

Den transaksjonelle sammenhengen mellom foreldrestress og psykiske symptomer hos barn

En deskriptiv studie fra en BUP i Oslo

Tuva Sigmundstad



Innlevert som hovedoppgave ved Psykologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Våren 2020

Sammendrag

Forfatter: Tuva Sigmundstad

Tittel: Den transaksjonelle sammenhengen mellom foreldrestress og psykiske symptomer hos barn- en deskriptiv studie fra en BUP i Oslo

Veileder: Annika Maria Melinder

Formål: Formålet ved denne studien var å undersøke forekomsten av, og sammenhengen mellom, foreldrestress og psykiske symptomer hos barn i et klinisk utvalg. Det ble også undersøkt hvorvidt foreldrenes stressnivå og barnets symptombelastning hang sammen med relevante demografiske variabler som barnets kjønn og alder, samt foreldrenes livsbelastninger og sosioøkonomiske status.

Metode: Oppgaven er basert på data fra det pågående forskningsprosjektet ”Alvorlig Emosjonell Dysregulering hos Barn” ved Barneseksjonen (Oslo Universitetssykehus) og Nic Waals Institutt (Lovisenberg Diakonale Sykehus). Utvalget består av 30 barn i alderen 6-12 år og deres foreldre. Selve forskningsprosjektet er en longitudinell studie, mens denne studien er basert på en enkeltmåling av relevante variabler. Måleinstrumentene er ”Parenting Stress Index”, ”Child Behaviour Checklist” og et sosiodemografisk spørreskjema som ble utarbeidet med denne oppgaven som formål. For å undersøke sammenhenger ble det utført korrelasjonsanalyser og variansanalyser.

Resultater: Barnets kjønn og alder korrelerte signifikant med foreldrestress, men ikke med barnets symptomtrykk. Foreldrenes livsbelastninger og sosioøkonomisk status korrelerte ikke signifikant med verken foreldrestress eller barnets symptombelastning. Det var en signifikant, positiv sammenheng mellom foreldrestress og barnets symptombelastning. Videre var det en sterk sammenheng mellom foreldrestress og eksternaliserende problemer, men ingen signifikant sammenheng mellom foreldrestress og internaliserende problemer. I tillegg korrelerte diagnosevariablene opposisjonell atferdsforstyrrelse (ODD) og atferdsforstyrrelse (CD) signifikant med foreldrestress. Variansanalysene samsvarte med funnene fra korrelasjonsanalysene, og viste at foreldrestress hadde en signifikant innvirkning på barnets symptomtrykk. Variansanalysene viste også en signifikant effekt av eksternaliserende problemer på foreldrenes stressnivå, men ingen signifikant effekt av internaliserende problemer. Samlet sett indikerer resultatene at det er signifikante sammenhenger mellom foreldrenes stressnivå og barnets symptomtrykk, noe som bør ha viktige implikasjoner for behandlingen av barn og deres foreldre i psykisk helsevern. Ut i fra en transaksjonell forståelse, bør fokuset rettes mot både barnets symptomer og systemet barnet lever i.

Forord

Min interesse for foreldrestress og psykiske vansker hos barn, begynte i min hovedpraksis ved Nic Waals Institutt høsten 2018. Her fikk jeg på nært hold se hva slags innvirkning foreldrenes belastninger og barnets vansker hadde på samspillet dem imellom. Takket være min veileder Annika har jeg vært så heldig å få fordype meg i dette emnet, og å få innblikk i et pågående forskningsprosjekt. Takk for all hjelp og støtte det siste halvannet året, og for ditt brennende engasjement for faget. Jeg vil også gjerne takke Marit Coldevin ved Nic Waals Institutt for et nært og godt samarbeid, og for at du har tatt deg tid til å svare på alle mine spørsmål.

Denne oppgaven markerer også avslutningen på min tid som psykologistudent. Takk til alle venner og familie som har hjulpet meg gjennom dette krevende studiet. Takk til Erik for all tålmodighet og kjærighet du viser meg. Jeg hadde aldri klart dette uten deg. Takk til moren min Ingvild, for all omsorg og korrekturlesing. Og takk til pappa, du er med meg i alt jeg gjør.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	6
1.1 Foreldrestress og stressforskning.....	6
1.2 Transaksjonsmodellen.....	7
1.3 Kilder til foreldrestress	8
1.3.1 Egenskaper ved forelderen.....	8
1.3.2 Egenskaper ved barnet.....	9
1.3.3. Systemisk tilnærming	10
1.4 Foreldrestress og psykiske vansker hos barnet.....	11
1.5 Indirekte sammenhenger mellom foreldrestress og barnets psykiske vansker	13
1.6 Mål for oppgaven.....	14
2. Metode	16
2.1 Deltagere.....	17
2.2 Instrumenter	18
2.2.1 Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA; Achenbach, 1991)	18
2.2.2 Parenting Stress Index (PSI; Abidin, 1995).....	19
2.2.3 Sosiodemografisk spørreskjema	20
2.3 Forskningsetiske perspektiver.....	21
2.4 Datahåndtering.....	21
2.5 Statistiske prosedyrer	22
2.5.1 Sumskårer	22
2.5.2 Cutoff skårer	22
2.5.3 Statistiske analyser.....	23
3. Resultater	23
3.1 Deskriptiv statistikk	23
3.1.1 Karakteristikker ved utvalget.....	24
3.1.2 Fordeling av sumskårer.....	24
3.2 Korrelasjonsanalyser.....	27
3.2.1 Demografiske variabler.....	27
3.2.2 Korrelasjoner mellom hovedkategorier på PSI og CBCL	28
3.2.3 Korrelasjoner mellom underkategorier på PSI og CBCL.....	29

3.3 Variansanalyser.....	30
3.3.1 Enveis mellom-gruppe ANOVA.....	30
4. Diskusjon	31
4.1 Forekomsten av foreldrestress, psykiske symptomer hos barnet og sosioøkonomiske vansker	31
4.1.1 Foreldrestress	31
4.1.2 Psykiske symptomer hos barnet.....	32
4.1.3 Sosioøkonomiske vansker.....	33
4.2 Alder- og kjønnsforskjeller i foreldrestress og symptomtrykk	34
4.2.1 Alder	34
4.2.2 Kjønn.....	35
4.3 Livsbelastninger og sosioøkonomisk status.....	36
4.3.1 Livsbelastninger.....	36
4.3.2 Sosioøkonomisk status.....	36
4.4 Sammenhengen mellom foreldrestress og barnets psykiske vansker	38
4.4.1 PSI foreldredomenet og barnedomenet.....	38
4.4.2 Internaliserende og eksternaliserende problemer.....	39
4.4.3 Diagnosevariabler	39
4.4.4 Gruppe-forskjeller.....	41
5. Styrker og begrensninger	42
5.1 Utvalget.....	42
5.2 Rapporteringsbias	43
5.3 Instrumentene.....	45
5.3.1 PSI.....	45
5.3.2 CBCL	46
5.4 Metodiske styrker og begrensninger	47
6. Kliniske implikasjoner	47
7. Fremtidig forskning.....	49
8. Konklusjon	50
Litteraturliste	51

1. Innledning

Denne oppgaven utforsker det transaksjonelle forholdet mellom foreldrestress og psykiske vansker hos barn. Innledningsvis redegjøres det for fenomenet foreldrestress, inkludert kilder til foreldrestress på individ-, og systemnivå. Videre presenteres funn fra tidligere studier om sammenhengen mellom foreldrestress og psykopatologi hos barn, før det lanseres noen spørsmål som denne studien kan bidra til å besvare. Deretter presenteres og diskuteres resultatene fra de statistiske analysene, inkludert styrker og begrensninger ved studien. Avslutningsvis drøftes det hvilke kliniske implikasjoner resultatene fra denne studien kan ha. For å belyse det kontinuerlige, gjensidige forholdet mellom foreldrestress og psykiske vansker hos barn, baserer oppgaven seg på Sameroffs transaksjonsmodell.

1.1 Foreldrestress og stressforskning

For mange vil det å bli forelder bringe med seg en ny og potent kilde til stress (Deater-Deckard & Panneton, 2017). Ettersom menneskebarn fødes med en ikke ferdig utviklet hjerne, får de en lang barndom der de er avhengige av foreldrenes fysiske og emosjonelle tilgjengelighet, forståelse og ansvarsfølelse (Nordengen, 2017). I løpet av de første 18 leveårene skjer de største endringene innen fysisk, kognitiv og sosial utvikling (Carr, 2016). Denne utviklingen er primært en sosial prosess hvor familien er den sentrale konteksten, og foreldrene er de viktigste sosialiseringensagentene (Finegood & Blair, 2017).

Stress kan bredt defineres som et eksternt krav eller en belastning på et biologisk, sosialt eller psykologisk system (Lazarus, 1993). Foreldrestress er en spesifikk type stress som oppstår som følge av en opplevd diskrepans mellom kravene til foreldrerollen og tilgjengelige personlige ressurser (Deater-Deckard, 1998). Slikt stress skaper negative psykologiske og fysiologiske reaksjoner og kan manifestere seg på ulikt vis og på forskjellige arenaer (Östberg, Hagekull, & Hagelin, 2007). Høyt foreldrestress er generelt en viktig risikofaktor for en rekke uønskede utfall hos barnet, foreldrene og familien som helhet (Neece, Green, Baker, & Neece, 2012).

Stress er i varierende grad til stede gjennom livsløpet og påvirker både enkeltmennesket og mellom-menneskelige relasjoner, inkludert foreldre-barn dyaden (Deater-Deckard & Panneton, 2017). En viss grad av eksponering for både akutte, kortvarige og periodiske stressorer er sunt og fremmer fleksibilitet og motstandsdyktighet. Langvarig, kronisk stress

kan derimot oppleves som hemmende, begrense individets tilpasningsevne og føre til fysisk sykdom og svekket mental helse (Ellis & Del Giudice, 2014). Dette stemmer overens med Abidins funn (1992), som indikerer at foreldrestress kan ha en kurvelineær, fasiliterende funksjon, men kun til et visst punkt.

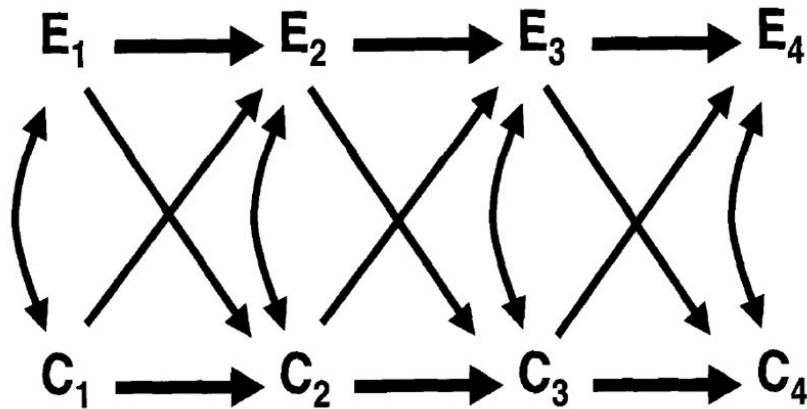
Det er bred enighet blant forskere om at stress tidlig i livet har spesielt ødeleggende effekter, og øker risikoen for psykiske og somatiske sykdommer senere i livet (Rose et al., 2016; Shonkoff et al., 2012; Tomasdottir et al., 2015). Når barn utsettes for store belastninger, overaktiveres stressresponssystemene. Dette kan føre til at hjernekreter som er i modningsfasen ødelegges, metabolske reguleringsystemer og utviklingen av organer forstyrres, og sannsynligheten for langvarige problemer innen læring, atferd, fysisk og mental helse, øker (Shonkoff, 2010). Barn kan imidlertid ha ulik toleranse for tidlige belastninger. Mens noen barn er sårbare for stress (Zuckerman, 1999), er andre barn mer resiliente og tåler stress bedre (Rutter, 1985). En mulig forklaring på disse forskjellene, kan være genetisk og epigenetisk variasjon (Wikenius, Bekkhus, Marthinsen, & Myhre). Barnet bærer med seg biologisk arvemateriale, som interagerer med erfaringer barnet gjør seg og miljøet det befinner seg i (Getz, Luise Kirkengen, & Ulvestad, 2011)

1.2 Transaksjonsmodellen

Allerede før fødselen påvirkes barnets utvikling av den gjensidige stressaktiviteten og reguleringen som finner sted mellom mor og barn (Deater-Deckard & Panneton, 2017). En slik bidireksjonal interaksjon mellom forelder og barn fortsetter gjennom livsløpet. Denne gjensidige påvirkningen mellom individ og miljø over tid, har betegnelsen «transaksjon» (von Tetzchner, 2013).

Sameroffs (2009) transaksjonsmodell (se figur 1) illustrerer denne kontinuerlige, gjensidige påvirkningen mellom barnet (C) og miljøet (E) over tid. De horisontale pilene representerer kontinuitet hos barnet og miljøet, mens de diagonale pilene representerer interaksjoner mellom dem. Transaksjonsmodellen anvendes ofte for å forstå hvordan den tidlige foreldre-barn relasjonen påvirker barnets utvikling (Neece et al., 2012; Sameroff, 2009). I følge denne modellen ligger problemet aldri fullt og helt hos verken barnet eller omgivelsene, men i relasjonen mellom dem (Sameroff, 2009). Studier har gitt evidens for en slik gjensidig påvirkning mellom foreldre og barn innenfor ulike områder, deriblant utviklingen av

temperament (McQuillan & Bates, 2017), emosjonell tilpasning (Van der Valk, Spruijt, De Goede, & Meeus, 2007), atferdsvansker, (Neece et al., 2012) og selvregulering (Brody & Ge, 2001). Den samme modellen kan anvendes for å illustrere hvordan foreldrestress og psykiske vansker hos barnet kan virke gjensidig forsterkende på hverandre over tid.



Figur 1: Sameroffs transaksjonsmodell, 2009, s. 13

1.3 Kilder til foreldrestress

Noe av det som skiller psykologisk stress fra andre stresstyper, er vektleggingen av personens subjektive oppfatning (Lazarus, 1993). I følge Folkman og Lazarus (1984) oppstår psykologisk stress når personen vurderer at kravene fra omgivelsene overgår de personlige ressursene og truer personens velvære. Selve bedømmelsen av at en situasjon er stressende, er derfor subjektiv og avhengig av individets kognitive vurdering av stressoren. Psykologisk stress kan derfor ikke predikeres objektivt, men en må ta personlige egenskaper i betraktning (Folkman & Lazarus, 1984). Dette stemmer overens med studier som viser at foreldre opplever ulik grad av og type stress i forbindelse med foreldrerollen, og de har heller ikke samme oppfatning av hvilke aspekter ved foreldrerollen og egenskaper ved barnet som er stressende (Crnic & Low, 2002).

1.3.1 Egenskaper ved forelderen

Resultater fra tidligere studier indikerer at egenskaper ved både forelderen, barnet og familien er assosiert med foreldrestress (Crnic & Low, 2002). Foreldreegenskaper som personlighetstrekk, stemningsleie, mestringstro, kognitive ressurser, familiehistorikk, oppdragelsesstil og holdninger, er avgjørende for hvordan foreldre opplever og responderer på stress (Deater-Deckard, 1998; McQuillan & Bates, 2017). Til tross for sprikende resultater,

tyder flere studier på at det ikke eksisterer store kjønnsforskjeller mellom mødre og fedre når det gjelder foreldrestress (Baker et al., 2003; Kornør & Martinussen, 2011).

For å redusere stress, endrer vi våre omgivelser eller vår vurdering og håndtering av dem. Denne prosessen kalles for mestring, og er i stor grad avhengig av både individ og kontekst (Lazarus, 1993). Foreldres mestringstro beskriver i hvilken grad foreldre tror de har mulighet til å påvirke barnets utvikling og konteksten der utviklingen finner sted (Crnic & Ross, 2017), og det er vist at en høy grad av mestringstro reduserer foreldrestress og de negative effektene på foreldre-barn relasjonen (Deater-Deckard, 1998). Opplevelsen av å ikke lykkes med sitt eget barn vil derimot ha en spesiell negativ innvirkning på foreldre som i utgangspunktet har dårlig selvtillit og lav mestringstro (von Tetzchner, 2013). Foreldrestress og mestringstro er altså negativt korrelert, slik at mer stress er assosiert med mindre mestringstro og omvendt (Crnic & Ross, 2017).

Hvor mye stress en forelder kommer til å oppleve, er delvis bestemt av faktorer som er til stede før barnet er født (Crnic & Low, 2002). Studier har vist at personlighetstrekk som nevrotisisme, utgjør en sårbarhetsfaktor (Östberg et al., 2007) ved å påvirke stressvurderingsprosessen og dermed graden av foreldrestress (Crnic, Gaze, & Hoffman, 2005). Personligheten har vist seg å være relativt stabil i voksen alder (Caspi, Roberts, & Shiner, 2005), og denne stabiliteten kan bidra til å forklare hvorfor det over lengre tidsperioder har blitt observert moderat stabile nivåer av foreldrestress (Östberg et al., 2007). Til tross for et stabilt, overordnet nivå av foreldrestress, kan allikevel de bakenforliggende årsakene til stress variere (Crnic & Ross, 2017).

1.3.2 Egenskaper ved barnet

Felles for de fleste utviklingsteorier, er anerkjennelsen av at barn spiller en aktiv rolle i sin egen utvikling (Shonkoff, 2010). Bell konstaterte allerede i 1968 at barn ikke er passive mottakere, men bidrar til å påvirke egne omgivelser. Flere ulike egenskaper ved barnet kan utløse eller forsterke foreldrestress, blant annet barnets kjønn, alder, funksjons- og evnenivå, temperament, atferd og psykopatologi (Deater-Deckard & Panneton, 2017). Utviklingsstadier og livsfaser, som overgangen fra barnehage- til skolealder, kan by på nye og utfordrende situasjoner, og på den måten også påvirke foreldrenes stressnivå (Crnic & Low, 2002).

Vanskelig temperament hos barnet, ofte definert som negativ emosjonalitet, er forbundet med foreldrestress, dårlig omsorg og liten grad av responsivitet fra foreldre (McQuillan & Bates, 2017; von Tetzchner, 2013). Studier finner imidlertid lave korrelasjoner mellom tidlig temperament og senere vansker hos barnet. Det er heller kombinasjonen av barnets og forelderens temperament og tilpasningen dem imellom, som kan lede til fremtidige vansker (von Tetzchner, 2013). Slike mer eller mindre gunstige kombinasjoner mellom egenskaper ved barnet og forelderens er betegnelsen på ”Goodness of fit”, hvor en god match kan fungere som en beskyttelsesfaktor, mens en dårlig kombinasjon kan være ødeleggende for barnets utvikling (Newland & Crnic, 2017). Hvordan barnet responderer på foreldrenes stress, vil også være avhengig av barnets temperament og grad av resiliens (McQuillan & Bates, 2017). Begge parter virker altså inn på hverandre i en transaksjonell kjede; temperament og emosjonsstil hos både barn og forelder bidrar til utviklingsforløpet (Sameroff, 2009).

