

Ungdommers presentasjon av eget sosialt nettverk –

- erfaringer med bruk av "Family Dialogue Set" i barne- og ungdomspsykiatrisk utredningspost.

Presentation of individually experienced social network of adolescent -

- *Experiences with the use of "Family Dialogue Set" as assessment in adolescent mental health inpatient clinic.*

Solveig Ofstad Beckstrøm

Masteroppgave i barn og unges psykiske helse
(Master Thesis in Child and Adolescent Mental Health)
Desember 2015.

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Det medisinske fakultet og universitetets logo.

Summary

Background. Since 2006, Family Dialogue Set (FDS) has been used as an assessment for social networks of youth admitted to Utredningsenheten by BUP clinic Lian in Trondheim, Norway. Our experience with the use of FDS revealed great variation in how the patients presented their experienced network. I wanted to see whether these variations are connected with diagnosis and other characteristics of the youth or their life situation.

Result. A quantitative research of clinical facts of 28 adolescents aged 12 to 18 years with diagnosed neuropsychological developmental disorders or emotional disorders. A comparison of social network patterns showed that age was not related to social network, but gender and diagnosis were. Findings suggest that diagnoses are related to the way young people present their networks. Youths with neuropsychological disorders often describe networks where they are unable to refine relationships, they seem to be more dependent of their parents and often presents a social network without close friends. Youths who struggle with emotional disorders tend to present more “normal” social networks.

Conclusion. The findings suggest that diagnosis affects the way young people present their networks. The youth's capacity for social interaction and interest in others becomes visible in using FDS as an assessment.

1. Bakgrunn

Nettverkets betydning for personer som er rammet av psykiske vansker og påkjenninger har vært i fokus siden 1980-tallet. Wellman¹ argumenterte med at nettverket utenom familien kan være med på å sikre sosial støtte for de som trenger det. Hans syn var at familierelasjoner ikke nødvendigvis sikrer støtte. Tvert imot kan familierelasjoner for den enkelte fortone seg problematisk, slik at andre relasjoner utover familienettverket får betydning. Nyere forskning om grupper som er sosialt sårbare, for eksempel familier som er i kontakt med barnevernet, der det er stor forekomst av psykiske vansker, viser at familierelasjoner ofte er konfliktfylte². Tanken om nettverksrelasjoner som en form for ressurs eller ”sosial kapital” som individer kan omsette når de har behov for det ligger til grunn for såkalte ressursorienterte tilnærminger i sosialt arbeid. Det finnes studier som bekrefter betydningen av nettverk for individets helse, og for utsiktene til virksom behandling og rehabilitering³. Blant annet er det ofte anbefalt å bruke selvhjelpsgrupper der pasienter er samlet^{4,5}. Skjønt det er stilt spørsmål om effekten av slik hjelp for enkelte grupper psykiatriske pasienter, blant annet de som er rammet av depresjon eller angst⁶. Flere har vært opptatt av mulighetene for intervensjon som kan mobilisere disse nettverksressurser⁷⁻¹¹. Blant annet tenker en på direkte nettverksintervensjon som Sættem⁸ definerer slik:

“Med betegnelsen direkte nettverksintervensjon menes nettverksintervensjon hvor både den profesjonelle og klienten har direkte kontakt med klientens nettverk, det vil si nettverksmøter⁷(s200). Målsettingen med nettverksmøter kan være å forebygge utviklingen av et problem, å forebygge ytterligere fastlåsing av en situasjon. En ønsker også å bedre mestringen av en vanskelig livssituasjon eller sykdom. Videre ønsker en å kunne løse konkrete praktiske eller følelsesmessige relasjonelle problemer. I ett nettverksmøte har en mulighet til å løse problemer sammen med dem pasienten har tilhørighet til, og som kjenner pasienten. En tenker at alle i familien og nettverket for øvrig.”

Barn og unge som har døgntilbud i psykisk helsevern er en liten gruppe som er *selektert* i den forstand at tilstandene vurderes som alvorlige, kanskje uavklart, i en del tilfeller truende pga. risiko for suicid eller suicidal atferd, og i andre tilfeller fordi atferdsmønstre er avvikende. Litteratursøk viser at en generell kartlegging av nettverkets karakter hos slike pasienter ikke foreligger, ei heller for polikliniske pasienter i psykisk helsevern for barn og unge. Sættem⁸ skriver at man i mange studier av nettverksintervensjoner drøfter pasientenes nettverk med utgangspunkt i teoretiske og overordnede begrep. Imidlertid finnes få empiriske bidrag, også

av nyere dato. I den senere tid har betydningen av sosiale medier og internetsurfing vært drøftet, uten at dette er satt i noen overgripende nettverksteoretisk sammenheng. En tenker heller på sosiale medier som en atferdsarena der for eksempel ungdommen kan vise seg sårbar, og ser ikke på betydningen av relasjonene (f.eks. med jevnaldrende) som kan vokse ut av bruk av sosiale media.

Jevnaldningsrelasjoner er de viktigste relasjonene i ungdommenes sosiale utvikling. Jevnaldningsrelasjonene endres i form når barn når pubertetsalder; relasjonene blir mer kompliserte og kravene til samspillskompetanse øker. Vi ser en variasjon av relasjonsformer: romantiske relasjoner, gryende seksuell interesse, samspill i organiserte aktiviteter ledet av voksne og uformelle jevnaldningsrelasjoner. I barnealder består mye av det sosiale samspillet av lek og det å være i aktivitet sammen. Når barna blir eldre dannes det jevnaldningsgrupper basert på popularitet, interesser og gruppetilhørighet. Ungdommene bruker stadig mer tid sammen med de jevnaldrende på arenaer der voksne i liten grad er til stede. Status blir viktig for å oppnå posisjon i gruppen. Mangler ungdommen kompetanse i å lese sosiale koder og forstå samspill blir det vanskelig for dem å delta i gruppen og man blir lett ekskludert fra jevnaldningsgruppen.

Mye av sosialiseringen som skjer i ungdomsårene skjer i samspill med jevnaldrende. Nye holdninger dannes i samspill med venner, aktivitetsvalg påvirkes av hva som er ”riktig” i ungdomsmiljøet. Gruppetilhørighet og nye samværsformer knyttet til gruppenormer utvikles i tenårene. Vi ser at ungdom har en egen kultur som de enkelte etter hvert blir kjent med. Innen gruppene ser vi et ”likhetskrav”. Det forventes likhet i meninger, atferd og stil. De som ikke passer inn i normene vil ikke få innpass i gruppen.

Ivar Frønes ¹² har vært særlig opptatt av jevnaldningsrelasjonene. Han poengterer betydningen av sosiale relasjoner med jevnaldrende som et korrektiv til sosialiseringen som skjer i familien og i voksenstyrte relasjoner. I samhandling med jevnaldrende korrigeres barnets egosentrisitet. Jevnaldningsarenaen blir en treningsarena for sosialt samspill.

Ser vi på prepubertet, pubertet og ungdomstid i et utviklingspsykologisk perspektiv vektlegges sosiale erfaringer og læring. Erik H. Erikson ¹³ sier at puberteten kjennetegnes av identitetsforvirring kontra identitetsutvikling. Perioden er preget av selvopptatthet, manglende egyptyngde og svakt sosialt feste. Barnet skal i denne perioden finne ut hvem det er. Denne prosessen skjer særlig gjennom samspill med jevnaldrende.

I den prepubertale perioden er det å ha en bestevenn viktig for utvikling av sosial desentralisering. Gjennom erfaringer i vennskap blir asosial atferd korrigeret og vi får en sosial utvikling. I familien dyrkes det unike ved barnet fram mens i vennsapsrelasjoner med jevnaldrende justeres denne opplevelsen. Gjennom vennskap lærer barnet å se andres perspektiv. Gjennom samspill og intimitet blant likeverdige utvikles nødvendig egentyngde. Utviklingen er kulturavhengig og jo mindre styrt verden er av tradisjoner og føringer desto viktigere blir det at den unge utvikler sin egentyngde.

Parallelt med den sosiale utviklingen skjer det en kognitiv utvikling. Strukturer oppløses og ny læring og evne til refleksjon utvikles.

Puberteten er en fase for videreutvikling av sosiale evner og ferdigheter. Gjennom samspill med likeverdige utvikles forståelse av komplekse sosiale spill. Den unge lærer å se nye perspektiv og får nye erfaringer. De utdyper sosiale forhold i psykologiske og følelsesmessige dimensjoner og vi ser en våknende seksuell interesse. Erikson beskriver det som skjer som en utdyping av sosial identitet. Perioden preges av turbulens og oppbrudd. De unge opplever savn, lengsel og forventninger.

I denne prosessen med å finne sin egen identitet får de jevnaldrende stadig større betydning og løsrivelsesprosessen i forhold til foreldrene forsterkes. Ofte oppstår det konflikter i forhold til foreldrene.

Frønes¹⁴ definerer den sosiale pubertet som perioden mellom 12/13 år og 14/16 år. Perioden kjennetegnes av lek med symboler, roller og stil. Fokus er på sosial selvkonstruksjon - identitetsutvikling, som skjer gjennom sosiale relasjoner blant jevnbyrdige. De unge viser en lekende atferd med fnising, frekkhet, parodiering og etterligning av voksnes atferd. Evne til perspektivtaking er avgjørende for moralsk og sosial utvikling i denne perioden.

Ungdom defineres av Frønes som perioden mellom 15/16 år og 19 år. Ungdommen søker i denne perioden sin retning og sine mål for voksenlivet. Dette er overgang fra barndom til voksenliv. Kommunikasjonsevner er avgjørende i denne perioden. Utvikling skjer gjennom refleksjon og samhandling med andre.

De ulike former for læring skjer best i bestemte utviklingsstadier. Kompetanse fra et stadium påvirker mulighetene for utvikling og læring i neste stadium. Atferd og erfaringer knyttet til et utviklingsnivå kan vanskelig repeteres senere. Det som er for eksempel er aldersadekvat atferd for en 14 åring vil ofte ikke være akseptabel atferd for en på 17 år.

Live Fyrand ⁷, som har forsket på betydningen av sosiale nettverk, konkluderer med at vennskap blant annet gir mer psykisk overskudd og bedre selvfølelse.

