstørrelse og – populasjon	44
4.5.3	Styrker og begrensninger	44
4.6	Konklusjon.....	45
	Litteraturliste	47
	Appendiks 1 vedlagt	

1 Innledning

Eksposering for potensielt traumatiske hendelser i barndommen kan føre til alvorlige helsemessige konsekvenser. Forskning på eldre barn og ungdom har vist at depresjon, angst og posttraumatiske stressreaksjoner i stor grad kan påvirke barns utvikling og livsutfoldelse (Kilpatrick et al., 2003; Copeland, Keeler, Angold & Costello, 2007). Imidlertid er det relativt få studier som har undersøkt effekten av traumatiske hendelser blant førskolebarn (Graham-Bermann et al., 2008; Briggs-Gowan et al., 2010). I et historisk tidsperspektiv kan dette skyldes at det tidligere var en tendens til å tro at psykologiske traumer i tidlig barndom ikke kunne føre til alvorlige konsekvenser (Ford, Pat-Horenczyk & Brom, 2009). En annen mulig årsak er utfordringer i forhold til å oppdage symptomer hos preverbale barn i forhold til eldre barn (Scheeringa, Zeanah, Myers & Putnam, 2003). Forskning på både mennesker og dyr viser imidlertid at tidlige negative erfaringer kan ha varig effekt på blant annet hjernestrukturer og affektiv prosessering, noe som viser at tidlig barndom kan være en kritisk periode med hensyn til eventuell effekt av traumatiske hendelser (Pine, 2007).

I hvilken grad potensielt traumatiske hendelser fører til psykiske vansker hos barn, avhenger av flere faktorer, som for eksempel type hendelse, grad av fare og barnets subjektive opplevelse av hendelsen. Også andre forhold ved barnet som tilknytning, mestring, kompetanse, sosiale ferdigheter, familieforhold, opplevelse av sammenheng og kvaliteten på barnets nære relasjoner, kan ha betydning for hvordan barnet opplever og mestrer traumatiske hendelser (Heyerdal, 2000). Foreldre som gir god omsorg kan bidra til økt mestring (Ghazinour, Richter, Emami & Eisemann, 2003), mens foreldre som overveldes av egne emosjonelle reaksjoner kan bidra til økt risiko for psykiske vansker hos barnet (Fairbrother, Stuber, Galea, Fleischman & Pfefferbaum, 2003).

Ved forskning på barn og potensielt traumatiske hendelser er det derfor viktig å ta i betraktning barnets øvrige livssituasjon. Stressende kontekstuelle risikofaktorer kan både direkte og indirekte berøre barnet, og på den måten være en potensiell årsak til psykiske vansker hos barn. Forskning har for eksempel vist at psykopatologi og tilknytningsvansker hos omsorgsgiver er risikofaktorer for utvikling av psykiske symptomer hos barn. I tillegg viser studier på eldre barn som har opplevd traumatiske hendelser at dårligere prognoser har en tendens til å være assosiert med psykopatologi hos foreldrene (Turner, Finkelhor &

Ormrod, 2006; Scheeringa, 2009). Det vil derfor være viktig å prøve å holde effekten av risikofaktorer ved omsorgsgiver adskilt fra effekten av traumatiske hendelser.

Hensikten med denne studien er derfor å se nærmere på sammenhengen mellom potensielt traumatiske hendelser og psykiske symptomer hos barn i førskolealder, samt at vi vil undersøke om risikofaktorer hos omsorgsgiver medierer en slik sammenheng.

Begrepsavklaring

I denne studien definerte vi en undergruppe av barn som foreldrene rapporterte hadde opplevd en alvorlig/potensielt traumatisk hendelse. Imidlertid inngår ikke spørsmål om reaksjoner eller symptomer direkte relatert til hendelsen i datamaterialet som ligger til grunn for studien. Vi har derfor valgt å bruke begrepet *potensielt traumatisk hendelse*. I det ligger at de aller fleste hendelsene som ble rapporterte, oppfylte DSM-IV kriteriet for en traumatisk hendelse (PTSD - kriterium A1) (DSM-IV-TR, 2000) (American Psychiatric Association), men vi har ingen mål på barnets umiddelbare reaksjon etter hendelsen (kriterium A2). Siden begrepet ”alvorlig hendelse” er brukt i spørreskjemaet, vil dette begrepet og ”potensielt traumatisk hendelse” brukes litt om hverandre i studien.

1.1 Sammenheng mellom traumatiske hendelser og psykisk helse hos barn

Potensielle psykologiske traumer er et vanlig fenomen i barns liv. Definisjonen av en potensielt traumatisk hendelse utgjør såkalt kriterium A1 i diagnosen posttraumatisk stresslidelse (PTSD) (DSM-IV-TR, 2000), og er definert som ”en direkte personlig opplevelse av en hendelse som medfører død, eller fare for død eller alvorlig skade, eller annen trussel i forhold til ens fysiske integritet; eller å være vitne til en hendelse som involverer død, skade eller trussel i forhold til en annen persons fysiske integritet; eller å bli fortalt om uventet eller voldelig død, alvorlig skade, eller trussel om død eller skade, erfart av et familiemedlem eller en av ens nærmeste”.

Mange barn opplever årlig å bli utsatt for hendelser som kan oppleves som traumatiske, det være seg alvorlige ulykker, katastrofer, plutselig eller skremmende dødsfall, overfall, voldelige episoder innen eller utenfor familien og forsøk på eller gjennomført voldtekt. Det kan dreie seg om fysiske, seksuelle og emosjonelle overgrep, samt omsorgssvikt. Det kan

også oppleves som traumatisk om en er vitne til at andre blir utsatt for denne typen hendelser, som for eksempel ved vold i hjemmet. I amerikanske studier anslås det at 25 % av alle barn og ungdom opplever minst en traumatisk hendelse i løpet av livet (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress [NKVTS], 2007).

1.1.1 Reaksjoner i etterkant av traumatiske hendelser

Som nevnt innledningsvis var det tidligere liten interesse i forskningsfeltet for traumer hos barn, antagelig fordi det var en gjengs oppfatning om at barn og unge ikke tok alvorlig skade av å bli utsatt for emosjonelle eller fysiske traumer (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry [AACAP], 1998).

Imidlertid har det de senere årene vært økt fokus på hvilke skadelige effekter opplevelsen av alvorlige hendelser kan ha på barns utvikling. Nyere forskning på barn viser at dette kan ha skadelige konsekvenser for barns utvikling og fysiske og mentale helse. Barn som har vært utsatt for potensielt traumatiske hendelser kan utvikle forbigående, eller kroniske fysiske, atferdsmessige, eller emosjonelle helseproblemer, som kan inkludere posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Studier har i tillegg vist at barn som har opplevd traumatiske hendelser har omtrent dobbelt så stor sannsynlighet for å bli diagnostisert med en psykisk lidelse, spesielt angst- og depresjonslidelser, sammenlignet med barn som ikke har opplevd traumatiske hendelser (Copeland et al., 2007; Ford, Pat-Horenczyk & Brom, 2009). En ny epidemiologisk studie viste at en fjerdedel av barn fra 6-36 måneders alder som hadde vært utsatt for en potensielt traumatisk hendelse, hadde større grad av symptomer i form av eksternalisering, dysregulering, atypisk og maladaptiv atferd sammenlignet med en kontrollgruppe. Disse barnas emosjonelle reaksjon på traume ble uttrykt gjennom endret atferd, og reaksjonen var ofte forsinket, noe som reflekterer at deres kognitive prosesseringskapasitet fremdeles er under utvikling (Mongillo, Briggs-Gowan, Ford & Carter, 2009).

Andre symptomer som er spesifikke for yngre barn som har vært utsatt for traumatiske hendelser er traumespesifikk gjentakelse i lek, repetitiv lek og regressive symptomer som mindre verbalisering og sengevæting (Graham-Bermann et al., 2008).

I hvilken grad alvorlige hendelser har en traumatisk effekt på barn varierer i forhold til barnets alder og utviklingsnivå, samt det enkelte individs sårbarhet og unike reaksjon på hendelsen.

For noen barn kan det for eksempel oppleves traumatisk å bli plutselig adskilt fra sin omsorgsgiver (Giaconia et al, 1995).

PTSD

For å oppfylle kriteriene for en PTSD-diagnose må en i første omgang ha vært utsatt for en potensielt traumatisk opplevelse (kriterium A1), og barnet må ha subjektivt reagert på hendelsen med intens frykt, hjelpsløshet eller skrekk. Responsen må også omfatte desorganisert eller agitert atferd (kriterium A2). I tillegg må en oppleve symptomer innenfor hver av de tre symptom-gruppene: gjenopplevelse av den traumatiske hendelsen (kriterium B), unngåelse av stimuli assosiert med hendelsen og/eller nummenhet i generell responsivitet (kriterium C), og kronisk forhøyet fysiologisk aktivering (kriterium D) (*DSM-IV-TR*, 2000).

Imidlertid får ikke alle barn som opplever en potensielt traumatisk hendelse diagnosen PTSD. PTSD symptomer opptrer hyppigst hos barn som utsettes for gjentatte traumatiske hendelser, eller som sliter med angstlidelser i utgangspunktet. Forskning har dessuten vist at barn som kommer best ut av et traume har hatt omsorgsgivere som har støttet barnet og hjulpet det til å bearbeide hendelsen, og som i tillegg har vært en trygg base hvor barnet har kunnet søke tilflukt. Hendelser som vold og seksuelle overgrep innen familien fører ofte til at barn får et komplisert forhold til sine omsorgsgivere, og der omsorgsgiverne ikke lenger fungerer som en trygg base for barnet (Cohen, 2009).

1.1.2 Interpersonlige versus ikke-interpersonlige hendelser

Forskning på traumer skiller ofte mellom ikke-interpersonlige og interpersonlige hendelser, som også betegnes som henholdsvis Type 1 og Type 2-traumer (Terr, 1991). Interpersonlige traumer er hendelser hvor barn blir utsatt for overgrep eller omsorgssvikt fra sine omsorgsgivere, eller andre de har en nær relasjon til. I tillegg inngår også sykdom og død i nærmeste familie i denne kategorien. Ikke-interpersonlige hendelser er ikke-intensjonelle handlinger utført av andre, og inkluderer ulykker, naturkatastrofer, brann, fysiske skader og dyreangrep. I litteraturen er det beskrevet at interpersonlige traumer er forbundet med flere og mer alvorlige symptomer enn ikke-interpersonlige hendelser.

Til tross for økt fokus på barn og traumer har det inntil nylig vært få studier som har sett på hvordan ulike typer hendelser arter seg i tidlig barndom. Briggs-Gowan og kolleger (2010)

undersøkte 213 barn i alderen 24–48 måneder, og delte inn i to typer hendelser, henholdsvis voldshendelser, innen familien og utenfor, og ikke-interpersonlige hendelser. De fant at at ikke-interpersonlige hendelser kun var assosiert med spesifikke fobier, mens voldshendelser viste sammenheng med PTSD, depresjon, separasjonsangst og atferdsproblemer.

I en annen studie av 138 barn i alderen 3–5 år, viste resultatene at barn som hadde opplevd familievold, tap innen familien og hadde separerte eller skilte foreldre med høy grad av konflikt, hadde større grad av posttraumatiske symptomer enn barn som hadde opplevd at noen utenfor den nærmeste familien, eller et kjæledyr hadde vært utsatt for en ulykke eller dødd (Graham-Bermann et al., 2008).

Disse resultatene indikerer at også for barn i tidlig barndom er interpersonlige hendelser forbundet med større grad av symptomer enn ikke-interpersonlige hendelser. Det er to typer interpersonlige hendelser som peker seg ut, nemlig vold i nære relasjoner og seksuelt misbruk.

Vold i nære relasjoner

Fedre som utøver vold mot mor, er den vanligste formen for vold i hjemmet, og barn er ofte vitne til disse hendelsene. Volden vil ofte gjennomsyre barns livsmiljø, og auditive minner om voldelige episoder er funnet å være det som plager barna mest i ettertid (Överlien, 2007; Överlien & Hydén, 2007).

Nyere forskning har vist at spedbarn som var vitne til vold mellom foreldrene, eller som var utsatt for vold fra søsken, responderte negativt på dette som målt ved ”The infant traumatic stress questionnaire” og ”The brief infant toddler social and emotional assessment” (foreldrerapportert). I en studie av Turner, Finkelhor, Ormrod & Hamby (2010) som inkluderte 503 barn som var yngre enn to år, hadde 31,6 % opplevd direkte eller indirekte vold, eller vært vitne til vold.

Barn i yngre aldersgrupper ser ut til å oppleve flere problemer ved å være vitne til vold i hjemmet, enn eldre barn. I en kasstudie av et barn som var vitne til fars vold og drap på mor ved 19 måneders alder, hadde barnet implisitt hukommelse om hendelsen ved 11 års alder. Barnet opplevde da å bli eksponert for en traumeopåminner, og opplevde forverring av PTSD-symptomer og regresjon til et tidligere utviklingstrinn (Kaplow, Saxe, Putnam, Pynoos & Lieberman, 2006). Det er også funn som viser at barn fra 12 måneders alder og opp til seks år,

reagerer med fysiologiske og psykologiske problemer ved å være vitne til verbal vold mellom foreldrene (Meltzer, Doos, Vostanis, Ford & Goodman, 2009). Spedbarn som bor i voldelige hjem, har i tillegg oftere forstyrret søvn og problemer i forhold til matning, noe som igjen kan resultere i for liten vektøkning (McFarlane, Groff, O'Brien & Watson, 2003; Hornor, 2005). Også ved PTSD forekommer ofte forstyrret søvn, da det høye fysiologiske aktiveringsnivået gjør det vanskelig å sovne eller opprettholde søvn (Grova, 2007).

Oppsummerende kan vi si at barn som er vitne til vold er mer sårbare i forhold til utvikling av atferdsforstyrrelser, PTSD, og regressive symptomer. Det er uenighet i litteraturen om i hvilken grad det fører til utvikling av emosjonelle problemer (Meltzer et al.; 2009; Hornor, 2005; Briggs-Gowan et al., 2010). Forskning har i tillegg vist at noen barn viser resiliens i forhold til denne type vold, denne gruppen barn er det lite forsket på (Överlien, 2007; Överlien & Hydén, 2007).

Seksuelle overgrep

Mange barn er utsatt for seksuelle overgrep. Å utsette eller unnlate å fortelle om seksuelle overgrep i barndommen er vanlig. Relasjonen til overgriper, barnets alder, barnets kognisjon om opplevd ansvar for overgrepene og frykt for negative konsekvenser, er faktorer som er avgjørende for at barn unnlater å fortelle om overgrepene til en betrodd voksenperson (Goodman-Brown, Edelstein, Goodman, Jones & Gordon, 2003). Dette gjelder i større grad for intrafamiliære overgrep (incest) enn ektrafamiliære overgrep. Incest bidrar dessuten til at barnet i større grad opplever følelse av medansvar for overgrepene, noe som kan øke følelsen av skam og skyld, samt at det kan gjøre det ekstra vanskelig for barnet å avsløre overgrepet.