Selv om egenskaper ved barnet er en relevant kilde til foreldrestress, er det usannsynlig at slike karakteristika alene er tilstrekkelige (Crnic & Low, 2002). Foreldre har sine egne sårbarhetsfaktorer og etablerte væremåter som påvirker hvor mottakelige de er for å reagere med stress overfor barnet. De fleste barn har derfor en viktig, men begrenset påvirkning på sine omsorgsgivere og på omgivelsene generelt (von Tetzchner, 2013).

1.3.3. Systemisk tilnærming

I følge Urie Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell, inngår barn og foreldre i ulike sosiale og kulturelle sammenhenger som de både påvirker og selv blir påvirket av (von Tetzchner, 2013). Hvilke stressorer de møter, er således avhengig av det sosiokulturelle miljøet foreldrene og barnet lever i. Innad i familien vil faktorer som antall barn, egenskaper ved barna, ekteskapstilfredshet, foreldresamspill, og familiesystemet som helhet bidra til opplevelsen av stress (Crnic & Low, 2002). Foreldre kan oppleve ulik grad av stress relatert til hvert barn, og den totale graden av stress er mest sannsynlig et resultat av den samlede effekten barna har på forelderens stressnivå (Crnic & Ross, 2017).

I følge Folkman & Lazarus (1984) er uforutsigbare eller uforståelige livssituasjoner en viktig kilde til stress. Stressende livshendelser som skilsmisse, dødsfall og fattigdom kan ha skadelige effekter på barn og foreldres fysiske og psykiske helse, spesielt dersom man ikke opplever tilstrekkelig med støtte og omsorg fra omgivelsene (Shonkoff, 2010). Sosial støtte

spiller en viktig rolle når det gjelder foreldres opplevelse og håndtering av stress (Crnic & Low, 2002). Mangel på støtte kan fungere som en stressor, mens tilstrekkelig støtte kan motvirke effekten av andre stressorer (Östberg & Hagekull, 2013).

Studier har vist at høyt foreldrestress ofte er assosiert med lav sosioøkonomisk status, som begrenset tilgang på ressurser og tjenester (Deater-Deckard & Panneton, 2017; Franco, Pottick & Huang, 2010). Sosioøkonomisk status (SØS) er et flerdimensjonalt begrep som vanligvis inkluderer foreldrenes utdanning og yrkesstatus, i tillegg til familiens økonomiske status (Solem, Christophersen, & Martinussen, 2011). I følge familiestressmodellen, skaper økonomiske vansker stress og belastninger hos forelderen. Dette psykologiske ubehaget påvirker deres foreldrestil (Cassells & Evans, 2017). Foreldrene blir strengere, mindre involverte og mer inkonsekvente i sitt samspill med barna (Conger & Conger, 2002). Foreldrenes jobbsituasjon ser også ut til å ha stor innvirkning på stressnivået. Når foreldre opplever stress på jobben, reduseres tålmodigheten, sensitiviteten og responsiviteten overfor familiemedlemmer (Repetti & Wood, 1997).

Foreldrestress ser altså ut til å være et sammensatt fenomen med multiple årsaker. Det er sjelden et resultat av en enkelt hendelse eller faktor, men av flere interagerende variabler som er til stede sammen over tid. Dette kumulative stresset har en ugunstig effekt på både foreldre og barn. Selv om alle foreldre opplever stress til en viss grad (Crnic & Greenberg, 1990), kan foreldrestress være spesielt fremtredende hos foreldre til barn med psykiske vansker (Holly et al., 2019). Disse foreldrene opplever ofte større krav og forpliktelser i forbindelse med foreldrerollen (Mendenhall & Mount, 2011).

1.4 Foreldrestress og psykiske vansker hos barnet

På verdensbasis har omtrent 13 % av alle barn en psykisk lidelse som angst, depresjon eller ADHD (Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye, & Rohde, 2015). Det er et stort fokus på foreldrerollen innen barnepsykiatrien, og mange studier har undersøkt hvordan foreldre kan påvirke utviklingen og opprettholdelsen av psykopatologi hos barnet. Tidligere studier har gjennomgående identifisert og skilt mellom to brede dimensjoner av psykiske symptomer hos barn; eksternaliserende og internaliserende vansker (Östberg & Hagekull, 2013). Internaliserende vansker er definert som atferd og emosjoner rettet innover, og inkluderer angst, somatiske og depressive symptomer. Eksternaliserende vansker blir beskrevet som

atferd og emosjoner rettet utover og inkluderer aggressiv, opposisjonell og regelbrytende atferd (Weijers, van Steensel, & Bögels, 2018). Utviklingen av internaliserende og eksternaliserende problemer i barndommen avhenger av både individuelle og miljømessige forhold, og samspillet dem imellom. Blant de miljømessige faktorene, anses egenskaper ved foreldrene som en av de viktigste (Stone, Mares, Otten, Engels, & Janssens, 2016).

Forskning har gjentatte ganger vist at foreldrestress er assosiert med både eksternaliserende (Crnic et al., 2005; Barry, Dunlap, Cotten, Lochman, & Wells, 2005; Dubois-Comtois, Moss, Cyr, & Pascuzzo, 2013) og internaliserende vansker hos barn (Anthony et al., 2005; Costa, Weems, Pellerin, & Dalton, 2006; Mesman & Koot, 2000; Rodriguez, 2011), men i ulik grad (Vaughan, Feinn, Bernard, Brereton, & Kaufman, 2013). I Barroso, Mendez, Graziano og Bagner (2018) sin gjennomgang av 133 studier, ble det dokumentert en signifikant sammenheng mellom foreldrestress og psykiske vansker hos barn, og at foreldrestress var sterkere relatert til eksternaliserende enn internaliserende vansker. Stressnivået var generelt høyere blant foreldre til barn med kliniske vansker, og var aller høyest hos foreldre til barn med autismspekterforstyrrelse eller annen utviklingsforstyrrelse. Dette indikerer at grad av foreldrestress kan variere mellom kliniske grupper.

Mens forskning viser en klar og konsistent sammenheng mellom eksternaliserende symptomer hos barnet og foreldrestress, er resultatene mer sprikende når det gjelder sammenhengen mellom foreldrestress og internaliserende vansker (Östberg & Hagekull, 2013). Tidligere publikasjoner har foreslått at foreldre har vanskeligere for å identifisere internaliserende symptomer, ettersom internaliserende problemer er mindre synlige for andre enn barnet selv (Kornør & Jozefiak, 2012; Mesman & Koot, 2000). De eksternaliserende symptomene er enklere å observere, og foreldre opplever således høyere grad av stress i forbindelse med disse. Resultatet kan bli en overestimering av barnets eksternaliserende vansker, og en underestimering av barnets internaliserende vansker (Rodriguez, 2011).

I 1998 fremla Deater-Deckard en hypotese om at høyt foreldrestress fører til en mer autoritær, negativ og streng foreldreatferd, og at en slik foreldreatferd forstyrrer tilpasningsevnen til barnet. Forskning fra flere hold støtter denne hypotesen; foreldrenes stressnivå har vist seg å være en sterk prediktor for utvikling av psykopatologi hos barnet (Ashford, Smit, Van Lier, Cuijpers & Koot, 2008; Cummings, Davies, & Campbell, 2000; Mackler et al., 2015). Effekten kan imidlertid også gå motsatt vei. Å ha et barn med emosjonelle eller

atferdsmessige utfordringer skaper mer stress hos forelderen (Williford, Calkins, & Keane, 2007), noe som kan øke sannsynligheten for å interagere med barnet på måter som opprettholder eller forverrer vanskene (Deater-Deckard & Panneton, 2017). De fleste studier understreker imidlertid det transaksjonelle forholdet mellom foreldrestress og psykiske vansker hos barnet (Holly et al., 2019). Begge ser ut til å ha en gjensidig eskalerende eller reduserende effekt på hverandre over tid, og er dermed viktige mål for kliniske intervensjoner (Neece & Chan, 2017). Man kan altså ikke ut i fra dagens tilgjengelige forskning påvise kausalitet i forholdet mellom foreldrestress og psykopatologi hos barnet. Uavhengig av hvilken retning effekten går, viser funnene gjennomgående at foreldre til barn med emosjonelle eller atferdsmessige problemer rapporterer om høyere nivå av foreldrestress enn foreldre til barn uten kliniske vansker (Holly et al., 2019).

1.5 Indirekte sammenhenger mellom foreldrestress og barnets psykiske vansker

Selv om det er evidens for en sammenheng mellom foreldrestress og psykiske vansker hos barnet, er det usikkert hvorvidt denne sammenhengen er direkte eller indirekte (Abidin, 1992; Crnic et al., 2005; Crnic & Greenberg, 1990; Mackler et al., 2015). Studier har vist at mange familier lever med et høyt stressnivå, uten å oppleve de samme negative effektene på barnets utvikling (Crnic & Low, 2002). Dette indikerer at andre variabler kan påvirke sammenhengen mellom foreldrestress og psykopatologi hos barnet.

Foreldreatferd blir ofte beskrevet som en mediator mellom foreldrestress og et uønsket utfall hos barnet (Mackler et al., 2015). Det er ikke er stresset i seg selv som påvirker barnet, men hvordan det manifesterer seg utad (Crnic & Ross, 2017). Studier har gjentatte ganger vist at høyt foreldrestress er assosiert med dysfunksjonell foreldreatferd, som økt negativitet og mindre sensitivitet. Slik foreldreatferd virker negativt på barnets sosiale, affektive og kognitive utvikling (Deater-Deckard, 1998; Weijers et al., 2018; Zaidman-Zait et al., 2014). Familier som opplever mye stress, er også mer tilbøyelige til å bruke ineffektive oppdragsstrategier, som øker risikoen for utvikling av psykiske vansker hos barnet (McQuillan & Bates, 2017). Mens lavt foreldrestress er assosiert med en autoritativ foreldrestil (Cheah, Leung, Tahseen, & Schultz, 2009), er høyt foreldrestress forbundet med en inkonsistent, straffende og autoritær oppdragsstil (Shea & Coyne, 2011), med økt

risiko for omsorgssvikt og barnemishandling (Miragoli, Balzarotti, Camisasca, & Di Blasio, 2018).

Depresjon hos foreldre, og spesielt mødre, er en av de mest studerte indikatorene på foreldrestress (Crnic & Ross, 2017). Forskning har generelt demonstrert en sterk forbindelse mellom psykopatologi hos foreldre og barn (Cappa, Begle, Conger, Dumas, & Conger, 2011), og det har blitt foreslått at foreldrestress fungerer som en viktig mediator mellom dem (Weijers et al., 2018). Foreldre med psykiske lidelser kan være mer sårbare for foreldrestress, som kan føre til en mer negativ foreldrestil og ha ødeleggende effekter på barnets utvikling. Disse forbindelsene er mest sannsynlig bidireksjonale, og del av en syklisk prosess hvor variablene forsterker hverandre over tid (Neece et al., 2012).

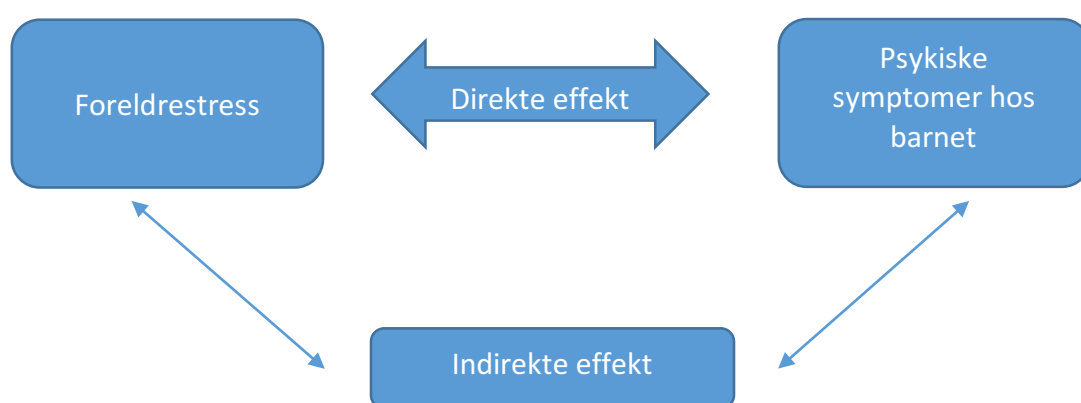
Fra tilknytningspsykologien vet man hvor viktig det emosjonelle, biologisk baserte båndet mellom barn og omsorgsperson er, og at det har en varig innflytelse på barnets senere sosioemosjonelle utvikling (Thompson, 2013). Foreldrestress kan påvirke tilknytningen mellom barn og forelder og har blitt assosiert med en usikker tilknytningsstil (Jarvis & Creasey, 1991). Generelt har studier vist at barn med tidlig usikker tilknytning, utvikler angst og depresjon noe oftere enn barn med sikker tilknytning. Forskjellene er imidlertid små, og tilknytning er bare en av flere faktorer som kan bidra til utviklingen av slike vansker (von Tetzchner, 2013).

1.6 Mål for oppgaven

I forskning på foreldrerollen har få begreper fått like stor oppmerksomhet som stress (Crnic & Ross, 2017). De siste 40 årene har man sett en stabil vekst i forskning på foreldrestress, dokumentert i en gjennomgang av Louie, Cromer og Berry (2017). Denne viser at antall artikler publisert om foreldrestress steg fra 301 artikler i 1970-årene, til 4436 artikler i det første tiåret på 2000-tallet. Til tross for mye forskning på foreldrestress på verdensbasis, er det begrenset med empiri på dette feltet i Norge. Det er altså ikke sikkert at resultatene fra studier i andre land, er gjeldende for den norske populasjonen. Å undersøke om tidligere funn kan bli replisert i et norsk utvalg, eller om foreldrestress er et kulturelt betinget fenomen, kan ha viktige implikasjoner for både psykologisk forskning og praksis.

Foreldrestress operasjonaliseres og måles ved hjelp av ulike instrumenter. En av de mest brukte er Abidins Parenting Stress Index (PSI) (1983). PSI baserer seg på antakelsen om at foreldrestress er et resultat av den totale mengden stressorer ved barnet, forelderen og omgivelsene. Kun et fåtall norske studier har benyttet seg av denne indeksen. Disse studiene har hatt andre formål og fokusert på andre populasjoner, som blant annet foreldre til premature og fulltermin spedbarn (Kaaresen, Rønning, Stein, & Dahl, 2006), foreldre til barn med atferdsforstyrrelser (Larsson et al., 2009), foreldre til barn som ble eksponert for metadon/bufrenorfin i svangerskap (Konijnenberg, Lund, & Melinder, 2015) og postpartum kvinner (Glavin, Smith, Sørum, & Ellefsen, 2010). Denne oppgaven benytter seg av den norske versjonen av PSI, og kan bidra med ny kunnskap om forekomsten og sammenhengen mellom foreldrestress og barnets psykopatologi blant et klinisk utvalg i Norge.

Resultater fra tidligere studier tyder på at man kan redusere psykiske vansker hos barnet ved å redusere foreldrestress (Weijers et al., 2018). Dersom dette er tilfellet, kan foreldrestress være et relativt enkelt og viktig behandlingsmål. I behandlingsforskning har det vist seg at foreldrestress negativt påvirker prosessvariabler som engasjement, tilfredshet og troskap til behandling, og utfallsvariabler som barnets symptomtrykk (Holly et al., 2019). Foreldre som er overbelastet eller tynget av foreldrerollen, kan også ha begrensede kognitive ressurser til å delta i intervensjoner (Deater-Deckard & Panneton, 2017). Høye nivåer av foreldrestress kan således ødelegge effekten av behandlingen. Intervensjoner er derfor mest effektive når de adresserer ikke kun barnets behov, men også foreldrenes (Mendenhall & Mount, 2011).



Figur 2: Direkte og indirekte sammenhenger mellom foreldrestress og psykiske symptomer hos barnet

Oppsummert indikerer forskning at det er en gjensidig sammenheng mellom foreldrestress og psykiske vansker hos barn. Som figur 2 viser, er forbindelsene mellom dem mest sannsynlig

både direkte og indirekte. Formålet ved denne oppgaven er å nærmere undersøke denne transaksjonelle sammenhengen blant et utvalg barn og foreldre på en BUP i Oslo. Oppgaven er utformet som en deskriptiv studie av en klinisk gruppe. Hensikten er ikke å sammenligne grad av foreldrestress mellom et normativt og et klinisk utvalg. Det er derfor ikke inkludert en kontrollgruppe. Resultatene sier dermed ikke noe om forekomsten av foreldrestress blant foreldre uten behandlingstrengende barn. Det er relasjonen mellom barn med psykiske vansker og deres foreldre som er undersøkt, og som er av interesse.

I denne oppgaven blir følgende forskningsspørsmål undersøkt:

- Hva er forekomsten av foreldrestress og symptomatologi hos barn, blant et klinisk utvalg i Norge?
- Påvirker barnets kjønn og alder, foreldrenes stressnivå og barnets symptomtrykk?
- Samvarierer foreldrenes livsbelastninger og sosioøkonomisk status med foreldrenes stressnivå og barnets symptomer?
- Hvilke sammenhenger eksisterer mellom foreldrestress og barnets psykiske symptomer?

2. Metode

Oppgaven er basert på data fra det pågående forskningsprosjektet ”Alvorlig Emosjonell Dysregulering hos Barn” ved Barneseksjonen (Oslo Universitetssykehus) og Nic Waals Institutt (Lovisenberg Diakonale Sykehus). Prosjektet har som formål å undersøke forekomsten av diagnosen Disruptive Mood Dysregulation Disorder (DMDD) hos barn i alderen 6-12 år, inkludert komorbiditet, psykososiale risikofaktorer og endringer av symptom og funksjon i løpet av 6 og 12 måneder. Selve forskningsprosjektet er en longitudinell studie, mens denne oppgaven er basert på en enkeltmåling av relevante variabler. Undertegnedes bidrag til prosjektet har vært å administrere og skåre de nevropsykologiske utredningsverktøyene NEPSY II (Developmental Neuropsychological Assessment, version II) og Wechsler Intelligence Scale for Children Fifth Edition (WISC V), som har blitt benyttet i forskningsprosjektet.