2. Sosiale nettverk; noen definisjoner

De siste tiårene har man stadig blitt mer oppmerksom på betydningen av sosiale nettverk i barn og unges utvikling. Mange ser på utviklingen som et samspill mellom individ og miljø. Ungdommene har ulike individuelle forutsetninger og påvirker og påvirkes ulikt av sine sosiale miljø. Ut fra dette blir kartlegging av sosiale nettverk av stor betydning i utredning av barn og ungdom.

Det fins ulike definisjoner på sosiale nettverk. Schiefloe ¹⁵ definerer det som et sett av relativt varige relasjoner mellom mennesker. Finset ⁷ beskriver sosiale nettverk som uformelle relasjoner mellom mennesker som samhandler mer eller mindre regelmessig med hverandre.

Urie Bronfenbrenner ¹⁶ utviklet en utviklingsøkologisk modell. Han beskriver at barns utvikling er en prosess der ulike arenaer og ulike personer bidrar i et gjensidig samspill med barnet selv. Man kan si at utvikling er et resultat av samspill mellom person og miljø.

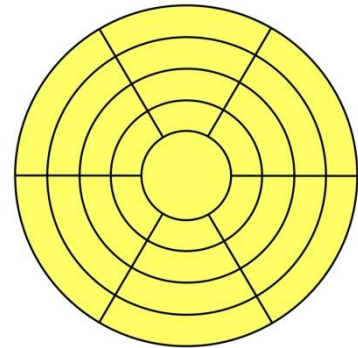
Tetzchner ¹⁷ vektlegger *transaksjon*; utviklingen sees på som en prosess der barn og miljø er i stadig endring over tid. Barn er ulikt utrustet og har ulik væremåte. Dette fører til at de ulike barna blir påvirket ulikt av samme type stimuli og at de påvirker sine relasjonspartnere ulikt. Barn søker oppmerksomhet og samspill helt fra starten. Det dannes mønster på grunnlag av samspillserfaringene barnet gjør. Barnet danner seg forventninger til respons fra sine omgivelser på bakgrunn av erfaringer barnet gjør.

3. Family Dialogue Set

FDS ble utviklet av Steven Balmbra i 1989 og senere videreutviklet og gjort tilgjengelig for andre. Verktøyet benytter ca. 80 ulike Playmobilfigurer, flere ulike brett og diverse tilleggsutstyr i form av modelleire, skrivesaker m.m.

FDS er et verktøy som brukes i nettverkskartlegging. Verktøyet kan enkelt beskrives som et tredimensjonalt nettverkskart der man bruker figurer som representerer de enkelte i nettverket.

Materialet inneholder flere ulike brett, men i vår praksis benytter vi sirkelbrettet. Det er utformet som et nettverkskart med seks sektorer. Sektorene kan symbolisere ulike arenaer, ulike relasjonsformer m.m. Avstand mellom figurene i nettverksoppsettet skal gjenspeile avstand eller nærhet i relasjon.



Illustrasjon 1; sirkelbrett.

Vi så at enkelte ungdommer kunne samle alle figurene tett i sentrum av sitt nettverkskart mens andre brukte hele brettet og vektla avstand mellom figurene. Noen ungdommer greide ikke å gjøre rede for de ulike personene i eget nettverk mens andre fortalte nyanserte historier om de enkelte personene og sin relasjon til dem.

Siden 2006 har Family Dialogue Set (FDS) vært brukt som verktøy i utredning av ungdom innlagt ved utredningsenheten ved BUP klinikk Lian. Jeg ønsket å undersøke nærmere om disse variasjonene vi observerte i ungdommenes nettverksoppsett hadde sammenheng med diagnose og andre egenskaper ved ungdommen eller deres livssituasjon.

Når man søker etter litteratur om sosiale nettverk og ungdom så finner man en del, men det er lite å finne på sosiale nettverk knyttet opp til psykiatriske diagnoser hos ungdom. De fleste studiene jeg har funnet som ser på barn/ungdom med diagnoser og deres sosiale nettverk viser til undersøkelser av unge med ulike somatiske sykdommer så som diabetes, leukemi m.m.. Svært få studier sier noe om hvordan ungdom selv opplever og definerer egne sosiale nettverk.

Verktøyet kan brukes på ulikt vis, men jeg vil her fokusere på vår praksis. Ungdommen blir bedt om å velge en figur som skal representere dem selv, og plassere den i sentrum av brettet. Deretter skal de velge figurer som representerer personene i nettverket og plassere disse på brettet. Avstanden mellom figuren som representerer ungdommen og de øvrige figurene skal

gjenspeile graden av nærhet ungdommen opplever i relasjonen til den andre. Ungdommen velger selv hvem som er med i nettverket og er fri til å inkludere dyr og evt. viktige eiendeler. Ungdommene får spørsmål om de enkelte personene i nettverket og sin relasjon til dem.

FDS som metode er beslektet med Morenos teorier om sosiometri ¹⁸. Sosiometriske kart beskriver kontakter/relasjoner i en gruppe sett av en utenforstående/observatør. Slik vi bruker FDS er det ungdommen selv som beskriver og definerer det sosiale nettverket og vår bruk skiller seg på den måten fra sosiometri som metode.

I oppsett av nettverkskart på denne måten er det ikke noe rett eller galt. Den enkelte definerer sitt individuelt opplevde nettverk.

FDS er ikke et normert verktøy. Steven Balmbra gjennomførte i 2004 en pilotstudie der han intervjuet fagfolk som brukte FDS i sitt arbeid.

Studien er kun publisert på hans nettside. Det finnes pr. dato ingen forskning på bruken av FDS som er publisert.

FDS som instrument er beslektet med andre verktøy som anvendes innenfor forskning og klinisk praksis. Motivet for bruken av slikt verktøy er at sosiale nettverk er viktig for barn og unges utvikling.

3.1 Bruken av FDS ved Utredningsenheten ved BUP klinikk Lian

Siden 2006 har utredningsenheten brukt FDS som en del av den psykiatriske utredningen. FDS forsøkes gjennomført med alle ungdommer som legges inn ved enheten. Ut fra utformingen, med det som i utgangspunktet er basert på leketøy beregnet for yngre barn, kunne man forvente at en del av ungdommene kunne vegre på å delta. Erfaringen er at nesten alle ungdommer gjennomfører uten å reagere på utformingen. I løpet av den tiden vi har brukt FDS har ca. fem ungdommer nektet å gjennomføre. De fleste av disse var gutter med atferdsforstyrrelser som i stor grad nektet på deltagelse i de fleste aktivitetene under innleggelsesperioden.



Illustrasjon 2: eksempel på nettverksoppsett

4. Lignende verktøy

4.1 Kvebæk Family Sculpture Technique (KFST)

Det finnes et lignende verktøy; ”Kvebæk Family Sculpture Technique” (KFST) ¹⁹. Dette verktøyet inspirerte Balmbra i utviklingen av FDS. I Kvebæks skulpturtest brukes stiliserte trefigurer og et Brett med rutemønster. Man fokuserer på figurenes innbyrdes plassering og i hvilken rekkefølge de plasseres. Det er utviklet et dataprogram knyttet til KFST der resultatene bearbejdes med utgangspunkt i rekkefølgen figurene plasseres i og den innbyrdes avstand mellom dem.

4.2 Samtaler om sosiale relasjoner SSR

En lignende metode er SSR-metoden; (samtaler om sosiale relasjoner) der man bruker papirdukker som støtte i samtaler med barn. Drugli og Eggen ²⁰ har beskrevet denne i boken ”Spør barn, få svar”. Metoden har mange fellestrekk med vår bruk av FDS.

Samtalemotodikken som beskrives der ligner svært på samtalen vi gjennomfører i vår bruk av FDS. SSR-metoden er i utgangspunktet tenkt brukt i samtaler med barn, men kan også brukes med ungdom. I SSR-metoden vektlegges ikke avstand mellom figurene, men relasjonene mellom individene. Ungene oppfordres å sette karakter på de ulike medlemmene i nettverket. Vi har ikke brukt karakterer i vårt arbeid.

4.3 Nettverkskart - nettverksterapi

Nettverkskart har vært brukt som arbeidsredskap i psykiatrien i lang tid. Ellen Dalland og Eli Nilsen Kragøz ²¹ har beskrevet sine erfaringer med bruk av nettverkstegning for unge voksne i psykiatrisk behandlingssenter. Pasientgruppen besto hovedsakelig av personer med borderlineproblematikk. De så at klientenes nettverk i stor grad påvirket pasientenes tilstand. Pasientene hadde ofte falt utenfor i utdanning og arbeidsliv og de så en tendens til at pasientenes nettverk inneholdt færre nære vennerelasjoner og at familiene ble mer sentral i nettverkene over tid. Pasientene tegnet selv sine nettverk. De fikk korte instruksjoner om at avstand i oppsettet skulle vise avstand eller nærhet i relasjon og innføring i bruk av symboler i kartet. Pasientene tegnet sitt eget subjektivt opplevde nettverkskart.

Personalet så at pasientene fikk presentert seg på en ny måte ved å tegne nettverkskart. De opplevde at pasientene gjennom dette arbeidet åpnet seg mer og at stemningen dem imellom ble myket opp gjennom dette. De fikk innblikk i pasientens livssituasjon og deres opplevelse av egen verden.

Nettverkskartene ble delt inn i tre ulike grupper; glisne kart, tettpakket kart og stereotype kart.

Glisne nettverkskart kjennetegnes av stor avstand mellom de enkelte og liten innbyrdes kontakt mellom dem. Nettverkene har ca. 8 - 10 personer, sirlige oppsett uten overstrykninger eller uregelmessigheter. Pasientene jobbet raskt og utleverte lite under veis. Pasientene hadde visse fellestrekk: de hadde nettverk som var splittet mellom de som visste og de som ikke visste, hadde en kontrastfull atferd som svingte mellom tilbaketrekning og aggresjon og kunne utløse usikkerhet og en følelse av fare i sine omgivelser.

Tettpakkete nettverkskart ble kjennetegnet ved at det var en opphopning av personer tett inntil sentrum av kartet. Kartet ga et rotet inntrykk og personen greide ikke å nyansere relasjonene. Ofte kunne uventede symboler brukes og dyr, eiendeler og bekjente inkluderes. Pasienten fortalte ofte mye underveis. Pasientene som presenterte slike nettverkskart var ofte ensomme, med en opplevelse av å være sviktet og misforstått. Disse pasientene greide ikke å skille mellom hvem som brydde seg om dem og nettverkskartet ble et uttrykk for deres savn. Alle ble like viktige og måtte plasseres like nært. Disse pasientene ga ofte et inntrykk av vitalitet og kreativitet; samhandlet med sine omgivelser, men opplevde ikke å få den hjelp de ønsket. De tok åpent opp konflikter, hadde sterke følelsesuttrykk og var sjelden selvdestruktive.