Eldre barn frykter i større grad konsekvensene av å betro seg om overgrep, enn yngre barn. Ofte er det redsel for at det skal gå utover andre familiemedlemmer som ikke er involvert i overgrepene, som mor og yngre søsken. Mange barn utsetter å berette om overgrep i flere uker, måneder, eller år, mens atter andre ikke forteller om det før i voksen alder, eller aldri (Goodman-Brown et al., 2003).

Det er ofte lettere for barn å fortelle om en enkeltstående voldtekt begått av en person utenfor familien, enn å fortelle om gjentakende seksuelle overgrep begått av ett familiemedlem. Smith og kolleger (2000) undersøkte 288 kvinner som rapporterte retrospektivt om seksuelle overgrep i barndommen. 28 % valgte ikke å fortelle om overgrepene før de ble intervjuet om

dette i nevnte studie, mens 47 % valgte ikke å fortelle om det før det var gått mer enn fem år etter hendelsen. De fleste valgte å fortelle om overgrepene først til en venn framfor mor.

1.1.3 Hvordan håndterer barn traumatiske hendelser?

Det er tre prosesser som har betydning i forhold til hvordan barn mestrer traumer eller kriser:

1) hvordan barnet fortolker hendelsen, 2) barnets respons på hendelsen og 3) andres reaksjoner på barnets respons. Det at barn mestrer innebærer altså en fortolkning av hendelsen, og at barnet responderer på hendelsen. Andre personers reaksjoner vil igjen påvirke barnets forståelse, og dermed virke som en hermeneutisk sirkel (Jensen, 2007).

Barn håndterer psykologiske traumer og posttraumatiske problemer på svært ulike måter, blant annet ved angst, depresjon, sinne, dissosiering, manglende impuls kontroll, samt ved å føle seg fremmedgjort. Andre opplever kroniske, psykologiske, medisinske og adferdsmessige problemer og hos noen barn blir problemene mer alvorlige og omfattende over tid. Noen barn er hardt rammet til å begynne med, men viser senere resiliens ved å legge bak seg den stressende opplevelsen og gjenoppta en god fungering. Andre veksler mellom resilient tilpasning, periodisk uro og dysfunksjonell adferd (Brom, Pat-Horenczyk & Ford, 2009). Atter andre kan være nærmest upåvirket av psykologisk stress og kanskje til og med vokse seg sterkere i møtet med et traume, disse opplever posttraumatisk vekst (Layne, Beck, Rimmasch, Southwick, Moreno & Hobfoll, 2009).

Spedbarn og barn i tidlig førskolealder viser sjelden symptomer som er sammenfallende med voksen PTSD, dette på grunn av begrenset evne til verbalisering og lite utviklede visuospatiale, sosiale og kognitive evner. Småbarn har flere atferdsmessige og utviklingsmessige symptomer som frykt, separasjonsangst, forstyrret søvn, samt posttraumatisk lek hvor de utspiller det traumatiske tema. Det kan også være at de ikke utvikler aldersadekvate milepæler, eller mister tidligere oppnådde utviklingsmessige milepæler (Scheeringa, Wright, Hunt & Zeanah, 2006).

Barn som har opplevd en enkelt traumatisk hendelse greier seg ofte bedre enn barn som har vært utsatt for gjentatte traumatiske hendelser (Copeland, Keeler, Angold & Costello, 2007), eller har vært utsatt for polytraumatisering som er et begrep som beskriver antallet *ulike* traumatiske hendelser (Gustafsson, Nilsson & Svedin, 2009). Polytraumatisering er et begrep

som ble utledet fra begrepet polyviktisering, og som utdyper det faktum at barn som blir utsatt for *en* type overgrep ofte blir utsatt for flere (Finkelhor, Ormrod & Turner, 2007).

Små barns hjerner er i kontinuerlig utvikling og er dermed sårbare for strukturelle og funksjonelle langtidseffekter i form av nevrokognitive svekkelser, som følge av psykologiske traumer eller PTSD (Mongillo et al., 2009). Interpersonlige traumer ser ut til å ha størst negativ betydning for barns utvikling (Briggs-Gowan et al., 2010).

1.2 Risikofaktorer ved omsorgsgiver – sammenheng med psykiske symptomer hos barn

Som nevnt innledningsvis kan stressende kontekstuelle risikofaktorer direkte og indirekte berøre barnet, og på den måten være en potensiell årsak til psykiske vansker hos barn. Det vil være viktig å prøve å holde effekten av risikofaktorer ved omsorgsgiver adskilt fra effekten av traume. I det videre vil vi redegjøre for to risikofaktorer ved omsorgsgiver: psykiske helse og tilknytningsstil.

1.2.1 Omsorgsgivers psykiske helse

Mange barn har en mor eller far som har psykiske problemer, fra milde symptomer til alvorlige sinnslidelser. Ca. 30 % av voksne i USA rapporterer å ha hatt minst én psykisk lidelse de siste seks måneder (Kessler et al., 1997), og over halvparten av disse har barn (Nicholson, Larkin, Simon, & Banks, 2001). Dette er i overensstemmelse med norske forhold, hvor Folkehelseinstituttet rapporterer at en tredjedel av befolkningen i Norge i løpet av et år vil ha en psykisk lidelse, og at ca. halvparten vil rammes av minst én psykisk lidelse i løpet av livet. De mest vanlige lidelsene er angst, inkludert ulike fobier, depresjon og rusrelaterte lidelser (Mykletun, Knudsen & Mathiesen, 2009).

Det er ikke unormalt å ha psykiske vansker en gang i løpet av barndommen, og 8 % av barn og unge i Norge har til enhver tid en psykisk lidelse (Mykletun, Knudsen & Mathiesen, 2009). Forskning har vist at mer enn 30 % av 16 åringer i løpet av barndommen har hatt symptomer som kvalifiserer til en psykisk lidelse, som for eksempel depresjon eller atferdsforstyrrelse (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler & Angold, 2003).

Å vokse opp i en familie hvor foreldrene har psykiske vansker som varer over lengre tid, er en av flere faktorer som gir stor risiko for å utvikle psykiske lidelser i barndommen (Oppedal et al., 2009), og studier har vist at barn av mødre med psykiske problemer er i risikogruppe for utvikling av psykopatologi (Goodman & Gotlib, 1999; Wan, Abel & Green, 2008). Generelt sett er angstlidelser den vanligste psykiske lidelsen, uavhengig av alder, etterfulgt av depresjon (Mykletun, Knudsen & Mathiesen, 2009).

Sammenheng mellom psykopatologi hos voksne og psykiske vansker hos barn

Det er gjort mye forskning på sammenhengen mellom psykopatologi hos foreldre og psykiske vansker hos barn. En av de aller største risikofaktorene for utvikling av psykopatologi hos barn generelt, og depresjon spesielt, er at mor eller far har en depresjonslidelse. På grunn av at depresjon forekommer hyppigere hos kvinner enn hos menn, og det faktum at mødre tradisjonelt har vært mer tilgjengelig for forskning enn fedre, så har forskning på foreldredepresjon hovedsakelig hatt fokus på depresjon hos mødre (Tompson et al., 2010).

Det er også gjort studier som viser at det er større risiko for negative konsekvenser av depresjon blant mødre enn blant fedre (Foley et al., 2001). Hammen, Burge, Burney og Adrian (1990) fulgte 92 barn av mødre med depresjon over en periode på tre år. Ved studiens start var barna i alderen 8 til 16 år. Sammenlignet med barn av mødre som ikke hadde en psykisk lidelse, så var det høy forekomst av depresjonsdiagnoser, samt tilbakefall og kronisitet, blant barn av deprimerte mødre. I en annen longitudinell studie ble 105 barn i barne- og ungdomsskolen fulgt over en fire års periode (Beardslee, Keller, Lavori, Staley & Sacks, 1993). Alle barna hadde foreldre med affektive lidelser, inkludert unipolar og bipolar depresjon. Resultatene viste at 26 % av barn av foreldre med affektive lidelser selv oppfylte kriteriene for en affektiv lidelse. Til sammenligning var prosentandelen 14 % hos barn med foreldre som hadde annen psykisk lidelse, og 10 % hos barn hvis foreldre ikke hadde en psykisk lidelse.

Som nevnt foreligger det mye forskningsdata på foreldredepresjon og sammenheng med psykopatologi hos barn. Imidlertid er det relativt sjelden at barn ene og alene har depressive symptomer. Ofte foreligger komorbiditet med andre internaliserende symptomer, som angstlidelser, men også eksternaliserende symptomer, som atferdsforstyrrelse og hyperaktivitet (Hammen et al., 1990).

Forskning viser at også angstlidelser og eksternaliserende symptomer hos barn er assosiert med psykopatologi hos foreldrene. I en review artikkel undersøkte Glasheen, Richardson og Fabio (2010) eventuell effekt av angst hos nybakte mødre på barnas psykiske helse.

Resultatene viste at angst hos mor åtte uker etter fødsel var assosiert med økt risiko for emosjonelle symptomer hos gutter og jenter, samt atferdsproblemer hos jenter, målt ved fire års alder. I en annen studie fant man at barn som ble eksponert for depresjon hos mor fra de var fem til sju år, viste økning i atferdsproblemer og antisosial atferd, målt ved sju års alder (Kim-Cohen, Moffitt, Taylor, Pawlby & Caspi, 2005).

Mor som informant

Funnene ovenfor bekrefter at det er sammenheng mellom psykisk syke foreldre og utvikling av psykopatologi hos barn, og at foreldres psykiske helse således utgjør en risikofaktor for barn. Imidlertid er det ofte slik at forskning på psykopatologi hos barn benytter foreldre, og oftest mor, som informant i forhold til barnets psykiske helse.

Forskning har vist at mødres vurdering av egne barns mentale helse kan påvirkes og forvrenges av mors mentale tilstand (Richters, 1992; Najman et al., 2000). Forvrengning er i denne sammenheng definert som vurderinger som konsistent enten overestimerer eller underestimerer et barns problemer eller styrker (Hennigan, O'Keefe, Noether, Rinehart & Russel, 2006). Det setter spørsmålsteget ved om psykiske symptomer hos barn, rapportert av foreldre med psykiske lidelser, representerer faktisk symptomatologi eller forvrengte persepsjoner av barnets fungering.

Forklaringsmodeller

Ulike modeller er foreslått for å forklare hvorfor psykopatologi hos foreldre har en tendens til å være assosiert med psykiske vansker hos barn. En forklaring kan være såkalt "delt genetisk sårbarhetsmodell", hvor psykopatologi hos foreldre overføres til barna via sårbarhetsgener (Scheeringa, 2009). Studier har også vist at depresjon hos mor kan føre til usikker eller desorganisert tilknytning hos barnet, noe som igjen kan være en risikofaktor for å utvikle internaliserende symptomer i tidlig barndom, og senere depresjon (Wan & Green, 2009).

Det er videre en mulighet for at foreldresymptomer oppstår som en respons på symptomer hos barnet, det vil si en bidireksjonell modell (Scheeringa, 2009), eller som en respons på at

barnet opplever en traumatisk hendelse (Cohen, 2009). Forskning har vist at foreldres emosjonelle reaksjoner på en traumatisk hendelse utgjør en sterk mediator av barnets posttraumatiske symptomer (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1998), og andre hevder sågar at omsorgsgivers respons er det som sterkest predikerer barnets reaksjon (Graham-Bermann et al., 2008). I en reviewstudie viste resultater at betydningen av foreldres reaksjoner var en sterkere prediktor av posttraumatiske symptomer hos barn enn selve hendelsen. For eksempel var økt grad av foreldreangst i etterkant av hendelsen assosiert med dårligere utfall for barnet (Scheeringa & Zeanah, 2001). Eventuelle funn som viser at foreldresymptomer medierer sammenhenger mellom hendelser og symptomer hos barn, indikerer støtte til disse modellene.

Som vi kommer mer inn på senere, kan det også dreie seg om en rapporteringsbias, hvor foreldrene overrapporterer symptomer.

1.2.2 Omsorgsgivers tilknytningsstil

Hazan og Shaver (1987) utvidet Ainsworths tilknytningsbegrep til også å gjelde voksnes tilknytningsmønster, og de delte disse inn i tre kategorier tilsvarende Ainsworths kategorier for spedbarn (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978).

Studier har vist at for spedbarn utgjør foreldre med en desorganisert tilknytningsstil en risikofaktor for senere utvikling av psykopatologi hos barnet i førskolealder, i midtre barndom og i tenårene (Lyons-Ruth, 1996). Desorganisert tilknytning utgjør en usikker tilknytningsstil hos barnet, noe som kan ha sammenheng med unnvikende/angstpreget tilknytningsstil hos foreldrene.

Foreldres tilknytningsstil bestemmer i utstrakt grad barns tilknytningsstil. Ved bruk av "the Adult Attachment Interview" (AAI) (Main, 1996), som er et mål for foreldrenes utsagn om sine egne tidlige tilknytningsforhold, kunne disse deles inn i kategorier som senere har vist seg å ha en nær sammenheng med spedbarns tilknytningsmønster (van Ijzendoorn, 1995). Denne intergenerasjonelle overføringen antas å være et resultat av kvaliteten på omsorgsgivers mentale representasjoner av andre og seg selv i forhold til andre, og kvaliteten på omsorgsgivers internaliserte tilknytnings-representasjoner i interaksjonen med spedbarnet (Crittenden, 1992).

Forskning har vist at refleksiv funksjon, også kalt mentalisering, hos omsorgsgiver, kunne predikere klassifisering av spedbarnstilknytning. Høy grad av refleksiv funksjon hos omsorgsgiver hadde en sterk sammenheng med trygg spedbarns tilknytning, mens lav grad av refleksiv funksjon var forbundet med usikker tilknytning hos spedbarnet (Fonagy, Steele, Steele, Moran & Higgitt, 1991; Fonagy, Steele, Moran, Steele & Higgitt, 1993). En unnvikende tilknytningsstil kan bidra til å forklare barns reaksjoner på smertefulle medisinske prosedyrer, som for eksempel vaksiner. Barn av foreldre som skåret høyt på unnvikende tilknytning var mer opprørte, enn barn av foreldre som skåret lavt på unnvikende tilknytning (Quas et al., 1999, Edelstein et al., 2004)

Forholdet mellom psykisk ubehag hos barn og unnvikende atferd hos omsorgsgiver, kan reflektere omsorgsgivers manglende evne til å fungere som en tilknytningsfigur for barnet. Barn som opplever at de ikke kan søke trøst og støtte hos omsorgsgiver, har større sannsynlighet for å få et forhøyet stressnivå. Foreldres evne til å gi omsorg er blitt funnet å ha nær sammenheng med tilknytningssystemet når barn er stresset eller i fare. På sikt kan barn av unnvikende foreldre utvikle oppfatninger om at alvorlige hendelser er utenfor deres kontroll, og at stressende hendelser ikke kan kontrolleres (Edelstein et al., 2004). Foreldre med en unnvikende tilknytningsstil er generelt sett ukomfortable med følelsesuttrykk, sårbarhet og uro, og de ønsker dermed å deaktivere behovet for omsorg hos barnet umiddelbart. Unnvikende omsorgsgivere overser ofte signaler i konteksten som kan indikere et økt omsorgsbehov hos barnet. Videre vil unnvikende omsorgsgivere kanskje ønske å deaktivere behovet for omsorg så raskt som mulig, mens en trygg omsorgsgiver vil kunne tilpasse omsorgen til barnets behov (Feeney & Collins, 2003).

