

Kine Helen Unstad

Mental Helse i Individualistisk og Kollektivistisk Kultur

-En kulturpsykologisk studie av ungdom i Norge og Kina

Masteravhandling

Kultur-, sosial- og samfunnspsykologi

Psykologisk Institutt

NTNU

Trondheim 2011

Et langt prosjekt har omsider resultert i en masteroppgave. Arbeidet med denne studien og avhandlingen har vært en lærerik prosess og har bydd på mange spennende erfaringer. Det viktigste jeg gjorde var å dra til Kina for å leve et par måneder i den kulturen jeg senere skulle fordype meg i. Takket være generøsiteten til Hangzhou Normal University fikk jeg oppleve kinesisk kultur og fikk med egne øyne sett hvor fremtreden forskjellene mellom individualistisk og kollektivistisk kultur kan være. Takk til Professor Arnulf Kolstad som introduserte meg for Kina og samarbeidet med HNU. Jeg vil også rette en takk til Andreas og Ida som jeg delte denne opplevelsen med.

For å gjennomføre denne oppgaven har jeg vært avhengig av hjelp fra enkelte ungdomsskoler og ikke minst ungdommer som har sagt seg villig til å delta i min studie. Tusen takk til de flotte ungdommene og de ansatte ved skolene som har hjulpet meg her. Jeg vil også takke mine medstudenter fra masterstudiet for godt samhold og godt selskap under masterstudiet og de lange dagene på lesesalen. Dere har gitt meg mange gode minner.

Tusen takk til mamma og pappa, svigermor og svigerfar for all den gode omsorgen under studietiden. Det har alltid vært ekstra godt å komme hjem til dere i feriene. En spesiell og varm takk går til min samboer, Vegard, for hans tålmodighet og gode vennskap gjennom vel fem år med studier. Jeg gleder meg til å ta fatt på veien videre meg deg.

Til sist vil jeg rette en stor takk til Professor Arne Vikan som har vært en enestående veileder og som har stilt mye tid og tålmodighet til rådighet. Tusen hjertelig takk!

Kine Helen Unstad

Sennesvik, 16.10, 2011

Innholdsfortegnelse

Abstract	5
1.0 Innledning	6
1.1 Hensikt og begrensninger ved studien	7
1.2 Kulturpsykologi og kryss-kulturell psykologi	7
1.3 Definisjoner	8
2.0 Teoretisk tilnærming: Kulturelle Variasjoner og Emosjonelle Vansker	8
2.1 Kulturpsykologi som utgangspunkt	8
2.2. Individualisme og kollektivism	10
2.3. Emosjonelle vansker og lidelser	14
2.4 Kina og Norge	18
2.5. Problemstilling	27
3.0 Metode	28
3.1 Utvalg og prosedyre	28
3.2. Design	29
3.3. Anvendte måleinstrument	29
3.4 Validitet	30
3.5 Analyser	31
4.0 Resultat	31
4.1 Beskrivende statistikk	32
4.2 Bivariate korrelasjonsanalyser	33
4.3 Differanse av sumskårene mellom kjønn og land	34
4.4 Enveis variansanalyse av enkelt-leddene	35
4.5 Prinsippal komponent-analyse	40
4.6 Spørsmål om strukturelle forskjeller	46
4.7 Metodologiske betraktninger	47
5.0 Diskusjon	48
5.1 Oppsummering av resultater	48
5.2 Drøfting av resultatene	49
5.3 Er I-C dimensjonen god nok?	56
5.4 Kan man trekke slutninger på bakgrunn av denne studien?	57
5.5 Begrensninger ved studien	59
6.0 Avsluttende kommentarer og refleksjoner	61
Referanseliste	63
Appendix	69

Tabeller

Tabell 1: Gjennomsnitt og standardavvik for skåre på symptom-indeksene	32
Tabell 2: Bivariat korrelasjonsanalyse, kinesisk utvalg	33
Tabell 3: Bivariat korrelasjonsanalyse, norsk utvalg	33
Tabell 4: Differanse mellom sumskårer	34
Tabell 5: Gjennomsnitt og standardavvik for enkeltleddene i angst-indeksen	35
Tabell 6: Gjennomsnitt og standardavvik for enkeltleddene i depresjons-indeksen	37
Tabell 7: Gjennomsnitt og standardavvik for enkeltleddene i somatiserings-indeksen	39
Tabell 8: Prinsipal komponentanalyse for angst, kinesisk utvalg	41
Tabell 9: Prinsipal komponentanalyse for angst, norsk utvalg	42
Tabell 10: Prinsipal komponentanalyse for depresjon, kinesisk utvalg	43
Tabell 11: Prinsipal komponentanalyse for depresjon, norsk utvalg	44
Tabell 12: Prinsipal komponentanalyse for somatisering, kinesisk utvalg	45
Tabell 13: Prinsipal komponentanalyse for somatisering, norsk utvalg	46