De stereotype nettverkskartene var preget av rigiditet og mønster i presentasjonene. Presentasjonen var preget av ren registrering og i liten grad av følelsesmessig engasjement. Felles for disse pasientene var manglende kontakt med eget følelsesliv, angst, verbal intellektualisering, mangelfull sensitivitet med hensyn til andre mennesker og sterkt fokus på seg selv. Pasientene hadde ofte tanker om å skade andre.

En longitudinell studie ved Child Guidance Clinic i Philadelphia, USA, ²² så nærmere på ungdoms definisjon av egen familie. Hos unge som ikke bodde sammen med sin far ble han etter hvert ikke definert som medlem av familien. Mor ble alltid definert inn i familien i dette materialet.

Irene Levin ²³ var stort sett opptatt av familie i sin doktoravhandling. Hun så på stefamilier og hvordan de enkelte i familien definerte sin familie. Hun intervjuet både foreldre og barn fra stefamilier. I forbindelse med foreld reintervjuene brukte hun brikker som foreldre plasserte på et Brett mens barna/ungdommene tegnet familien sin i forbindelse med intervjuet. Hennes mål var å finne ut hvordan de som levde i familier der en av foreldrene ikke var biologisk forelder til minst et av barna som var en del av husholdet, definerte sin familie. Levin fant i denne studien at det var stor variasjon i hvordan familien ble definert. Enkelte definerte inn ”storfamilien”, inkluderte besteforeldre, tanter og onkler. Noen tok med steforelderens

slektninger og den ”nye” familien til den av foreldrene som ikke var en del av barnets hushold. Andre definerte familie ut fra blodsband, mens andre igjen definerte sin familie som hushold. Enkelte inkluderte dyr og leker.

Ut fra dette kan man konkludere med at det ikke fins en klar norm for hva en familie eller et nettverk er, sett fra individets ståsted.

5. Beslektede studier

Solem og Nøvik^{24 25} gjennomførte i -95 en studie av brukererfaringer med Kvebæk Family Sculpture Technique (KFST). De fokuserte på opplevd relevans, nytte og reliabilitet ved bruk av KFST. I studien ble 28 familier innlagt ved Sogn Senter for Barne- og ungdomspsykiatri inkludert og 35 familier uten kjente problemer inkludert. Foreldrene svarte på spørreskjema og enkelte ble i tillegg intervjuet om sine erfaringer med KFST. Familiene fylte ut CBCL-skjema¹ og GGAS-skåre² ble registrert. Ungene selv ble ikke spurt i denne studien.

De fant at det var en sammenheng mellom avstanden mellom figurene som ble plassert og relasjonene som ble opplevd i nettverket. Bruken av verktøyet ble funnet reliabelt, testen ga et stabilt bilde av familierelasjonene. Ved sammenligning mellom de to informantgruppene nettværksoppsett så de forskjeller. De konkluderte med at avstand i oppsettet hadde betydning og gjenspeilet avstand i relasjon. De fant også at testsituasjonen hadde betydning for resultatene. De konkluderte med at det må gjøres flere studier der man undersøkte eventuelle forskjeller i oppsett ut fra diagnostiske forskjeller.

6. Rammer for bruken av FDS ved utredningsenheten.

Mange av de ungdommene som legges inn for utredning ved BUP strever med sosiale relasjoner. Kartlegging av sosiale nettverk og barnets relasjoner til andre kan gi økt forståelse for årsakene til ungdommens psykiske vansker.

¹ The Child Behavior Checklist (CBCL) is a device by which parents or other individuals who know the child well rate a child's problem behaviors and competencies. This instrument can either be self-administered or administered through an interview. The CBCL can also be used to measure a child's change in behavior over time or following a treatment. The first section of this questionnaire consists of 20 competence items and the second section consists of 120 items on behavior or emotional problems during the past 6 months. Teacher Report Forms, Youth Self-Reports and Direct Observation Forms are also available for the Child Behavior Checklist. Two versions of this instrument exist: one for children ages 1 1/2 - 5 and another for ages 6 - 18. Information below pertains to the CBCL for 6-18 year olds.

² CGAS, psykososialt funksjonsnivå, Multiaksial klassifikasjon i psykisk helsevern for barn og unge (BUP)

6.1 Nettverkskartlegging

Nettverkskartlegging er en fast del av utredning av ungdom innen barne- og ungdomspsykiatri. Ungdommenes nettverk kartlegges på ulike måter. I foreldresamtaler forteller foreldrene om familien og ungdommens nettverk ut fra sitt perspektiv. Ungdommen presenterer sitt sosiale nettverk gjennom FDS.

Når ungdommene på utredningsenheten skal presentere sitt sosiale nettverk velger de selv hvem som skal defineres inn. Det de presenterer er det personlig opplevde nettverket. For noen av ungdommene er sosialt nettverk det samme som familie, for andre er det naturlig å ta med det som vanligvis regnes som bekjente. Ofte kommer familiens dyr med i nettverket.

6.2 Praktisk gjennomføring.

FDS gjennomføres av faste personer, på fast sted og med lik form. Testsituasjonen er dermed lik for de ulike ungdommene og resultatene for de ulike nettverksoppsettene vil derfor kunne være sammenlignbare.

Når ungdommene presenteres for oppgaven snakker vi først litt om sosiale nettverk; hva det er og hvorfor vi vil gjennomføre FDS med dem. Figurene og det øvrige utstyret er satt fram slik at ungdommen ser det før vi starter den praktiske gjennomføringen. Ungdommen får beskjed om at de først skal sette den figuren de vil skal representere seg selv i sentrum av brettet. Deretter skal de plassere de øvrige personene de vil inkludere i nettverket sitt på brettet. De får beskjed om at de personene som er viktigst for dem eller som de opplever at de kjenner best eller som kjenner dem best plasseres nærmest mens de som ikke er så viktige eller ikke kjenner dem så godt plasseres lenger fra. Avstand skal med andre ord gjenspeile relasjonell nærhet.

Ungdommen blir underveis stilt spørsmål om de personene som inkluderes; hvem de er, hvilken relasjon ungdommen har til dem, hva de gjør sammen, hva den andre interesserer seg for og hvilke personlige egenskaper den andre har. Gjennom denne samtalen får vi et bilde av relasjonen ungdommen har til de andre og av ungdommens evne til å nyansere sin forståelse av andre og deres interesse for og kjennskap til personene i nettverket.

Nettverkskartet blir en visualisering og konkretisering av informantens indre bilde av eget nettverk. Kartet blir et konkret uttrykk for informantens indre bilde av nettverket og relasjonene. Kartet skal ikke fange opp den andres relasjon til ungdommen men ungdommens opplevde relasjon til de andre. Bruken av brikker/figurer gir ungdommen en distanse til

relasjonen. Ungdommen kan plassere figuren, kjenne etter om den ble riktig plassert og evt. justere plasseringen.

I oppsett av familiekart eller nettverkskart på denne måten er det ikke noe rett eller galt. Den enkelte definerer sitt kart.

I føringer og retningslinjer for helsesektoren vektlegges brukermedvirkning. Ungdommens egenopplevelse skal være sentral i arbeidet. Ved å bruke Family Dialogue Set (FDS) fokuseres det på ungdommens egen opplevelse av eget nettverk.

6.3 Ungdom som informanter.

Per Olav Tiller²⁶ var opptatt av barns oppfatning av sine omsorgspersoner og relasjoner. Han hevdet at barn er gode informanter. Hans oppfatning er at dersom man vil vite noe om ungenes tanker, opplevelse, følelser og drømmer må man snakke med barna. Barnet er ekspert på eget liv.

Likeledes argumenterer Fuhrman og Buhrmester²⁷ med at barnet er den eneste som kan vurdere sine sosiale relasjonspartnere. Barnets opplevelse av sine sosiale relasjoner sammenfaller ikke alltid med en utenforstående sin oppfatning. Dette ser vi ofte stemmer når vi sammenligner foreldrenes opplevelse av ungdommenes sosiale relasjoner med ungdommens egen presentasjon av eget nettverk.

7. Problemstilling og forskningsspørsmål

Family Dialogue Set (FDS) er et kartleggingsverktøy som er blitt utformet for å gi informasjon om barn og unges nettverk. Denne mastergradsoppgaven er en analyse av innsamlet materiale fra Utredningsenheten ved BUP klinikk, St.Olavs hospital. Analysen har til hensikt å se om ulike nettverksmønstre som ungdom ved enheten beskriver ved hjelp av FDS viser variasjoner som kan knyttes til variabler som kjønn, alder og diagnosegruppe. FDS-funn er ikke pr. i dag blitt gjenstand for systematisk studier.

Problemstillingen for mastergradsoppgaven er å finne ut *om det finnes systematiske sammenhenger mellom nettverksmønstre som ungdommene rapporterer ved bruk av FDS, og individuelle kjennetegn som alder, kjønn og diagnosegruppe.*

7.1 Forskningsspørsmål

En kan tenke seg at ungdom som har psykiske vansker/tilstander som fører til nedsatt sosial kontaktevne og vansker med å relatere seg til andre over tid vil utvikle særegne relasjoner og oppfatninger av relasjoner til personer i sine omgivelser, for eksempel til jevnaldrende og til nære familiemedlemmer.

Andre kjennetegn som er relevant her er alder og kjønn. Det er vanlig å forestille seg at alder er relatert til modning, blant annet den karakteristiske vektlegging av relasjoner til jevnaldrende som setter preg på ungdomstida. Kjønnforskjeller kan også virke inn her.

Sentrale spørsmål er derfor:

1. *Finner vi sammenheng mellom ungdommenes nettverkspresentasjon og deres kronologiske alder?*
2. *Finnes det forskjeller mellom gutter og jenter i deres presentasjon av opplevd sosialt nettverk?*
3. *Kan ulike diagnoser sies å være forbundet med bestemte mønstre i nettverkskartleggingen?*

Det er selvsagt av interesse dersom variasjon i rapportert relasjonsmønster finnes, uten at det er relatert til disse variablene.