Omsorgsgivere som har en unnvikende tilknytning tenderer til å distansere seg fra andre som mestringsstrategi i stressede situasjoner (Mikulincer, Florian & Weller, 1993). Således kan man tenke seg at foreldre med unnvikende tilknytningsstil, kan ha vansker med å forholde seg til et barn som har opplevd et traume og som reagerer emosjonelt på dette. Ut fra denne forståelsen vil unnvikende foreldre trekke seg unna og ikke ønske å forholde seg til barnets reaksjon på traumet, noe som igjen kan føre til at barnet ikke får bearbeidet traumet og at symptomtrykket øker hos barnet.

Foreldre med en unnvikende tilknytningsstil ser ofte på seg selv som mindre kompetente omsorgsgivere. Bekymringer knyttet til deres utøvelse av foreldrerollen, kan føre til at de velger å trekke seg unna sine barn akkurat når deres foreldrekompetanse er som mest påkrevet

(Feeney & Collins, 2003). Studier har vist at foreldre med en angstpreget tilknytningsstil ikke er assosiert med psykiske symptomer hos barna (Edelstein et al., 2004), og dette er i likhet med foreldre som har en trygg tilknytningsstil.

Oppsummert kan vi si at det ikke nødvendigvis er en direkte sammenheng mellom omsorgsgivers tilknytning og utvikling av psykiske lidelser hos barn, men at tilknytning utgjør en risikofaktor eller beskyttende faktor for nåværende eller senere patologisk utvikling (Zeanah & Smyke, 2008).

1.3 Oppsummering og tema for studien

Forskning på barn viser at potensielt traumatiske hendelser kan gi alvorlige helsemessige konsekvenser, både i form av internaliserende og eksternaliserende symptomer samt posttraumatisk stress i form av PTSD eller PTS symptomer. Det har de senere år vært økt fokus på traumer i tidlig barndom, og forskning viser at også små barn som opplever traumatiske hendelser kan få psykiske vansker.

Hos eldre barn er det vist at interpersonlige hendelser er mer skadelige enn ikke-interpersonlige hendelser. Imidlertid er det gjort få studier som ser på hvorvidt ulike typer hendelser i tidlig barndom er assosiert med ulik type og grad av symptomer.

Psykopatologi og tilknytningsvansker hos omsorgsgiver er risikofaktorer for utvikling av psykiske symptomer hos barn, og de er i tillegg assosiert med dårligere prognoser hos barn som har opplevd traumatiske hendelser. Disse sammenhengene er imidlertid lite forsket på hos førskolebarn.

Forskning på barn og traumer benytter ofte kliniske utvalg, og det er gjerne fokus på spesifikke typer hendelser eller på en spesiell traumatisk hendelse, som for eksempel terroranslaget mot tvillingtårnene i New York i 2001. Videre er ofte formålet i disse studiene å undersøke forekomsten av posttraumatisk stresslidelse (PTSD) og PTS- symptomer. Disse studiene gir således begrenset informasjon om forekomst av traumatiske hendelser i normalbefolkningen, samt hva som er typiske symptomer foruten PTS-symptomer (Copeland et al., 2007).

Formålet med denne studien er derfor å se nærmere på sammenhengen mellom potensielt traumatiske hendelser og internaliserende og eksternaliserende symptomer i en

normalpopulasjon av førskolebarn. Vi ønsker å undersøke forekomsten av potensielt traumatiske hendelser i normalbefolkningen, og om disse hendelsene er assosiert med psykiske symptomer. Videre vil vi sjekke om interpersonlige hendelser og ikke-interpersonlige hendelser er assosiert med ulik type og grad av psykiske symptomer. Til slutt vil vi se på om en eventuell sammenheng mellom hendelser og symptomer medieres av, eller er uavhengig av risikofaktorer ved omsorgsgiver.

For å få best mulig informasjon om psykiske symptomer hos barna, benytter vi både foreldrevurderte og lærervurderte symptomer. Vi utforsket følgende hypoteser:

1. Barn som har opplevd en potensielt traumatisk hendelse har i større grad psykiske symptomer, som målt ved "The Strengths and Difficulties Questionnaire" (SDQ) (foreldre- og lærervurdert), enn barn som ikke har opplevd en slik hendelse.

2. Interpersonlige hendelser er sterkere assosiert med psykiske symptomer enn ikke-interpersonlige hendelser.

3. Er det en indirekte sammenheng mellom potensielt traumatiske hendelser og psykiske symptomer, der risikofaktorer ved omsorgsgiver fungerer som mediatorer?

2 Metode

Denne hovedoppgaven er gjennomført som en del av et større forskningsprosjekt, "The matter of the first friendship" ("Det første vennskap"). Prosjektet har som formål å undersøke hvilken betydning vennskskapsrelasjoner har for utviklingen av psykopatologi hos barn i førskole- og tidlig barneskolealder. Prosjektleder er professor Anne Inger Helmen Borge ved Universitetet i Oslo.

Prosjektet ble planlagt i 2005, datainnsamlingen startet våren 2006 og ble avsluttet høsten 2009. Prosjektet er finansiert av Norges Forskningsråd, og er godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Personvernombudet for forskning ved Universitetet i Oslo og Norges Samfunnsfaglige Datatjeneste (NSD), som er saksbehandler for Datatilsynet.

2.1 Utvelgning av barnehager og rekrutteringsstrategi

Barnehageadministrasjonen og ledergruppen for barnehagene i to distriktskommuner på Østlandet, ble forespurt om å samarbeide om prosjektet. De var positive til dette, og alle barnehageenhetene i begge kommunene ville delta i prosjektet som de oppfattet som spennende, relevant og interessant. Det var totalt 32 barnehager som deltok i de to kommunene. Barnehagene som deltok var både offentlige og private (ca. 50 % av hver). De inkluderte familiebarnehager med fire til åtte barn, avdelingsbarnehager med to avdelinger (ca. 20 – 30 barn) og store barnehager med flere avdelinger og over 100 barn. Det var også naturbarnehager (gårdsbarnehager og skogsbarnehager).

Foreldrene fikk skriftlig informasjon om prosjektet med materiale vedlagt, slik at de skulle vite hva deltagelse i studien innebar. De som ønsket å delta i studien ga sitt skriftlige samtykke. Dette samtykket innebar at foreldrene ville besvare spørreskjema, og at barnet kunne bli intervjuet individuelt i de respektive barnehager.

Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Det var ingen eksklusjonskriterier. Barn med en annen etnisk bakgrunn enn norsk ble inkludert dersom foreldrene samtykket.

2.1.1 Sosial seleksjon

Rekrutteringen av deltagere til prosjektet foregikk ved at alle foreldre (ca 1000) som hadde barn i de 32 barnehagene våren 2006, fikk tilbud om å delta. Av disse var det ca 64 % som deltok, og svarprosenten varierte for den enkelte barnehage. Blant de eldste barna (fem- og seksåringene), gikk ca. 95 % av alle som bodde de to kommunene i barnehage, blant fireåringene ca. 85 % og blant tre- og toåringene ca. 50 %. Det indikerer liten sosial seleksjon blant de eldste barna, mens det er større grad av sosial seleksjon blant de yngste barna. Antagelig er det forskjell på foreldre som velger barnehage og de som ikke velger det (Borge, Rutter, Cote & Tremblay, 2004).

Som beskrevet tidligere representerer barnehagene hele spekteret av type barnehager, og de er antakelig representative for norske barnehager. De to kommunene er sentrale østlandskommuner, og de er også representative for befolkningen i Norge unntatt for bysentra.

2.2 Design

”Det første vennskap” er en longitudinell, prospektiv studie hvor de samme informantene ble fulgt opp over fire år, en gang pr. år (T1, T2, T3 og T4). Studien har multiinformant design der foreldre, lærere og barnet selv bidrar med informasjon. Studien benytter multimetodisk design, hvor bruk av spørreskjema, intervju og testing inngår.

Før den første datainnsamlingen begynte, deltok de som skulle intervju barna på et intervjukurs. Dette ble ansett som viktig for å sikre standardiserte gjennomføringer av intervjuene. I denne studien har vi imidlertid benyttet informasjon fra foreldre og lærere, og de individuelle intervjuene av barna inngår således ikke i oppgaven.

2.2.1 Spørreskjema til foreldre og lærere

Foreldrene fikk tilsendt spørreskjema i brev som ble administrert fra og til barnehagen. Innholdet i spørreskjemaene er basert på internasjonalt anerkjente kartleggingsinstrumenter, og berører spørsmål om familiens sosioøkonomiske status, familie og parforhold, psykisk helse, jobb/skole, forholdet til ens nærmeste samt å oppdra barn. Det var kun et

foreldreskjema pr. barn, og det var flest mødre som var respondenter (89.1 %). 10.1 % var fedre, mens .9 % var fosterforeldre.

Lærerne fikk spørreskjema i en noe kortere versjon, og det inneholdt spørsmål om barnas atferd og trivsel, samt om venner og lek. Lærerne fikk timelønn for arbeidet.

2.3 Deskriptive analyser

2.3.1 Deltakere

I denne oppgaven ønsket vi å se nærmere på potensielt traumatiske hendelser hos barn i tidlig barndom, og vi benyttet derfor data fra første innsamling i 2006 = T1. Utvalget på T1 bestod i utgangspunktet av 590 deltakere (52 % jenter og 48 % gutter) fra alder 11 måneder til 77 måneder ($M= 51.8$, $SD= 15.7$). Som vanlig i denne type studier er enkelte av spørreskjemaene mangelfullt utfylt. Det innebærer at antall deltagere varierer for hver variabel, og dermed også for hver analyse, og N vil derfor bli oppgitt under hver analyse i resultatene.

2.3.2 Potensielt traumatiske hendelser

Vi har som nevnt i innledningen valgt å se nærmere på en undergruppe i utvalget, nemlig barn som har opplevd en potensielt traumatisk hendelse. Denne gruppen ble definert ved at foreldrene svarte ”ja” på følgende spørsmål: ”Har barnet ditt vært utsatt for, eller involvert i, en alvorlig hendelse?” T1 skiller seg fra de andre tidspunktene ved at ved dette tidspunktet ble alle alvorlige hendelser inkludert, fra fødsel til T1, i motsetning til T2, T3 og T4, hvor man målte årlig insidens.

I tillegg til at foreldrene skulle svare ja/nei på dette spørsmålet, ble de også bedt om å beskrive hendelsen. Vi gjennomgikk derfor alle spørreskjemaene fra T1 manuelt (ca. 550 skjemaer), slik at vi fikk kvalitativ informasjon om hvilken type hendelse barnet hadde opplevd. På slutten av spørreskjemaene var det en rubrikk hvor foreldrene kunne fortelle ting om barnet som de følte ikke var omhandlet i skjemaet. Ved gjennomgangen av skjemaene fant vi i denne rubrikken beskrivelse av tre hendelser (tre ulike spørreskjemaer), som vi

vurderte som alvorlige, men som foreldrene ikke hadde rapportert som alvorlige. Vi valgte derfor å inkludere disse i ”alvorlig hendelse”-variabelen.

Kategorisering av hendelsene

Hendelsene som ble rapportert inkluderte vold i nære relasjoner, skilsmisser, død/tap i nærmeste familie (foreldre, besteforeldre), alvorlig psykisk sykdom hos foreldre (langvarig innleggelse i sykehus), alvorlige ulykker (for eksempel fallulykke med hodeskade, komplisert lårbensbrudd) og husbrann. Med utgangspunkt i eksisterende forskningslitteratur valgte vi å dele hendelsene inn i to kategorier, henholdsvis *interpersonlige hendelser* og *ikke-interpersonlige hendelser*. I kategorien interpersonlige hendelser inngikk familievold, skilsmisser, sykdom og død i nær familie, mens ulykker og husbrann utgjorde kategorien ikke-interpersonlige hendelser. For detaljert oversikt over hendelsene, se appendiks 1.

2.4 Instrumenter/målinger

2.4.1 Psykiske symptomer hos barna

For å måle psykiske symptomer hos barna besvarte foreldre og lærere spørsmål hentet fra ”Strength and Difficulties Questionnaire” (SDQ), et spørreskjema som ble utviklet av professor Robert Goodman (1997). SDQ er et kortfattet spørreskjema for kartlegging av mental helse hos barn og ungdom, og det er en videreutvikling av den veletablerte britiske Rutter-skalaen (Elander & Rutter, 1996). Spørreskjemaet omfatter 25 utsagn som kartlegger styrker og svakheter hos barna, samt et supplement som måler ”vanskenes innvirkning” (”impact supplement”) (Heyerdahl, 2003). Sistnevnte supplement inngår ikke i studien ”Det første vennskap”, og derfor heller ikke i vår studie.

Som nevnt ovenfor består SDQ av 25 utsagn, og disse er fordelt på 5 delskalaer.

Innholdsmessig antas disse skalaene å dekke fem dimensjoner: Emosjonelle symptomer, atferdsproblemer, hyperaktivitet, venneproblemer og prososial atferd. De fire første skalaene summeres til en skåre som benevnes ”totale vansker” (SDQ total). På grunn av at delskalaen ”prososialitet” ikke inngår i SDQ total, samt at vi i denne oppgaven ønsket å ha fokus på mer tradisjonelle kliniske symptomer, ble den utelatt fra våre analyser.

Et eksempel på delskala er ”Emosjonelle symptomer”, og den består av de fem utsagnene: ”klager ofte over hodepine, vondt i magen, eller kvalme”; ”ofte lei seg, nedfor eller på gråten”; ”nervøs eller klengete i nye situasjoner, lett utrygg”; ”redd for mye, lett skremt”; ”har mange bekymringer, virker ofte bekymret”.

Utsagnene i alle fem delskalaene ble besvart på en trepunkts skala: ”stemmer ikke”, ”stemmer delvis” eller ”stemmer helt”, og de samme spørsmålene ble stilt til foreldre og lærere. Svarene ble skåret 1-3, deretter ble delskalaene summert, slik at hver delskalaskåre går fra 5-15. I denne studien bestod delskalaen ”venneproblemer” av kun fire utsagn, slik at den har en totalskåre fra 4-12. Det gir en mulig totalskåre for hele SDQ (SDQ total) på 19-57. Høy skåre på SDQ delskala og/eller SDQ total indikerer høy grad av psykiske vansker. Som nevnt besvarte både foreldre og lærere disse spørsmålene, og det utgjør henholdsvis foreldrevurdert SDQ (pSDQ) og lærervurdert SDQ (tSDQ).