2.1 Deltagere

Deltakerne i forskningsprosjektet består av barn mellom 6-12 år og deres foreldre som har mottatt behandling ved Nic Waals Institutt (NWI) eller Barneseksjonen. Nic Waals Institutt er en barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk i Oslo kommune for barn og ungdom i alderen 0-18 år samt gravide. Instituttet har ansvar for bydelene Gamle Oslo, Grunerløkka, St. Hanshaugen og Vestre Aker. Barneseksjonen tilhører Oslo Universitetssykehus og tilbyr arenafleksible utrednings- og behandlingsplasser til barn i alderen 4-14 år og deres familier der poliklinikk signaliserer et bredere behov. Fra Barneseksjonen ble det rekruttert deltagere til en pilotundersøkelse som pågikk over en to års periode, fra mars 2017 til juni 2019. Ingen av barna fra pilotundersøkelsen er inkludert i denne oppgaven. I perioden Mars 2019 til Mai 2020 rekrutterte Nic Waals Institutt 61 barn til forskningsprosjektet. Av disse er 30 barn inkludert i denne oppgaven.

Utvalget består av 30 barn og deres foreldre, hvorav 25 mødre og 5 fedre. Per familie er det registrert ett barn og én forelder som deltaker. Gjennomsnittsalderen til barna er 8,7 år, med en medianalder på 9 år. Utvalget består av 11 jenter og 19 gutter. Alle deltakerne oppfylte kriteriene for å motta et behandlingstilbud innen psykisk helsevern for barn og unge i henhold til det multiaksiale klassifikasjonssystemet ICD-10.

Inklusjons-, og eksklusjonskriterier

Alle foresatte i utvalget har samtykket til deltakelse i prosjektet, på vegne av dem selv og sine barn. For å inkluderes måtte foreldrene ha tilstrekkelige norskkunnskaper til å kunne gi valide svar i intervjuer og på spørreskjemaer. Samtlige av barna som er inkludert har kognitive evner innen normalvariasjonsområde, som vil tilsi et evnenivå på over 70. Ved mistanke om psykisk utviklingshemming, har evnenivå blitt utredet med WISC V. Barn som er i en uavklart omsorgssituasjon, samt foreldre og barn som ikke gjennomførte de aktuelle kartleggingsinstrumentene, er ikke inkludert i prosjektet.

Prosedyre

Annenhver av de nyhenviste barna og deres foresatte ble informert om prosjektet som en del av inntaksprosedyren og forespurt om deltakelse. Når foreldre på vegne av sitt barn takket ja til tilbudet, ble kartlegging med de aktuelle instrumentene gjennomført i samarbeid med saksansvarlig kliniker. I tillegg ble det innhentet samtykke til å hente ut opplysninger fra journal om kognitiv evne, eventuell utviklingsforstyrrelse, somatiske sykdommer og relevante

sosiodemografiske parametere. Kartleggingen ble utført av klinikere med testkompetanse eller prosjektmedarbeidere. Deltakerne fikk tilbakemelding om resultatene fra utredningen. Det ble også skrevet en testrapport som ble lagt ved i journal. Barna som deltok i forskningsprosjektet ble deretter utredet videre av behandlingsansvarlig. Etter 6 og 12 måneder vil det bli gjort en oppfølging med ny registrering av symptomer og funksjonsnivå. Resultatene vil rapporteres tilbake til barn, foreldre og behandlingsansvarlig.

2.2 Instrumenter

Denne oppgaven har benyttet seg av data fra tre av instrumentene som ble anvendt i forskningsprosjektet. Disse tre er spørreskjemaene Child Behaviour Checklist (CBCL), Parenting Stress Index (PSI) og Sosiodemografisk spørreskjema.

2.2.1 Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA; Achenbach, 1991)

ASEBA er et kartleggingsinstrument som brukes for å avdekke kompetanseområder og psykopatologi hos barn og ungdom fra 2-18 år. Instrumentene er oversatt til norsk og er standardisert og validert i studier med norske barn. Resultatene har vist gode psykomeriske egenskaper (Ogden & Hagen, 2008). Den indre konsistensen for hovedskalaene er god til svært god, med en cronbachs alfa på over .80 (Kornør & Jozefiak, 2012). Det norske normgrunnlaget er imidlertid begrenset på grunn av lokale populasjoner med lav til moderat svarprosent og svært varierende utvalgsstørrelser (Kornør & Jozefiak, 2012).

ASEBA består av flere ulike spørreskjemaer for ulike informantgrupper. Child Behavior Check List (CBCL) 6-18 er et av spørreskjemaene der foresatte blir spurt om å rapportere om barnets totale kompetanse, samt emosjonelle og atferdsmessige problemer de siste seks månedene. Den siste norske versjonen av CBCL ble revidert og publisert i 2002 av Nøvik og Heyerdahl (Kornør & Jozefiak, 2012). Kompetansedelen av CBCL 6-18 består av 20 spørsmål om mengden og kvaliteten på barnets deltakelse i aktiviteter, om forhold til jevnaldrende, samt fungering på skolen. På bakgrunn av dette beregner man subskårer for aktiviteter, sosial og akademisk kompetanse, samt en total kompetanseskåre.

Problemdelen av CBCL 6-18 består av 120 utsagn der foreldrene bes om å vurdere barnas emosjonelle og atferdsmessige fungering på en skala fra 0 til 2, der høyere skårer representerer større vansker. Ved å summere alle svarene kan barnets totale problemskåre

beregnes. Skårene genereres i 8 syndromskalaer. Skalaene engstelig/deprimert, tilbaketrukket/deprimert og somatiske problemer grupperes i internaliserende problemskala. Regelbrytende atferd og aggressiv atferd grupperes i eksternaliserende problemskala. Syndromskalaene sosiale problemer, tankeforstyrrelser og oppmerksomhetsvansker grupperes ikke i en egen overordnet skala.

I CBCL 6-18 kan man også beregne profiler i henhold til følgende tentative DSM IV-diagnoser: Affektive problemer, angstproblemer, somatiske problemer, ADHD/hyperaktivitetsproblemer, opposisjonelle atferdsproblemer (ODD) og atferdsforstyrrelser (CD). Flere studier har demonstrert en høy reliabilitet mellom CBCL diagnoseskalaene og de faktiske psykologiske diagnosene (Mazefsky, Anderson, Conner, & Minshew, 2011).

Ved oppstart fikk foreldrene utdelt CBCL av behandlingsansvarlig eller prosjektansvarlig. Mor eller far fylte ut skjemaet og returnerte det til klinikken. CBCL ble deretter skåret av enten prosjektmedarbeider, behandler eller merkantil ved hjelp av skåringsnøkkel på PC.

2.2.2 Parenting Stress Index (PSI; Abidin, 1995)

For å operasjonalisere og måle grad av foreldrestress, ble selvrapporteringskjemaet Parenting Stress Index (PSI) inkludert som en del av kartleggingsprosessen. Skjemaet gir et mål på stress i foreldre-barnrelasjonen og består av 120 utsagn som besvares av forelderen.

Målgruppen er foreldre med barn i alderen én måned til 12 år. For å skille mellom aspekter ved foreldrestress som er relatert til egenskaper ved henholdsvis foreldrene og barnet, lagde Abidin (1983) et skille mellom foreldredomenet og barnedomenet. Under foreldredomenet finnes følgende syv delskalaer: Kompetanse, isolasjon, tilknytning, helse, begrenset av foreldrerolle, depresjon og ektefelle. De seks delskalaene under barnedomenet er: Distraksjon/hyperaktivitet, tilpasningsdyktighet, belønning av forelder, krevende, sinnsstemning/humør og aksept. De to domenene sett under ett utgjør det totale stressnivået, og svarene summeres opp i en totalskåre hvor en høy sumskåre indikerer høyt foreldrestress. De aller fleste spørsmålene besvares på en 5-delt skala, fra ”svært enig” til ”svært uenig”. PSI inneholder i tillegg en skala for livsstress, som først og fremst kartlegger stress utenfor foreldre-barn relasjonen, som for eksempel skilsmisse eller dødsfall i familien (Kornør & Martinussen, 2011). Spørsmålene på denne skalaen besvares med enten ”ja” eller ”nei”, men vektet ulikt i beregningen av sumskåre.

Den norske versjonen av PSI er oversatt fra engelsk av John A. Rønning (Kaaresen et al.,

2006), og er basert på den amerikanske tredjeutgaven av PSI som ble utviklet av Richard Abidin i 1995. Testen skåres i henhold til amerikanske normer, som er basert på svar fra 2 633 mødre til barn i alderen 1 måned til 12 år, og 200 fedre til barn i alderen 6 måneder til 6 år. Gjennomsnittlig total stresskåre for mødrene var 223 (SD = 37) (Kornør & Martinussen, 2011).

Undersøkelser basert på den amerikanske normgruppen, viser at PSI har en god indre konsistens med en Cronbachs alfa på 0,90 på barnedomenet, 0,93 på foreldredomenet og 0,95 for total stress (Kornør & Martinussen, 2011). Test-retest reliabiliteten varierer på tvers av studier og med lengden på retest-intervallene: 0,57-0,82 for barnedomenet, 0,70-0,91 for foreldredomenet og 0,65-0,96 for total stress (Kornør & Martinussen, 2011). I følge Rush Jr, First og Blacker (2009) indikerer resultater fra mer enn 250 internasjonale studier at PSI skalaene viser god validitet. PSI kan skille mellom forskjellige nivåer og typer foreldrebelastning og predikere dysfunksjonell foreldrestil på tvers av et bredt spekter av populasjoner.

Ved oppstart fikk foreldrene utdelt PSI av behandlingsansvarlig eller prosjektansvarlig. Mor eller far fylte ut skjemaet og returnerte det til klinikken. Skjemaet ble deretter skåret manuelt av enten prosjektmedarbeider, behandler eller merkantil.

2.2.3 Sosiodemografisk spørreskjema

Et sosiodemografisk spørreskjema ble utarbeidet med denne oppgaven som formål. Skjemaet består av to spørsmål som omhandler foreldrenes arbeidssituasjon og husholdningens økonomiske situasjon: ”Antall prosent husholdningen jobber” (maksimalt 200 % vil si at både mor og far jobber 100 %), og ”Inntekt etter skatt per husholdning per år” med tre svaralternativer; Lavinntekt (300 000 NOK eller mindre), Gjennomsnittlig (500 000 NOK) og Høy inntekt (700 000 NOK eller mer). Disse tallene er basert på data fra Statistisk Sentralbyrå (2019).

Klinikere og prosjektmedarbeidere ved Nic Waals Institutt anvendte dette skjemaet i samtaler med foreldre for å kartlegge deres sosioøkonomiske status.

2.3 Forskningsetiske perspektiver

Denne oppgaven har blitt utarbeidet i tråd med forskningsetiske prinsipper. Anonymisering, sikker lagring av data, ivaretagelse av foreldrenes og barnets autonomi og rettigheter har vært viktige prinsipper ved dette prosjektet, og har blitt ivaretatt gjennom hele prosessen.

Resultater som fremgår av forskningsprosjektet, inkludert resultater fra denne oppgaven, kan brukes til å forbedre kvaliteten på undersøkelser og behandling av nåværende og fremtidige pasienter. All data som ble innhentet, var relevant for det kliniske arbeidet og tilgjengelig for aktuell behandler. Barna og deres foresatte har ikke blitt utsatt for flere undersøkelser enn nødvendig, og prosjektets testbatteri varierer ikke nevneverdig fra instrumentene som vanligvis inngår i den barnepsykiatriske kartleggingen.

Det er visse etiske utfordringer ved å rekruttere foreldre og barn i en sårbar situasjon til et forskningsprosjekt. Det kan være ubehagelig for foreldre å rapportere om egne belastninger, og å svare på personale spørsmål om blant annet seksualliv, ekteskapelig tilfredshet og depresjon. Ettersom behandlingsansvarlig og prosjektansvarlig mottok de utfylte skjemaene, var ikke foreldrene fullstendig anonymiserte. Foreldrene kan derfor ha opplevd det som vanskelig å svare ærlig på alle spørsmålene. Å bli spurt om foreldreferdigheter når man har søkt hjelp på grunn av barnets vansker, kan også oppleves dømmende. Å måtte evaluere relasjonen til barnet sitt og svare på spørsmål som ”Jeg hadde forventet å ha sterkere, varmere følelser for barnet mitt enn jeg har, og det bekymrer meg”, kan være en ekstra belastning for forelderen. Det kan også være utfordrende å rapportere om barnets vansker og problemområder, og å rangere barnet i henhold til ulike kompetanseområder. Foreldrenes rapportering kan i tillegg stå i sterk kontrast til det de forteller sine barn. Dette kan potensielt skape kognitiv dissonans og et psykisk ubehag hos foreldrene.

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) HSØ A godkjente forskningsprotokollen med nr. 29024

2.4 Datahåndtering

Spørreskjemaer, intervjuer og annet kartleggingsmateriale som har blitt brukt i denne delstudien, har blitt oppbevart i låst arkivskap ved NWI. Bare ansvarlige i prosjektet har hatt tilgang på data. Punching av data inn i SPSS har foregått fra PC ved NWI. Navn og personnummer er ikke registrert i forskningsdataene. Liste over kobling mellom

identifikasjonsnummer i studien og pasientens navn ble oppbevart i eget sikkert arkivskap. Etter at prosjektet er fullført og publisert, vil data slettes i tråd med de rammer som har blitt gitt av REK.

2.5 Statistiske prosedyrer

2.5.1 Sumskårer

PSI opererer med råskårer, som er en vilkårlig og ubearbeidet skåre og derfor vanskelig å tolke. For å sammenligne skårene på de ulike PSI skalaene, benyttet man seg derfor av persentiler. I korrelasjonsanalysene og variansanalysene ble råskårene på PSI brukt.

Resultatene fra CBCL ble presentert i form av standardiserte T-skårer, hvor en T-skåre har et gjennomsnitt lik 50, og et standardavvik er på 10 T-skårer. Disse ble automatisk kalkulert ved hjelp av ASEBA sitt PC-baserte skåringsprogram, hvor råskårene blir transformert til T-skårer basert på norske normer. Disse standardiserte skårene gjorde det mulig å sammenligne skårer på de ulike skalaene. CBCL skalaene som ble brukt i denne oppgaven var Total problemskala, Internaliserende problemskala, Eksternaliserende problemskala og de tentative DSM IV diagnoseskalaene Affektive problemer, Angstproblemer, Somatiske problemer, ADHD problemer, Opposisjonelle atferdsproblemer og Atferdsproblemer. Total problemskala ble brukt som mål på barnets totale symptomtrykk. De åtte syndromkalaene på CBCL ble ikke vektlagt. Hovedkategoriene internaliserende og eksternaliserende problemer ble ansett som mer reliable og robuste mål på barnets symptomer siden de består av flere items. I tillegg var disse mer aktuelle for oppgavens problemstilling, ettersom en stor del av forskningen på foreldrestress har brukt internaliserende og eksternaliserende problemer som mål på barnets psykopatologi.

2.5.2 Cutoff skårer

På PSI blir persentiler brukt for å beregne klinisk cutoff. Skårer på 85. persentil og høyere beskrives som «høyt stress», og er definert som klinisk kuttepunkt. En totalskår på 85. persentil og høyere antas å kunne medføre redusert livskvalitet for den enkelte forelder og redusere samhandlingsferdigheter med barna (Abidin, 1995).

CBCL har forskjellige cutoff-verdier for de ulike skalaene. For internaliserende problemer, eksternaliserende problemer og total problemskåre har Achenbach (1991) foreslått at T-skårer

mellom 60 og 65 er i risikosonen, også kalt "borderline clinical range". T-skårer på 65 eller høyere er i den kliniske sonen, eller "clinical range". For diagnoseskalaene er det kliniske kuttepunktet 70. Den kliniske cutoff-verdien har vist seg å diskriminere godt mellom barn som er klinisk henviste og de som ikke er klinisk henviste (Achenbach, 1991). Denne oppgaven har fulgt Achenbachs anbefalinger og brukt 65 som klinisk cutoff-verdi for internaliserende, eksternaliserende og total problemskåre, og 70 som klinisk cutoff-verdi for diagnoseskalaene.

2.5.3 Statistiske analyser

Deskriptive analyser ble utført for å undersøke barnas alder og kjønn og foreldrenes kjønn, sivilstatus og sosioøkonomisk status. Deskriptive analyser ble også brukt for å undersøke fordelingen av sumskårer på CBCL og PSI, og hvorvidt disse var normalfordelt.

Korrelasjonsanalyser ble benyttet for å undersøke sammenhengen mellom de ovennevnte variablene ved hjelp av Pearsons produktmomentkoeffisient (Pearsons r). En Pearsons r på .10 til .29 er klassifisert som en liten korrelasjon, en r mellom .30 og .49 er en medium korrelasjon mens en r mellom .50 og 1.0 er en stor korrelasjon (Cohen, 1988).

Enveis variansanalyser (ANOVA) ble brukt for å undersøke om foreldre som skåret over klinisk cutoff på foreldrestress, hadde barn med signifikant høyere symptombelastning. Separate variansanalyser ble også brukt for å se om foreldrene til barna som skåret over cutoff på henholdsvis eksternaliserende og internaliserende problemer, hadde signifikant høyere foreldrestress enn foreldrene til barna uten slike problemer. På grunn av en liten utvalgsstørrelse, ble signifikansnivået i analysene satt til $p < .05$. En effektstørrelse over .14 ble klassifisert som en stor effekt etter Cohen (1988).

Analysene ble utført ved hjelp av SPSS 24 (IBM Corp. Released 2016. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 24.0. Armonk, NY: IBM Corp).

3. Resultater

3.1 Deskriptiv statistikk

3.1.1 Karakteristikker ved utvalget

Deskriptive analyser viste at gjennomsnittsalderen på barna var 8,7 år, med en range på 6-12 år. Av de totalt 30 barna, var det 19 gutter og 11 jenter. Det var en stor overvekt av mødre i utvalget. Majoriteten av foreldrene var i et fast forhold, jobbet fulltid, og hadde en høy inntekt. Ettersom ikke alle foreldrene besvarte alle spørreskjemaene, opereres det med noe ulik N for de ulike variablene. Dette oppgis der det er aktuelt.