8. Utvalg

Ungdommene som inkluderes i denne studien har vært innlagt ved utredningsenheten ved BUP-klinikk Lian. Enheten er en del av St. Olavs Hospital. Utredningsenheten tar imot ungdom fra hele helseregion Midt-Norge med hovedvekt på Sør Trøndelag. Ungdommene som henvises til enheten har kompliserte symptom bilder som ikke lar seg utrede poliklinisk. En stor del av de henviste ungdommene har atferdsvansker og mange kommer fra familier med samspillsvansker. De fleste henvises fra poliklinikk, men enkelt henvises fra akutt enheten på Lian. Utvalget består av en klinisk populasjon og det er ingen ”normalungdommer” i utvalget. Femtien ungdommer som var innlagt på enheten i perioden og som hadde gjennomført FDS var aktuelle deltagere i studien og ble tilsendt skriftlig forespørsel med informasjon om prosjektet. (*Vedlegg 1: Informasjonsskriv, Vedlegg 2: samtykkeskjema*).

Etter tre uker ble de som ikke hadde gitt respons forsøkt kontaktet pr. telefon. Dessverre var det vanskelig å få kontakt med en del av de potensielle deltagerne. Noen brev kom i retur og enkelte var ikke tilgjengelige pr telefon. 32 av de 51 pasientene samtykket til deltagelse. For de som var under 16 år når de ble forespurt ga foreldrene samtykke. Ungdommene som er inkludert i prosjektet var på innleggelsestidspunktet i alderen 12 til 17 år. Datamaterialet er hentet fra journal og består av journalnotat og foto av ungdommenes presentasjon av sine nettverk.

Materialet gir informasjon om:

- Hvem ungdommene inkluderer i nettverket sitt.
- I hvilken rekkefølge de velger de ulike personene i nettverket.
- Ungdommenes beskrivelse av de enkelte i nettverket og sin relasjon til dem.
- Hvordan ungdommen differensierer nærhet og avstand i relasjon.
- På hvilken måte ungdommen systematiserer/strukturerer sitt nettverk.
- Diagnoser som er satt/opprettholdt av utredningsenheten.

8.1 Kjønn og alder.

Utvalget som takket ja til deltagelse ble bestående av 32 pasienter. Fire av pasientene som hadde gitt samtykke oppfylte ikke inkluderingskriteriene; tilhørighet innen diagnosegruppe og aldergruppe. Disse ble derfor ikke inkludert i videre analyser. Endelig utvalg besto av 15 gutter og 13 jenter. Aldersmessig fordelte det endelige utvalget seg med 13 som var 14 år eller yngre, 15 som var 15 år eller eldre på innleggelsestidspunktet.

8.2 Diagnoser.

Utredningsenheten er en allmenpsykiatrisk enhet og ungdommene har varierende problematikk. Antallet informanter er relativt begrenset og en analyse basert på enkeltdiagnoser vil ikke være hensiktsmessig. Jeg velger derfor å kategorisere utvalget i diagnosegrupper. Jeg velger å kategorisere informantene i to grupper: nevropsykologiske utviklingsforstyrrelser og emosjonelle lidelser.

Nevropsykologiske utviklingsforstyrrelser er en fellesbenevnelse for flere lidelser der de sosiale vanskene har sammenheng med utviklingsmessig genetiske forhold. Jeg forholder meg til Folkehelse-instituttets kategorisering²⁸ og inkluderer hyperkinetisk atferdsforstyrrelse

(ADHD/ADD), autismespekterforstyrrelser, Tourette syndrom og lærevansker i denne kategorien. Folkehelseinstituttet definerer angst, depresjon og tvangslidelser som emosjonelle lidelser.

Årsaken til at jeg velger denne todelingen er at de to gruppene har klare forskjeller diagnostisk og har en del fellestrekk innen gruppene; nevropsykologiske utviklingsforstyrrelser er gjennomgripende og konstitusjonelle mens de emosjonelle lidelsene utvikles og skyldes opplevde belastninger. Ungdommene med nevropsykologiske utviklingsforstyrrelser har sosiale vansker knyttet til sin utviklingsforstyrrelse mens de som diagnostiseres med emosjonelle lidelser har forutsetninger for sosial fungering, men sliter ofte med isolasjon og sosial tilbaketrekning som en konsekvens av diagnosen.

De to gruppene fordeler seg med 13 i gruppen emosjonelle lidelser og 15 i gruppen med nevropsykologiske utviklingsforstyrrelser. De som ikke faller innenfor disse to kategoriene valgte jeg å utelate i videre analyser.

I det endelige utvalget finner vi 13 jenter og 15 gutter. Kjønnsmessig fordeler gruppene seg med 3 jenter og 12 gutter i gruppen nevropsykologiske utviklingsforstyrrelser mens gruppen med emosjonelle lidelser har 10 jenter og 3 gutter. Vi har dermed en ubalanse i kjønnsfordeling innen diagnosegruppene, noe som kan påvirke resultatene, men som gjenspeiler kjønnsfordelingen i forekomsten av disse lidelsene innen vår pasientgruppe.

Tabell 1. Fordeling av kjønn og aldersgruppe innen diagnosegruppene i utvalget.

		<i>Nevropsykologiske utviklingsforstyrrelser</i>	<i>Emosjonelle lidelser</i>	<i>Totalt</i>
<i>Kjønn</i>	<i>Jenter</i>	3	10	13
	<i>Gutter</i>	12	3	15
<i>Totalt</i>		15	13	28
<i>Aldersgruppe</i>	<i>12-14 år</i>	7	6	13
	<i>15-18 år</i>	8	7	15
<i>Totalt</i>		15	13	28

Alder og modenhetsnivå vil kunne ha betydning for sosial fungering og hvordan pasientene presenterer sitt sosiale nettverk. Siden utvalget er så lite gir det ikke mening å se på hver

enkelt alder. Jeg velger derfor å fordele utvalget i to aldersgrupper; 12 – 14 år og 15 -18 år. Den yngste gruppen består av 13 ungdommer mens den eldste består av 15. Begrunnelsen for å velge å dele aldersgruppene ved 15 år er at de sosiale rammene endrer seg ved fylte 15 år. Bygdeungdom får gå på offentlige fester og lovverket gir ungdom større selvbestemmelse ved for eksempel rett til selv å velge utdanning og å disponere egne penger. De under 15 år defineres av Frønes ¹² å være i sosial pubertetsalder mens de på 15 år og eldre defineres å være i ungdomsalder. Ungdommer under 12 år inkluderes ikke i analysen.

Prosjektet er forelagt Regional etisk komité. De konkluderte med at dette defineres som et internt fagutviklingsprosjekt og ikke trenger deres godkjenning.

9. Analyse og resultater

Utvalget består av en klinisk populasjon der ingen ”normalungdommer” er representert. Materialet gir informasjon om en rekke elementer. Det er umulig å gå nærmere inn i og analysere alle faktorene. Jeg velger derfor å fokusere på vennskap, familie, struktur i nettverkspresentasjonen og ungdommens beskrivelse av eget nettverk.

9.1 Statistikk

Datamaterialet består av journalmateriale. Informasjonen som er hentet ut av journalteksten og bildene av nettverksoppsettene er kategorisert. De fleste data er på nominalnivå; variablenes verdier er gjensidig utelukkende verdier og kan ikke rangeres. Verdienes rekkefølge har derved ingen betydning.

Målet med statistikken i denne oppgaven er å finne ut om det er sannsynlige sammenhenger mellom ulike variabler i datamaterialet. I analysearbeidet tar vi utgangspunkt i en nullhypotese: at det ikke er sammenheng mellom de ulike variablene. Ved hjelp av matematisk-statistiske metoder beregnes sannsynlighet. Ved bruk av for eksempel kji-kvadrat test kan man beregne dette.

Det er gjort analyser både med kji-kvadrat test og Fishers eksakte test. Begge beregningsmetodene viser ofte tilnærmet de samme resultatene, men verdiene avviker noe på enkelte variabler.

Ved små utvalg eller når det er mindre enn 5 forekomster innen enkelte kategorier på variablene anbefales Fishers eksakte test. Vårt utvalg er på 28 og fordelingen innen de enkelte variablene gir ofte 5 eller færre i enkeltkategorier. Jeg velger derfor å bruke Fishers eksakte test for å finne p-verdi.

P-verdi tallfester sannsynligheten for om funnene kan tilskrives tilfeldigheter eller om de er statistisk signifikante. Lave p-verdier predikerer en sannsynlig sammenheng. Signifikans sier noe om i hvilken grad vi kan være sikre på at sammenhengen vi ser i utvalget vil gjenspeile sammenhengen i populasjonen. Grensen satte vi til 0,05. Det vil si at verdier under 0,05 viser signifikant sammenheng. Et resultat av en statistisk analyse betegnes som statistisk signifikant dersom det er lite sannsynlig at resultatet har oppstått tilfeldig. En p-verdi på 0,05 vil si at beregningen viser at det er 5 % sannsynlighet for at sammenhengen vi ser er tilfeldig. Sammenhengen kan derved sies å være statistisk signifikant.

Den statistiske analysen er gjort ved hjelp av dataprogrammet SPSS.

Tabell 2: Statistiske verdier på sentrale variabler.

Sammenlignete variabler	Fishers eksakte test	Fishers p-verdi	Pearson Kji-kvadrat	Pearson p-verdi	Frihetsgrader d.f.
Diagnosegruppe-nettverksstruktur	9,181	0,053	9,908	0,059	5
Aldersgruppe-nettverksstruktur	2,517	0,899	2,202	0,925	5
Kjønn-nettverksstruktur	8,735	0,070	8,903	0,091	5
Diagnosegruppe-nettverksstruktur, todelt		0,020	6,892	0,020	1
Aldersgruppe-nettverksstruktur, todelt		1,000	0,108	1,000	1
Kjønn-nettverksstruktur, todelt		0,020	6,892	0,020	1
Diagnosegruppe-nettverksstørrelse gruppert	2,564	0,294	2,537	0,294	2
Aldersgruppe-nettverksstørrelse gruppert	4,624	0,121	4,949	0,121	2
Kjønn-nettverksstørrelse gruppert	2,564	0,294	2,537	0,294	2
Diagnosegruppe-nettverksbeskrivelse	10,112	0,012	10,566	0,010	3
Aldersgruppe-nettverksbeskrivelse	1,697	0,730	1,657	0,730	3
Kjønn-nettverksbeskrivelse	6,529	0,093	6,865	0,088	3
Diagnosegruppe-nettverksbeskrivelse, todelt		0,051	5,038	0,051	1
Aldersgruppe-nettverksbeskrivelse, todelt		1,000	0,007	1,000	1
Kjønn-nettverksbeskrivelse, todelt		0,051	5,038	0,051	1
Diagnosegruppe-inkluderer foreldre blant de fem første	5,454	0,127	5,657	0,127	3
Aldersgruppe-inkluderer foreldre blant de fem første	6,841	0,059	7,036	0,059	3
Kjønn-inkluderer foreldre blant de fem første	7,478	0,039	7,768	0,036	3
Diagnosegruppe-inkluderer venner blant de fem første		1,000	0,108	1,000	1
Aldersgruppe-inkluderer venner blant de fem første		0,276	1,448	0,276	1
Kjønn-inkluderer venner blant de fem første		0,445	1,197	0,445	1

9.2 Analyser.

Ungdommenes beskrivelse av relasjoner i nettverket.