Forskning på informantvarians har vist at det ofte ikke er vesentlig samsvar mellom ulike informanter. I denne oppgaven korrelerte foreldrenes vurderinger av barnas psykiske helse (totale vansker) moderat med lærernes vurderinger ($r = .33$, $p < .01$), noe som er i overensstemmelse med resultater fra andre tilsvarende studier (Achenbach, McConaughy & Howell, 1987).

Reliabilitet

Reliabilitet for SDQ i denne studien, som målt ved Cronbachs alfa, varierte mellom informanter, og for de ulike delskalaene (tabell 1). Generelt var Cronbachs alfa høyere for lærerskjema enn foreldreskjema. Dette er i samsvar med funn fra British Mental Health Survey, hvor Cronbachs alfa for lærerskjema var høyere enn både foreldreskjema og ungdoms selvrapport (Heyerdahl 2003). Lærerskjema viste tilfredsstillende reliabilitet på totale vansker og hyperaktivitet, og alfa var moderat også for de andre delskalaene, unntatt venneproblemer som var lav. Foreldreskjema viste tilfredsstillende alfa for totale vansker, moderat alfa for emosjonelle symptomer og hyperaktivitet, og lav alfa for atferdsproblemer og venneproblemer.

Venneproblemer er den skalaen som viser klart lavest reliabilitet, og dette er i tråd med funn fra British Mental Health Survey, hvor alfa for venneproblemer var $< .60$ både ved foreldrerapport ($\alpha = .57$) og selvrapport ($\alpha = .41$) (Heyerdahl, 2003).

Korrelasjonene mellom de fire delskalaene varierte i denne studien fra $r = .11$ - $r = .43$, med høyest korrelasjon for Hyperaktivitet/Atferdsproblemer, noe som også er i overensstemmelse med tidligere funn (Heyerdahl, 2003). På grunn av at en kan forvente komorbiditet er ikke skalaene uavhengige av hverandre, men de relativt lave korrelasjonene indikerer at skalaene skiller mellom ulike fenomener.

Tabell 1. Reliabilitet målt ved Cronbachs alfa.

	Cronbachs α	
	pSDQ	tSDQ
Totale vansker	.71	.84
Emosjonelle symptomer	.60	.68
Hyperaktivitet	.68	.85
Atferdsproblemer	.55	.77
Venneproblemer	.35	.50

pSDQ = foreldrevurdert SDQ; tSDQ = lærervurdert SDQ

2.4.2 Omsorgsgivers psykiske helse

For å måle omsorgsgivers psykiske helse, besvarte foreldrene åtte spørsmål (Symptom Checklist-8 [SCL-8]), en forkortet versjon av Hopkins Symptom Checklist-25. Denne kortversjonen er utarbeidet av Folkehelsinstituttet og ble benyttet i Den norske mor og barnundersøkelsen. Kortversjoner av SCL har tidligere vist seg å korrelere høyt med totalskåren i den opprinnelige skalaen, samt at de har gode psykometriske egenskaper (Strand, Dalgård, Tambs & Rognerud, 2003; Tambs & Moum, 1993).

SCL-8 er et mål på internaliserende symptomer ved angst og depresjon, og foreldrene svarte på om hun/han i løpet av de siste to ukene hadde vært plaget med noe av følgende: ”Stadig redd eller engstelig”; ”nervøsitet, indre uro”; ”følelse av håpløshet med hensyn til framtiden”; ”nedtrykt, tungsindig”; ”mye bekymret eller urolig”; ”følelse av alt er et slit”; ”følelse av å være ansent eller oppjaget”; ”plutselig frykt uten grunn”. Utsagnene ble besvart på en firepunkts Likertskala: ”ikke plaget”, ”litt plaget”, ”ganske mye plaget” og ”veldig mye plaget”, og ble skåret fra 1-4 (totalskåre 8-32). Høy skåre på SCL-8 indikerte stor grad av psykiske vansker.

Reliabilitet

Reliabilitet for SCL-8, målt ved Cronbachs alfa, har vært målt til .87 i et utvalg (Strand et al., 2003), og .85 i et annet utvalg (Tambs & Moum, 1993). I denne studien var Cronbachs alfa .83.

2.4.3 Omsorgsgivers forhold til sine nærmeste (tilknytningsstil)

For å måle forholdet til sine nærmeste, besvarte foreldrene sju utsagn som utgjør en kortversjon av skalaen "Experiences in close relationships" (ECR). Originalversjonen av ECR består av 36 ledd (Brennan, Clark & Shaver, 1998), og det finnes også en kortversjon ("ECR-short form") som er utledet av originalversjonen, og som består av 12 ledd (Wei, Russel, Mallinckrodt & Vogel, 2007). Kortversjonen som benyttes i denne oppgaven (sju ledd) er utarbeidet og anbefalt av professor G. Goodman (University of California, Davis) (A. I. Helmen Borge, personlig kommunikasjon, august 2010), og den ble i utgangspunktet anvendt i et spørreskjema i Mor og barn-undersøkelsen ved Folkehelseinstituttet.

ECR skalaen tapper tilknytningsatferd hos voksne i forholdet til en partner og/eller sine nærmeste. Forskning på dette området indikerer at voksen tilknytningsatferd består av to dimensjoner, henholdsvis *angstpreget tilknytning* og *unnavikende tilknytning* (Mikulincer, Shaver & Pereg, 2003). Angstpreget tilknytning (ECR angst) betegner en frykt for interpersonlig avvisning, et overdrevent behov for bekreftelse fra andre og opplevelse av sterkt ubehag når ens partner ikke er tilgjengelig. Unnavikende tilknytning (ECR unnavikende) er definert som frykt for avhengighet og interpersonlig intimitet, og et overdrevent behov for selvstendighet og motvillighet i forhold til selvavsløring.

Foreldrene svarte på følgende sju utsagn om hvordan hun/han føler seg generelt i forhold til sine nære relasjoner (for eksempel med kjæreste/ektefelle, nære venner eller familiemedlemmer): 1) "Jeg foretrekker å ikke vise andre hvordan jeg har det innerst inne"; 2) "jeg bekymrer meg for å bli avvist eller forlatt"; 3) "jeg er veldig komfortabel med å ha nære forhold til andre mennesker"; 4) "jeg bekymrer meg ikke mye for mine nære relasjoner"; 5) "jeg kjenner at jeg trekker meg unna når noen kommer for nær innpå meg" 6); "jeg bekymrer meg for om andre ikke bryr seg så mye om meg som jeg bryr meg om dem"; 7) "jeg er ikke veldig bekymret for å miste de jeg er i nær relasjon med". Utsagn 1), 3) og 5) utgjør variabelen ECR-unnavikende, mens utsagn 2), 4), 6) og 7) utgjør variabelen ECR-angst.

Utsagnene ble besvart på en sjupunkts Likertskala, fra ”svært uenig” til ”svært enig”, og ble skåret fra 1-7 (totalskåre 7-49). De som skåret høyt på den ene eller begge av disse dimensjonene, antas å ha en usikker tilknytningsstil, mens de som skåret lavt på de to dimensjonene antas å ha en trygg tilknytningsstil (Wei et al., 2007).

Reliabilitet

Reliabilitet, målt ved Cronbachs alfa, har i flere studier hvor 12 leddsversjonen har vært benyttet, vært tilfredsstillende ($> .70$) (Wei et al., 2007). I denne oppgaven har vi målt Cronbachs alfa til $.54$ for ECR unnvikende og $.50$ for ECR angst. Lav reliabilitet kan skyldes at Cronbachs alfa er sensitiv til antall ledd i skalaen, og derfor målte vi gjennomsnittlig inter-item korrelasjon, henholdsvis $r = .28$ (ECR unnvikende) og $r = .21$ (ECR angst). Dette er lavt, men innenfor anbefalt optimal skåre ($.2 - .4$) (Briggs & Cheek, 1986; Pallant, 2005).

2.5 Statistiske analyser

Hypotese 1 og 2

Pearsons korrelasjonsanalyse ble brukt for å undersøke sammenhenger mellom potensielt traumatiske hendelser og psykiske symptomer hos barna. For å undersøke gruppeforskjeller ble independent samples t-test benyttet. Effektstørrelse ble målt ved Cohens d , og den ble beregnet ved bruk av følgende kalkulator: <http://www.uccs.edu/~faculty/lbecker/>. Cohens d uttrykker gjennomsnittsforskjeller uttrykt i standardavviksenheter, og følgende retningslinjer for tolkning av effektstørrelse foreligger: $.35$ eller lavere vurderes som liten effekt, $.36-.65$ vurderes som moderat effekt, og $.66$ eller høyere vurderes som stor effekt (Cohen, 2003).

Hypotese 3

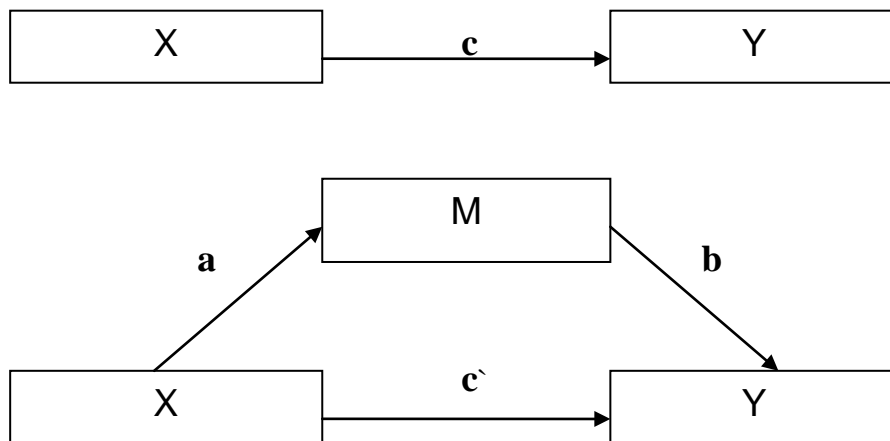
En eventuell sammenheng mellom alvorlig hendelse, risikofaktorer ved omsorgsgiver og psykiske symptomer hos barna ble undersøkt ved korrelasjonsanalyser.

Mediatoranalyse

En serie standard multiple regresjonanalyser etter modell av Baron og Kenny (1986) ble utført for å undersøke om risikofaktorer ved omsorgsgiver medierte en eventuell sammenheng mellom potensielt traumatiske hendelser og psykiske symptomer hos barn.

Medieringsmodellen (fig 1.) legger til grunn en antagelse om at uavhengig variabel X (= potensielt traumatisk hendelse) påvirker variansen i avhengig variabel Y (= psykiske symptomer). Videre er det en antakelse om at en mediator (M = omsorgsgivers psykiske helse og omsorgsgivers tilknytningsstil) medierer effekten av X på Y.

Fig. 1.



Mediatoranalysen gjennomføres i fire trinn (Baron & Kenny, 1986; Judd & Kenny, 1981), og er hentet fra <http://davidakenny.net/cm/mediate.htm>:

Trinn 1. Regresjonsanalyse med Y som kriterievariabel og X som prediktorvariabel: skal vise at uavhengig og avhengig variabel er korrelerte. Estimerer **c**.

Trinn 2. Regresjonsanalyse med M som kriterievariabel og X som prediktorvariabel: skal vise at uavhengig variabel er korrelert med mediator. Estimerer **a**.

Trinn 3. Regresjonsanalyse med Y som kriterievariabel, og X og M som prediktorvariabler: skal vise at mediator påvirker avhengig variabel. Estimerer **b**.

Trinn 4. For å etablere en fullstendig mediering, så må effekten av X på Y, kontrollert for M ($= c'$), være null.

Hvis alle kriteriene i de fire trinnene er oppfylt, vil det være i samsvar med hypotesen om at variabelen M fullstendig medierer forholdet mellom X og Y. Hvis de tre første trinnene er oppfylt, men ikke det fjerde, indikerer det en delvis mediering, gitt at effekten av X på Y (c') er redusert.

Sobel-test ble benyttet for å beregne om medierende effekter var signifikante (Sobel, 1982), og den ble beregnet ved bruk av følgende kalkulator:

<http://www.people.ku.edu/~preacher/sobel/sobel.htm>

I følge Baron & Kenny (1986) er det viktig å ikke kun se etter signifikante regresjonskoeffisienter, men også å ta i betraktning den reelle reduksjonen i sammenhengen mellom X og Y ($c - c'$). I store utvalg kan for eksempel selv små endringer være statistisk signifikante.

Alle analyser unntatt Cohens d og Sobel-test ble utført i SPSS 16.0.

3 Resultater

3.1 Potensielt traumatiske hendelser

Ved T1 var det 33 barn som foresatte rapporterte hadde opplevd en alvorlig hendelse samt at vi inkluderte ytterligere tre, til sammen 36 barn (6.7 %). Av disse var 24 jenter og 12 gutter, og de var i alderen 30 – 76 mnd. ($M=59.7$, $SD=13.9$). Seks av barna var 42 mnd eller yngre ($\leq 3,5$ år), mens de resterende 30 barna var 45 mnd og eldre (3,5 – 6 år). Gjennomsnittlig tid fra opplevd alvorlig hendelse til T1 var 2,3 år.

Inndeling i to kategorier

20 barn hadde opplevd en interpersonlig hendelse, og av disse var 15 jenter (75 %) og 5 gutter (25 %) i alderen 30 – 76 mnd. ($M=61.7$, $SD=14.6$). 16 barn hadde opplevd en ikke-interpersonlig hendelse, henholdsvis 9 jenter (56.2 %) og 7 gutter (43.8 %), og de var i alderen 36 – 76 mnd. ($M=57.1$, $SD=13.1$).

3.2 Potensielt traumatiske hendelser og psykiske symptomer hos førskolebarn

Hypotese 1: Barn som har opplevd en alvorlig hendelse har i større grad psykiske symptomer, som målt ved SDQ (foreldre- og lærervurdert), enn barn som ikke har opplevd en alvorlig hendelse.

3.2.1 Sammenheng mellom alvorlig hendelse og psykiske symptomer hos barna

Vi utførte Pearson product-moment korrelasjonsanalyse for å undersøke eventuelle sammenhenger mellom alvorlig hendelse og psykiske symptomer hos barna (SDQ total og subskalaer). Vi undersøkte både foreldrevurderte og lærervurderte symptomer, henholdsvis pSDQ og tSDQ.

Foreldrevurdert SDQ

Resultatene for foreldrevurdert SDQ (tabell 2) viste en signifikant positiv korrelasjon mellom alvorlig hendelse og totale vansker, samt delskalaene emosjonelle symptomer og hyperaktivitet. Det var sterkest sammenheng med emosjonelle symptomer ($r = .20, p < .01$), og svakest sammenheng med hyperaktivitet ($r = .09, p = .04$). Det var ingen signifikant korrelasjon mellom alvorlig hendelse og de øvrige delskalaene i pSDQ. Dette betyr at barn som hadde opplevd en alvorlig hendelse, skåret høyere på totale vansker, emosjonelle symptomer og hyperaktivitet, enn barna som ikke hadde opplevd en alvorlig hendelse.