Abstract

I Kina møter barn og unge høye krav til skole og utdanning. Noe som skaper høyt akademisk press og er rapportert å henge sammen med mentale helse-problemer blant ungdom i Kina. I Norge er dette presset mindre blant barn og unge, men til gjengjeld er det her et større fokus på individet og dets rolle som selvdefinerende og ansvarlig for egen lykke. Noe som også kan skape høyt stressnivå.

Denne studien undersøkte forholdet mellom kollektivistisk og individualistisk kultur og mentale helse-symptomer (angst, depresjon og somatisering). Gjennom samarbeid med Hangzhou Normal University og selvstendig datainnsamling i Norge, ble nivå av angst, depresjon og somatisering målt hos ungdom i alderen 12-14 år. Resultatene viste forskjeller mellom sumskårene for angst og somatisering og kulturvariabelen. Det ble også funnet forskjeller innen leddene for hvert symptom. Noe som indikerer strukturelle forskjeller for mental helse på tvers av individualistisk norsk og kollektivistisk kinesisk kultur. I tillegg ble kjønnsforskjeller undersøkt. Her ble det funnet forskjeller mellom gutter i Kina og Norge, samt forskjeller i hvor stor avstanden i symptomnivå er mellom gutter og jenter i Norge og i Kina.

Nøkkelord: kulturpsykologi, individualisme, kollektivism, mental helse, ungdom.

1.0 Innledning

Tema for denne masteroppgaven er mental helse hos ungdommer i Norge og Kina. Fokuset er rettet mot hvordan kultur tenkes å virke inn på psykisk helse på bakgrunn av ulik kulturell praksis og ulikt syn på psykiske lidelser. Oppgaven omfatter en kulturpsykologisk studie hvor målsettingen er å sammenligne psykologisk symptommåling blant ungdom i Kina og Norge for å se om det er forskjeller i symptomindeksene og om dette kan relateres til kulturforskjeller mellom til kollektivistisk og individualistisk kultur.

I boken *The Geography of Thought* retter Richard Nisbett (2003) fokus mot hvordan og hvorfor man tenker ulikt i kinesisk og vestlig kultur. Kina er verdens eldste sivilisasjon, og har lang tradisjon i holistisk og harmonisk tenkning. Influert av filosofen Confucius. Denne måten å tenke på preger kinesisk kultur den dag i dag, og kommer blant annet til uttrykk gjennom familieideologi og synet på utdanning. Kina er videre et samfunn som har bygget sin kultur på kollektivistiske verdier i over 2000 år. Her hersker en stolthetskultur hvor man som familiemedlem skal bidra til å fremstille familien sin positivt. Det er derfor stor skam å «tape ansikt» (Nisbett, 2003). For barn og unge innebærer dette et stort press på å oppnå gode resultater i skolen. Foreldre og lærere forventer gode prestasjoner slik at barna kommer inn på et godt universitet. Det samsvarer med kollektivistiske oppfatninger at familien i Kina har en helt sentral rolle. Det er viktig at forholdene i familien er harmonisk og holistisk. Individet er derfor alltid en del av en større sosial krets. Å fokusere på å være selvstendig og uavhengig blir derfor ikke ansett som viktig. Dette er svært ulikt fra den individualistiske norske kulturen hvor barn oppfordres til å gjøre individuelle valg og å tenke selvstendig fra de er ganske små. I vestlig kultur skal vi våge å være annerledes (Nisbett, 2003). I norsk kultur er vestlige verdier blant annet synlig gjennom kvinners posisjon i samfunnet. Flere kvinner velger i dag høyere utdanning og karriere, og utsetter familielivet. Der er også mer fokus på enslig livsform og aksept av dette. Noe interesseorganisasjoner som «Ensliges Landsforbund» og «Singel sammen» er et bevis på. Formålet for disse organisasjonene er å fremme velferd for enslige blant annet på boligmarkedet og delta i andre viktige samfunnsdiskusjoner. Vi ser også at jordbruks- og storfamilien ikke lenger har en herskende posisjon i Norge i dag. Sammen med denne individualistiske dreiningen legges det også større krav på hvert individ. Det er antatt at dette kan være psykologisk belastende for mennesker.