Tabell 1: Demografisk oversikt over barn og foreldre i utvalget

Variabel	N	Frekvens	Prosent
Barn	30		
Gutt		19	63,3
Jente		11	36,7
Foreldre	30		
Far		5	16,7
Mor		25	83,3
Sivilstatus	30		
Enslig/annet		6	20
Gift / samboer		24	80
Arbeidssituasjon (200 %= mor og far i full jobb)	28		
50 %		1	3,6
100 %		6	21,4
150 %		0	0
200 %		21	75
Inntekt	28		
Lavinntekt		2	7,1
Gjennomsnittlig inntekt		8	28,6
Høy inntekt		18	64,3

3.1.2 Fordeling av sumskårer

Foreldrestress, Parenting Stress Index

Deskriptive analyser (se tabell 2) viste at sumskårene på PSI Barnedomenet, Foreldredomenet, Totalt Stress og Livsstress, ikke var normalfordelte. Videre viste analysene en høy gjennomsnittlig sumskåre på PSI barnedomenet, som tilsvarer mellom 85-90 persentil. Gjennomsnittlig sumskåre på foreldredomenet var lavere, tilsvarende 40-45 persentil. Gjennomsnittlig sumskåre på PSI totalt stress, som består av foreldredomenet og barnedomenet, tilsvarer 65. persentil. Gjennomsnittlig sumskåre på PSI livsstress lå på 40.

persentil. Innen PSI Barnedomenet, hadde underkategoriene ”tilpasningsevne” og ”sinnsstemning/humør” de høyeste gjennomsnittsskårene (90. persentil), mens de laveste skårene var på ”distraksjon/ hyperaktivitet” (55. Persentil). På PSI Foreldredomenet var de høyeste gjennomsnittsskårene på ”helse” og ”isolasjon” (50. Persentil), mens de laveste var på ”tilknytning” (25. Persentil).

Frekvensanalysene viste at 12 foreldre lå over klinisk cutoff på PSI totalt stress. 15 foreldre lå over klinisk cutoff på barnedomenet, mens 5 lå over klinisk cutoff på foreldredomenet. Det var en klar overvekt av lave skårer på PSI livsstress. 9 foreldre rapporterte ikke om noen av de aktuelle livsbelastningene det siste året, og kun 2 foreldre lå over klinisk cutoff.

Tabell 2: *Sumskårer Parenting Stress Index*

Variabel	N	Mean	Median	Std.	Skewness	Kurtosis	Range	Min.	Max.
Barne- domenet	30	118,33	116,50	29,669	-0,127	-0,731	109	60	169
Foreldre- domenet	30	116,13	118,50	28,635	0,107	-0,578	108	64	172
Totalt Stress	30	234,47	241,00	50,321	-0,177	-0,763	194	141	335
Livsstress	30	5,53	4,50	5,667	1,288	2,281	24	0	24

Barnets emosjonelle og atferdsmessige vansker, CBCL

Deskriptive analyser (se tabell 3) viste at sumskårene på CBCL total problemscore, internaliserende problemer og eksternaliserende problemer ikke var normalfordelte. Videre viste analysene at gjennomsnittlig T-skåre på internaliserende problemer var høyere enn den gjennomsnittlige T-skåren på eksternaliserende problemer. Konsistent med dette, hadde angstproblematikk (M=64.93, SD=10,764) og affektive problemer (M=62.20, SD=9,988) de høyeste gjennomsnittsskårene blant diagnosevariablene på CBCL.

Tabell 3: *Sumskårer Child Behaviour Checklist*

Variabel	N	Mean	Median	Std.	Skewness	Kurtosis	Range	Min.	Max.
Internaliserende problemer	30	65,07	65,00	12,301	0,104	-0,333	50	41	91
Eksternaliserende problemer	30	58,40	60,50	10,827	-0,525	-0,570	42	34	76
Total problemscore	30	63,37	61,00	8,406	-0,017	-1,096	30	48	78

Frekvensanalyser viste at 10 barn skåret over cutoff på eksternaliserende problemer, 17 barn skåret over cutoff på internaliserende problemer, og 13 barn skåret over cutoff på total problemskåre. Ved hjelp av deskriptive analyser (se tabell 4), så man hvor mange barn som skåret under cutoff på både internaliserende og eksternaliserende problemer, hvor mange som skåret over cutoff på enten internaliserende eller eksternaliserende problemer, og hvor mange som skåret over cutoff på både eksternaliserende og internaliserende problemer, samt foreldrenes gjennomsnittlige skårer på PSI totalt stress. Foreldrene til barna med både internaliserende og eksternaliserende problemer hadde i gjennomsnitt høyest foreldrestress, uten at disse forskjellene ble testet statistisk.

Tabell 4: *Antall barn som skåret over cutoff på internaliserende og eksternaliserende problemer*

Kliniske problemer over cutoff	N	Gjennomsnittlig foreldrestress (PSI)
Ingen problemer	11	214
Internaliserende problemer	9	212
Eksternaliserende problemer	2	254
Internaliserende og eksternaliserende problemer	8	281

Tabell 5 viser hvor mange barn som skåret over klinisk cutoff på de ulike diagnosene, og hva deres foreldre skåret i gjennomsnitt på PSI totalt stress. De ulike diagnosegruppene hadde forskjellig gjennomsnittsskåre på foreldrestress, men disse forskjellene ble ikke signifikanttestet. Foreldrene til barna som skåret over cutoff på ODD hadde i snitt høyest foreldrestress, etterfulgt av foreldrene til barna som skåret over cutoff på atferdsforstyrrelse og deretter affektive problemer.

Tabell 5: *Antall barn som skåret over cutoff på diagnosevariablene*

Diagnosegruppe (CBCL)	N	Gjennomsnittlig foreldrestress (PSI)
Affektive problemer	6	262,50
Angstproblemer	10	250,90
Somatiske vansker	7	234,71
ADHD	7	248,14
Opposisjonell atferdsforstyrrelse	3	280,00
Atferdsforstyrrelse	5	263,60

3.2 Korrelasjonsanalyser

For å få en indikasjon på forholdet mellom de relevante variablene, ble det utført en korrelasjonsanalyse. Til dette ble Pearson's r benyttet.

3.2.1 Demografiske variabler

Korrelasjonsanalysene (se tabell 6) viste en negativ, signifikant korrelasjon mellom barnets alder og PSI foreldredomenet, og en negativ signifikant korrelasjon mellom barnets kjønn og både PSI foreldredomenet og PSI totalt stress. I motsetning til PSI, korrelerte ikke CBCL variablene signifikant med barnets alder eller kjønn. Foreldrenes kjønn korrelerte ikke signifikant med PSI eller CBCL variablene. Ettersom det var 25 mødre og kun 5 fedre i utvalget, må disse resultatene imidlertid tolkes med varsomhet. Analysene viste en positiv, signifikant korrelasjon mellom foreldrenes sivilstatus og PSI barnedomenet, noe som vil si at foreldre med ektefelle eller samboer opplevde mer barnerelatert stress enn enslige foreldre. Disse resultatene kan heller ikke anses som pålitelige ettersom aleneforeldre var svært underrepresentert i utvalget.

Sosioøkonomisk status korrelerte ikke signifikant med noen av hovedkategoriene på verken PSI eller CBCL. Det var imidlertid en signifikant positiv korrelasjon mellom sivilstatus og sosioøkonomisk status ($r=.446, p=.017$), som tilsier at foreldre med samboer eller ektefelle har høyere inntekt og oftere er i fullt arbeid enn enslige foreldre. I tillegg viste analysene en negativ, signifikant korrelasjon ($r=.546, p=.003$) mellom sosioøkonomisk status og ADHD diagnoseskalaen på CBCL.

Tabell 6: Korrelasjoner mellom demografiske variabler, PSI og CBCL

		CBCL Total problem	CBCL Internalis erende	CBCL Eksternali serende	PSI Totalt stress	PSI Barne- domenet	PSI Foreldre- domenet	PSI Livs- stress
Alder barn	Pearsons r	0,017	0,249	-0,094	-0,355	-0,192	-,425*	-0,195
	Sig.	0,928	0,184	0,622	0,055	0,310	0,019	0,302
	N	30	30	30	30	30	30	30
Kjønn barn	Pearsons r	-0,126	-0,050	-0,139	-,415*	-0,191	-,532**	-0,098
	Sig.	0,508	0,793	0,464	0,022	0,311	0,002	0,608
	N	30	30	30	30	30	30	30
Informant (mor/far)	Pearsons r	-0,272	-0,197	-0,118	-0,316	-0,323	-0,220	0,011
	Sig.	0,145	0,296	0,536	0,089	0,082	0,242	0,955
	N	30	30	30	30	30	30	30
Sivilstatus	Pearsons r	0,163	0,278	0,136	0,326	,380*	0,180	0,093
	Sig.	0,388	0,136	0,473	0,078	0,038	0,341	0,626
	N	30	30	30	30	30	30	30
SØS (jobb og lønn)	Pearsons r	-0,136	0,213	-0,101	0,075	0,143	-0,018	0,011
	Sig.	0,491	0,275	0,611	0,703	0,468	0,926	0,957
	N	28	28	28	28	28	28	28

3.2.2 Korrelasjoner mellom hovedkategorier på PSI og CBCL

Korrelasjonsmatrisen (se tabell 7) viser en signifikant positiv korrelasjon mellom PSI totalt stress og CBCL total problemskåre. Korrelasjonskoeffisienten var på .516, som i følge Cohen (1988) er en sterk korrelasjon. PSI barnedomenet korrelerte signifikant med både internaliserende problemer, eksternaliserende problemer og total problemskåre på CBCL, i motsetning til PSI foreldredomenet som ikke korrelerte signifikant med noen av dem. Korrelasjonsanalysene viste også en signifikant korrelasjon mellom foreldredomenet og barnedomenet på PSI ($r=.490$, $p=.006$).

PSI livsstress korrelerte ikke signifikant med noen av hovedkategoriene på verken CBCL eller PSI, og korrelerte kun signifikant med PSI skalaen "helse" på foreldredomenet ($r=.432$, $p=.017$). Videre var det en signifikant positiv korrelasjon mellom CBCL eksternaliserende problemer og PSI totalt stress, men ingen signifikant korrelasjon mellom CBCL internaliserende problemer og PSI totalt stress. Det var ingen signifikant korrelasjon mellom internaliserende og eksternaliserende problemer på CBCL ($r=.269$, $p=.151$).

Tabell 7: Korrelasjonsmatrise hovedkategorier PSI og CBCL

		PSI	PSI	PSI	PSI Totalt
		Barnedomenet	Foreldredomenet	Livsstress	stress
CBCL Internaliserende	Pearsons r	,409*	-0,030	-0,083	0,224
	Sig.	0,025	0,875	0,664	0,234
	N	30	30	30	30
CBCL Eksternaliserende	Pearsons r	,606**	0,271	-0,123	,512**
	Sig.	0,000	0,147	0,516	0,004
	N	30	30	30	30
CBCL Total problemscore	Pearsons r	,613**	0,272	-0,053	,516**
	Sig.	0,000	0,145	0,782	0,003
	N	30	30	30	30

3.2.3 Korrelasjoner mellom underkategorier på PSI og CBCL

Som korrelasjonsmatrisen viser (Tabell 8), korrelerer PSI og CBCL variablene med hverandre i ulik grad. CBCL skalaene eksternaliserende problemer og total problemskåre korrelerte signifikant med alle underkategoriene på PSI Barnedomenet, og korrelerte sterkest med ”belønning foreldre” og ”sinnsstemning/Humør”. CBCL internaliserende problemer korrelerte kun med ”tilpasningsevne”, ”belønning foreldre” og ”sinnsstemning/humør”. De eneste underkategoriene på PSI foreldredomenet som korrelerte signifikant med CBCL, var ”begrenset av foreldrerollen” og ”ektefelle”.

Tabell 8: Korrelasjonsmatrise underkategorier PSI og CBCL

		Distrak sjon/ Hypera ktivitet	Tilpas nings evne	Beløn ning foreld re	Krev ende	Hum ør	Aks ept	Kompe tanse	Isola sjon	Tilkny tning	Helse	Begre nset	Depre sjon	Ekte felle
Internalis erende	Pear son	0,334	,370*	,430*	0,275	,447*	0,149	-0,024	-0,069	-0,203	-0,078	0,126	-0,151	0,118
	Sig.	0,071	0,044	0,018	0,142	0,013	0,433	0,898	0,717	0,281	0,680	0,506	0,427	0,558
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	27
Eksternal iserende	Pear son	,371*	,420*	,635**	,538**	,646**	,447*	0,252	0,070	0,230	0,164	0,317	0,158	0,315
	Sig.	0,043	0,021	0,000	0,002	0,000	0,013	0,179	0,713	0,220	0,386	0,088	0,404	0,110
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	27
Total problem	Pear son	,531**	,438*	,610**	,437*	,565**	,520**	0,272	0,077	-0,001	0,130	,390*	0,141	,396*
	Sig.	0,003	0,016	0,000	0,016	0,001	0,003	0,146	0,684	0,994	0,493	0,033	0,459	0,041
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	27

Blant diagnosevariablene på CBCL, var det kun opposisjonell atferdsforstyrrelse ($r = .364$, $p = .048$) og atferdsforstyrrelse ($r = .567$, $p = .001$) som korrelerte signifikant med PSI totalt stress. Atferdsforstyrrelse var den eneste diagnosegruppen som også korrelerte signifikant med PSI foreldredomenet ($r = .462$, $p = .01$) og underkategoriene ”kompetanse” ($r = .378$, $p = .039$), ”tilknytning” ($r = .435$, $p = .016$), ”helse” ($r = .415$, $p = .023$), ”begrenset av foreldrerollen” ($r = .406$, $p = .026$) og ”ektefelle” ($r = .422$, $p = .028$).

Flere av diagnosevariablene på CBCL korrelerte også signifikant med hverandre. Affektive problemer korrelerte signifikant med angstproblemer ($r = .678$, $p = .00$) og somatiske vansker ($r = .597$, $p = .00$), og somatiske vansker og angstproblemer korrelerte signifikant med hverandre ($r = .480$, $p = .007$). ODD korrelerte signifikant med atferdsforstyrrelser ($r = .571$, $p = .001$), affektive problemer ($r = .403$, $p = .027$) og ADHD ($r = .376$, $p = .040$).

3.3 Variansanalyser

Tre separate enveis variansanalyser ble utført med ulike avhengige og uavhengige variabler. Første variansanalyse undersøkte effekten av foreldrestress på barnets symptombelastning. Ettersom man også var interessert i forholdet mellom foreldrestress og eksternaliserende og internaliserende problemer, ble disse variablene inkludert i de to neste variansanalysene.

3.3.1 Enveis mellom-gruppe ANOVA

PSI totalt stress og CBCL total problemskåre

En enveis mellom-gruppe ANOVA ble utført for å undersøke om foreldrene som skåret over klinisk cutoff på PSI totalt stress, hadde barn med signifikant høyere total problemskåre på CBCL. Deltakerne ble delt inn i to grupper basert på deres foreldrestress-skåre (over versus under cutoff-verdi). Det var en statistisk signifikant forskjell ($p < .05$) i total problemskåre mellom de to gruppene: $F(1, 28) = 5.88$, $p = .022$, $\eta^2 = .17$. Foreldrene som skåret under cutoff på PSI, hadde barn med signifikant lavere total problemskåre på CBCL ($M = 60,5$, $SD = 7,594$). Foreldrene som skåret over klinisk cutoff på PSI, hadde i gjennomsnitt barn med signifikant høyere total problemskåre ($M = 67,5$, $SD = 8,051$.) Effektstørrelsen ble beregnet ved hjelp av eta squared, og var på $.17$, som vil tilsi en stor effekt i følge Cohen (1988).

CBCL Eksternaliserende og Internaliserende problemer og PSI totalt stress

Det ble utført separate enveis variansanalyser med henholdsvis eksternaliserende og internaliserende problemer som uavhengig variabel, og PSI totalt stress som avhengig variabel. Deltakerne ble delt inn i grupper basert på deres skårer på eksternaliserende og internaliserende problemer (over versus under cutoff). Analyseresultatene viste at det var en signifikant forskjell ($p < .01$) i foreldrestress mellom foreldrene til barna som skåret under versus over cutoff på eksternaliserende problemer: $F(1, 28) = 15,462, p = .001, \eta^2 = .3557$. Foreldrene til barna med kliniske eksternaliserende problemer ($M = 276, SD = 27,12$) hadde signifikant høyere foreldrestress enn foreldrene til barna uten slike problemer ($M = 213, SD = 46,277$). Effektstørrelsen beregnet ved hjelp av eta squared var på .3557, som indikerer en stor effekt (Cohen, 1988).

Det var ikke en signifikant forskjell i foreldrestress mellom foreldrene til barna som skåret under versus over klinisk cutoff på internaliserende problemer på CBCL: $F(1, 28) = 1,785, p = .192, \eta^2 = .0599$. Foreldrene til barna som skåret over cutoff på internaliserende problemer ($M = 245, SD = 55,026$) hadde i gjennomsnitt høyere foreldrestress enn foreldrene til barna som skåret under cutoff ($M = 220, SD = 41,420$), men denne forskjellen var ikke statistisk signifikant. Foreldrene til barna med eksternaliserende problemer ($M = 276$) hadde i gjennomsnitt høyere foreldrestress enn foreldrene til barna med internaliserende problemer ($M = 245$), men denne forskjellen ble ikke testet statistisk.

4. Diskusjon

4.1 Forekomsten av foreldrestress, psykiske symptomer hos barnet og sosioøkonomiske vansker

4.1.1 Foreldrestress

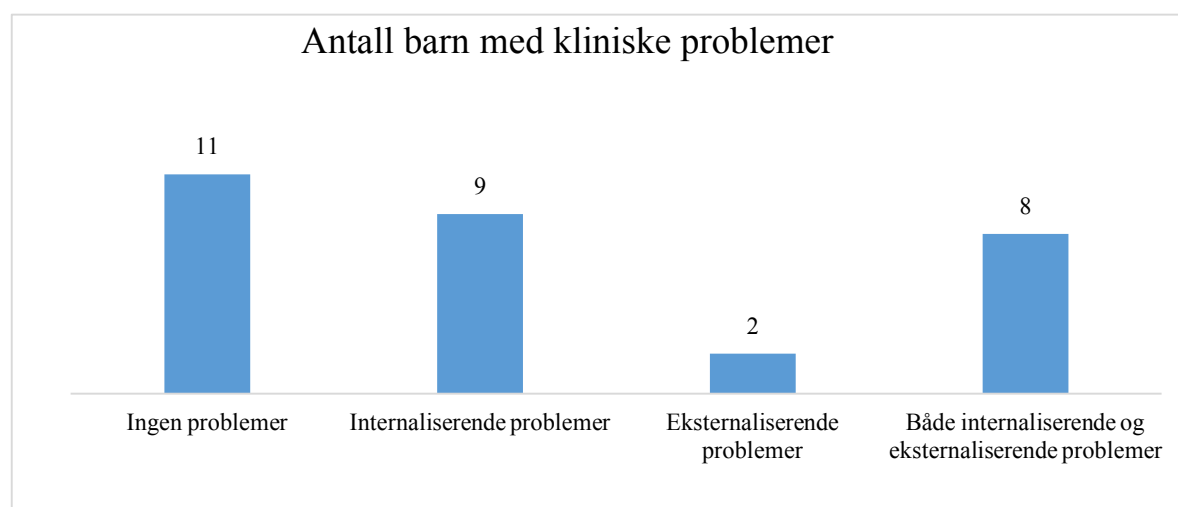
Foreldrene i utvalget hadde i gjennomsnitt en høyere skåre på foreldrestress enn den amerikanske normgruppen, men med betydelig variasjon i skårene. Den gjennomsnittlige skåren på PSI totalt stress lå på 65. persentil, som samsvarer med funnene i Barroso et al. (2018) sin metaanalyse av foreldrestress blant et stort klinisk utvalg. Denne metaanalysen

inkluderte 34 studier av barn med, eller med risiko for, atferds- eller stemningslidelser, med en gjennomsnittlig foreldrestress sumskåre på 63. persentil. Funnene indikerer at forekomsten av foreldrestress også er høy blant et klinisk utvalg i Norge.