Tabell 2. Bivariate korrelasjonskoeffisienter mellom alvorlig hendelse og foreldrevurdert SDQ (pSDQ) (total og subskalaer). (N= 528).

	Totale vansker	Emosjonelle symptomer	Atferdsproblemer	Hyperaktivitet	Venneproblemer
Alvorlig hendelse	.15**	.20**	.05	.09*	.04

** = korrelasjonen er signifikant på 0.01 nivå (2-tailed).

* = korrelasjonen er signifikant på 0.05 nivå (2-tailed).

Lærervurdert SDQ.

Resultatene fra lærervurdert SDQ (tabell 3) viste ingen signifikante korrelasjoner mellom alvorlig hendelse og psykiske symptomer. Dette betyr at det ikke ble funnet sammenheng mellom opplevd alvorlig hendelse og lærernes vurdering av barnets mentale helse.

Oppsummert viser resultatene en delvis bekreftelse av hypotese 1, da det var sammenheng mellom alvorlig hendelse og tre av symptomskalaene. Dette gjaldt imidlertid kun for foreldrevurderte symptomer.

Tabell 3. Bivariate korrelasjonskoeffisienter mellom alvorlig hendelse og lærervurdert SDQ (tSDQ) (total og subskalaer). (N=442).

	Totale vansker	Emosjonelle symptomer	Atferdsproblemer	Hyperaktivitet	Venneproblemer
Alvorlig hendelse	-.03	.07	.01	-.08	-.07

** = korrelasjonen er signifikant på 0.01 nivå (2-tailed).

* = korrelasjonen er signifikant på 0.05 nivå (2-tailed).

3.2.2 Gjennomsnittsskårer (SDQ) for opplevd alvorlig hendelse og ikke opplevd alvorlig hendelse

Korrelasjonene vi fant var relativt lave. Siden vi har et stort utvalg kan det bety at gruppeforskjellene reelt sett var små. Vi ønsket derfor å undersøke gruppeforskjellene nærmere samt måle effektstørrelser.

Det ble utført independent samples t-test for å sammenligne SDQ-skårer (total og subskalaer) hos barna som hadde opplevd alvorlig hendelse og de som ikke hadde opplevd alvorlig hendelse (tabell 4). Her undersøkte vi kun foreldrevurdert SDQ, siden lærervurdert SDQ ikke viste noen sammenheng med alvorlig hendelse.

Som forventet var det signifikant forskjell mellom gruppene for totale vansker, samt for delskalaene emosjonelle symptomer og hyperaktivitet. Cohens d indikerte moderat effektstørrelse for totale vansker (.50) og emosjonelle symptomer (.60), liten til moderat effektstørrelse for hyperaktivitet (.34) og liten effektstørrelse for de øvrige skalaene.

Dette betyr at barna som hadde opplevd en alvorlig hendelse hadde høyere gjennomsnittsskårer på foreldrevurderte totale vansker, emosjonelle symptomer og hyperaktivitet enn de barna som ikke hadde opplevd en alvorlig hendelse. Disse resultatene gir også støtte for hypotese 1.

Tabell 4. Gjennomsnittlig foreldrevurderte SDQ skårer for barn som hadde opplevd alvorlig hendelse og barn som ikke hadde opplevd alvorlig hendelse. Independent samples t-test.

	Totale vansker	Emosjonelle symptomer	Atferdsproblemer	Hyperaktivitet	Venneproblemer
t	t(526)=-3.48 p< .01	t(526)=-4.72 p< .01	t(526)=-1.13 p=.27	t(526)=-2.07 p=.04	t(529)=-.94 p=.35
Ikke opplevd alvorlig hendelse	M=24.54 SD=3.36	M=5.77 SD=1.22	M=5.82 SD=1.23	M=7.89 SD=1.85	M=5.05 SD=1.05
Opplevd alvorlig hendelse	M=26.64 SD=4.97	M=6.83 SD=2.15	M=6.08 SD=1.34	M=8.56 SD=2.08	M=5.23 SD=1.06
Cohens d	.50	.60	.20	.34	.17

3.2.3 Gjennomsnittsskårer (SDQ) for interpersonlige hendelser og ikke-interpersonlige hendelser

Hypotese 2: Interpersonlige hendelser er sterkere assosiert med psykiske symptomer hos barn enn ikke-interpersonlige hendelser.

Vi ønsket å undersøke om interpersonlige hendelser og ikke-interpersonlige hendelser viste ulik sammenheng med psykiske symptomer. Det ble utført t-test for å sammenligne SDQ-skårer (foreldre- og lærervurderte) (total og subskalaer) for de to gruppene (foreldrevurdert SDQ, tabell 5 og lærervurdert SDQ, tabell 6).

Foreldrevurdert SDQ

Resultatene viste signifikant forskjell mellom gruppene på venneproblemer (tabell 5). For de øvrige skalaene var det ingen signifikante forskjeller. Cohens d indikerte en stor effektstørrelse for venneproblemer (1.36), samt moderat effektstørrelse for totale vansker (.48). For de øvrige skalaene var det liten effektstørrelse.

Dette betyr at barna som hadde opplevd en ikke-interpersonlig hendelse hadde større grad av venneproblemer enn barna som hadde opplevd en interpersonlig hendelse, ut fra foreldrenes vurderinger.

Tabell 5. Gjennomsnittlig foreldrevurderte SDQ skårer for interpersonlige hendelser og ikke-interpersonlige hendelser. Independent samples t-test.

	Totale vansker	Emosjonelle symptomer	Atferdsproblemer	Hyperaktivitet	Venneproblemer
t	t(34)=1.42 p= .16	t(34)= -.41 p=.68	t(34)= -.17 p=.87	t(34)= -.95 p=.33	t(33)=-3.97 p <.01
Interpersonlig hendelse	M=25.60 SD=4.81	M=6.70 SD=2.23	M=6.05 SD=1.32	M=8.25 SD=1.68	M=4.68 SD=.82
Ikke-interpersonlig hendelse	M=27.94 SD=5.00	M=7.00 SD=2.10	M=6.12 SD=1.41	M=8.94 SD=2.49	M=5.89 SD=.96
Cohens d	.48	.14	.05	.32	1.36

Lærervurdert SDQ

Resultatene viste tilnærmet signifikant forskjell mellom gruppene på totale vansker, mens det for delskalaene ikke var signifikante forskjeller (tabell 6). Cohens d indikerte en stor effektstørrelse for totale vansker (.74), hyperaktivitet (.69) og venneproblemer (.68), samt moderat effektstørrelse for emosjonelle symptomer og atferdsproblemer. Dette gjenspeiler at det var nær signifikante forskjeller mellom gruppene også på hyperaktivitet og venneproblemer. Dette indikerer at barna som hadde opplevd en ikke-interpersonlig hendelse, skåret høyere på totale vansker enn barna som hadde opplevd en interpersonlig hendelse, ut fra lærernes vurderinger.

Totalt viste resultatene at ikke-interpersonlige hendelser i større grad var assosiert med psykiske symptomer enn interpersonlige hendelser. Dette gir ikke støtte for hypotese 2.

Tabell 6. Gjennomsnittlig lærervurderte SDQ skårer for interpersonlige hendelser og ikke-interpersonlige hendelser. Independent samples t-test.

	Totale vansker	Emosjonelle symptomer	Atferdsproblemer	Hyperaktivitet	Venneproblemer
t	t(28)=-2.04 p= .05	t(14)= -1.16 p=.27	t(28)= -1.13 p=.27	t(28)= -1.80 p=.08	t(28)=-1.91 p=.07
Interpersonlig hendelse	M=22.28 SD=3.80	M=5.78 SD=1.11	M=5.44 SD=.78	M=6.44 SD=2.12	M=4.61 SD=.85
Ikke-interpersonlig hendelse	M=25.67 SD=5.30	M=6.67 SD=2.50	M=5.92 SD=1.50	M=7.75 SD=1.66	M=5.33 SD=1.23
Cohens d	.74	.46	.40	.69	.68

3.3 Risikofaktorer ved omsorgsgiver - medierende faktorer?

Hypotese 3. Er det en indirekte sammenheng mellom potensielt traumatiske hendelser og psykiske symptomer, der risikofaktorer ved omsorgsgiver fungerer som mediatorer?

Vi ønsket å undersøke i hvilken grad alvorlig hendelse var direkte assosiert med psykiske symptomer hos barn, og/eller om det var en indirekte sammenheng, mediert av risikofaktorer ved omsorgsgiver. Siden alvorlig hendelse ikke viste sammenheng med lærervurdert SDQ, benyttet vi kun foreldrevurdert symptomer som avhengig variabel i de påfølgende analysene.

3.3.1 Sammenhenger mellom alvorlig hendelse, risikofaktorer ved omsorgsgiver og psykiske symptomer hos barn

Vi undersøkte først sammenhenger mellom alvorlig hendelse, omsorgsgivers psykiske helse (SCL-8), omsorgsgivers tilknytningsstil (ECR angst/unnvikende) og symptomer hos barna (foreldrevurdert SDQ) (se tabell 7). Resultatene viste at alle tre kontrollvariablene korrelerte signifikant positivt med både totale vansker, emosjonelle symptomer og hyperaktivitet. Det betyr at foreldre som selv hadde psykiske vansker og/eller tilknytningsvansker i større grad rapporterte psykiske vansker hos barna, enn foreldre som skåret lavt på disse variablene. I tillegg viste resultatene at alvorlig hendelse korrelerte positivt med psykisk helse og angstpreget tilknytning hos omsorgsgiver, men ikke med unnvikende tilknytning.

Tabell 7. Bivariate korrelasjonskoeffisienter mellom alvorlig hendelse, omsorgsgivers psykiske helse (SCL-8), omsorgsgivers tilknytningsstil (ECR unnvikende/angstpreget) og totale vansker og emosjonelle symptomer (SDQ).

	Alvorlig hendelse	Totale vansker	Emosjonelle symptomer	Hyperaktivitet
SCL-8	.22** (N=527)	.29** (N=561)	.28** (N=561)	.16** (N=561)
ECR angstpreget	.10* (N=509)	.18** (N=539)	.19** (N=539)	.10* (N=539)
ECR unnvikende	.08 (N=521)	.23** (N=553)	.18** (N=553)	.15** (N=553)

** = korrelasjonen er signifikant på 0.01 nivå (2-tailed).

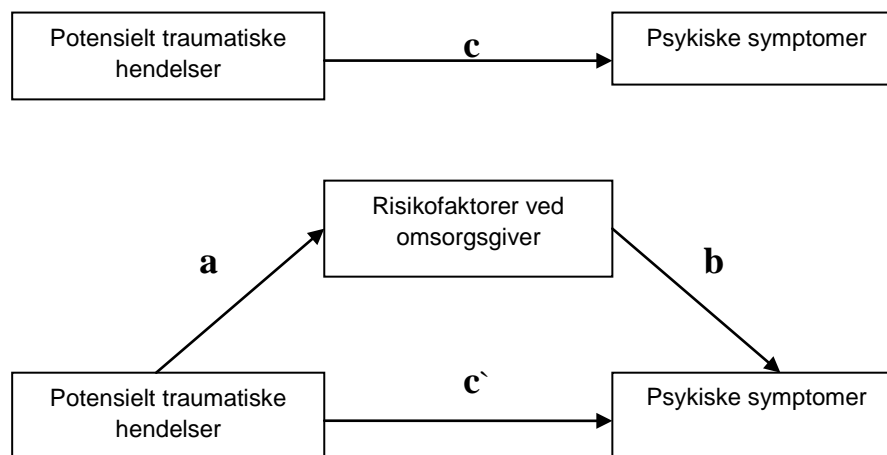
* = korrelasjonen er signifikant på 0.05 nivå (2-tailed).

Mediatoranalyse

Med utgangspunkt i korrelasjonene, gjorde vi en mediatoranalyse for å undersøke eventuelle medieringseffekter. I mediatorsmodellen til Baron og Kenny (1986) er det i utgangspunktet tre betingelser som må være oppfylt for at mediering skal finne sted (fig. 2). Uavhengig variabel må være korrelert med både avhengig variabel og mediator (c og a), samt at mediator må påvirke utfallet av avhengig variabel (b). I denne oppgaven var disse betingelsene oppfylt for omsorgsgivers psykiske helse og angstpreget tilknytning, men ikke for unnvikende tilknytning. Vi kan altså allerede her konkludere med at unnvikende tilknytningsstil ikke medierte effekten av alvorlig hendelse på psykiske symptomer.

Tabell 8, 9 og 10 viser standardiserte regresjonskoeffisienter for parametrene a, b, c og c' for henholdsvis totale vansker, emosjonelle symptomer og hyperaktivitet. En eliminering eller reduksjon av effekten av alvorlig hendelse på psykiske symptomer når det er kontrollert for mediator (c-c'), indikerer fullstendig eller delvis mediering.

Fig. 2.



Totale vansker og emosjonelle symptomer

Resultatene viste at alvorlig hendelse forklarte mindre av variansen i totale vansker og emosjonelle symptomer når det ble kontrollert for henholdsvis psykisk helse og angstpreget tilknytning hos omsorgsgiver (tabell 8 og 9). Det var en reduksjon i regresjonskoeffisienten fra c til c', og Sobel-testen viste en signifikant, indirekte sammenheng for begge mediatorene. Omsorgsgivers psykiske helse var den mest potente mediatoeren, men en inspeksjon av

regresjonskoeffisientene viste at det var en relativt beskjeden reduksjon i sammenhengen mellom hendelser og symptomer, noe som indikerer en svak medierende effekt.

Angstpreget tilknytning viste en signifikant, men svært liten medierende effekt, og vi vurderte derfor angstpreget tilknytning til ikke å fungere som mediator i denne studien.

Tabell 8. Måling av indirekte sammenheng mellom alvorlig hendelse og totale vansker. Standardiserte regresjonskoeffisienter.

Risikofaktorer ved omsorgsgiver						
	Psykisk helse		Tilknytning/angstpreget		Tilknytning/unnvikende	
	beta	p	beta	p	beta	p
c	.15	< .01	.15	< .01	.15	< .01
a	.22	< .001	.10	.03	.08	.08
b	.27	< .001	.17	< .001	.22	< .001
c'	.09	.03	.13	< .01	.13	< .01
Sobel test	3.87	< .001	1.97	.05	1.67	.09

Tabell 9. Måling av indirekte sammenheng mellom alvorlig hendelse og emosjonelle symptomer. Standardiserte regresjonskoeffisienter.