1.1 Hensikt og begrensninger ved studien

Overordnet fokus i avhandlinga er mental helse, kulturpsykologi og ungdom. Oppgaven vil ikke gå inn på de kliniske og biologiske sidene ved symptomene på mental helse. De vil bli omtalt, men er ikke mål for studien eller tema i denne oppgaven. Bakgrunnen for at oppgaven tar for seg ungdom som gruppe er at mennesker er ekstra sårbar i denne perioden i livet. Å håndtere de fysiologiske endringene i tillegg til de psykologiske gjør at de er ekstra mottakelig for stress og frustrasjon. Dette kan være grunnlag for at mange ungdommer i Kina sliter med utbrenthet og depresjon på grunn av høyt prestasjonspress i skolen. Dette er et dagsaktuelt tema i Kina og en utfordring for det kinesiske samfunnet. Dette er interessant å teste opp mot norske ungdommers hverdagsliv. Ettersom kinesiske ungdommer møter et sterkt press fra ulike sider er det forventet at dette vil slå ut på stress-symptomer (angst, depresjon og kroppslige plager) i pubertetsalderen da ungdom er ekstra mottakelig for psykologisk stress. I den norske kulturen er det ikke like høyt utdanningspress. Men til gjengjeld møter individet mange krav til hvordan det skal fremstå. Fokus på selv-identitet og selvrealiserings-ideologi er antatt å være psykologisk krevende og kan også tenkes å slå ut i form av stress-symptomer. Dette betyr at en sammenligning også må ta inn ulike forhold (uttrykk, begreper) til emosjoner i de to kulturene. Disse antas å være regulert av kulturvariabler og kan særlig slå ut i en sårbar periode som ungdomsalderen.

Å ta for seg det kinesiske samfunnet er ganske omfangsrikt med tanke på de politiske og økonomiske prosesser landet har hatt. Oppgaven begrenser seg derfor til de mest typiske forskjellene mellom kollektivistisk og individualistisk kultur samt de momenter i kinesisk og norsk dagligliv som kan tenkes å ha en innvirkning på ungdommenes mentale helse.

Oppgaven er delt inn i ulike seksjoner etter hva som er vesentlig for studiet. Jeg har valgt å legge stor vekt på familieideologi, utdanningspress og emosjonsregulering i kinesisk kultur ettersom dette er tema som ofte trekkes frem i faglitteraturen når mental helse og psykiatri diskuterer her. For den norske delen av studiet trekkes skolehverdag og familiekultur inn. Jeg har sett spesielt på «Ung Norge»-undersøkelsen som er en utfyllende rapport av hverdagslivet til ungdom i Norge i dag.

1.2 Kulturpsykologi og kryss-kulturell psykologi

I denne oppgaven brukes en komparativ studie mellom to ulike kulturer i en kulturpsykologisk kontekst. Bakgrunn for dette er interessen for å teste hvordan en kollektivistisk og en individualistisk kultur virker inn på mental helse. Dette er eksempel på en kryss-kulturell strategi som anvendes for å supplere den kulturpsykologiske tenkemåten i oppgaven.

Kryss-kulturell psykologi er avgrenset til kulturpsykologi og dreier seg i all hovedsak om studier av atferd og mentale prosesser hvor man forklarer variasjoner mellom ulike grupper på bakgrunn av kulturens innvirkning (Berry et al., 2002). Kultur-psykologisk tilnærming vektlegger gjensidig, interaktivt forhold mellom kulturelle og behavioristiske fenomen.

1.3 Definisjoner

Mental Helse: I denne oppgaven er mental helse definert som angst, depresjon og somatisering som de anvendte symptomindeksene måler.

Kultur: Kultur kan enkelt defineres som et delt levesett for en gruppe mennesker (Adams og Markus, 2004). Én definisjon er at kultur er mønster av kunnskap, tro og atferd. Et sett av delte holdninger, normer, verdier, mål og praksis som karakteriserer en gruppe. (Myers et al., 2010). Kulturen er plastisk og kan derfor endres over tid. Begrepet belyser at kultur innebærer delte oppfatningene av tro, holdninger, normer og atferd (Markus og Kitayama, 1991; Triandis, 1995) som finnes for den gitte sosiale gruppen.