I gjennomsnitt skåret foreldrene betraktelig høyere på PSI barnedomenet enn på PSI foreldredomenet. Dette vil si at foreldrene i utvalget rapporterte om høyere stress relatert til egenskaper ved barnet, enn til egenskaper ved selve foreldrerollen. Innen barnedomenet rapporterte foreldrene om størst utfordringer knyttet til barnets tilpasningsevner og sinnsstemning/humør. Innen foreldredomenet var de største problemene relatert til foreldrenes helse og isolasjon. Foreldrene rapporterte generelt om få vansker når det gjaldt tilknytningen til barnet. Dette kan tyde på at foreldrene hadde sterke følelsesmessige bånd til sine barn, til tross for barnets utfordrende atferd.

4.1.2 Psykiske symptomer hos barnet

Foreldrene rapporterte i gjennomsnitt om flere internaliserende enn eksternaliserende symptomer hos sine barn. Det var også flere barn som skåret over cutoff på internaliserende problemer sammenlignet med eksternaliserende problemer. I samsvar med disse funnene, utgjorde angstproblematikk den største diagnosegruppen. Resultatene var noe overraskende ettersom aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge viser at ”Mistanke om hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD)” er dominerende henvisningsgrunn for både jenter og gutter mellom 7-12 år, mens angstlidelse som henvisningsgrunn forekommer sjeldnere (Helsedirektoratet, 2019).



Figur 3: Antall barn som skåret over cutoff på CBCL hovedkategoriene

Emosjonelle og atferdsmessige vansker opptrer ofte sammen (Timmermans, van Lier, & Koot, 2010). Som figur 3 viser, skåret 8 barn over cutoff på både internaliserende og eksternaliserende problemer. Disse resultatene stemmer overens med annen forskning som har dokumentert moderate nivåer av komorbiditet mellom eksternaliserende og internaliserende problemer (Fanti, Henrich, Brookmeyer, & Kuperminc, 2008; Lilienfeld, 2003; Vaughan et al., 2013).

De fleste av barna som skåret over cutoff på eksternaliserende problemer, skåret også over cutoff på internaliserende problemer, mens det motsatte ikke var tilfellet (se figur 3). Dette resulterte i en høy komorbiditet blant barna med eksternaliserende problemer. Funnene stemmer overens med en studie av Polier, Vloet, Herpertz-Dahlmann, Laurens og Hodgins (2012) der barn diagnostisert med atferdsproblemer også hadde en høy prevalens av internaliserende problemer. En annen studie av Burke, Hipwell og Loeber (2010) fant at opposisjonell atferdsforstyrrelse i barndommen predikerte senere depresjon. I følge Burke et al. (2010) skyldtes denne sammenhengen negativ affekt, som er et vanlig symptom ved ODD. En mulig forklaring på disse resultatene er at eksternaliserende problemer øker sannsynligheten for å utvikle internaliserende problemer, uten at internaliserende problemer øker risikoen for eksternaliserende problemer i samme grad. Andre studier har derimot vist at denne sammenhengen går begge veier (Lilienfeld, 2003; Timmermans et al., 2010). Siden resultatene i denne studien er basert på en enkeltmåling, kan man uansett ikke si noe sikkert om kausalitet og hva som er barnets primær versus sekundærvansker.

11 av barna oppfylte ikke kriteriene for verken eksternaliserende eller internaliserende problemer, noe som var overraskende med tanke på at dette var et klinisk utvalg. Tidligere studier har dog vist at ikke alle emosjonelle og atferdsmessige problemer er fanget opp på CBCL sine eksternaliserende og internaliserende skalaer (Weijers et al., 2018). Dette kan forklare hvorfor over en tredjedel av barna skåret under klinisk cutoff. Rapporteringsbias blant foreldrene kan også bidra til å forklare dette resultatet, og vil bli diskutert senere.

4.1.3 Sosioøkonomiske vansker

I utvalget var det generelt en lav forekomst av sosioøkonomiske vansker. Kun to foreldre rapporterte om en lav husholdningsinntekt, mens majoriteten av utvalget (64%) rapporterte om en over gjennomsnittlig høy inntekt. Utvalgets høye sosioøkonomiske status kan muligens

forklare den lave forekomsten av livsbelastninger, ettersom disse to ofte henger sammen (Businelle et al., 2014; Reiss et al., 2019).

4.2 Alder- og kjønnsforskjeller i foreldrestress og symptomtrykk

4.2.1 Alder

Korrelasjonsanalysene viste signifikante aldersforskjeller når det gjaldt foreldrestress. Den negative korrelasjonen mellom alder og PSI foreldredomenet tilsier at stress relatert til foreldreegenskaper reduseres med barnets alder, og at foreldrene til de yngste barna opplever mest stress. Disse resultatene er imidlertid basert på en enkeltmåling, slik at man ikke vet om de samme foreldrene ville rapportert om redusert stress på et senere tidspunkt. Forskning har generelt vist blandede funn når det gjelder sammenhengen mellom foreldrestress og barnets alder. Flere studier har demonstrert at foreldrestress på gruppenivå reduseres ettersom barnet blir eldre (Neece et al., 2012; Williford et al., 2007), selv om foreldrestress er en relativt stabil individuell karakteristikk (Östberg et al., 2007). Andre studier som har undersøkt foreldrestress på ulike alderstrinn, finner få forskjeller i absolutt stressnivå, og høy stabilitet over lengre tidsperioder (Crnic & Ross, 2017).

Det var ingen signifikant korrelasjon mellom barnets alder og CBCL total problemskåre. Foreldrestress reduseres altså med barnets alder, uten at man ser en nedgang i symptomtrykk med alderen. Disse funnene er i strid med andre studier som antyder at foreldrestress reduseres over tid, på grunn av en lignende reduksjon i barnets vansker (Neece et al., 2012). Det var heller ingen signifikant korrelasjon mellom barnets alder og eksternaliserende problemer, til tross for at forekomsten av eksternaliserende symptomer har vist seg å ofte gå ned i løpet av barndommen (Kjølbli & Ogden, 2009). Barnets alder og grad av internaliserende problemer korrelerte heller ikke signifikant. Disse funnene var ikke like overraskende i og med at internaliserende symptomer er relativt stabile fra tidlig til sen barndom, og ikke viser en kraftig økning før i starten av ungdomsalderen (Ashford et al., 2008; Costello, Copeland, & Angold, 2011; Williford et al., 2007)

Det må altså være noe annet enn nedgang i barnets symptomer som forklarer reduksjonen i foreldrestress over tid. Siden det var en signifikant sammenheng mellom PSI foreldredomenet og barnets alder, kan hende at det er egenskaper ved selve forelderen som endrer seg og bidrar

til redusert stress. Skreden et al. (2012) har for eksempel demonstrert at lavere barnealder predikerer signifikant mer foreldrestress og rollebegrensning hos mødre. Crnic & Ross (2017) har argumentert for at foreldrenes ansvarsfølelse varierer etter hvor i utviklingsprosessen barnet er. Barns uavhengighet øker i løpet av barndommen, og dermed reduseres kravene og presset på foreldrene (Berk, 2012). Det kan altså hende at foreldre opplever økt mestring og mindre begrensninger og bekymringer jo eldre barnet blir. Denne hypotesen stemmer overens med den negative korrelasjonen mellom barnets alder og kategoriene ”kompetanse”, ”isolasjon”, ”helse” og ”depresjon” på PSI foreldredomenet.

4.2.2 Kjønn

Analysene viste en negativ, signifikant korrelasjon mellom barnets kjønn og PSI, som indikerer at foreldrene til guttene i utvalget rapporterte om mer stress. Dette er konsistent med tidligere studier som har vist at mødre til gutter rapporterer om høyere nivåer av foreldrestress enn mødre til jenter (Vierhaus, Lohaus, Schmitz, & Schoppmeier, 2013).

Det var ingen signifikant korrelasjon mellom kjønn og CBCL. Det var således ingen signifikant sammenheng mellom barnets kjønn og grad av symptombelastning. Andre studier har vist en høyere prevalens av eksternaliserende problemer hos gutter, og at forskjellen øker allerede i 4 års alderen (Williford et al., 2007). Disse kjønnsforskjellene ser også ut til å være vedvarende ettersom menn pleier å rapportere om mer alvorlige eksternaliserende problemer, mens kvinner pleier å rapportere om større internaliserende problemer (Fanti et al., 2008).

Til tross for at det ikke var en signifikant korrelasjon mellom kjønn og symptomtrykk, skåret en større prosentandel gutter enn jenter over cutoff på eksternaliserende problemer (42 % vs. 18 %). Det var derimot ingen store kjønnsforskjeller når det gjaldt internaliserende problemer (57 % vs. 54 %). Lignende resultater ble presentert i en norsk studie av Kjøbli og Ogden (2009). Denne bestod av 323 familier med barn på 4-12 år som mottok Parent Management Training (PMT) behandling. Pretest-analysene fra denne studien viste at guttene skåret signifikant høyere på eksternaliserende problemer, mens jentene skåret høyere på internaliserende problemer. Keenan & Shaw (1997) foreslår at disse kjønnsforskjellene er et resultat av sosialisering. Jenter blir muligens sosialisert til å undertrykke eksternaliserende atferd og heller uttrykke vansker via internaliserende atferd. På den andre siden har gutter muligens et dårligere forhold til sine foreldre enn det jenter har, som kan fremkalle og forsterke eksternaliserende problemer (Fanti et al., 2008).

4.3 Livsbelastninger og sosioøkonomisk status

Det var ingen signifikant sammenheng mellom PSI livsstress og sosioøkonomisk status i utvalget, til tross for at lav sosioøkonomisk status er assosiert med livsbelastninger og helsemessige risikofaktorer (Miller et al., 2018). Både livsstress og SØS hadde imidlertid liten spredning i skårer, som kan ha ført til at korrelasjonen mellom dem ikke ble signifikant.

4.3.1 Livsbelastninger

Det var ingen signifikant sammenheng mellom livsstress og henholdsvis foreldrestress og barnets symptomtrykk, til tross for at stressende livshendelser og psykopatologi ofte har en gjensidig påvirkning (Timmermans et al., 2010). Tidligere studier har også vist at foreldrestress fungerer som en mediator mellom stressende livshendelser - som helseproblemer, dødsfall i familien, familiekonflikt, og økonomiske problemer - og barnets tilpasningsevne (Platt, Williams, & Ginsburg, 2016). Den lave spredningen og generelt lave forekomsten av livsbelastninger i utvalget kan være en mulig årsak til disse resultatene. I tillegg inkluderer PSI livsstress-skalaen kun belastninger som har skjedd det siste året, selv om eldre belastninger også kan være en stor påkjenning for både foreldre og barn. Foreldrene kan også ha opplevd andre livsbelastninger som PSI ikke dekker, og som fører til at skårene på livsstress blir feilaktig lave. PSI Livsstress korrelerte imidlertid signifikant med "helse" på PSI foreldredomenet, konsistent med annen forskning som har vist en sammenheng mellom stressende livshendelser og redusert fysisk helse hos både barn og foreldre (Shonkoff, 2010).

4.3.2 Sosioøkonomisk status

Det var ingen signifikant korrelasjon mellom sosioøkonomisk status og verken foreldrestress eller barnets symptomtrykk. Dette står i kontrast til et mangfold av studier som har påvist en sammenheng mellom lavt sosioøkonomisk status, høyt foreldrestress og økt risiko for psykopatologi hos barnet (Ashford et al., 2008; Dahl, Bergsli, & van der Wel, 2014; Solem et al., 2011). Denne sammenhengen har vist seg å være uavhengig av om man bruker foreldreutdanning, foreldres yrke, familiens økonomi eller subjektive opplevelser som indikator på sosioøkonomisk status (Reiss, 2013). Det er mulig at foreldre som ville ha skåret høyt på både foreldrestress og sosioøkonomiske vansker takket nei til deltakelse, ettersom foreldre som er stresset og har finansielle utfordringer sjeldnere deltar frivillig i forskningsprosjekter (La Greca & Silverman, 1993). Dette kan forklare hvorfor det var veldig

få foreldre med lav SØS i utvalget. Dersom flere lavinntektsfamilier hadde blitt inkludert, kunne dette ha påvirket resultatene.

Til tross for en lav andel fattige og liten grad av sosial ulikhet i Norge, har de negative konsekvensene av å vokse opp i familier med lav sosioøkonomisk status blitt påvist i flere norske studier. Disse viser i stor grad tilsvarende sammenhenger som det man har funnet i utenlandske studier (Dahl et al., 2014; Holmboe, Helgeland, Dahle, Clench-Aas, & Van Roy, 2006). En studie av Zachrisson & Dearing (2015) viste blant annet at barn som vokser opp i fattige familier i Norge, har flere eksternaliserende vansker som aggresjon og hyperaktivitet, og flere internaliserende vansker som angst og depresjon.

Den negative, signifikante korrelasjonen mellom sosioøkonomisk status og diagnosevariabelen ADHD på CBCL, tilsier at foreldrene med lavere sosioøkonomisk status rapporterte om flere ADHD symptomer hos sine barn. Flere studier har demonstrert at ADHD symptomer hos barn er assosiert med lavere sosioøkonomisk status i familien (Rowland et al., 2018), inkludert studier fra Norge (Duric & Elgen, 2011; Wichstrøm et al., 2012). En norsk studie av Olsvold (2012) viste derimot stor variasjon i sosioøkonomisk status blant barn med ADHD, og argumenterte for at barn i alle samfunnslag får diagnosen. Sosial klasse hadde dog innvirkning på hvordan barna håndterte ADHD-diagnosen, og for den betydningen ADHD ble tillagt. Samlet sett har over tre dusin studier foreslått en korrelasjon mellom sosioøkonomisk status og ADHD, og en nylig metaanalyse av Russell, Ford, Williams og Russell (2016) bekrefter en liten, men reliabel assosiasjon. Korrelasjonsanalysene i denne oppgaven tyder også på at sammenhengen mellom sosioøkonomiske vansker og ADHD er spesifikk, ettersom sosioøkonomisk status ikke korrelerte signifikant med noen av de andre diagnosevariablene. Dette samsvarer med Miller et al. (2018) som konkluderte med at lavere sosioøkonomisk status var spesifikt assosiert med ADHD.

Oppsummert hadde foreldrenes livsbelastninger og sosioøkonomisk status ingen sammenheng med verken foreldrestress eller barnets symptomtrykk, bortsett fra den spesifikke sammenhengen mellom SØS og ADHD. Disse resultatene kan imidlertid være preget av en lav forekomst av sosioøkonomiske vansker og livsbelastninger, som førte til en lav spredning i skårene og som kan ha påvirket styrken på korrelasjonene.

4.4 Sammenhengen mellom foreldrestress og barnets psykiske vansker

Korrelasjonsanalysene viste at det var en signifikant sammenheng mellom totalt foreldrestress og barnets totale problemskåre; jo høyere foreldrestress, jo høyere var barnets symptomtrykk og vice versa. Denne sammenhengen kan bli forklart ved hjelp av transaksjonsmodellen hvor høyt foreldrestress bidrar til å forverre barnets vansker over tid, samtidig som vanskene bidrar til å forsterke foreldrestresset (Baker et al., 2003).

4.4.1 PSI foreldredomenet og barnedomenet

Korrelasjonsanalysene viste spesifikke sammenhenger mellom ulike typer foreldrestress og barnets symptomer. Barnedomenet på PSI korrelerte positivt med både total problemskåre, internaliserende og eksternaliserende problemer på CBCL, mens foreldredomenet ikke korrelerte signifikant med noen av dem. Dette er i tråd med tidligere studier som har benyttet seg av PSI og som viser at barns atferdsmessige, somatiske og emosjonelle vansker er sterkere relatert til barnedomenet, mens foreldres psykopatologi, tilpasningsevner og stressende livshendelser er mer relatert til foreldredomenet (Deater-Deckard, 1998). Videre var det en positiv korrelasjon mellom foreldredomenet og barnedomenet, som vil si at foreldre som opplever høyt stress relatert til egenskaper ved barnet, også rapporterer om høyt stress i forbindelse med selve foreldrerollen.

Det ble også undersøkt hvilke underkategorier på PSI som korrelerte sterkest med barnets totale problemskåre på CBCL. PSI skalaen ”belønning foreldre” stod for den sterkeste sammenhengen, og inkluderer utsagn som ”Det er ikke ofte at barnet mitt gjør ting for meg som får meg til å føle meg lykkelig”. PSI skalaen ”sinnsstemning/humør”, stod for den nest sterkeste sammenhengen, og inkluderer utsagn som ”Jeg føler at barnet mitt er veldig lunefullt og blir lett opprørt”. Disse to PSI skalaene var også de som korrelerte høyest med både eksternaliserende og internaliserende problemer. Det ser altså ut til at underkategoriene ”belønning foreldre” og ”sinnsstemning/ humør” har en sterk sammenheng med både barnets totale symptomtrykk, og barnets grad av internaliserende og eksternaliserende problemer

Selv om foreldrepsykopatologi ikke ble testet direkte, kan PSI subskalaen ”depresjon”, som er et mål på foreldrenes affektive tilstand, muligens si noe om foreldrenes tilbøyelighet for psykopatologi. Depresjonsskalaen korrelerte ikke signifikant med noen av CBCL variablene

og heller ikke med PSI subskalaen ”sinnsstemning/humør”, som er et mål på barnets affektive status. Foreldrenes affektive status samvarierte således ikke med barnets symptomer eller affektive status. Dersom man bruker depresjonsskalaen på PSI som en indikasjon på foreldrenes psykopatologi, gir ikke disse resultatene støtte for en sammenheng mellom psykopatologi hos barn og foreldre.