Risikofaktorer ved omsorgsgiver						
	Psykisk helse		Tilknytning/angstpreget		Tilknytning/unnvikende	
	beta	p	beta	p	beta	p
c	.20	< .001	.20	< .001	.20	< .001
a	.22	< .001	.10	.03	.08	.08
b	.25	< .001	.17	< .001	.16	< .001
c'	.15	< .01	.19	< .001	.19	< .001
Sobel test	3.9	< .001	2.02	.04	1.51	.13

Hyperaktivitet

Alvorlig hendelse bidro ikke signifikant til variansen i hyperaktivitet etter at det var kontrollert for omsorgsgivers psykiske helse. Det betyr at til tross for signifikant Sobel test, er det ikke indikasjon på mediering.

Ingen av tilknytningsvariablene viste signifikant medierende effekt.

Tabell 10. Måling av indirekte sammenheng mellom alvorlig hendelse og hyperaktivitet. Standardiserte regresjonskoeffisienter.

Risikofaktorer ved omsorgsgiver						
	Psykisk helse		Tilknytning/angstpreget		Tilknytning/unnvikende	
	beta	p	beta	p	beta	p
c	.09	.04	.09	.04	.09	.04
a	.22	< .001	.10	.03	.08	.08
b	.15	< .01	.09	.04	.14	< .01
c'	.06	.20	.08	.07	.08	.07
Sobel test	3.00	< .01	1.48	.14	1.60	.11

4 Diskusjon

Formålet med denne studien var å undersøke sammenhengen mellom potensielt traumatiske hendelser og psykisk helse i en normalpopulasjon av førskolebarn, og om ulike hendelser var ulikt assosiert med psykiske symptomer. Vi ønsket i tillegg å undersøke om risikofaktorer ved omsorgsgiver medierte en eventuell sammenheng mellom hendelser og symptomer. De viktigste funnene var:

- Barn som hadde opplevd en potensielt traumatisk hendelse hadde større grad av psykiske symptomer i form av totale vansker, emosjonelle symptomer og hyperaktivitet, enn barn som ikke hadde opplevd en slik hendelse.
 - *Hypotese 1 bekreftet.*

- Barn som hadde opplevd en ikke-interpersonlig hendelse hadde større grad av psykiske symptomer i form av totale vansker og venneproblemer, enn barn som hadde opplevd en interpersonlig hendelse.
 - *Hypotese 2 ikke bekreftet.*

- Omsorgsgivers psykiske helse medierte delvis sammenhengen mellom alvorlig hendelse og både totale vansker og emosjonelle symptomer.
- Omsorgsgivers psykiske helse medierte ikke sammenhengen mellom alvorlig hendelse og hyperaktivitet.
- Det var ingen medierende effekt av tilknytningsfaktorene.
 - *Hypotese 3 delvis bekreftet.*

4.1 Potensielt traumatiske hendelser og psykiske symptomer hos barn

Vi fant en sammenheng mellom potensielt traumatiske hendelser og psykiske symptomer, her i form av totale vansker, emosjonelle symptomer og hyperaktivitet. Dette er i tråd med tidligere forskning på barn og traumer, som viser at traumatiske hendelser i tidlig barndom er assosiert med både internaliserende og eksternaliserende symptomer.

4.1.1 Informantvarians

Dette funnet er basert på foreldrevurderte symptomer, og vi fant ikke en tilsvarende sammenheng med lærernes vurderinger. Dette er ikke overraskende da forskning har vist at det ofte ikke er vesentlig samsvar mellom ulike informanter (Verhulst & Akkerhuis, 1989).

Naturlige forskjeller i informantenes erfaringer kan være underliggende årsak til informantvarians, som for eksempel ulike perspektiver, ulike observasjonsmuligheter, situasjonell innvirkning eller mulig bias fra informantens egen mentale helse. Forskning viser inkonsistente resultater, men det er tendens til at det er høyere samsvar mellom informasjon fra lærer og forelder, enn mellom barn og forelder. Videre er det ofte større samsvar for eksternaliserende enn for internaliserende atferd. En mulig årsak til det kan være at eksternaliserende atferd er mer åpenbar og tilgjengelig for alle informanter enn internaliserende atferd. Generelt rapporterer foreldre flere problemer enn lærere, og disse problemene tenderer å være sterkere assosiert med eksternaliserende enn med internaliserende atferd (Verhulst & Akkerhuis, 1989; Kolko & Kazdin, 1993).

I dette tilfellet, hvor det var sterkest sammenheng med internaliserende symptomer, kan forklaringen på informantvarians være at foreldre vanligvis har bedre forutsetning enn lærere for å fange opp barns emosjoner og følelser (Borge, Samuelsen & Rutter, 2006), samt at foreldre generelt rapporterer flere problemer enn lærere.

Selv om det ofte ikke er samsvar mellom ulike informanter, viser disse funnene at et mulitiinformantdesign er nyttig for å få best mulig informasjon om barnets psykiske helse.

4.1.2 Faktorer ved omsorgsgiver

En annen forklaring på forskjell mellom foreldre- og lærerrapportering i denne studien kan være at psykopatologi og tilknytningsstil hos omsorgsgiver, hos noen fører til overrapportering av symptomer hos barnet (Richters, 1992; Najman et al., 2000; Edelstein et al., 2004). I denne undersøkelsen fant vi at omsorgsgivers psykiske helse samt tilknytningsstil, var assosiert med foreldrevurderte vansker hos barna. Dette kan bety at større grad av vansker hos barn med opplevd alvorlig hendelse, representerer en overrapportering av symptomer fra mødre som selv har symptomer på angst og depresjon eller har tilknytningsvansker. I denne sammenheng er det interessant å bemerke at omsorgsgivers psykiske helse og angstpreget tilknytning også var assosiert med rapportering av alvorlig hendelse hos barnet. Med andre ord rapporterte mødre med psykiske symptomer på angst og depresjon, i større grad *både* alvorlig hendelse *og* symptomer hos barnet, enn mødre med få eller ingen slike symptomer. Dermed kan man spekulere i om mødre som har psykiske lidelser eller tilknytningsvansker også overrapporterer alvorlige hendelser hos barn, eller om de er mer sensitive i forhold til både å observere og i ettertid rapportere om hendelsene.

Imidlertid er det godt mulig at barna som har opplevd en alvorlig hendelse har reelle psykiske symptomer, men at disse symptomene er forbundet med psykopatologi hos omsorgsgiver. Psykisk sykdom hos foreldre er som tidligere nevnt en av de viktigste risikofaktorene for utvikling av psykiske lidelser hos barn (Oppedal et al., 2009). Det kan også være slik at for eksempel deprimerte mødre har en bedre evne til å være oppmerksom og sensitiv i forhold til å gjenkjenne emosjonelle symptomer, og at de med større sannsynlighet identifiserer faktiske symptomer hos sine barn, enn mødre som ikke er deprimerte (Briggs-Gowan, Carter & Schwab-Stone, 1996).

4.2 Interpersonlige hendelser versus ikke-interpersonlige hendelser

Et annet interessant funn i denne oppgaven var at barn som hadde opplevd ikke-interpersonlige hendelser skåret høyere på venneproblemer, samt tilnærmet signifikant høyere på totale vansker, enn barn som hadde opplevd interpersonlige hendelser. Dette var noe uventet da tidligere forskning har vist at hendelser som involverer nære familiemedlemmer, og der hendelsen ofte er forårsaket av barns omsorgspersoner, fører til større grad av

symptomer enn ulykker og andre ikke-interpersonlige hendelser (Schechter & Willheim, 2009; Briggs-Gowan et al., 2010).

I denne undersøkelsen var det 20 barn som hadde opplevd en interpersonlig hendelse. Av disse var det fem som hadde opplevd vold i nære relasjoner, og de øvrige hendelsene var i hovedsak samlivsbrudd, sykdom og død i nær familie. Interpersonlige hendelser er i litteraturen ofte definert ved at nære omsorgspersoner på ulike måter utsetter barnet for psykiske og fysiske skader. Dette kan bety at kategorien interpersonlige hendelser i denne undersøkelsen er mer sammensatt enn hva som har vært vanlig i forskning på barn og traumer, noe som igjen kan være en medvirkende årsak til et noe overraskende funn.

4.2.1 Informantvarians

Også her var det informantforskjeller. Foreldrene rapporterte generelt mer vansker enn lærerne for begge kategoriene, noe som er i tråd med tidligere funn om informantvarians. Foreldrene vurderte videre at ikke-interpersonlige hendelser i større grad var assosiert med venneproblemer enn interpersonlige hendelser, mens lærerne ikke gjorde tilsvarende observasjoner. Dette er noe overraskende, da en kan forvente at lærerne har mer innsyn i barns venneinteraksjoner enn foreldrene har (Briggs-Gowan et al., 1996). Imidlertid fant vi stor effektstørrelse for lærervurderte venneproblemer, til tross for ikke signifikant forskjell mellom gruppene. Noe av forklaringen kan være et lavt antall barn i ”alvorlig hendelse”-gruppen ($N= 36$), og at det derfor skal relativt store forskjeller til for å få signifikante resultater.

Lærerne på sin side rapporterte tilnærmet signifikant høyere andel totale vansker for ikke-interpersonlige hendelser enn for interpersonlige hendelser. Tatt i betraktning at vi initialt ikke fant sammenheng mellom alvorlig hendelse og lærerrapporterte symptomer, er det interessant at lærerne vurderte de to gruppene tilnærmet signifikant forskjellige på totale vansker. En forklaring kan være at ikke-interpersonlige hendelser er mer åpenbare og tilgjengelige for lærere enn interpersonlige hendelser, og at de derfor er mer oppmerksomme og bevisste på å observere eventuelle problemer hos disse barna.

4.3 Risikofaktorer ved omsorgsgiver – medieringseffekter

I tråd med eksisterende forskning på området, fant vi også i denne studien at omsorgsgivers psykiske helse og tilknytningsstil (angstpreget og unnvikende) var assosiert med psykiske symptomer hos barna. I tillegg var foreldresymptomer og angstpreget tilknytning, men ikke unnvikende tilknytning, assosiert med alvorlig hendelse. Det framstod derfor som interessant å undersøke om disse risikofaktorene medierte sammenhengen mellom hendelse og symptomer.

Vi fant at det var kun omsorgsgivers psykiske helse som fungerte som mediator i denne undersøkelsen, og det var en delvis, svak mediering av sammenhengen mellom hendelser og totale vansker og emosjonelle symptomer.

4.3.1 Omsorgsgivers psykiske helse

Dette gir støtte til tidligere funn som viser at dårligere prognoser hos barn med en opplevd traumatisk hendelse, har en tendens til å være assosiert med foreldresymptomer.

Som beskrevet innledningsvis er det flere mulige årsaksmodeller som kan forklare en slik mediering, som for eksempel delt genetisk sårbarhet (Scheeringa, 2009). Videre kan psykopatologi hos foreldre føre til en desorganisert tilknytningsstil hos barnet, noe som øker risiko for utvikling av psykiske symptomer (Wan & Green, 2009).

Imidlertid kan det hende at foreldresymptomene har oppstått i etterkant av hendelsen, og forskning har vist at foreldres emosjonelle reaksjoner på en traumatisk hendelse, er en sterk mediator av posttraumatiske reaksjoner hos barn. Små barn er i stor grad avhengige av andre for beskyttelse, og hvordan de forstår fare er nært knyttet til hvordan de fortolker foreldrenes psykiske tilstand og vurdering, også kalt *sosial referering* (Klennert, Emde, Butterfield & Campos, 1986).

4.3.2 Omsorgsgivers tilknytningsstil

Foreldrenes tilknytningsstil medierte ikke sammenhengen mellom alvorlig hendelse og symptomer. Dette kan tolkes dit hen at foreldres tilknytningsstil faktisk ikke er en mediator i denne sammenhengen. En annen mulig tolkning er at instrumentet som måler foreldrenes tilknytning i denne studien, "Experiences in close relationship" (ECR), ikke er tilstrekkelig valid. Den opprinnelige ECR-versjonen bestod av 36 ledd, mens vi i denne oppgaven benytter en kortversjon bestående av kun sju ledd. Det vil si at de to tilknytningsfaktorene består av henholdsvis tre (unnavikende) og fire (angstpreget) ledd, noe som kan indikere at en reduksjon av antall ledd har vært på bekostning av validiteten. Som beskrevet i metoddelen, var det også lav reliabilitet for de to skalaene i denne oppgaven, mens gjennomsnittlig inter-item korrelasjoner var lave, men innenfor anbefalt skåre. Alt i alt kan dette bety at ECR skalaene i denne studien både har lav validitet og reliabilitet, og at det er noe av årsaken til at tilknytningsfaktorene ikke medierer sammenhengen mellom hendelser og symptomer hos barna.

4.3.3 Direkte effekt av hendelse på symptomer?

Både for totale vansker og emosjonelle symptomer var det kun delvis mediering, hvilket betyr at alvorlig hendelse hadde en signifikant selvstendig effekt på totale vansker og emosjonelle symptomer, etter at det var kontrollert for foreldresymptomer. Dette er ikke uventet da psykologiske fenomener ofte er forårsaket av mange ulike faktorer. Av den grunn kan det være mer realistisk å lete etter mediatorer som reduserer sammenhengen mellom uavhengig og avhengig variabel, heller enn å prøve å finne mediatorer som eliminerer den (Baron & Kenny, 1986).

Statistisk sett indikerer våre funn en direkte effekt mellom hendelser og symptomer. Spørsmålet er imidlertid om en alvorlig hendelse i seg selv er en psykologisk faktor. Vi vet fra forskning at slett ikke alle barn får psykiske problemer i etterkant av potensielt traumatiske hendelser. Dette tyder på at hvorvidt et barn blir traumatisert avhenger av flere faktorer enn selve hendelsen. Vi må anta at det her eksisterer flere potensielle mediatorer som vi ikke har fanget opp i vår undersøkelse.

I en reviewartikkel fant Pine og Cohen (2002) tre risikofaktorer som var sterke prediktorer i forhold til utvikling av psykiske symptomer i etterkant av potensielt traumatiske hendelser.

Grad av eksponering for akutte farlige hendelser var en sterk prediktor for senere utvikling av psykopatologi. De fant videre at *mangel på sosial støtte* påvirket både akutt og langsiktig psykisk helse hos barn som har vært eksponert for traumer. Dette funnet støttes av Brewin, Andrews og Valentine (2000), som fant at fravær av sosial støtte var en større risikofaktor for utvikling av PTSD, enn mer tradisjonelle risikofaktorer som intelligens og tidligere seksuelt misbruk. Den tredje faktoren var *tilstedeværelse av psykopatologi hos barnet i forkant av en traumatisk hendelse*, hovedsakelig symptomer på angst. Dette støttes av Copeland og kolleger (2007), som i sin studie fant at barn som fikk PTS symptomer i etterkant av en hendelse, med større sannsynlighet hadde symptomer på angst i forkant.

Forskning viser at også andre forhold ved foreldre og familie, foruten foreldresymptomer, utgjør en risiko for barn som opplever potensielt traumatiske hendelser. Eksempler på dette er økt kaos i familien, overbeskyttende foreldre, økt foreldrekonflikt, ulikt reaksjonsmønster foreldrene imellom, samt forenektelse eller undertrykkelse av barnets symptomer (Scheeringa & Zeanah, 2001).