Dette er en variabel der hvordan ungdommene beskriver sitt sosiale nettverk og individene i nettverket har blitt kategorisert. Når ungdommene setter opp nettverket sitt blir de bedt om å beskrive de andre og sin relasjon til dem. De spørres konkret om hva den andre liker å gjøre, om hva de gjør sammen med den andre. Hvordan ungdommene beskriver de enkelte i nettverket og sin relasjon til dem varierer sterkt. Noen ungdommer gir nyanserte beskrivelser av de enkelte og har god rede på hva de enkelte interesserer seg for mens andre formidler ingen kjennskap til eller forståelse for de andre.

Når ungdommen spørres om hvordan mor er kan vi få til svar at hun er lita, har lyst hår og blå øyne. På oppfølgingsspørsmål om hva mor liker å gjøre kan ungdommen svare at han ikke vet. Når spørsmålet konkretiseres mer og ungdommen blir bedt om å beskrive hva mor faktisk gjør kan vi kanskje få vite hvor hun jobber og at hun for eksempel er den som står for matlaging i familien. Andre ungdommer deler historier og fortellinger om de enkelte i nettverket. De bruker nyanser og viser god innsikt i hva den andre liker å gjøre og hvordan relasjonen mellom dem er. Et eksempel på dette er ei jente som hadde et vanskelig forhold til en av tantene sine. Hun fortalte historier knyttet til deres samspill og beskrev tante og hennes interesser. Hun hadde først valgt en ordinær damefigur for å presentere tante, men konkluderte til slutt med at tante var ei dum ku og valgte å representere henne med en kufigur på brettet.

Ut fra variasjonen i presentasjonen vi ser hos ungdommene har jeg valgt å dele resultatene inn i fire kategorier:

1. Viser kjennskap til og interesse for individene i nettverket.
2. Formidler fakta, men viser ingen kjennskap til interesser og lignende.
3. Greier ikke å gjøre rede for individene i nettverket.
4. Har mye å fortelle om personene, men greier ikke å nyansere relasjonene.

Ungdommenes beskrivelse av eget nettverk gjennom bruk av FDS viser klare forskjeller.

Dette er en variabel som sier mye om den enkeltes sosiale fungering.

Tabell 3: Ungdommens beskrivelse av eget nettverk

	<i>Viser kjennskap og interesse for individene i nettverket</i>	<i>Formidler fakta men viser ingen kjennskap til interesser og lignende hos den andre</i>	<i>Greier ikke å gjøre rede for individene i nettverket</i>	<i>Har mye å fortelle om personene men greier ikke å nyansere relasjonene</i>	<i>Totalt</i>
<i>Alder: 12-14 år</i>	5	3	3	2	13
<i>Alder: 15-18 år</i>	6	5	1	3	15
<i>Jente</i>	8	3	0	2	13
<i>Gutt</i>	3	5	4	3	15
<i>Emosjonell lidelse</i>	2	6	4	3	15
<i>Nevropsykologisk utviklingsforstyrrelse</i>	9	2	0	2	13

Funnene på denne variabelen viser forskjeller mellom gruppene. For aldersgruppe er p-verdien 0,620, for kjønn er p-verdien 0,093 og for diagnosegruppe er p-verdien 0,012.

Vi valgte å se nærmere på kategoriseringen på variabelen og kom fram til at en todeling av kategoriene kunne være hensiktsmessig. Vi skilte da mellom de som viste kjennskap og interesse for individene i sitt sosiale nettverk og de som ikke gjorde det.

Tabell 4: Todelt oversikt over ungdommenes nettverksbeskrivelse

	<i>Viser kjennskap og interesse for individene i nettverket</i>	<i>Viser manglende kjennskap og interesse for individene i nettverket</i>	<i>Totalt</i>
<i>Alder: 12-14 år</i>	5	8	13
<i>Alder: 15-18 år</i>	6	9	15
<i>Jente</i>	8	2	13
<i>Gutt</i>	3	12	15
<i>Emosjonell lidelse</i>	9	4	13
<i>Nevropsykologisk utviklingsforstyrrelse</i>	2	13	15

Med den nye kategoriseringen fant vi en p-verdi på 0,620 for alder, for kjønn var p-verdien 0,051 og for diagnose var p-verdien 0,006. Vi fant med andre ord en statistisk signifikant sammenheng mellom diagnose og nettverksbeskrivelse. Vi ser også en viss sammenheng mellom kjønn og nettverksbeskrivelse, men det skyldes trolig kjønnsfordelingen innen diagnose-gruppen. Alder ser ikke ut til å ha betydning for hvordan ungdommene beskriver nettverket.

9.3 Nettverksstruktur.

I nettverkspresentasjonene ser vi variasjon i strukturen i nettverksoppsettene. Enkelte samler alle figurene tett rundt sentrum av brettet, andre fyller hele brettet med figurer. Noen synes å plassere figurene ut fra egendefinerte regler mens andre gjør bevisste og gjennomtenkte valg. I litteraturen har jeg ikke funnet studier som kan belyse strukturelle forskjeller i visuelle oppsett av nettverk.

Ut fra variasjonene i struktur velger jeg å kategorisere nettverksoppsettene i grupper for å kunne sammenligne og se om struktur i nettverkspresentasjon kan ha sammenheng med andre faktorer.

Jeg har valgt å kategorisere de i seks ulike grupper:

- De som ikke greier å plassere figurer på brettet.
- Klumpnettverk; de som plasserer alle figurene inn mot midten av brettet uten bruk av avstand og nyanser i relasjonspresentasjonen.
- Bevisste valg av figurer og plassering med nyanser av relasjoner.
- Systematisk plassering uten å bruke bevisst nyansering av relasjon.
- Bruk av egendefinerte regler.
- Bruker hele brettet og framstår impulsstyrt.

Når vi ser på de statistiske funnene på denne variabelen vinner vi følgende p-verdier:

- Aldersgruppe: 0,925
- Kjønn: 0,070
- Diagnosegruppe: 0,020

Alder ser ikke ut til å ha betydning for hvordan ungdommene strukturerer sine nettverk mens p-verdiene for kjønn viser en tendens til sammenheng. Nettverksstruktur og diagnosegruppe viser statistisk signifikant sammenheng.

Tabell 5: Nettverksstruktur fordelt på diagnosegrupper.

	<i>Nevropsykologisk utviklingsforstyrrelse</i>	<i>Emosjonell lidelse</i>	<i>Totalt</i>
<i>Greier ikke å plassere figurer på brettet</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>1</i>
<i>Klumpnettverk</i>	<i>5</i>	<i>1</i>	<i>6</i>
<i>Bevisste valg av figurer med nyansert plassering</i>	<i>3</i>	<i>9</i>	<i>12</i>
<i>Systematisk plassering uten nyansering av relasjon</i>	<i>3</i>	<i>1</i>	<i>4</i>
<i>Bruk av egendefinerte regler</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>Impulsstyrt, bruker hele brettet</i>	<i>2</i>	<i>0</i>	<i>2</i>
<i>Totalt</i>	<i>15</i>	<i>13</i>	<i>28</i>

9.4 Beskrivelse og struktur.

Når vi ser på mulige sammenhenger mellom variablene nettverksstruktur og ungdommenes beskrivelse av individene i eget nettverk finner vi en p-verdi på 0,002. Det er en statistisk signifikant sammenheng mellom hvordan ungdommene beskriver sitt nettverk og hvordan de strukturerer det.

Dalland og Karagöz fant i sin studie at det var sammenheng mellom struktur og beskrivelse av nettverk i sin pasientgruppe. De fant at de som kom innenfor kategorien ”tette nettverk”, som tilsvarer våre ”klumpnettverk” ikke greide å nyansere relasjonene og ofte inkluderte dyr, eiendeler og bekjente. Det Dalland og Karagöz definerer som ”stereotype nettverk” tilsvarer våre to kategorier: ”systematisk plassering” og ”plassering med egendefinerte regler”. De fant at disse pasientene hadde lite sensitivitet overfor andre mennesker og gjorde nettverksoppsett uten følelsesmessig engasjement. I vårt materiale ser vi mye faktabeskrivelser og lite nyanser i beskrivelsene innen denne gruppen.

Våre resultater stemmer godt med funnene til Dalland og Karagöz. Pasientgruppene er ulikt sammensatt; vår består av diagnostiserte nevropsykologiske utviklingsforstyrrelser og emosjonelle lidelser mens deres gruppe består av unge voksne med borderlineproblematikk.

9.5 Nettverkssammensetning

I vårt utvalg så vi en sammenheng mellom kjønn og hvorvidt foreldrene ble inkludert blant de fem første plasserte figurene. P-verdi 0,039. Guttene inkluderte oftere foreldre enn jentene.

Vi så en tendens til at de yngste oftere inkluderte foreldre i nettverksoppsettet, (p-verdi 0,059). Når vi så på diagnosegruppe så vi ingen sammenheng, (p-verdi 0,127).

Når det gjelder venneandel og nettverkssammensetning finner vi ingen forskjeller verken for kjønn, alder eller diagnosegruppe.