4.4.2 Internaliserende og eksternaliserende problemer

De signifikante korrelasjonene mellom henholdsvis affektive problemer, angstproblemer og somatiske vansker, og mellom ODD og atferdsforstyrrelser, støtter den mye brukte inndelingen i internaliserende og eksternaliserende problemer. Selv om det ikke var en signifikant korrelasjon mellom internaliserende og eksternaliserende problemer, var det en signifikant, positiv korrelasjon mellom ODD og affektive problemer. Dette er konsistent med studier som har vist en høy komorbiditetsrate mellom atferdsforstyrrelser og depresjon hos barn og ungdom (Angold & Costello, 1993). Foreldrene til barna med komorbide internaliserende og eksternaliserende problemer, hadde også en høy gjennomsnittlig skåre på foreldrestress. Disse resultatene kan tyde på at komorbiditet hos barnet øker stressnivået hos foreldrene, uten at man kan påvise kausalitet. Påstanden støttes av en studie av Vaughan et al. (2013), hvor foreldrene til barn med komorbide internaliserende og eksternaliserende problemer hadde høyest stressnivå.

Korrelasjonsanalysene viste en sterk sammenheng mellom PSI totalt stress og eksternaliserende problemer. Det var ingen signifikant sammenheng mellom totalt stress og internaliserende problemer, til tross for en høy forekomst av internaliserende symptomer i utvalget. Styrken på korrelasjonen mellom foreldrestress og eksternaliserende problemer i denne studien ($r = .512$), var tilnærmet lik den i Barroso et al. (2018) sin metaanalyse ($r = .57$). Det var derimot en svakere sammenheng mellom foreldrestress og internaliserende problemer i denne studien ($r = .224$) enn det Barroso et al. (2018) fant ($r = .37$).

4.4.3 Diagnosevariabler

Konsistent med de ovennevnte funnene, var det kun diagnosevariablene opposisjonell atferdsforstyrrelse (ODD) og atferdsforstyrrelse (CD) som korrelerte signifikant med PSI totalt stress. Den sterkeste sammenhengen var mellom foreldrestress og atferdsforstyrrelse (CD). Diagnosevariablene ADHD, angst, affektive og somatiske vansker viste ikke en

signifikant sammenheng med foreldrestress. Selv om ADHD er assosiert med foreldrestress (Anastopoulos, Guevremont, Shelton, & DuPaul, 1992), har studier som kontrollerer for ODD og CD funnet at foreldrestress korrelerer sterkere med disse diagnosene enn med ADHD. Andre studier finner ingen signifikant sammenheng mellom ADHD og foreldrestress i det hele tatt (Burke, Pardini, & Loeber, 2008). Mange barn med ADHD har imidlertid komorbide atferdsforstyrrelser, som er assosiert med høy grad av foreldrestress (Pimentel, Vieira-Santos, Santos, & Vale, 2011). En studie av Sollie, Larsson og Mørch (2013) viste at foreldre til barn med både ADHD og ODD opplevde signifikant mer stress enn foreldre til barn med kun ADHD. Det er med andre ord ikke ADHD symptomer per se, men heller komorbide atferdsproblemer som henger sammen med det høye foreldrestresset. Dette er konsistent med funn fra korrelasjonsanalysene, som viste en signifikant korrelasjon mellom ADHD og ODD.

Atferdsforstyrrelse (CD) var den eneste av diagnosevariablene som korrelerte signifikant med PSI foreldredomenet og underkategoriene kompetanse, tilknytning, helse, begrenset av foreldrerollen og ektefelle. Foreldrene til barna med høy skåre på atferdsforstyrrelser, følte seg mindre kompetente og mer begrenset av foreldrerollen, og rapporterte om dårligere tilknytning til barnet, flere helserelevante problemer og lavere ekteskapelig tilfredshet. Andre studier har funnet lignende assosiasjoner, som blant annet en høy prevalens av usikker tilknytning hos barn med atferdsforstyrrelser (Greenberg, Speltz, DeKlyen, & Endriga, 1991), lav mestringstro og selvtillit (Carr, 2016), og økt forekomst av psykiske vansker og ekteskapsproblemer hos foreldre til barn med atferdsforstyrrelser (Warmuth, Cummings, & Davies, 2018). Disse resultatene indikerer at atferdsforstyrrelse er relatert til flere stressende forhold ved både barnet og forelderen, noe som ikke er overraskende med tanke på at CD er en svært inngripende lidelse med langsiktige negative konsekvenser (Carr, 2016).

Foreldrene til barna som skåret over cutoff på de ulike diagnosene, hadde også ulike gjennomsnittsskårer på foreldrestress, uten at man testet om disse forskjellene var statistisk signifikante. Foreldrene til barna med somatiske vansker rapporterte om lavest foreldrestress, men denne gruppens gjennomsnittlige stressnivå var likevel høyere enn normen på PSI. Foreldrene til barna som skåret innen klinisk verdi på ODD rapporterte om høyest foreldrestress, etterfulgt av foreldrene til barna som skåret innen klinisk verdi på atferdsforstyrrelse (CD). Disse resultatene støttes av Burke et al. (2008) som hevdet at ODD er mer fremtredende og krevende for foreldre, til tross for at atferd forbundet med CD er mer alvorlig. Det var imidlertid kun tre barn som skåret over klinisk cutoff på ODD, som betyr at

resultatene kan være preget av tilfeldigheter og derfor er lite reliable. En norsk studie av Larsson et al. (2009) fant også en betydelig høyere forekomst av foreldrestress blant mødre til barn med atferdsforstyrrelser. Stressnivået blant disse mødrene var også høyere enn det gjennomsnittlige foreldrestressnivået i dette utvalget. Dette var ikke overraskende ettersom Larsson et al. (2009) kun inkluderte barn diagnostisert med ODD eller CD, i motsetning til dette utvalget som består av barn fra et bredere klinisk spekter.

Samlet sett bekrefter korrelasjonsanalysene funn fra andre studier som har dokumentert en signifikant sammenheng mellom foreldrestress og barnets psykiske vansker. Den sterkeste sammenheng ser ut til være mellom barnets eksternaliserende problemer og foreldrestress relatert til egenskaper ved barnet.

4.4.4 Gruppe-forskjeller

Variansanalysene viste at de foreldrene som rapporterte om klinisk høyt foreldrestress, også rapporterte om signifikant høyere symptomtrykk hos sine barn. Disse resultatene støtter hypotesen om at det er en sammenheng mellom foreldrestress og barnets symptombelastning. Mer spesifikt hadde foreldrene til barn med kliniske eksternaliserende problemer, signifikant høyere foreldrestress enn foreldrene til barn uten slike problemer. Det var ingen signifikant forskjell i foreldrestress mellom foreldre til barn med, versus uten, kliniske internaliserende problemer. Det er dog vanskelig å oppnå statistisk signifikante forskjeller mellom grupper når man har et lite utvalg (Pallant, 2011). Dette betyr at man muligens hadde oppnådd en signifikant effekt av internaliserende problemer med et større utvalg. For å vite hvor stort utvalget måtte være for at resultatene skulle bli signifikante, kunne man ha utført en power-analyse.

Foreldrene til barn med eksternaliserende problemer hadde i gjennomsnitt høyere foreldrestress enn foreldrene til barn med internaliserende problemer, men denne forskjellen ble ikke testet statistisk. Resultatene stemmer likevel overens med Angold et al. (1998) som fant at foreldre til barn med internaliserende vansker, hadde lavere nivå av foreldrestress enn foreldre til barn med eksternaliserende vansker. Videre er eksternaliserende vansker funnet å skape mest stress og være den største byrden for foreldre, vist i både kliniske (Fischer, 1990) og ikke-kliniske populasjoner (Campbell, 1994). Noen forfattere har spekulert i om det høye

foreldrestresset kan komme av usikkerheten og den vage etiologien forbundet med eksternaliserende vansker (Donenberg & Baker, 1993).

Resultatene fra variansanalysene stemmer overens med et stort antall studier som har vist en økt forekomst av foreldrestress hos foreldre til barn med psykiske vansker, og at foreldrene til barn med eksternaliserende vansker er mest preget (Barroso et al., 2018; Deater-Deckard, 1998).

5. Styrker og begrensninger

5.1 Utvalget

Utvalget består av en betydelig større andel gutter enn jenter. Dette kan ha påvirket resultatene ettersom man bør ha omtrent likt antall deltakere i hver kategori på en dikotom variabel (Pallant, 2011). Den skjeve kjønnsfordelingen er likevel representativ ettersom det generelt er flere gutter enn jenter i psykisk helsevern for barn og unge, hvor gutter i alderen 7-12 år utgjør den største pasientgruppen (Helsedirektoratet, 2019).

Utvalgsstørrelsen i denne studien betegnes som liten, noe som har betydning for resultatenes generaliserbarhet, altså i hvilken grad resultatene kan bli replisert i andre utvalg (Pallant, 2011). Utvalget ble også trukket fra samme geografiske område, og anses ikke å være representativt for populasjonen for øvrig. Funnene kan likevel fortelle noe om generelle tendenser når det gjelder forekomsten av foreldrestress og psykiske symptomer innen barne- og ungdomspsykiatrien.

Den påviste sammenhengen mellom foreldrestress og barns psykiske symptomer, kan være betinget av at utvalget bestod av en klinisk gruppe. Denne hypotesen støttes av Barroso et al. (2018) sin metaanalyse, som viste at assosiasjonen mellom foreldrestress og både eksternaliserende og internaliserende vansker var sterkere i kliniske utvalg enn i normative utvalg. Foreldre som opplever høy grad av stress, er muligens mer motiverte til å søke behandling og tar oftere kontakt med barne- og ungdomspsykiatrien (Barroso et al., 2018). Foreldre som også har barn med psykiske vansker, men som ikke opplever samme grad av stress, oppsøker kanskje ikke helsetjenester i like stor grad. Resultatet blir i så fall en kunstig høy korrelasjon mellom foreldrestress og barnets symptomer.

Gjentatte studier har vist at foreldre til barn med utviklingsforstyrrelser generelt har et høyere stressnivå enn andre kliniske grupper (Baker et al., 2003). Ved å ekskludere barn med redusert evnenivå fra forskningsprosjektet, ble resultatene muligens forskjøvet mot et lavere foreldrestressnivå. Foreldre uten tilstrekkelige norskkunnskaper ble også ekskludert fra prosjektet. Dette kan ha bidratt til at man ikke fant en sammenheng mellom foreldrestress og sosioøkonomisk status, ettersom foreldre med etnisk minoritetsbakgrunn rapporterer om høyere grad av både foreldrestress, sosioøkonomiske vansker, sosial isolasjon, depresjon og helseproblemer (Franco et al., 2010; Skreden et al., 2012). Det er imidlertid et generelt problem at foreldre til minoritetsbarn sjeldnere deltar i forskningsprosjekter, noe som gjør det vanskeligere å undersøke etniske og kulturelle forskjeller (La Greca & Silverman, 1993).

I følge Folkehelse rapporten fra Folkehelseinstituttet (2018), er sosioøkonomisk status relatert til geografisk område. Blant bydelene i Oslo som Nic Waals Institutt dekker, er det relativt store forskjeller i inntekt og levealder (Folkehelseinstituttet, 2018b). Den største kontrasten er mellom Gamle Oslo, som er en av bydelene med høyest andel lavinntektsfamilier (21%), og Vestre Aker som er en av bydelene med færrest lavinntekts-familier (4,2 %) (Oslo Kommune, 2017). Utvalget i denne oppgaven reflekterer ikke de sosiale forskjellene mellom disse bydelene, ettersom det var svært liten spredning i skårene på sosioøkonomisk status, og den gjennomsnittlige skåren var høy. Det er mulig at utvelgelsesprosessen førte til et skjevt utvalg der lavinntektsfamilier ble underrepresentert. Denne påstanden støttes av forskning som har vist at personer med lavere sosioøkonomisk status er overrepresentert i non-respons gruppen på studier som involverer spørreskjemaer (Skreden et al., 2012). Det er dermed usikkert hvorvidt resultatene i denne oppgaven er representative for familier med lav sosioøkonomisk status.

5.2 Rapporteringsbias

Det er problematisk at både PSI og CBCL baserer seg på foreldrerapportering. Dette førte til såkalt dobbelrapportering, hvor foreldre rapporterer om både barnets symptomatologi og deres eget stressnivå (Theule, Wiener, Rogers, & Marton, 2011). Tidligere studier har vist en stor diskrepans mellom foreldrenes og barnets egen rapportering av psykiske symptomer, og peker på en lav til moderat grad av enighet mellom dem (Stokes, Pogge, Wecksell, & Zaccario, 2011). Dette gjelder spesielt internaliserende symptomer, som er vanskeligere å

avdekke for andre enn barnet selv (Rodriguez, 2011). Svarene reflekterer med andre ord foreldrenes vurderinger av barnets symptomer, og ikke nødvendigvis barnets reelle vansker. Slike diskrepanser reflekterer ikke nødvendigvis målefeil, men sanne forskjeller i perspektiver (Greenbaum, Decrick, Prange, & Friedman, 1994).

Foreldrestress kan også føre til lavere toleranse for upassende oppførsel og øke sannsynligheten for å rapportere om psykiske symptomer hos barnet (De Los Reyes & Kazdin, 2005; Lundberg, Perris, & Adolfsson, 2000). Foreldre med egne psykiske vansker kan også være mer negative i vurderingen av barnets atferd, noe som kan resultere i en overrapportering av barnets symptomer (Ciciolla, Gerstein, & Crnic, 2014; De Los Reyes & Kazdin, 2004; Goodman & Gotlib, 1999). Det er derfor uklart hvorvidt den observerte sammenhengen mellom foreldrestress og barnets psykiske vansker er reell, eller om den reflekterer foreldrenes eget stressnivå eller psykopatologi. Dersom foreldrenes egne vansker og svarstil hadde blitt kontrollert for, kunne effekten av rapporteringsbias vært redusert (Costa et al., 2006). Å bruke lærere som informanter i stedet for foreldre, kunne også ha redusert muligheten for rapporteringsbias (Theule et al., 2011). Til tross for disse svakhetene, peker resultatene likevel på flere robuste funn som har blitt replisert gjentatte ganger i andre undersøkelser.

I likhet med mye av forskningen på stress og psykiske vansker hos barn, er også denne studien hovedsakelig basert på rapportering fra mødre. En slik skjev kjønnsfordeling og manglende fokus på fedre som informanter, har vært gjenstand for mye kritikk opp gjennom årene (Ciciolla et al., 2014). Flere forskere har hevdet at studier som kun baserer seg på mødrenes rapporteringer, gir et ufullstendig bilde ettersom fedre har egne og annerledes forhold til sine barn, og har andre muligheter for å observere dem (Hay et al., 1999). Andre studier har derimot pekt på få forskjeller mellom mødre og fedre. I Kornør og Martinussen (2011) sin gjennomgang av norske studier som har benyttet seg av PSI, fant de ingen statistiske forskjeller mellom mødrenes og fedrenes stressnivå. Baker et al. (2003) fant også at forholdet mellom foreldrestress og atferdsvansker hos barn var relativt likt for mødre og fedre. Enkelte studier har rapportert om økt foreldrestress blant mødre sammenlignet med fedre (Sollie et al., 2013), men dette gjaldt hovedsakelig spedbarnsforeldre (Skreden et al., 2012; Östberg & Hagekull, 2013).

5.3 Instrumentene

5.3.1 PSI

Den norske utgaven av PSI er basert på den amerikanske tredjeutgaven med samme navn og bruker amerikanske normer i beregningen av persentil-skårer. Å benytte seg av persentiler fra en amerikansk normgruppe kan være problematisk dersom forekomsten av foreldrestress er vesentlig annerledes i Norge. Til tross for at det ikke finnes normeringsstudier av PSI i Norge, viste Kornør & Martinussen (2011) i sin gjennomgang av norske studier med PSI, at et stort antall (N=754) norske kvinner med 12 måneder gamle barn skåret betydelig lavere på PSI enn den amerikanske normgruppen. Disse kvinnene hadde en gjennomsnittsskåre på 193 på PSI totalt stress, som tilsvarer 25. persentil på den amerikanske normgruppen. Hvis disse forskjellene ikke skyldes kulturelle forskjeller i svarstil, kan det hende at det eksisterer faktiske forskjeller i stressnivå mellom amerikanske og norske mødre. I så fall vil cutoff skåren som tilsvarer 85. persentil i et norsk utvalg, være betydelig lavere enn skåren som tilsvarer 85. persentil i et amerikansk utvalg. Dette betyr at en større andel av foreldrene i dette utvalget hadde skåret over cutoff på foreldrestress dersom man hadde hatt norske normgrupper, og de følgende resultatene ville sett annerledes ut.

En annen svakhet ved den norske utgaven er at den er basert på en eldre versjon av PSI som ble publisert i 1995. Den fjerde utgaven av PSI ble publisert i 2012 og inkluderer en rekke forbedringer, blant annet aldersbaserte normer, økt indre konsistens og normgrupper med en jevn kjønnsfordeling. T-skårer er også inkludert i den nyeste utgaven, noe som forbedrer tolkningsmulighetene (Abidin, 2012). Ekteskapsdomenet i den norske utgaven av PSI kan også anses som en svakhet. Denne kategorien er utformet slik at enslige foreldre ikke kan svare på alle spørsmålene på grunn av formuleringene, som for eksempel ”Etter at vi fikk barn, har min ektefelle/samboer og jeg ikke gjort så mange ting sammen”. I den nyeste versjonen av PSI har man endret ekteskapsdomenet til å inkludere ”foreldre-partner”, det vil si barnets andre forelder. Dette vil trolig gjøre det enklere for enslige foreldre å fylle ut PSI, og vil øke PSI ekteskapsdomenet sin svarprosent. En slik forbedring er spesielt viktig ettersom aleneforeldre har økt risiko for å oppleve høyt foreldrestress (Skreden et al., 2012; Williford et al., 2007).

Foreldres oppfatning av stressmomenter har trolig forandret seg siden den norske utgaven av

PSI ble utarbeidet for 25 år siden. Familiekonstellasjonene har endret seg, og nye problemstillinger har oppstått for både barn og foreldre. Den teknologiske utviklingen har skapt flere fordeler, men også flere stressmomenter. Spill og sosiale medier har blitt en del av hverdagen for de fleste barn og kan by på utfordringer for foreldrene. Dette reflekteres i American Psychological Association sin nyeste diagnosemanual, DSM-5, som har inkludert ”Internet gaming disorder” som en diagnose (2013). Slike faktorer kan altså være mulige kilder til foreldrestress, som PSI ikke dekker. I tillegg er PSI i utgangspunktet beregnet på småbarn. Dette kan forklare hvorfor testen ikke dekker stressorer som kan være relevante for foreldre til eldre barn, som sosial fungering med jevnaldrende.