4.4 Alvorlig hendelse

4.4.1 Hva kvalifiserer til potensielt traumatisk hendelse?

Som beskrevet tidligere valgte vi å inkludere tre hendelser i ”alvorlig hendelse-gruppen” som ikke var rapporterte av foreldrene, men som vi fanget opp da vi gjennomgikk skjemaene. Til tross for at foreldrene skulle beskrive hendelsen, var det generelt sett begrenset informasjon om type og omfanget av selve hendelsen, det var derfor vanskelig for oss å vurdere alvorlighetsgraden i hver enkelt hendelse. Av den grunn valgte vi å inkludere alle rapporterte hendelser, uavhengig av type og beskrivelse.

De fleste av hendelsene er av en sånn karakter at de oppfyller kriteriet for en potensielt traumatisk hendelse, men noen få er tvilsomme (se appendiks 1). Det kan også diskuteres om samlivsbrudd er en potensielt traumatisk hendelse, eller om det i større grad er en alvorlig livshendelse. PTSD seksjonen i måleinstrumentet ”Preschool-Age Psychiatric Assessment” (PAPA) skiller mellom potensielt traumatiske hendelser og livshendelser (Briggs-Gowan et al., 2010). Livshendelser defineres her som potensielt stressende, men ikke sannsynlig traumatiske. Eksempler på livshendelser i PAPA er bl.a. å få søsken, samlivsbrudd, ny

stemor/stefar, flytting samt separasjon fra en av foreldrene over mer enn en uke. I en annen studie ble ekteskapskonflikt og samlivsbrudd derimot kategorisert som potensielt traumatiske hendelser (Graham-Bermann et al., 2008). Denne studien viste at flere barn i alderen tre til fem år, ble traumatiserte etter uønsket separasjon fra en av foreldrene over lang tid, for eksempel etter en konfliktfylt skilsmisse. Forfatterne foreslår at tidlig barndom er en spesielt sårbar periode for denne type hendelse, da dette er en periode hvor tilknytning og avhengighet til foreldrene står sentralt. Siden vi i denne oppgaven har undersøkt barn i alderen et til seks år, kan det derfor være korrekt å beholde samlivsbrudd i "alvorlig hendelse" variabelen.

Vi har altså valgt å bruke foreldrenes vurderinger for hva de oppfatter som alvorlig hendelse for sine barn, og det kan ha ført til at "alvorlig hendelse" variabelen har noe lav validitet i forhold til denne undersøkelsens hypoteser.

4.4.2 Antall barn i "alvorlig hendelse" gruppen

I denne undersøkelsen fant vi at 6.7 % av barna som deltok i studien ved T1, hadde opplevd en alvorlig hendelse fra fødsel til T1. Prevalenstall for potensielt traumatiske hendelser hos barn varierer mye. I en omfattende amerikansk studie av 1420 barn opp til 16 års alder, fant man at ca. to av tre hadde opplevd en potensielt traumatisk hendelse i løpet av livet (Copeland, 2007). I to nylige studier på førskolebarn (3–5 år og 18–36 måneder), var andel rapporterte hendelser henholdsvis 93 % og 23.4 % (Graham-Bermann et al., 2008; Mongillo et al., 2009).

Underrapportering

En årsak til den relativt beskjedne rapporteringen i vår undersøkelse, kan være barnas unge alder. En annen årsak kan være at det foreligger en underrapportering av enkelte typer hendelser, som for eksempel seksuelle overgrep innen familien. Dette kan skyldes at emnet er tabubelagt og at det derfor oppleves vanskelig for omsorgsgiver å rapportere det. En annen forklaring kan være at omsorgsgiver ikke vet at barnet har vært utsatt for seksuelt misbruk.

Mange barn har vanskeligheter med å fortelle om seksuelle overgrep, og studier har vist at mange kvier seg i flere år før de eventuelt forteller om det (DeVoe & Faller, 2002; Goodman-Brown et al., 2003). Også i tilfeller hvor det eksisterer bevis, er barn tilbakeholdne med å fortelle om seksuelt misbruk (Sjøberg & Lindblad, 2002). En kvalitativ studie av Jensen,

Gulbrandsen, Mossige, Reichelt og Tjersland (2005) undersøkte i hvilken grad barn rapporterte seksuelt misbruk. Resultatene viste at barna kviet seg for å fortelle om hendelsene fordi de ikke oppfattet at de hadde anledning til å snakke om det, eller fordi de ikke trodde det hadde noen hensikt å fortelle om det. De var også sensitive til andres reaksjoner, om de ville bli mistolket eller mistrodd, samt at de var bekymret for eventuelle konsekvenser for familien. Noen av barna fortalte at de aldri hadde blitt spurt direkte om de ble seksuelt misbrukt og at de derfor ikke hadde sagt noe. I studien "Det første vennskap" var det ingen som rapporterte at barna hadde vært utsatt for seksuelt misbruk ved T1. Tatt i betraktning at utvalget ved T1 bestod av over 500 barn, kan det skyldes en underrapportering.

En annen mulig årsak til underrapportering, kan være måten spørsmålet om alvorlig hendelse blir presentert i spørreskjemaet. Det lyder som følger: "Har barnet ditt vært utsatt for, eller involvert i, en alvorlig hendelse?" I studien til Graham-Bermann et. al. (2008) hvor 93 % rapporterte om en alvorlig hendelse, lød spørsmålet til mor slik: "Hva er den mest oppskakende eller overveldende hendelsen som har skjedd i ditt barns liv?" Som vi ser er det ganske stor forskjell på ordlyden i de to spørsmålene, til tross for at de i utgangspunktet spør om det samme. Det ene spørsmålet er ganske nøytralt formulert, og kan oppfattes som ulykkerettet. Spørsmålet i den andre studien derimot har en iboende forventning om at ganske alvorlige ting har skjedd, og her spør de ikke "om" det har skjedd noe, men "hva har skjedd". Dette kan bety at flertallet av informantene i "Det første vennskap" oppfattet spørsmålet som snevrere enn det var ment som, og at det derfor kan foreligge en underrapportering. På den annen side kan det foreligge en overrapportering i den andre studien, da det her oppfordres til at alle *skal* svare et eller annet.

4.5 Generaliserbarhet

4.5.1 Representativt utvalg

I "Det første vennskap" består utvalget utelukkende av barn som går i barnehage. Vi kan anta at det er forskjell på foreldre som velger barnehage og de som ikke gjør det (Borge, Rutter, Cote & Tremblay, 2004), og undersøkelser viser for eksempel at barnhagedeltakelse er lavere blant barn av foreldre med lav utdanning og lav inntekt, enn blant barn av foreldre med høy utdanning og høy inntekt (Norges offentlige utredninger [NOU] 2010: 8). Som beskrevet innledningsvis er det i dette utvalget en indikasjon på sosial seleksjon, med størst utslag for de

minste barna, hvor kun ca. 50 % av alle to- og tre åringer i de to deltagende kommunene gikk i barnehage. Dette indikerer et mulig skjevt utvalg blant de minste barna.

Spørsmålet er i hvilken grad vi kan anta at prevalensen av barn som opplever potensielt traumatiske hendelser, er forskjellig for barnehagebarn og barn som ikke går i barnehage. I ”Det første vennskap” (T1) var hverken foreldrenes utdanning eller inntekt assosiert med alvorlig hendelse. Det kan bety at potensielt traumatiske hendelser blant barn generelt er uavhengig av foreldres utdanning og inntekt, og da kan vi i tilfelle anta at utvalget i denne oppgaven er representativt for barn i Norge, kanskje med unntak for bysentra. I dette utvalget er det lite variasjon i barnas etniske bakgrunn, noe som kan bety at resultatene ville sett annerledes ut blant barn i større byer, hvor det ofte er større etnisk variasjon.

4.5.2 Utvalgsstørrelse og – populasjon

Studien er basert på et relativt stort utvalg, hvilket øker sannsynligheten for statistisk signifikante funn. I denne oppgaven fant vi lave til moderate korrelasjoner, noe som i utgangspunktet indikerer at de sammenhengene vi fant ikke er veldig sterke.

Tross et stort utvalg, så var det imidlertid et lavt antall barn som hadde opplevd en alvorlig hendelse. Dette betyr at funn i denne oppgaven som viste en sammenheng mellom hendelser og symptomer er relativt robuste, til tross for lave til moderate korrelasjoner. Videre er utvalget basert på normalpopulasjon og ikke et klinisk utvalg, hvilket betyr at funnene kan generaliseres til normative utvalg.

4.5.3 Styrker og begrensninger

En styrke ved denne undersøkelsen er at hovedprosjektet, ”Det første vennskap”, er et resultat av et internasjonalt samarbeid mellom anerkjente vennskapsforskere fra Norge, Australia, Sveits og Canada. Det benyttes i hovedsak internasjonalt anerkjente måleinstrumenter, og det er jevnt over god reliabilitet og validitet. Studien benytter multiinformantdesign, noe som bidrar til at psykiske symptomer hos barna blir belyst fra ulike perspektiver, som igjen bidrar til best mulig informasjon om barnas psykiske helse.

Oppgaven er basert på kryss-seksjonelle data, hvilket betyr at vi ikke uten videre kan si noe om kausaliteten i sammenhengene. Som nevnt innledningsvis er det i denne studien ingen informasjon om barnas faktiske opplevelse av hendelsen, som for eksempel detaljer om

varighet og alvorlighetsgrad. Det betyr at vi ikke har kunnskap om i hvilken grad hendelsen påvirket barnet, og vi vet ikke om symptomene hos barna i alvorlig hendelse-gruppen oppstod før eller etter hendelsen. Der det er brukt forklaringsmodeller er det kun gjort antagelser om årsakssammenhenger. Studien ”Det første vennskap” er som nevnt tidligere en longitudinell studie hvor de samme barna ble fulgt over fire år, og derfor var det i utgangspunktet mulig å bruke et såkalt pre- og posttest design. Med et slikt design kunne vi målt symptomer før og etter hendelsene, og dermed fått mer nøyaktig kunnskap om kausalitet i sammenhengene. Siden formålet med oppgaven var å undersøke barn i tidlig barndom, ønsket vi å benytte T1 som måletidspunkt, slik at utvalget aldersmessig passet best mulig til formålet med studien. Ved å benytte T1, hadde vi kun posttest-data på barna, og dermed var det ikke aktuelt å benytte longitudinelt design i denne undersøkelsen.

En mulig begrensning er at foreldrene var informanter både i forhold til alvorlige hendelser og symptomer hos barna. For eksempel kan det hende at foreldre til barn som har opplevd en alvorlig hendelse kan ha vanskeligheter med å vurdere barnet objektivt, noe som kan føre til både under- og overrapportering av symptomer. Siden ”Det første vennskap” har et multiinformantdesign, kunne vi til en viss grad kontrollere for denne feilkilden ved i tillegg benytte lærervurderte symptomer. Det er nærliggende å tro at lærere er mer objektive i sine vurderinger, og på den måten bidrar med nyansert informasjon.

4.6 Konklusjon

I denne undersøkelsen fant vi at det var en sammenheng mellom potensielt traumatiske hendelser i tidlig barndom og psykiske symptomer, i form av både internaliserende og eksternaliserende symptomer. Dette er i tråd med hva vi forventet ut fra eksisterende forskning på området. Noe uventet fant vi at ikke-interpersonlige hendelser i større grad var assosiert med symptomer enn interpersonlige hendelser, noe som til dels kan skyldes måten hendelsene er inndelt på. Videre fant vi at foreldresymptomer delvis medierte sammenhengen mellom hendelser og symptomer, noe som viser at hvorvidt små barn blir traumatiserte, også avhenger av kontekstuelle faktorer, ikke bare omfanget av selve hendelsen.

Disse funnene indikerer at behandling av traumatiserte barn i førskolealder, også bør inkludere kartlegging og behandling av eventuelle symptomer hos omsorgsgiver. Videre indikerer funnene at ved behandling av små barn som har opplevd alvorlige hendelser, vil det

være viktig å kartlegge mulige kontekstuelle faktorer som kan øke risikoen for utvikling av psykiske symptomer. I de tilfeller hvor slike faktorer avdekkes, bør barna følges nøye opp, slik at eventuelle reaksjoner og symptomer fanges opp så tidlig som mulig.

Funnene i denne undersøkelsen gir et innblikk i omfanget av, samt hvilke typer potensielt traumatiske hendelser som er vanlig i tidlig barndom. De gir i tillegg en indikasjon på betydningen av kontekstuelle faktorer på sammenhengen mellom hendelser og symptomer. Siden dette er en kryss-seksjonell studie får vi imidlertid begrenset informasjon når det gjelder årsakssammenhenger. I videre forskning på potensielt traumatiske hendelser i tidlig barndom, vil det være nyttig med longitudinelle design for å kunne følge de samme barna over tid.

Noe uventet fant vi at interpersonlige hendelser i denne undersøkelsen var assosiert med mindre symptomer enn ikke-interpersonlige hendelser. Dette indikerer at fremtidige studier på små barn bør skille mellom hendelser som involverer fysiske og psykiske skader påført barnet av nære omsorgspersoner, og andre interpersonlige hendelser. Videre studier kan i tillegg dra nytte av å benytte måleinstrumenter som inkluderer mål på barnets umiddelbare reaksjon på hendelsen (PTSD kriterium A2), samt i hvilken grad hendelsen så ut til påvirke barnets atferd og psykiske helse.

Dette er antagelig den første norske studien som har undersøkt sammenhenger mellom potensielt traumatiske hendelser og symptomer hos barn i førskolealder. Funnene i denne undersøkelsen underbygger viktigheten av å måle forekomst av traumer og symptomer i tidlig barndom. Det fremkommer også at det er viktig å ta i betraktning kontekstuelle risikofaktorer. Denne kunnskapen bør implementeres i utredning og behandling av små barn som har vært eksponert for potensielt traumatiske hendelser, for å sikre tidlig intervensjon.

Litteraturliste

- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., & Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, *101*, 213-232.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1998). Practice parameters for the assessment and the treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *37*, 4-26.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Text revision). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*, 1173-1182.
- Beardslee, W. R., Keller, M. B., Lavori, P. W., Staley, J., & Sacks, N. (1993). The impact of parental affective disorder on depression in offspring: A longitudinal follow-up in a nonreferred sample. *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, *32*, 723-730.
- Borge, A. I. H., Rutter, M., Cote, S., & Tremblay, R. E. (2004). Early childcare and physical aggression: differentiating social selection and social causation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *45*, 367-376.
- Borge, A. I. H., Samuelsen, S. O., & Rutter, M. (2006). Observer variance within families: confluence among maternal, paternal and child ratings. *International Journal of Methods in Psychiatric research*, *10*, 11-21.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: an integrative overview. I J. A. Simpson & W. S. Rholes (red.), *Attachment theory and close relationships* (s. 46-76). New York: Guilford.
- Brewin, C., Andrews, B., & Valentine, J. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*, 748-766.