9.6 Venner

Ut fra det ”utviklingspsykologiske prosjektet” i ungdomstida kunne vi forvente at venner var svært sentrale i nettverkspresentasjonene, men vi så at 16 (57 %) av våre 28 ungdommer ikke inkluderte venner blant de fem første figurene de plasserte i nettverkene. Ti av våre 15 gutter inkluderte ikke venner blant de fem første plasserte figurene, men fant ingen statistisk signifikant sammenheng, (p-verdi 0,445). Vi så heller ingen statistiske signifikante sammenhenger med hensyn til diagnose eller alder på denne variabelen.

10. Diskusjon

I denne studien – utført blant ungdommer utredet ved BUP – ønsket jeg å undersøke i hvilken grad beskrivelser av sosiale nettverk henger sammen med kjønn, alder og diagnose. I samsvar med mine forventninger fant jeg at det finnes en sammenheng mellom diagnosegruppene og visse sosiale atferds- og relasjonsmønstre. De som er diagnostisert med nevropsykologiske utviklingsforstyrrelser synes å ha en del fellestrekk. Vi ser at de i større grad enn andre ikke greier å nyansere relasjonene de har til andre, de presenterer ofte ingen differensiering eller dybde i relasjonene. Mange av disse ungdommene presenterer ”klumpnettverk”. De synes ofte heller ikke å greie å presentere interesse for og kjennskap til egenskaper hos de enkelte i nettverket. Gruppen med emosjonelle lidelser framstår som mer ”normal” i sin presentasjon av eget opplevd nettverk.

Jeg ønsket også å undersøke i hvilken grad ungdommenes beskrivelse av deres eget sosiale nettverk hang sammen med alder. Jeg fant at alder ikke synes å påvirke de presenterte relasjonsmønstrene. Ingen av de variablene som fanger opp ulike relasjonsmønstre viser en signifikant forskjell mellom de to alderskategoriene. Dette var uventet da økende alder forventes å føre til modning og økt sosial kompetanse. Man kan tenke seg at dette har sammenheng med de store sosiale vanskene og begrensede jevnaldningskontakten vi ser i utvalget.

Det synes derimot å være en sammenheng mellom kjønn og presentasjonene av nettverk. Men den forskjellen som kommer fram kan forklares med diagnostiske forskjeller siden diagnosekategoriene er ujevnt fordelt mellom gutter og jenter.

10.1 Fritid og jevnaldningsrelasjoner

I vårt materiale ser vi at de med nevropsykologiske utviklingsforstyrrelser har sosiale utfordringer; de greier i mindre grad enn de med emosjonelle lidelser å nyansere relasjonene de har til andre og de har vanskelig for å beskrive andres egenskaper og personlighet. Litteraturen sier at unge med nevropsykologiske utviklingsforstyrrelser oftere har problemer med å få seg venner enn andre. De er ofte overaktive, impulsstyrte og klossete. Mange kan bli opplevd som frekke, utålmodige og dominerende.

Utvalget vårt viste ingen statistiske sammenhenger for vennskap eller venneandel i nettverkene. Men vi ser at 10 av 15 gutter i utvalget ikke definerer noen vennerelasjoner som så nære at de inkluderes blant de fem første figurene de plasserer.

Willard W. Hartup²⁹ har vært opptatt av barn og unges vennskap. Han fant i sine studier en klar forskjell i vennskapens betydning mellom de unge barna og tenåringene. Vennskap fikk økende betydning med økende alder. Han poengterer at jevnaldningsrelasjonene er av avgjørende betydning i de unges sosiale og kognitive utvikling og for framtidig funksjonsevne som voksne. Han sier at det ikke er evnenivå, skoleprestasjoner eller atferden i klasserommet som har mest betydning for framtidig utvikling, men hvordan ungdommen kommer overens med de jevnaldrende. Ungdom som er mislikt av sine jevnaldrende, de som aggressive og som ikke finner seg til rette i ungdomsmiljøet står i fare for å droppe ut av skolen og få skjevutvikling. Mange av de ungdommene med nevropsykologiske utviklingsforstyrrelser har slike utfordringer.

Undersøkelsen til Hartup viste at de som var henvist til barne- og ungdomspsykiatri hadde færre vennsapsrelasjoner og deres vennerelasjoner var av dårligere kvalitet og hadde kortere varighet enn det som var gjennomgående for ”normalungdommene”.

Hartup vektlegger bestevennerelasjonen. De fleste ungdommene har en eller to bestevenner og noen nære eller gode venner. Disse vennerelasjonene er vanligvis fundert på felles interesser. Han fant at nesten ingen innrømmet å ikke ha noen bestevenn, selv i anonyme undersøkelser. I vårt utvalg så vi samme tendens; kun tre av ungdommene beskriver nettverk helt uten venner.

Ut fra diagnosekriteriene synes det logisk at disse ungdommene har få vennsapsrelasjoner siden vansker med sosial fungering er sentrale diagnosekriterier. Ofte framstår de som rigide og er empatisvake og ser ikke ut til å interessere seg for andre mennesker i særlig grad. Denne tendensen bekreftes når vi ser på hvordan de beskriver sine sosiale nettverk.

Ut fra annen litteratur^{7 14} forventes det at vennenes betydning skulle være større i den eldste gruppa. Vennerelasjonene har vanligvis stor betydning i ungdomsårene, men samtidig er kravene til samspillskompetanse og tilpasning til normene i ungdomsgruppen høyere. Det å mangle venner i tenårene kan forsterke ”annerledeshetsfølelsen” og opplevelsen av å falle utenfor. Vi vet også at manglende venneerfaring vil kunne få konsekvenser for utviklingen.

Live Fyrand⁷, har forsket på betydningen av sosiale nettverk og hun konkluderer med at vennskap blant annet gir mer psykisk overskudd og bedre selvfølelse. Hun snakker her om mennesker generelt, mens i dette utvalget har alle psykiske vansker og ofte avvikende sosiale forutsetninger.

Fauske og Øia³⁰ har i sin bok ”Oppvekst i Norge” sett på en rekke aspekter ved barndom og ungdom. De vektlegger jevnaldersmiljøet og ungdomstida defineres som en vekst- og modningsperiode.

Fritid med jevnaldrende representerer hovedarenaen for opplevelse og identitetsdannelse for ungdom. Piaget³¹ vektlegger jevnaldringenes økende betydning i ungdomsalderen. De jevnaldrende blir et alternativ til familien når det gjelder intimitet, selvfølelse, regler, verdier, kultur, tolkning og tilknytning. Kontakten med jevnaldrende skaper sosiale kontekster og læringssituasjoner. Vennegruppen utvikler sosiale mønster og gir rom for utvikling av relasjoner til det annet kjønn.

I tidlig ungdomsalder blir vanligvis de jevnaldrende de dominerende signifikante andre i løsrivelsesprosessen i forhold og voksensamfunnet og foreldre.¹⁴

Å ha venner markerer at man er godtatt og akseptert av de andre jevnaldrende. Skole og fritid er ungdommenes to hovedarenaer for jevnaldningskontakt. Det sosiale fellesskapet knyttes opp til begge arenaer. Vennskap blant tenåringer innebærer vanligvis daglig kontakt, samvær og fellesaktivitet på fritida. For ungdommene i vårt utvalg er det påfallende mange som ikke kan beskrive noe hyppig fellesaktivitet med jevnaldrende. Ofte kommer det fram at samvær med andre jevnaldrende skjer sporadisk og sjelden utenom skoletid eller voksenorganisert fritid.

Denne nære sammenhengen og betydningen av skolen som sosial arena vil kunne få store konsekvenser for utviklingen til de unge som dropper ut av skolen. De mister ofte både fritid og skole som sosialiseringsarena. Noen blir ensomme unge som streifer rundt mens andre trekker seg tilbake og isolerer seg hjemme.

Mange av ungdommene i vårt utvalg har stort skolefravær. Ofte har dette vedvart over lang tid. For noen har det sammenheng med tilbaketrekning knyttet til emosjonelle lidelser mens for andre har det sammenheng med nevropsykologiske utviklingsforstyrrelser. Det store skolefraværet vi ofte ser forsterker de sosiale utfordringene de allerede har.

Gjenger trekkes ofte fram som et ungdomsfenomen, men er ikke den dominerende form for samspillsarena blant ungdom. Ca 30 % av ungdommene definerer seg som medlem av en gjeng.³² I dette materialet har vi ikke valgt å definere inn evt. tilhørighet til en gjeng. Vi vet derfor ikke hvor stor andel som definerer seg som medlem av en gjeng, men erfaringsmessig finner vi en del av våre pasienter, særlig de som har atferdsforstyrrelser, som medlemmer av gjenger. Ofte kan de gjengene disse ungdommene involveres i søke mot kriminell aktivitet.

Jenter har i følge Øia³³ flere venner enn det gutter har. Han forstår forskjellen i antall venner som en konsekvens av at jenter generelt er flinkere sosialt enn det gutter er. Jentenes jevnalderrelasjoner preges av fellesskap, mens guttene søker felles aktivitet. Disse forskjellene kommer ikke fram i vårt materiale. I vårt utvalg fant vi ingen klare kjønnsforskjeller. En sannsynlig årsak til dette kan være det selekterte utvalget.

De ungdommene som har nevropsykologiske utviklingsforstyrrelser kan oppleves som avvikende av jevnaldrende. De strever ofte med å forstå sosiale samspill og havner lett i konfliktsituasjoner og blir ofte utstøtt fra jevnaldningsgruppene. Ungdom som ikke inkluderes

i jevnaldergruppa opplever isolasjon. De mister den intimitet og læring som foregår mellom jevnaldrende. De kommer til kort og blir utstøtt fra fellesskapet.

Aktuelle studier viser at en betydelig andel barn med ADHD har store kommunikasjonsproblemer. Hos halvparten av barna som oppfylte kriteriene til ”tung” ADHD i Gøteborgundersøkelsen³⁴ fant man autistiske trekk i form av sosiale interaksjonsvansker, motoriske stereotyper, tendens til å feste seg i spesielle interesseområder samt avvik i språkbruk. En meget stor andel av barn og ungdom med Touretts syndrom (60 – 70 prosent) har også ADHD^{35 36} Studier har vist at ADHD-problematikken i de fleste tilfeller er mer avgjørende for barnets problembilde og problemgrad enn hvor store problemer tics utgjør.³⁷ Også tvangssyndrom (tanker/handlinger) er vanlig hos barn/ungdommer med ADHD, og disse symptomene kan utgjøre betydelige vanskelige problem å forstå for omgivelsene.