5.3.2 CBCL

I denne undersøkelsen var man mest interessert i de barna som med stor sannsynlighet var innenfor klinisk verdi på symptom- og diagnosevariablene. For å skille barna med kliniske vansker fra dem uten kliniske vansker, benyttet man seg av clinical range fremfor borderline clinical range som cutoff verdi. Ved å øke cutoff-verdien, økte sannsynligheten for at barna som ble kategorisert som kliniske tilfeller, hadde reelle kliniske vansker. Dette reduserte sannsynligheten for falske positive og økte testens spesifisitet, det vil si andelen tilfeller uten den aktuelle tilstanden som ble klassifisert korrekt (Pallant, 2011). På en annen side kan den høye cutoff-verdien ha økt sannsynligheten for falske negative; det vil si barn som ikke ble kategorisert som klinisk tilfelle når de i realiteten hadde kliniske vansker. Dette kan ha redusert testens sensitivitet, som vil si andelen tilfeller med den aktuelle tilstanden som ble klassifisert korrekt (Pallant, 2011).

Selv om CBCL screener for mange psykiske lidelser, er ikke autisme inkludert i CBCL versjonen for barn over seks år (Mazefsky et al., 2011). Det ble derfor ikke kontrollert for symptomer på autismspekterforstyrrelse (ASD) eller andre utviklingsforstyrrelser. Symptomer på ASD kan ha hatt en innvirkning på resultatene ettersom foreldre til barn med utviklingsforstyrrelser som ASD, opplever høyere grad av foreldrestress enn foreldre til barn med andre diagnoser (Zaidman-Zait et al., 2014). I tillegg har barn med ASD ofte en høy forekomst av atferds- og emosjonelle vansker, og skårer høyere på CBCL total problemskåre enn barn uten autisme (Mazefsky et al., 2011). Disse funnene indikerer at barn med ASD trolig vil skåre høyt på både PSI og CBCL. Man burde derfor ha undersøkt denne kliniske gruppen nærmere, og hvorvidt ASD har en innvirkning på sammenhengen mellom foreldrestress og barnets symptomtrykk.

5.4 Metodiske styrker og begrensninger

Ettersom kliniske utvalg ofte innebærer flere ekstremskårer, var det ikke overraskende at sumskårene på PSI og CBCL ikke var normalfordelte. Man valgte likevel å benytte seg av parametriske teknikker, som tar utgangspunkt i at populasjonen som utvalget er trukket fra er normalfordelte (Pallant, 2011).

Korrelasjonskoeffisienten pearsons r blir svært påvirket av utvalgsstørrelsen, og i et lite utvalg kan selv moderate korrelasjoner ikke oppnå det tradisjonelle statistiske signifikansnivået på $p < .05$ (Pallant, 2011). Flere av korrelasjonene kunne dermed vært signifikante hvis utvalget hadde vært større, og noen sammenhenger kan ha blitt tilslørt. I små utvalg er korrelasjonskoeffisientene også mindre reliable, noe som betyr at styrken på korrelasjonene kan variere mellom utvalg (Pallant, 2011). Dette innebærer at de observerte sammenhengene kanskje ikke lar seg replisere i andre utvalg. Som tidligere nevnt, sier ikke resultatene i denne studien noe om årsakssammenheng. Korrelasjonene gir en indikasjon på om det er et forhold mellom to variabler, men det indikerer ikke at en variabel fører til den andre. Det er også alltid en mulighet for at en tredje variabel påvirker begge de observerte variablene.

Fordi variansanalyser er svært sensitive for ujevne gruppestørrelser og blir påvirket av et lite utvalg, ble det ikke kontrollert for barnets kjønn og alder i variansanalysene. På grunn av den lave utvalgsstørrelsen var det heller ikke statistisk mulig å gjennomføre toveis variansanalyser for å undersøke hovedeffekter og interaksjonseffekter av eksternaliserende og internaliserende problemer på foreldrestress. Fremtidige studier bør inkludere et slikt 2 x 2 faktorielt design (CBCL eksternaliserende høy vs. lav x CBCL internaliserende høy vs. lav) for å undersøke om og eventuelt hvordan disse ulike betingelsene påvirker foreldrestressnivået.

6. Kliniske implikasjoner

Den viktigste implikasjonen fra denne delstudien, er anerkjennelsen av at det eksisterer en sammenheng mellom foreldrestress og barnets psykiske vansker. Denne sammenhengen er mest sannsynlig transaksjonell, ved at foreldrestress og barnets symptomer påvirker hverandre gjensidig og kontinuerlig. For å forstå og behandle psykiske lidelser hos barn, er det viktig å ha fokus på en slik transaksjonell sammenheng. Det er ikke tilstrekkelig å rette fokuset mot

barnets symptomer, uten å forstå og endre det bakenforliggende systemet barnet lever i. En transaksjonell modell har blitt brukt som grunnlag for utviklingen av flere intervensjonsprogrammer rettet mot barn og familier (Sameroff, McDonough, & Rosenblum, 2004), og indikerer at det er mulig å oppnå endring i barnets atferd ved å endre foreldrenes atferd (Burke et al., 2008).

Forbindelsen mellom foreldrestress og psykopatologi hos barn understreker også relevansen av å tematisere foreldrestress i klinisk behandling (Holly et al., 2019), og å inkludere hele familien og konteksten familien lever i (Goldberg et al., 1997). Studier har også vist at de mest suksessfulle intervensjonene inkluderer komponenter ved både foreldrene og barnet (Burke et al., 2008). Foreldrenes oppfatninger av barnet og barnets vansker kan være et intervensjonsmål, fordi disse kognitive vurderingene er mulige å endre (Solem et al., 2011). Ved å øke foreldrenes forståelsesevne av barnets vansker, kan foreldrenes atferd og relasjon til barnet også endres (Mackler et al., 2015).

Foreldrestress kan forlenge et barns problemer til tross for effektiv individuell behandling (Rimehaug, Berg-Nielsen, & Wallander, 2012), og det er vanskelig å implementere behandling i familier med høyt stressnivå (Theule et al., 2011). Dette understreker behovet for å kartlegge familiers stressnivå, selv når målet for terapien er å behandle barnets symptomer. Spesielt i familier med psykososiale vansker, kan det være nødvendig å arbeide med foreldrenes stress før man tar tak i andre problemer (Östberg & Hagekull, 2000).

Gitt den store variasjonen i behandlingsalternativer, er det viktig å undersøke sammenhengen mellom foreldrestress og barnets vansker blant ulike kliniske grupper, slik at man kan utvikle og tilby mest mulig effektiv behandling (Barroso et al., 2018). Ut fra resultatene, ser det ut til at det er en spesielt sterk sammenheng mellom foreldrestress og eksternaliserende vansker. Å redusere foreldrestress bør således være et viktig moment i behandlingen av slike vansker. Norske studier av foreldre til barn med atferdsvansker som ODD og CD, har vist at behandlingsmetoder som inkluderer både barn og foreldre, har god effekt på både barnets symptomer og foreldrenes stressnivå (Larsson et al., 2009; Solholm, Bjørknes, & Jakobsen, 2019). Disse resultatene er oppløftende ettersom barn med atferdsforstyrrelser er kjent for å være en nokså behandlingsresistent gruppe, og har en dårlig prognose assosiert med negative utfall i voksen alder som kriminalitet, rusmisbruk og relasjonsbrudd (Carr, 2016).

I likhet med de ovennevnte funnene, viste et flertall av studiene i en metaanalyse av Colalillo og Johnston (2016) at foreldrenes stressnivå ble redusert etter deltakelse i foreldretreningsprogrammet Parent Management Training. Et fåtall av studiene viste ingen reduksjon i foreldrestress, og forfatterne foreslo at foreldre med særdeles høyt stressnivå muligens trenger ytterligere behandling og hjelp for å oppnå bedring. Disse funnene poengterer betydningen av å skreddersy behandlingen for å best mulig møte behovene til hver enkelt familie (McQuillan & Bates, 2017).

7. Fremtidig forskning

Til tross for at denne studien ikke fant en spesifikk sammenheng mellom foreldrestress og internaliserende problemer betyr det ikke at en slik sammenheng ikke eksisterer. Betydelig mindre forskning har undersøkt sammenhengen mellom foreldrestress og internaliserende problemer hos barn, selv om mange studier har vist en signifikant sammenheng (Rodriguez, 2011; Vaughan et al., 2013; Östberg & Hagekull, 2013). Dette tyder på at man trenger mer forskning for å forstå hvordan forholdet mellom foreldrestress og internaliserende problemer skiller seg fra eksternaliserende problemer. Å undersøke korrelatene til internaliserende problemer hos barn er også viktig, ettersom internaliserende problemer er kjent for å vedvare inn i voksen alder, og har langsiktige negative effekter (Ashford et al., 2008; Stone et al., 2016).

Det er flere faktorer denne studien ikke har kontrollert for, og som kan ha påvirket sammenhengen mellom foreldrestress og barnets psykiske symptomer. Det ble ikke kontrollert for antall barn per familie, selv om flere barn er assosiert med økt foreldrestress, mer isolasjon og ekteskapsproblemer blant mødre (Skreden et al., 2012). Det ble heller ikke kontrollert for foreldreatferd eller foreldrepsykopatologi, til tross for at gjentatte studier har vist at disse variablene påvirker forbindelsen mellom foreldrestress og psykopatologi hos barn. Varigheten av barnets symptomer ble heller ikke kontrollert for, selv om dette også kan påvirke graden av foreldrestress; jo lenger vanskene hos barnet varer, jo mindre tolerante blir foreldrene, noe som resulterer i mer dysfunksjonelle interaksjoner (Rimehaug et al., 2012; Vaughan et al., 2013). Disse faktorene bør inkluderes i fremtidige studier.

I følge et transaksjonelt rammeverk, oppstår dynamiske og gjensidige forbindelser mellom foreldrestress og barnets vansker over tid (Mackler et al., 2015). Denne oppgavens kryss-

seksjonelle design var ikke egnet til å fange opp slike transaksjoner, og resultatene sier derfor ingenting om hvordan sammenhengen mellom foreldrestress og barnets psykopatologi etableres og utvikles. Flere longitudinelle studier som følger samme utvalg over tid, vil kunne bidra til en bedre transaksjonell forståelse.

8. Konklusjon

Resultatene fra denne oppgaven indikerer at det eksisterer en sammenheng mellom foreldrestress og psykiske vansker hos barnet, og at sammenhengen er sterkest når det gjelder eksternaliserende problemer. Barnets alder og kjønn hadde en signifikant sammenheng med foreldrenes stressnivå, hvor foreldrene til de yngste barna rapporterte om mer stress. Det samme gjorde foreldrene til guttene i utvalget. Barnets kjønn og alder hadde ingen signifikant sammenheng med barnets psykiske vansker eller symptomtrykk. Foreldrenes livsbelastninger og sosioøkonomisk status viste ingen signifikant sammenheng med verken foreldrestress eller barnets symptombelastning. Det er imidlertid flere metodiske og statistiske begrensninger ved studien som kan ha påvirket resultatene og generaliserbarheten. Resultatene kan likevel gi en pekepinn på forekomsten og sammenhengen mellom foreldrestress og psykiske symptomer hos barn, i et klinisk utvalg.

Litteraturliste

- Abidin, R. R. (1983). Parenting Stress Index: Manual, Administration Booklet,[and] Research Update.
- Abidin, R. R. (1992). The determinants of parenting behavior. *Journal of clinical child psychology, 21*(4), 407-412.
- Abidin, R. R. (1995). *Parenting Stress Index. Professional Manual* (3 ed.). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources
- Abidin, R. R. (2012). *Parenting Stress Index: PSI-4; Professional Manual: PAR.*
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile.* Burlington, VT: Dept. of Psychiatry, University of Vermont.
- Anastopoulos, A. D., Guevremont, D. C., Shelton, T. L., & DuPaul, G. J. (1992). Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of abnormal child psychology, 20*(5), 503-520.
- Angold, A., & Costello, E. (1993). Depressive comorbidity in children and adolescents. *American journal of Psychiatry, 150*(12), 1779-1791.
- Angold, A., Messer, S. C., Stangl, D., Farmer, E., Costello, E. J., & Burns, B. J. (1998). Perceived parental burden and service use for child and adolescent psychiatric disorders. *American journal of public health, 88*(1), 75-80.
- Anthony, L. G., Anthony, B. J., Glanville, D. N., Naiman, D. Q., Waanders, C., & Shaffer, S. (2005). The relationships between parenting stress, parenting behaviour and preschoolers' social competence and behaviour problems in the classroom. *Infant and Child Development: An International Journal of Research and Practice, 14*(2), 133-154.
- Ashford, J., Smit, F., Van Lier, P. A., Cuijpers, P., & Koot, H. M. (2008a). Early risk indicators of internalizing problems in late childhood: a 9-year longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49*(7), 774-780.
- Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*: American Psychiatric Pub.
- Baker, B. L., McIntyre, L., Blacher, J., Crnic, K., Edelbrock, C., & Low, C. (2003). Pre-school children with and without developmental delay: behaviour problems and parenting stress over time. *Journal of Intellectual Disability Research, 47*(4-5), 217-230.

- Barroso, N. E., Mendez, L., Graziano, P. A., & Bagner, D. M. (2018). Parenting stress through the lens of different clinical groups: A systematic review & meta-analysis. *Journal of abnormal child psychology*, *46*(3), 449-461.
- Barry, D., Dunlap, S., Cotten, S. J., Lochman, J. E., & Wells, K. C. (2005). The influence of maternal stress and distress on disruptive behavior problems in boys. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *44*(3), 265-273.
- Bell, R. Q. (1968). A reinterpretation of the direction of effects in studies of socialization. *Psychological review*, *75*(2), 81.
- Berk, L. E. (2012). *Child development*. New York: Pearson Higher Ed.
- Brody, G. H., & Ge, X. (2001). Linking parenting processes and self-regulation to psychological functioning and alcohol use during early adolescence. *Journal of Family Psychology*, *15*(1), 82.
- Burke, J. D., Hipwell, A. E., & Loeber, R. (2010). Dimensions of oppositional defiant disorder as predictors of depression and conduct disorder in preadolescent girls. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *49*(5), 484-492.
- Burke, J. D., Pardini, D. A., & Loeber, R. (2008). Reciprocal relationships between parenting behavior and disruptive psychopathology from childhood through adolescence. *Journal of abnormal child psychology*, *36*(5), 679-692.
- Businelle, M., Mills, B., Chartier, K., Kendzor, D., Reingle, J., & Shuval, K. (2014). Do stressful events account for the link between socioeconomic status and mental health? *Journal of Public Health*, *36*(2), 205-212.
- Campbell, S. B. (1994). Hard-to-manage preschool boys: Externalizing behavior, social competence, and family context at two-year followup. *Journal of abnormal child psychology*, *22*(2), 147-166.
- Cappa, K. A., Begle, A. M., Conger, J. C., Dumas, J. E., & Conger, A. J. (2011). Bidirectional relationships between parenting stress and child coping competence: Findings from the pace study. *Journal of child and family studies*, *20*(3), 334-342.
- Carr, A. (2016). *The handbook of child and adolescent clinical psychology : a contextual approach* (Third edition. ed.). London ; New York: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Caspi, A., Roberts, B. W., & Shiner, R. L. (2005). Personality development: Stability and change. *Annu. Rev. Psychol.*, *56*, 453-484.
- Cassells, R. C., & Evans, G. W. (2017). Ethnic variation in poverty and parenting stress. In *Parental stress and early child development* (pp. 15-45): Springer.

- Cheah, C. S., Leung, C. Y., Tahseen, M., & Schultz, D. (2009). Authoritative parenting among immigrant Chinese mothers of preschoolers. *Journal of Family Psychology, 23*(3), 311.
- Ciciolla, L., Gerstein, E. D., & Crnic, K. A. (2014). Reciprocity among maternal distress, child behavior, and parenting: transactional processes and early childhood risk. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 43*(5), 751-764.
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. Ind cd. *Hillsdale, NJ: Erlbaum.*
- Colalillo, S., & Johnston, C. (2016). Parenting cognition and affective outcomes following parent management training: A systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review, 19*(3), 216-235.
- Conger, R. D., & Conger, K. J. (2002). Resilience in Midwestern families: Selected findings from the first decade of a prospective, longitudinal study. *Journal of marriage and family, 64*(2), 361-373.
- Costa, N. M., Weems, C. F., Pellerin, K., & Dalton, R. (2006). Parenting stress and childhood psychopathology: An examination of specificity to internalizing and externalizing symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 28*(2), 113-122.
- Costello, E. J., Copeland, W., & Angold, A. (2011). Trends in psychopathology across the adolescent years: what changes when children become adolescents, and when adolescents become adults? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52*(10), 1015-1025.
- Crnic, K., & Low, C. (2002). Everyday stresses and parenting. *Handbook of parenting volume 5 practical issues in parenting, 242.*
- Crnic, K., & Ross, E. (2017). Parenting stress and parental efficacy. In *Parental Stress and Early Child Development* (pp. 263-284): Springer.
- Crnic, K. A., Gaze, C., & Hoffman, C. (2005). Cumulative parenting stress across the preschool period: Relations to maternal parenting and child behaviour at age 5. *Infant and Child Development: An International Journal of Research and Practice, 14*(2), 117-132.
- Crnic, K. A., & Greenberg, M. T. (1990). Minor parenting stresses with young children. *Child development, 61*(5), 1628-1637.
- Cummings, E., Davies, P., & Campbell, S. (2000). New directions in the study of parenting and child development. *Developmental psychopathology and family process: Theory, research, and clinical implications, 200-250.*