- Briggs, S. R., & Cheek, J. M. (1986). The role of factor analysis in the development and evaluation of personality scales. *Journal of Personality, 54*, 106-148.
- Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S., Clark, R., Augustyn, M., McCarthy, K. J., & Ford, J. D. (2010). Exposure to potentially traumatic events in early childhood: differential links to emergent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51*, 1132-1140.
- Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S., & Schwab-Stone, M. (1996). Discrepancies among mother, child and teacher reports: examining the contributions of maternal depression and anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology, 24*, 749-765.
- Cohen, E. (2009). Parenting in the throes of traumatic events. Risks and protection. I D. Brom, R. Pat-Horenczyk, & J. D. Ford (red.), *Treating traumatized children. Risks, resilience and recovery* (s. 72-84), New York: Routledge.
- Cohen, J. (2003). A power primer. I A. Kazdin (red.), *Methodological issues and strategies in clinical research* (s. 339-348). Washington, DC: American Psychological Association.
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry, 64*, 577-584.
- Costello, E. J., Mustillo S., Erkanli A., Keeler G., & Angold A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry, 60*, 837-844.
- Crittenden, P. M. (1992). Quality of attachment in the preschool years. *Development and Psychopathology, 4*, 209-241.
- DeVoe, E. R., & Faller, K. C. (2002). Questioning strategies in interviews with children who may have been sexually abused. *Child Welfare, 81*, 5-31.
- Edelstein, R. S., Alexander, K. W., Shaver, P. R., Schaaf, J. M., Quas, J. A., Lovas, G. S., & Goodman, G. S. (2004). Adult attachment style and parental responsiveness during a stressful event. *Attachment & Human Development, 6*, 31-52.
- Elander, J., & Rutter, M. (1996). Use and development of the Rutter parents` and teachers` scales. *International Journal of Methods in Psychiatric research, 6*, 63-78.
- Fairbrother, G., Stuber, J., Galea, S., Fleischman, A. R., & Pfefferbaum, B. (2003). Posttraumatic stress reactions in New York City children after the September 11, 2001, terrorist attacks. *Ambulatory Pediatric, 3*, 304-311.

- Feeney, B. C., & Collins, N. L. (2003). Motivations for caregiving in adult intimate relationships: influences on caregiving behavior and relationship functioning. *Personality and Social Psychology Bulletin, 29*, 950-968.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: a neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect, 31*, 7-26.
- Foley D. L., Pickles, A., Simonoff, E., Maes, H. H., Silberg, J. L., Hewitt, J. K., & Eaves, L. J. (2001). Parental concordance and comorbidity for psychiatric disorder and associate risks for current psychiatric symptoms and disorders in a community sample of juvenile twins. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42*, 381-394.
- Fonagy, P., Steele, M., Moran, G., Steele, H., & Higgitt, A. (1993). Measuring the ghost in the nursery: an empirical study of the relation between parents' mental representations of childhood experiences and their infants' security of attachment. *Journal of the American Psychological Association, 41*, 957-989.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: the reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal, 12*, 201-218.
- Ford, J. D., Pat-Horenczyk, R., & Brom, D. (2009). Introduction. I D. Brom, R. Pat-Horenczyk, & J. D. Ford (red.), *Treating traumatized children; risk, resilience and recovery* (s.1-12). New York: Routledge.
- Ghazinour, M., Richter, J., Emami, H., & Eisemann, M. (2003). Do parental rearing and personality characteristics have a buffering effect against psychopathological manifestations among Iranian refugees in Sweden? *Nordic Journal of Psychiatry, 57*, 419-428.
- Giaconia, R. M., Reinherz, H. Z., Silverman, A. B., Pakiz, B., Frost, A. K., & Cohen, E. (1995). Traumas and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescents. *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry, 34*, 1369- 1380.
- Glasheen, C., Richardson, G. A., & Fabio, A. (2010). A sytematic review of the effects of postnatal maternal anxiety on children. *Archives of Women ´s Mental Health, 13*, 61-74.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38*, 581 -586.

- Goodman, S. H., & Gotlib I. H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, *106*, 458-490.
- Goodman-Brown, T. B., Edelstein, R. S., Goodman, G. S., Jones, D. P. H., & Gordon, D. S. (2003). Why children tell: A model of children's disclosure of sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, *27*, 525-540.
- Graham-Bermann, S. A., Howell, K., Habarth, J., Krishnan, S., Loree, A., & Bermann, E. A. (2008). Towards assessing traumatic events and stress symptoms in preschool children from low-income families. *American Journal of Orthopsychiatry*, *78*, 220-228.
- Grova, B. (2007). Psykologisk forståelse og behandling av søvnproblemer hos barn og unge. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, *44*, 403-412.
- Gustafsson, P. E., Nilsson, D., & Svedin, C. G. (2009). Polytraumatization and psychological symptoms in children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *18*, 274-283.
- Hammen, C., Burge, D., Burney, E., & Adrian, C. (1990). Longitudinal study of diagnoses in children of women with unipolar and bipolar affective disorder. *Archives of General Psychiatry*, *47*, 1112-1117.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, *52*, 511-524.
- Hennigan, K. M., O'Keefe, M., Noether, C. D., Rinehart, D. J., & Russel, L. A. (2006). Through a mother's eyes: sources of bias when mothers with co-occurring disorders assess their children. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, *33*, 87-104.
- Heyerdal, K. (2000). Omsorgssvikt. I L. Weisæth & O. S. Dalgard (red.), *Psykisk helse. Risikofaktorer og forebyggende arbeid* (s.145-161). Oslo: Gyldendal akademiske.
- Heyerdahl, S. (2003). SDQ – Strength and Difficulties Questionnaire: en orientering om et nytt spørreskjema for kartlegging av mental helse hos barn og unge, brukt i UNGHUBRO, OPPHED og TROFINN. *Norsk Epidemiologi*, *13*, 127-135.
- Honor, G. (2005). Domestic violence and children. *Journal of Pediatric Health Care*, *19*, 206-212.
- Ijzendoorn, M. H. van (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: a meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, *117*, 387-403.

- Jensen, T. K. (2007). Informasjon om traumatiske hendelser – og reaksjoner man kan få. *Foredrag ved Psykologisk institutt*, august 2010.
- Jensen, T. K. (2007). Hvordan kan vi forstå og hjelpe barn og ungdom som har vært utsatt for traumer? I H. Haavind, & H. Øvreeide (red.), *Barn og unge i psykoterapi, bind I, samspill og utviklingsforståelse* (s. 294-327). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Jensen, T. K., Gulbrandsen, W., Mossige, S., Reichelt, S., & Tjersland, O. A. (2005). Reporting possible sexual abuse: a qualitative study on children`s perspectives and the context for disclosure. *Child Abuse & Neglect*, 29, 1395- 1413.
- Judd, C. M., & Kenny, D. A. (1981). Process analysis: estimating mediation in treatment evaluations. *Evaluation Review*, 5, 602-619.
- Kaplow, J. B., Saxe, G. N., Putnam, F. W., Pynoos, R. S., & Lieberman, A. F. (2006). The longterm consequences of early childhood trauma: a case study and discussion. *Psychiatry*, 69, 362-375.
- Kessler, R. C., Anthony, J. C., Blazer, D. G., Bromet, E., Eaton, W. W., & Kendler, K. (1997). *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 6, 4–16.
- Kilpatrick, D. G., Ruggiero, K. J., Acierno, R., Saunders, B. E., Resnick, H. S., & Best, C. L. (2003). Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: Results from the national survey of adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 692-700.
- Kim-Cohen, J., Moffitt, T. E., Taylor, A., Pawlby, S. J., & Caspi, A. (2005). Maternal depression and children`s antisocial behavior. *Archives of General Psychiatry*, 62, 173-181.
- Klennert, M. D., Emde, R. N., Butterfield, P., & Campos, J. J. (1986). Social referencing: the infant's use of emotional signals from a friendly adult with mother present. *Developmental Psychology*, 22, 427-432.
- Kolko, D. J., & Kazdin, A. E. (1993). Emotional/behavioral problems in clinic and nonclinic children: correspondence among child, parent and teacher reports. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 991-1006.
- Layne, C. M., Beck, C. J., Rimmasch, H., Southwick, J. S., Moreno, M. A., & Hobfoll, S. E. (2009). Promoting “resilient” posttraumatic adjustment in childhood and beyond: “unpacking” life events, adjustment trajectories, resources, and interventions. I D. Brom, R. Pat-Horenczyk, & J. D. Ford (red.), *Treating traumatized children; risk, resilience and recovery* (s. 13-47). New York: Routledge.

- Lyons-Ruth, K. (1996). Attachment relationships among children with aggressive behaviour problems: the role of disorganized early attachment patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 64-73.
- Main, M. (1996). Introduction to the special section on attachment and psychopathology: 2. overview of the field of attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 237-243.
- McFarlane, J. M., Groff, J. Y., O' Brien, J. A., & Watson, K. (2003). Behaviors of children who are exposed and not exposed to intimate partner violence: an analysis of 330 black, white, and hispanic children. *Pediatrics, 112*, 202-207.
- Meltzer, H., Doos, L., Vostanis, P., Ford, T., & Goodman, R. (2009). The mental health of children who witness domestic violence. *Child and Family Social Work, 14*, 491-501.
- Mikulincer, M., Florian, V., & Weller, A. (1993). Attachment styles, coping strategies and posttraumatic psychological distress: the impact of the Gulf war in Israel. *Journal of Personality and Social Psychology, 64*, 817-826.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: the dynamic development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion, 27*, 77-102.
- Mongillo, E. A., Briggs-Gowan, M., Ford, J. D., & Carter, A. S. (2009). Impact of traumatic life events in a community sample of toddlers. *Journal of Abnormal Child Psychology, 37*, 455-468.
- Mykletun, A., Knudsen, A. K., & Mathiesen, K. S. (2009). Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Folkehelseinstituttet, *rapport 2009:8*.
- Najman, J. M., Williams, G. M., Nikles, J., Spence, S., Bor, W., O'Callaghan, M., Le Broucq, R., & Andersen, M. J. (2000). Mothers' mental illness and child behavior problems: cause-effect association or observation bias? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 39*, 592-602.
- Nicholson, J., Larkin, C., Simon, L., & Banks, S. (2001). The prevalence of parenting among adults with mental illness (Working paper). Center for Mental Health Services Research, Department of Psychiatry, University of Massachusetts Medical School, Worcester, MA.
- Norges offentlige utredninger 2010: 8. (2010). Barn som ikke går i barnehage. Kunnskapsdepartementet.

- Oppedal, B., Azam, G. E., Dalsøren, S. B., Hirsch, S. M., Jensen, L., Kiamanesh, P., Moe, E. A., Romanova, E., & Selgem, K. B. (2009). *Psykososial tilpasning og psykiske problemer blant barn i innvandrerfamilier*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; rapportnr.: 2008:14.
- Pallant, J. (2005). *SPSS Survival Manual*. New York: Open University Press.
- Pine, D. S. (2007). Research review: a neuroscience framework for pediatric anxiety disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 48, 631–648.
- Pine, D. S., & Cohen, J. A. (2002). Trauma in children and adolescents: risk and treatment of psychiatric sequelae. *Biological Psychiatry*, 51, 519-531.
- Quas, J. A., Goodman, G. S., Bidrose, S., Pipe, M-E., Craw, S., & Ablin, D. S. (1999). Emotion and memory: childrens long term remembering, forgetting and suggestibility. *Journal of Experimental Child Psychology*, 72, 235–270.
- Richters, J. E. (1992). Depressed mothers as informants about their children. A critical review of the evidence for distortion. *Psychological Bulletin*, 112, 485-499.
- Schechter, D. S., & Willheim, E. (2009). Disturbances of attachment and parental psychopathology in early childhood. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18, 665-686.
- Scheeringa, M. S. (2009) Posttraumatic stress disorder. I C. H. Zeanah (red.), *Handbook of infant mental health* (s. 345-361). New York: Guilford Press.
- Scheeringa, M. S., Wright, M. J., Hunt, J. P., & Zeanah, C. H. (2006). Factors affecting the diagnosis and prediction of PTSD symptomatology in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 163, 644-651.
- Scheeringa, M. S., & Zeanah, C. H. (2001). A relational perspective on PTSD in early childhood. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 799-815.
- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., Myers, L., & Putnam, F. W. (2003). New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 561-570.
- Sjøberg, R. L., & Lindblad, F. (2002). Limited disclosure of sexual abuse in children whose experiences were documented by videotape. *American Journal of Psychiatry*, 159, 312–314.
- Smith, D. W., Letourneau, E. J., Saunders, B. E., Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., & Best, C. L. (2000). Delay in disclosure of childhood rape: results from a national survey. *Child Abuse & Neglect*, 24, 273-287.

- Sobel, M. (1982). Asymptotic confidence intervals for indirect effects in structural equation models. *American Sociological Association*, 13, 290-312.
- Strand, B. H., Dalgard, O. S., Tambs, K., & Rognerud, M. (2003). Measuring the mental health status of the Norwegian population: a comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nordic Journal of Psychiatry*, 57, 113-118.
- Tambs, K., & Moum, T. (1993). How well can a few questionnaire items indicate anxiety and depression? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, 364-367.
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.
- Tompson, M. C., Pierre, C. B., Boger, K. D., McKowen, J. W., Chan, P. T., & Freed, R. D. (2010). Maternal depression, maternal expressed emotion, and youth psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 105-117.
- Turner, H. A., Finkelhor, D., & Ormrod, R. (2006). The effect of lifetime victimization on the mental health of children and adolescents. *Social Science & Medicine*, 62, 13-27.
- Turner, H. A., Finkelhor, D., Ormrod, R., & Hamby, S. L. (2010). Infant victimization in a nationally representative sample. *Pediatrics*, 126, 44-52.
- Verhulst, F. C., & Akkerhuis, G. W. (1989). Agreement between parents' and teachers' ratings of behavioral/emotional problems of children aged 4-12. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 123-136.
- Wan, M. W., Abel, K. M., & Green, J. (2008). The transmission of risk to children from mothers with schizophrenia: a developmental psychopathology model. *Clinical Psychology Review*, 28, 613-637.
- Wan, M. W., & Green, J. (2009). The impact of maternal psychopathology on child-mother attachment. *Archives of Women's mental health*, 12, 123-134.
- Wei, M., Russel, D. W., Mallinckrodt, B., & Vogel, D. L. (2007). The Experiences in Close Relationship Scale (ECR)-short form: Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 88, 187-204.
- Zeanah, C. H., & Smyke, A. T. (2008). Attachment disorders in family and social context. *Infant Mental Health Journal*, 29, 219-233.
- Överlien, C. (2007). Barn som upplever pappas våld mot mamma-vad säger forskningen? *Nordisk sosialt arbeid*, 27, 238-250.
- Överlien, C., & Hydén, M. (2007). Att tvingas lyssna- hur barn bevittnar pappas våld mot mamma. *Barn*, 1, 9-25.