Ungdom definerer i dag sine nettverk ut fra litt andre kriterier enn det man ser tradisjonelt. Ut fra sin bruk av sosiale medier som Facebook, Instagram, Snapchat, nettbaserte spill og lignende inkluderer de også nettvenner i sine nettverk. Dette kan være mennesker som de ikke har møtt fysisk, men som de opplever som nære venner.

I vårt materiale har vi ikke kategorisert disse vennene spesielt, men vi vet at noen kun har nettvenner eller venner som bor så langt unna at de ikke møtes mer enn et fåtall ganger i løpet av et år. Vi har også enkelte i vårt utvalg som ikke har venner på sitt hjemsted, men som har jevnaldrende som ferierer på samme sted som defineres som venner.

Ser vi på Hartup sin beskrivelse av aktivitet og kontakt mellom nære venner vil ikke disse ”ferievennene” og nettvennene egentlig kunne defineres som venner.

Dalland og Karagöz så en tendens til at ungdommene i deres undersøkelse ”pyntet på” sine nettverk, dette synes også å gjelde en del av ungdommene i vårt utvalg. Vi ser en tendens til at mange foreldre bekymrer seg for at ungdommen mangler sosial omgang med jevnaldrende mens ungdommen selv inkluderer noen de definerer som venner i nettverkene sine.

10.2 Familie.

Mye av litteraturen om familie og sosiale nettverk bygger på teoretiske definisjoner på familie og nettverk, men det fins noen studier som bygger på barn og unges egne definisjoner. Klee³⁸ så i 1987 på skilsmissebarns definisjon av familie. Studien viste stor variasjon i hvordan barna definerte familien. Noen tok med kun biologiske foreldre. Noen erstattet en av de biologiske

foreldre med en steforelder, andre tok med alle foreldre både biologiske foreldre og steforeldre.

Hill ³⁹ anvender et *stadielperspektiv*. Han har funnet at familien endres over tid for den enkelte. Hvordan den enkelte definerer egen familie vil variere med situasjon og over tid. Relasjonene mellom individene og sammensetningen av familier endrer seg.

Fuhrman og Buhrmester ²⁷ gjennomførte i 1992 en studie av 10-åringers opplevelse av eget nettverk. De fant at alle nevnte sine foreldre, søsken og venner. 85 % nevnte lærere og 60 % tok med besteforeldre. Foreldrene ble vurdert som de mest betydningsfulle støttespillerne. Søsken var de som ble vurdert å inngå i de mest konfliktfulle relasjonene.

Besteforeldrerelasjonene ble vurdert å være de minst konfliktfylte og de nest mest støttende relasjoner. Det syntes som om hyppighet av samvær og geografisk avstand i liten grad påvirket relasjonen mellom barnebarn og besteforeldre. Relasjonen til venner ble vurdert som høyest på opplevelse av fellesskap. Vennerelasjonene og foreldrerelasjonene ble vurdert likt mht. nærhet og intimitet. Når 10-åringene skulle vurdere betydningen av ulike relasjoner kom det fram følgende rangering: mor, far, besteforeldre, søsken, venner og til sist lærere.

I vårt utvalg ser vi at andelen ungdommer som ikke inkluderer foreldre blant de fem første plasserte i nettverket er noe høyere for de eldste ungdommene. Guttene inkluderer i større grad begge foreldrene blant de fem første de plasserer i nettverksoppsettet sitt. Vi ser her en statistisk signifikant sammenheng, (p-verdi 0,039).

Årsakene til at guttene i vårt utvalg inkluderer foreldrene i større grad enn jentene er usikre, men det kan ha sammenheng med at flertallet av guttene har nevropsykologiske utviklingsforstyrrelser. Denne diagnosegruppen innebærer utfordringer sosialt. Kanskje gjør dette at foreldrenes betydning blir større. Vi vet at en del foreldre kompenserer for de unges vennemangel ved å ta ungdommen med ut på aktiviteter. Vi vet at en del foreldre fungerer som en form for tolker for disse ungdommene; forsøker å gjøre dem i stand til å forstå sosial samhandling og lærer dem regler for sosial atferd. Kanskje kan forsinket modning hos en del av disse ungdommene være medvirkende årsak til foreldrenes sentrale posisjon i nettverksoppsettene.

Isaacs og Levin ²² presenterte i 1985 en longitudinell studie ved Child Guidance Clinic i Philadelphia, USA, der de så på ungdoms definisjon av egen familie. De så at hos unge som ikke bodde sammen med sin far ble han etter hvert ikke definert som medlem av familien.

Mor ble alltid definert inn i familien i dette materialet. En slik tendens ser vi også i vårt utvalg.

Layton fant i 1983 at en del barn fra henholdsvis hjelpesøkende og ikke hjelpesøkende familier ikke inkluderte mor ²³. Andelen som utelukket mor var større hos barn fra hjelpesøkende familier. Tendensen var det samme når det gjaldt de som utelukket far i definisjon av egen familie. Andelen som ikke tok med far var større enn de som utelukket mor. Ut fra dette kunne vi forventet at vi så en tendens til at ungdom som kommer fra familier med behov for hjelpetiltak fra barneverntjenestene i større grad ville utelukke foreldre. Dette bekreftes ikke i nettverkspresentasjonene vi har sett på.

Levin²³ så i sin doktoravhandling på stefamilien. Hun intervjuet både foreldre og barn fra stefamilier. I forbindelse med foreldreintervjuene brukte hun brikker som foreldre plasserte på et Brett mens barna/ungdommene tegnet familien sin i forbindelse med intervjuet. Hennes mål var å finne ut hvordan de som levde i familier der en av foreldrene ikke var biologisk forelder til minst et av barna som var en del av husholdet, definerte sin familie. Levin fant i denne studien at det var stor variasjon i barn og unges vurdering av hvem som er med i deres familie. Enkelte definerte inn "storfamilien", inkluderte besteforeldre, tanter og onkler. Noen tok med steforelderens slektninger og den "nye" familien til den av foreldrene som ikke var en del av barnets hushold. Andre definerte familie ut fra blodsband, mens andre igjen definerte sin familie som hushold. Enkelte inkluderte dyr og leker. Dette ser vi også i vårt utvalg.

Ut fra dette kan man konkludere med at det ikke fins en klar norm for hva en familie eller et nettverk er, sett fra barn og unges ståsted.

Dalland og Kragøz, som brukte tegning av nettverkskart som metode, beskriver det hverdagslige og det ufarlige med samtaler om nettverk som en døråpner til forståelse av pasientene. Det at pasientene får fortelle om personer som betyr noe for dem og deler historier om sitt nettverk gjorde at nettverkskartene ble en form for portrett av pasienten. Pasientens verden ble tydelig gjennom nettverkskartet. Det samme erfarer vi med bruk av FDS.

10.3 Struktur og beskrivelse

Funnene i vårt utvalg viser sammenheng mellom diagnosegruppe og hvordan ungdommene beskriver personene de inkluderer i sitt nettverk og diagnosegrupper. Det samme gjelder nettverksstruktur og diagnosegruppe.

Selv om vi ikke fant klare sammenhenger med venneandel i det opplevde nettverket eller vennenes betydning viser disse funnene begrensninger i den sosiale forståelsen hos gruppen nevropsykologiske utviklingsforstyrrelser. Det er derfor naturlig å tenke at de vil ha vansker med å opprettholde vennsksrelasjoner med jevnaldrende. Vi vet også fra andre studier at det er en tendens til at ungdom pynter på jevnaldningsnettverkene sine.

Måten ungdommene i vårt utvalg beskriver personene og relasjonene i sitt nettverk viser tydelig om de har høy eller lav sosial kompetanse. Den sosiale kompetanse som nettverksoppsettene viser gjenspeiler sentrale diagnosekriterier for gruppen.

Med unntak av artikkelen av Dalland og Kragøz har jeg ikke funnet studier som ser på nettverksstruktur.

Måten ungdommene i vårt utvalg strukturerer sitt sosiale nettverk samsvarer godt med måten de beskriver sine nettverksrelasjoner. De som har gode beskrivelser av de sosiale relasjonene har også nyanserte og veloverveide plasseringer av figurene på brettet. De som ikke nyanserer avstand og nærhet i nettverksoppsettet greier ofte heller ikke å beskrive de sosiale relasjonene.

11. Begrensninger

Noen forhold som innvirker på utvalget av ungdom som ble tatt med i undersøkelsen:

- a) **Inntakskriterier for enheten.** Utredningsenheten er en allmenpsykiatrisk post som tar imot ungdom som av ulike årsaker ikke kan nytte seg en poliklinisk utredning. Posten har et regionalt ansvar for utredning av ungdom med alvorlige atferdsforstyrrelser og utfører voldsrisikovurderinger i forhold til denne gruppen. Dette innebærer at en stor andel av ungdommene som innlegges har alvorlige atferdsforstyrrelser eller nevrologiske lidelser. Populasjonen som danner utvalget i oppgaven er derved sterkt selektert og inkluderer ingen ”normalungdommer”. Resultatene kan derfor ikke si noe om hva som vil kunne forventes å være alminnelige presentasjoner av nettverk blant ungdom.
- b) **Symptombilder.** De ungdommene som kommer til innleggelse utgjør en svært selektert gruppe og skiller seg sterkt fra normalbefolkningen. Kun et fåtall av ungdomsbefolkningen kommer i kontakt med BUP-klinikk. De aller fleste av disse får et poliklinisk tilbud, men noen få har så komplekse vansker eller har så store vansker

med å ta imot et poliklinisk tilbud at de kommer til innleggelse i døgnpost. Utvalget består derfor av ungdom med kompliserte symptombilder og ofte mange med vanskelige familieforhold i tillegg. Mange av disse ungdommene har symptomer på tilknytningsforstyrrelser, men diagnosekriteriene for slike lidelser er svært strenge og kun et fåtall har slike diagnoser. I tillegg til at tilknytningsproblematikk preger symptombildet har flere i utvalget mer enn en diagnose. I kategoriseringen av utvalget har hoveddiagnose dannet utgangspunkt, men bidiagnoser og andre faktorer som for eksempel sosiale belastninger vil kunne påvirke resultatene.