- Dahl, E., Bergsli, H., & van der Wel, K. A. (2014). Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt. Høgskolen i Oslo.
- De Los Reyes, A., & Kazdin, A. E. (2004). Measuring informant discrepancies in clinical child research. *Psychological Assessment, 16*(3), 330.
- De Los Reyes, A., & Kazdin, A. E. (2005). Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: a critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. *Psychological bulletin, 131*(4), 483.
- Deater-Deckard, K., & Panneton, R. (2017). Unearthing the developmental and intergenerational dynamics of stress in parent and child functioning. In *Parental Stress and Early Child Development : Adaptive and Maladaptive Outcomes*. Springer, Cham
- Deater-Deckard, K. (1998). Parenting Stress and Child Adjustment: Some Old Hypotheses and New Questions. *Clinical Psychology: Science and Practice, 5*(3), 314-332.
doi:10.1111/j.1468-2850.1998.tb00152.x
- Donenberg, G., & Baker, B. L. (1993). The impact of young children with externalizing behaviors on their families. *Journal of abnormal child psychology, 21*(2), 179-198.
- Dubois-Comtois, K., Moss, E., Cyr, C., & Pascuzzo, K. (2013). Behavior problems in middle childhood: The predictive role of maternal distress, child attachment, and mother-child interactions. *Journal of abnormal child psychology, 41*(8), 1311-1324.
- Duric, N. S., & Elgen, I. (2011). Characteristics of Norwegian children suffering from ADHD symptoms: ADHD and primary health care. *Psychiatry research, 188*(3), 402-405.
- Ellis, B. J., & Del Giudice, M. (2014). Beyond allostatic load: Rethinking the role of stress in regulating human development. *26*(1), 1-20. doi:10.1017/S0954579413000849
- Fanti, K. A., Henrich, C. C., Brookmeyer, K. A., & Kuperminc, G. P. (2008). Toward a transactional model of parent-adolescent relationship quality and adolescent psychological adjustment. *The Journal of Early Adolescence, 28*(2), 252-276.
- Finegood, E. D., & Blair, C. (2017). Poverty, parent stress, and emerging executive functions in young children. In *Parental stress and early child development*. Springer, Cham.
- Fischer, M. (1990). Parenting stress and the child with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of clinical child psychology, 19*(4), 337-346.
- Folkehelseinstituttet. (2018a). Helsetilstanden i Norge 2018. Folkehelse rapporten-kortversjon. Retrieved from <https://www.fhi.no/publ/2018/fhr-2018/>
- Folkehelseinstituttet. (2018b). Kommunehelse statistikkbank. Retrieved from <http://khs.fhi.no/webview/>

- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*: New York: Springer Publishing Company.
- Getz, L., Luise Kirkengen, A., & Ulvestad, E. (2011). Menneskets biologi—mettet med erfaring. *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening*, *131*(7), 683.
- Glavin, K., Smith, L., Sørum, R., & Ellefsen, B. (2010). Redesigned community postpartum care to prevent and treat postpartum depression in women—a one-year follow-up study. *Journal of clinical nursing*, *19*(21-22), 3051-3062.
- Goldberg, S., Janus, M., Washington, J., Simmons, R. J., MacLusky, I., & Fowler, R. S. (1997). Prediction of preschool behavioral problems in healthy and pediatric samples. *Journal of developmental and behavioral pediatrics*.
- 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*(3), 458.
- Greenbaum, P. E., Decrick, R. F., Prange, M. E., & Friedman, R. M. (1994). Parent, teacher, and child ratings of problem behaviors of youngsters with serious emotional disturbances. *Psychological Assessment*, *6*(2), 141.
- Greenberg, M. T., Speltz, M. L., DeKlyen, M., & Endriga, M. C. (1991). Attachment security in preschoolers with and without externalizing behavior problems: A replication. *Development and Psychopathology*, *3*(4), 413-430.
- Hay, D. F., Pawlby, S., Sharp, D., Schmücker, G., Mills, A., Allen, H., & Kumar, R. (1999). Parents' judgements about young children's problems: Why mothers and fathers might disagree yet still predict later outcomes. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *40*(8), 1249-1258.
- Helsedirektoratet. (2019). Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2018. Retrieved from [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aktivitetsdata-for-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge/Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2019.pdf/_attachment/inline/b71fe600-1f08-4882-b3d2-fb299b855658:76e926a9eea50b459f9a0ae5162282ef050d192d/Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2019.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aktivitetsdata-for-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge/Aktivitetsdata%20for%20psykisk%20helsevern%20for%20barn%20og%20unge%202019.pdf/_attachment/inline/b71fe600-1f08-4882-b3d2-fb299b855658:76e926a9eea50b459f9a0ae5162282ef050d192d/Aktivitetsdata%20for%20psykisk%20helsevern%20for%20barn%20og%20unge%202019.pdf)
- Holly, L. E., Fenley, A. R., Kritikos, T. K., Merson, R. A., Abidin, R. R., & Langer, D. A. (2019). Evidence-Base Update for Parenting Stress Measures in Clinical Samples. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *48*(5), 685-705.

- Holmboe, O., Helgeland, J., Dahle, K. A., Clench-Aas, J., & Van Roy, B. (2006). Sosiale ulikheter i helse og bruk av helsetjenester blant barn i Akershus. *Rapport fra Kunnskapssenteret*.
- Haavind, H., & Øvreeide, H. (2016). *Barn og unge i psykoterapi : Bind 2* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jarvis, P. A., & Creasey, G. L. (1991). Parental stress, coping, and attachment in families with an 18-month-old infant. *Infant behavior and development, 14*(4), 383-395.
- Keenan, K., & Shaw, D. (1997). Developmental and social influences on young girls' early problem behavior. *Psychological bulletin, 121*(1), 95.
- Kjøbli, J., & Ogden, T. (2009). Gender differences in intake characteristics and behavior change among children in families receiving parent management training. *Children and Youth Services Review, 31*(8), 823-830.
- Oslo Kommune (2017). Barnehusholdninger med lav inntekt korrigert for formue i Oslo Retrieved from <https://bydelsfakta.oslo.kommune.no/bydel/alle/levekaar>
- Konijnenberg, C., Lund, I. O., & Melinder, A. (2015). Behavioural outcomes of four-year-old children prenatally exposed to methadone or buprenorphine: a test of three risk models. *Early Child Development and Care, 185*(10), 1641-1657.
- Kornør, H., & Jozefiak, T. (2012). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Child Behavior Checklist versjon 2-3, 4-18, 1½-5 og 6-18 (CBCL). *PsykTestBarn, 2*(2012) nr 1, 3.
- Kornør, H., & Martinussen, M. (2011). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Parenting Stress index, 3. versjon (PSI). *PsykTestBarn, 1*(2011) nr 1, 2.
- Kaaresen, P., Rønning, J., Stein, E., & Dahl, L. (2006). A Randomized, Controlled Trial of the Effectiveness of an Early-Intervention Program in Reducing Parenting Stress After Preterm Birth. *Pediatrics, 118*(1), 366-367. doi:10.1542/peds.2005-1491
- La Greca, A. M., & Silverman, W. K. (1993). Parent reports of child behavior problems: Bias in participation. *Journal of abnormal child psychology, 21*(1), 89-101.
- Larsson, B., Fossum, S., Clifford, G., Drugli, M. B., Handegård, B. H., & Mørch, W.-T. (2009). Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children. *European child & adolescent psychiatry, 18*(1), 42-52.
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology, 44*, XII.

- Lilienfeld, S. O. (2003). Comorbidity between and within childhood externalizing and internalizing disorders: Reflections and directions. *Journal of abnormal child psychology, 31*(3), 285-291.
- Louie, A. D., Cromer, L. D., & Berry, J. O. (2017). Assessing parenting stress: Review of the use and interpretation of the parental stress scale. *The Family Journal, 25*(4), 359-367.
- Lundberg, M., Perris, C., & Adolfsson, R. (2000). Family environment and personality: perceived parenting and the role of personality. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice, 7*(4), 267-274.
- Franco, L., Pottick, K., & Huang, C. C. (2010). Early parenthood in a community context: Neighborhood conditions, race–ethnicity, and parenting stress. *Journal of Community Psychology, 38*(5), 574-590.
- Mackler, J. S., Kelleher, R. T., Shanahan, L., Calkins, S. D., Keane, S. P., & O'Brien, M. (2015). Parenting stress, parental reactions, and externalizing behavior from ages 4 to 10. *Journal of marriage and family, 77*(2), 388-406.
- Mazefsky, C. A., Anderson, R., Conner, C. M., & Minshew, N. (2011). Child Behavior Checklist scores for school-aged children with autism: Preliminary evidence of patterns suggesting the need for referral. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 33*(1), 31-37.
- McQuillan, M. E., & Bates, J. E. (2017). Parental stress and child temperament. In *Parental stress and early child development* (pp. 75-106): Springer.
- Mendenhall, A. N., & Mount, K. (2011). Parents of children with mental illness: Exploring the caregiver experience and caregiver-focused interventions. *Families in Society, 92*(2), 183-190.
- Mesman, J., & Koot, H. M. (2000). Child-reported depression and anxiety in preadolescence: I. Associations with parent-and teacher-reported problems. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 39*(11), 1371-1378.
- Miller, L. L., Gustafsson, H. C., Tipsord, J., Song, M., Nousen, E., Dieckmann, N., & Nigg, J. T. (2018). Is the association of ADHD with socio-economic disadvantage explained by child comorbid externalizing problems or parent ADHD? *Journal of abnormal child psychology, 46*(5), 951-963.
- Miragoli, S., Balzarotti, S., Camisasca, E., & Di Blasio, P. (2018). Parents' perception of child behavior, parenting stress, and child abuse potential: Individual and partner influences. *Child abuse & neglect, 84*, 146-156.

- Neece, C. L., & Chan, N. (2017). The stress of parenting children with developmental disabilities. In *Parental Stress and Early Child Development* (pp. 107-124): Springer.
- Neece, C. L., Green, S. A., Baker, B. L., & Neece, C. L. (2012). Parenting stress and child behavior problems: a transactional relationship across time. *American journal on intellectual and developmental disabilities, 117*(1), 48-66. doi:10.1352/1944-7558-117.1.48
- Newland, R. P., & Crnic, K. A. (2017). Developmental risk and goodness of fit in the mother-child relationship: Links to parenting stress and children's behaviour problems. *Infant and Child Development, 26*(2), e1980.
- Nordengen, K. (2017). *Hjernen er stjernen : ditt eneste uerstattelige organ*. Oslo: Kagge.
- Ogden, T., & Hagen, K. A. (2008). Treatment Effectiveness of Parent Management Training in Norway: A Randomized Controlled Trial of Children With Conduct Problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(4), 607-621. doi:10.1037/0022-006X.76.4.607
- Olsvold, A. (2012). *Når "ADHD" kommer inn døren: en psykososial undersøkelse av barns, mødres og fedres forståelse og opplevelse av ADHD-diagnose og medisinerings*: Institutt for psykologi, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo.
- Pallant, J. (2011). *Survival manual. A step by step guide to data analysis using SPSS* (4. utg.). NSW: Allen & Unwin.
- Pimentel, M. J., Vieira-Santos, S., Santos, V., & Vale, M. C. (2011). Mothers of children with attention deficit/hyperactivity disorder: relationship among parenting stress, parental practices and child behaviour. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders, 3*(1), 61-68.
- Platt, R., Williams, S. R., & Ginsburg, G. S. (2016). Stressful life events and child anxiety: Examining parent and child mediators. *Child Psychiatry & Human Development, 47*(1), 23-34.
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *56*(3), 345-365.
- Polier, G. G., Vloet, T. D., Herpertz-Dahlmann, B., Laurens, K. R., & Hodgins, S. (2012). Comorbidity of conduct disorder symptoms and internalising problems in children: investigating a community and a clinical sample. *European child & adolescent psychiatry, 21*(1), 31-38.

- Reiss, F. (2013). Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review. *Social science & medicine*, 90, 24-31.
- Reiss, F., Meyrose, A.-K., Otto, C., Lampert, T., Klasen, F., & Ravens-Sieberer, U. (2019). Socioeconomic status, stressful life situations and mental health problems in children and adolescents: Results of the German BELLA cohort-study. *PLoS One*, 14(3).
- Repetti, R. L., & Wood, J. (1997). Effects of daily stress at work on mothers' interactions with preschoolers. *Journal of Family Psychology*, 11(1), 90.
- Rimehaug, T., Berg-Nielsen, T. S., & Wallander, J. (2012). Change in self-reported emotional distress and parenting among parents referred to inpatient child psychiatric family treatment. *Nordic journal of psychiatry*, 66(4), 260-267.
- Rodriguez, C. M. (2011). Association between independent reports of maternal parenting stress and children's internalizing symptomatology. *Journal of child and family studies*, 20(5), 631-639.
- Rose, S. M. S.-F., Eslinger, J. G., Zimmerman, L., Scaccia, J., Lai, B. S., Lewis, C., & Alisic, E. (2016). Adverse childhood experiences, support, and the perception of ability to work in adults with disability. *PLoS One*, 11(7).
- Rowland, A. S., Skipper, B. J., Rabiner, D. L., Qeadan, F., Campbell, R. A., Naftel, A. J., & Umbach, D. M. (2018). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): Interaction between socioeconomic status and parental history of ADHD determines prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(3), 213-222.
- Rush Jr, A. J., First, M. B., & Blacker, D. (2009). *Handbook of psychiatric measures*: American Psychiatric Pub.
- Russell, A. E., Ford, T., Williams, R., & Russell, G. (2016). The association between socioeconomic disadvantage and attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a systematic review. *Child Psychiatry & Human Development*, 47(3), 440-458.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 147(6), 598-611.
- Sameroff, A. (2009). *The transactional model of development : how children and contexts shape each other* (1st ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Sameroff, A. J., McDonough, S. C., & Rosenblum, K. (2004). *Treating Parent--infant Relationship Problems: Strategies for Intervention*: Guilford Press.
- Statistisk Sentralbyrå (2019). Inntekts- og formuesstatistikk for husholdninger. Retrieved from <https://www.ssb.no/ifhus>

- Shea, S. E., & Coyne, L. W. (2011). Maternal dysphoric mood, stress, and parenting practices in mothers of Head Start preschoolers: The role of experiential avoidance. *Child & Family Behavior Therapy, 33*(3), 231-247.
- Shonkoff, J. P. (2010). Building a new biodevelopmental framework to guide the future of early childhood policy. *Child development, 81*(1), 357-367.
- Shonkoff, J. P., Garner, A. S., Siegel, B. S., Dobbins, M. I., Earls, M. F., McGuinn, L., . . . Care, D. (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics, 129*(1), e232-e246.
- Skreden, M., Skari, H., Malt, U. F., Pripp, A. H., Björk, M. D., Faugli, A., & Emblem, R. (2012). Parenting stress and emotional wellbeing in mothers and fathers of preschool children. *Scandinavian journal of public health, 40*(7), 596-604.
- Solem, M. B., Christophersen, K. A., & Martinussen, M. (2011). Predicting parenting stress: children's behavioural problems and parents' coping. *Infant and Child Development, 20*(2), 162-180.
- Solholm, R., Bjørknes, R., & Jakobsen, R. (2019). Change in Mothers' Perception of Well-being and Distress following Treatment of Child Conduct Problems. *Journal of child and family studies, 28*(4), 1059-1070.
- Sollie, H., Larsson, B., & Mørch, W.-T. (2013). Comparison of mother, father, and teacher reports of ADHD core symptoms in a sample of child psychiatric outpatients. *Journal of Attention Disorders, 17*(8), 699-710.
- Stokes, J., Pogge, D., Wecksell, B., & Zaccario, M. (2011). Parent-child discrepancies in report of psychopathology: the contributions of response bias and parenting stress. *Journal of Personality Assessment, 93*(5), 527-536.
- Stone, L. L., Mares, S. H., Otten, R., Engels, R. C., & Janssens, J. M. (2016). The co-development of parenting stress and childhood internalizing and externalizing problems. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 38*(1), 76-86.
- Theule, J., Wiener, J., Rogers, M. A., & Marton, I. (2011). Predicting parenting stress in families of children with ADHD: Parent and contextual factors. *Journal of child and family studies, 20*(5), 640-647.
- Thompson, R. A. (2013). Attachment theory and research: Precipice and prospect. *The Oxford handbook of developmental psychology, 2*, 191-216.
- Timmermans, M., van Lier, P. A., & Koot, H. M. (2010). The role of stressful events in the development of behavioural and emotional problems from early childhood to late adolescence. *Psychological Medicine, 40*(10), 1659-1668.

- Tomasdottir, M. O., Sigurdsson, J. A., Petursson, H., Kirkengen, A. L., Krokstad, S., McEwen, B., . . . Getz, L. (2015). Self reported childhood difficulties, adult multimorbidity and allostatic load. A cross-sectional analysis of the Norwegian HUNT study. *PLoS One*, *10*(6).
- Van der Valk, I., Spruijt, A., De Goede, M., & Meeus, W. (2007). A longitudinal study on transactional relations between parental marital distress and adolescent emotional adjustment. *Adolescence*, *42*, 115-136.
- Vaughan, E. L., Feinn, R., Bernard, S., Brereton, M., & Kaufman, J. S. (2013). Relationships between child emotional and behavioral symptoms and caregiver strain and parenting stress. *Journal of Family Issues*, *34*(4), 534-556.
- Vierhaus, M., Lohaus, A., Schmitz, A.-K., & Schoppmeier, M. (2013). Relationships between maternal parenting stress and reports on children's internalizing and externalizing problems: A cross-lagged structural equation model. *Journal of Educational and Developmental Psychology*, *3*(1), 39.
- von Tetzchner, S. (2013). *Utviklingspsykologi* (Vol. 2). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Warmuth, K. A., Cummings, E. M., & Davies, P. T. (2018). Child behavioral dysregulation as a mediator between destructive marital conflict and children's symptoms of psychopathology. *Journal of child and family studies*, *27*(6), 2004-2013.
- Weijers, D., van Steensel, F., & Bögels, S. (2018). Associations between psychopathology in mothers, fathers and their children: a structural modeling approach. *Journal of child and family studies*, *27*(6), 1992-2003.
- Wichstrøm, L., Berg-Nielsen, T. S., Angold, A., Egger, H. L., Solheim, E., & Sveen, T. H. (2012). Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *53*(6), 695-705.
- Wikenius, E., Bekkhus, M., Marthinsen, P. G., & Myhre, A. M. Betydningen av stress tidlig i livet for epigenetisk variasjon Hva vet vi, og hva betyr det?
- Williford, A. P., Calkins, S. D., & Keane, S. P. (2007). Predicting change in parenting stress across early childhood: Child and maternal factors. *Journal of abnormal child psychology*, *35*(2), 251-263.
- Zachrisson, H. D., & Dearing, E. (2015). Family income dynamics, early childhood education and care, and early child behavior problems in Norway. *Child development*, *86*(2), 425-440.
- Zaidman-Zait, A., Miranda, P., Duku, E., Szatmari, P., Georgiades, S., Volden, J., . . . Smith, I. (2014). Examination of bidirectional relationships between parent stress and two

types of problem behavior in children with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 44(8), 1908-1917.

Zuckerman, M. (1999). Substance abuse and dependence and pathological gambling disorders. *Zuckerman M., Vulnerability to psychopathology: a biosocial model, American Psychological Association, Washington, DC, USA.*

Östberg, M., & Hagekull, B. (2000). A structural modeling approach to the understanding of parenting stress. *Journal of clinical child psychology*, 29(4), 615-625.

Östberg, M., & Hagekull, B. (2013). Parenting stress and external stressors as predictors of maternal ratings of child adjustment. *Scandinavian journal of psychology*, 54(3), 213-221.

Östberg, M., Hagekull, B., & Hagelin, E. (2007). Stability and prediction of parenting stress. *Infant and Child Development*, 16(2), 207-223. doi:10.1002/icd.516