- c) **Frafall.** Frafall kan ha hatt en viss betydning for resultatene. 32 av 51 forespurte ungdommer ga samtykke til deltagelse i studien. Det er ikke gjort noen analyse av om sammensetningen av utvalget skiller seg fra det potensielle utvalget.
- d) **Testsituasjon.** Man kan tenke seg at man ved måten testen introduseres på og måten man spør ungdommene om deres sosiale nettverk kan påvirke hva og hvordan de presenterer sine nettverk. Imidlertid er det vanskelig å se hvordan dette kan virke inn. I gjennomføringen blir spørsmålene stilt åpne. Det poengteres at ungdommene selv avgjør hvem de vil inkludere og hvordan de enkelte plasseres i nettverket. Testen er gjennomført av de samme personene og på samme sted hver gang.
- e) **Utvalgsstørrelse.** Utvalget er svært begrenset, består av kun 28 ungdommer. Dette gjør at resultatene ikke kan generaliseres.

13. Avslutning

Jeg har i denne oppgaven sett på bruken av Family Dialogue Set i utredning av ungdom innlagt ved en barne- og ungdomspsykiatrisk døgnpost. Jeg har fokusert på mulige mønster og sammenhenger mellom nettverkspresentasjonene til ungdommene og de diagnosene de har. Funnene tyder på at diagnosene henger sammen med måten ungdommene presenterer sin nettverk. Vi ser at ungdommer med nevropsykologiske utviklingsforstyrrelser ofte presenterer nettverk der de ikke greier å nyansere relasjoner. De greier ofte heller ikke å gjøre rede for de ulike personene og deres egenskaper på like god vis som de øvrige.

Like viktig som de funnene vi ser ved å kategorisere og analysere ulike egenskaper ved de presenterte nettverkene er kanskje den tilleggsinformasjonen vi får i gjennomføringen av testen. Måten ungdommen forholder seg til oppgaven, kontakten vi oppnår i situasjonen og historiene ungdommene forteller om personene i nettverket og sitt forhold til jevnaldrende og familie.

Family Dialogue Set framstår som nyttig i utredningsarbeidet både ved å gi informasjon om ungdommens evne til sosial samhandling og interesse for andre og gir samtidig et innblikk i hvordan ungdommen opplever sin egen livssituasjon.

14. Referanser

1. Wellman B. *From social support to social network. Research paper no 146.* Toronto: University of Toronto, 1984.
2. Fauske H, Lichtwarck W, Marthinsen E, Willumsen E, Clifford G, Kojan BH. *Det Nye barnevernet: et forsknings- og utviklingsprosjekt i barnevernet: barnevernet på ny kurs?: sluttrapport fase 1.* Bodø: Nordlandsforskning., 2009.
3. Tidsskrift for psykisk helsearbeid Nr 04 - 2004, 2004.
4. Kristensen Ø, Vederhus JK . *Stoffmisbrukere i 12-trinnsbehandling, Rus & avhengighet 2005,* Oslo: Universitetsforlaget 2005.
5. Godager EV. *Selvhjelp – en mulighet for en bedre hverdag.* Mestringsmagasinet 2006; desember 2006.
6. Oltedal S, Holmboe O, Helgeland J. *Fastlegers vurdering av kvaliteten ved distriktpsykiatriske sentra i 2006: hovedresultater fra nasjonal undersøkelse.* Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006.
7. Fyrand L. *Sosialt nettverk: teori og praksis.* Oslo: Universitetsforlaget, 2005.
8. Sættem R. *Nettverksmøtet som behandlingstilnærming. mastergradsoppgave.* Molde: Høgskolen i Molde, 2008.
9. Bø I, Schiefloe PM. *Sosiale landskap og sosial kapital: innføring i nettverkstenkning.* Oslo: Universitetsforlaget, 2007.
10. Dalgard OS, Sørensen T. *Sosialt nettverk og psykisk helse.* Oslo: Tano, 1988.
11. Seikkula J. *Open dialogues with good and poor outcomes for psychotic crises: examples from families with violence.* Journal of marital and family therapy 2002;28(3):263-74. 1. American Association for Marriage and Family Therapy. 2002.
12. Frønes I. *De likeverdige: om sosialisering og de jevnaldrendes betydning.* Oslo: Gyldendal akademisk, 2006.

13. Erikson EH. *Childhood and society*. New York: Norton, 1993.
14. Frønes I. *De likeverdige : om sosialisering og de jevnaldrendes betydning*. Oslo: Universitetsforlaget, 1994.
15. Schiefloe PM. *Mennesker og samfunn - innføring i sosiologisk forståelse*. Oslo: Fagbokforlaget, 2004.
16. Bronfenbrenner U. *Making human beings human : bioecological perspectives on human development*. Thousand Oaks: Sage Publications, 2005.
17. Tetzchner Sv. *Utvecklingspsykologi: barn- och ungdomsåren*. Lund: Studentlitteratur, 2005.
18. Rasmussen BK. *Sjel i handling*. Trondheim: Tapir forlag, 1989.
19. Kvebæk D. *Skulpturtesten: en veiledningsbok i bruken av the Kvebæk Family Sculpture Technique (KFST)*. Oslo: Aventura, 1992.
20. Drugli MB, Engen M. *Spør barn få svar!: samtaler med barn om sosiale relasjoner*. Oslo: Damm, 2004.
21. Dalland E, Kragøz EN. *Nettverkskartet - et arbeidsredskap i psykiatrien*. In: Fyrand L, editor. *Samspill med sosialt nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget, 1993.
22. Levin I. *What Phenomenon is Family?* *Marriage & Family Review* 2008; Vol. 28(Iss. 3-4). London: Routledge 2008.
23. Levin I. *Stefamilien - variasjon og mangfold*. Oslo: Aventura, 1994.
24. Solem M-B. *Familiekohesjon: mors, fars og den unges opplevelse av nærhet og distanse i dyader i familien før og etter familiebehandling: en eksplorerende studie med Kvebæk familie - skulptur - teknikk*. Høgskolen i Oslo, 1999.
25. Solem M-B, Nøvik TS. *Informants' experience with the Kvebæk Family Sculpture Technique, 1995:S. [439]-45*. *Nordic journal of psychiatry*, Stockholm 1995.
26. Tiller PO. *"Barneperspektivet": om å se og bli sett*, Særtrykk av: Barn nr. 1 1991.

27. Furman W, Buhrmester D. *Age and Sex Differences in Perceptions of Networks of Personal Relationships*. *Child Development* 1992;63(1):103-15.
28. Mykletun A, Knudsen AK, Mathiesen KS. *Psykiske lidelser i Norge i et folkehelseperspektiv*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2009.
29. Hartup WW. *Adolescents and their friends*. *New directions for child development* 1993(60):3-22.
30. Fauske H, Øia T. *Oppvekst i Norge*. Oslo: Abstrakt forlag, 2003.
31. Piaget J, Inhelder B, Weaver H. *The psychology of the child*. New York: Basic Books, 1969.
32. Øia T, Bakken A. Midt i tenårene - noen tall fra Ungdata, 2002:[75]-82. *Tidsskrift for ungdomsforskning*. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus, 2002
33. Øia T. *Oppvekst i Skien*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, 1998.
34. Gillberg C. *Ett barn i hver klasse: om barn og unge med DAMP/MBD og ADHD*. [Oslo: Praxis forlag, 1998.
35. Comings DE, Comings BG. *Tourette's syndrome and attention deficit disorder with hyperactivity*. *Archives of general psychiatry* 1987;44(11):1023-6.
36. Kadesjö C. *Att utveckla barns sociala kompetens*. Umeå: Inst. f. psykiatri, Avd. f. barn- o. ungdomspsykiatri, 1998.
37. Gillberg BKaC. *The Comorbidity of ADHD in the General Population of Swedish School-age Children*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2001;42(04):pp 487-92.
38. Klee L, Schmidt C, Johnson C. *Childrens definition of family following divorce of their parents*. *Journal of Divorce* 1989;7:73-90.
39. Hill R, Aldous J. *Socialization for marriage and partnership*. In: Goslin D, editor. *Handbook of socialization theory and research*. Chicago: Rand McNally, 1969.

Forespørsel om deltakelse i fagutviklingsprosjektet:

”Ungdommers presentasjon av eget sosialt nettverk

- *Erfaringer med bruk av ”Family Dialogue Set” i barne- og ungdomspsykiatrisk ungdomspost”.*

Da du var på utredningsenheten, post F, på BUP-klinikk Lian var du med på ”Family Dialogue”. Vi snakket da om familie og nettverk og brukte figurer i samtalen.

Vi vil nå se nærmere på bruken av denne kartleggingsmetoden. Vi ber derfor om din tillatelse til å bruke datamateriale fra din innleggelse på Lian i prosjektet.

Hva skjer med informasjonen?

Navn, fødselsdato og andre opplysninger som gjør at du kan kjennes igjen blir tatt bort.

De som jobber med prosjektet har taushetsplikt.

Det vil bli umulig å kjenne igjen deltagerne i resultatene.

Frivillig deltakelse

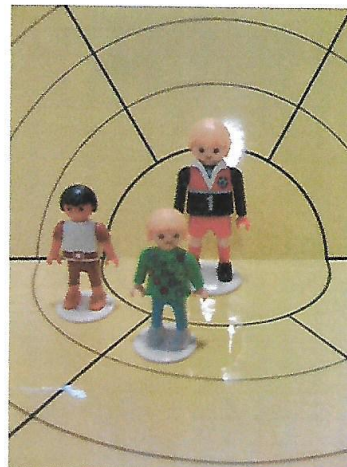
Dersom du vil delta i prosjektet skriver du under på samtykkeerklæringen som er vedlagt og sender den inn i vedlagte svarkonvolutt.

Det er frivillig å delta og du kan når som helst trekke deg fra prosjektet.

Har du spørsmål om prosjektet kan du kontakte Solveig Beckstrøm på telefon 73 86 53 21 eller 73 86 53 28.

Hvem kan være med?

Alle som har vært innlagt ved post F ved BUP-klinikk Lian og som har hatt tilbud om å gjennomføre ”Family Dialogue” i perioden 2008 - 2010 spørres om å delta i prosjektet.



Som takk for at vi får tillatelse til å bruke informasjon fra ungdommene vil vi, etter loddtrekning, gi 10 ungdommer et gavekort på CD a.kr.100.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg vil delta i studien

” Ungdommers presentasjon av eget sosialt nettverk –erfaringer med bruk av ”Family Dialogue Set” i barne- og ungdomspsykiatrisk utredningspost for ungdom”.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Underskrift av foresatte dersom deltagende ungdom ikke er fylt 16

(Signert av foresatte, dato)