For definisjon av begrepene *individualistisk kultur* og *kollektivistisk kultur* henvises det til punkt 2.3

2.0 Teoretisk tilnærming: Kulturelle Variasjoner og Emosjonelle Vansker

2.1 Kulturpsykologi som utgangspunkt

Oppgaven har bakgrunn fra kulturpsykologi. Kulturpsykologisk tradisjon har sitt utspring fra siste halvdel av 1800-tallet med Wilhelm Wundt og Wilhelm Dilthey, som mente kultur måtte trekkes inn i studiet av høyere mentale prosesser ettersom eksperimentell metode her kom til kort (Hiles, 1996). Ifølge Wundt måtte kulturprosesser studeres indirekte ved å gå dypere inn i deres produkter. Man måtte studere de kulturelle produktene: språk, narrativer, sedvaner, tro, tradisjoner og sosiale institusjoner skulle man forstå mentale prosesser (Hiles, 1996). Men fokuset på kultur i vitenskapelig psykologi høstet liten oppmerksomhet og ble overskygget av behaviorismen som dominerte fra 1920 frem til 1970 tallet (Egidius, 2008).

Frem til 1900-tallet var mange av studiene som så på sammenhengen mellom kultur og psykologi etnosentrisk. Dette betyr at fokuset var vendt mot vestlige verdier. Psykologien ble behandlet som om den var universell og psykologiske prinsipper var antatt å gjelde for alle mennesker (Berry, Poortinga og Dasen, 2002). I boken «Cross-Cultural Psychology» (Berry et al., 2002) stiller forfatterne spørsmål til hvorvidt vi har utviklet en psykologi som er sensitiv til kulturelle variasjoner. De pekte på at psykologi som vitenskap hadde sitt opphav,

og er fortsatt sterkt forankret, i vestlig kultur. Ved å ta utgangspunkt i at vestlig psykologi kunne implementeres av alle grupper og nasjoner, ble den i løpet av 1900-tallet eksportert over store deler av verden. Det har ført til at det er tatt lite hensyn til lokale kulturforskjeller, og at mennesker i ulike typer kulturer har blitt forstått ut ifra et vestlig psykologisk ståsted (Berry et al., 2002). Dette var en akseptert tilnærming til fagfeltet godt inn i det tjuende århundret. Utviklingen av kryss-kulturell psykologi var derfor viktig, og på 1970-tallet begynte psykologer å sette psykologi inn i kulturell kontekst (Triandis, 2007).

I vestlig psykologi har man gjerne forklart menneskets sinn ut ifra et individuelt eller universelt nivå og kulturens rolle har derfor kommet i bakgrunn (Triandis, 2007). I følge Feuredi (2004) har psykologien gjennom terapeutiske arbeidsmetoder gitt sosiale problemer individuelle og private årsaksforklaringer. Dette er et perspektiv man i kulturpsykologiske kretser har stilt seg kritisk til. Forskere og fagfolk her mener kultur og miljø må inkluderes mer (Feuredi, 2004; Berry et al., 2002). Ratner (2006) fremholder at kulturelle faktorer har vist seg å være bedre prediktorer for psykologiske fenomen enn personlige faktorer. Han eksemplifiserer dette ved å trekke frem at jobbmarked, arbeidsledighet og kjønn i større grad enn personlige faktorer kan predikere mentale lidelser (Ratner, 2006). Fram til 1990- tallet har psykologiens hovedpunkt vært at menneskets psykologi først og fremst består av nevrologiske komponenter og organismer i hjernen som er avgjørende for hvordan vi tenker, persiperer og føler (Doidge, 2008). I dag er det større enighet om at vi må gi mer plass til menneskets miljø når vi snakker om psykologisk utvikling (Myers, Abell, Kolstad og Sani, 2010).

Som navnet tilsier vektlegger kulturpsykologi kulturens innvirkning på menneskets atferd og sinn (Adams og Markus, 2004). Sammenlignet med deler av mainstream-psykologien, er langt mindre av fokuset i kulturpsykologi på personlighet og individuelle mekanismer. Psykologien er både forankret i, og med på å utvikle, vår sosiokulturelle verden. Dette er en konstant pågående og gjensidig prosess hvor den ene påvirker den andre. De må derfor analyseres og forstås i sammenheng med hverandre (Adams og Markus, 2004). Kitayama mener kulturen helt og holdent er automatisert (Kitayama, 2002). Den er forankret i det Durkheim kaller sosiale fakter (Hallowell, 1955 omtalt i Kitayama 2002). Med fakter her menes daglige rutiner, praksis, ritualer, diskurser, stil på samtaler og sosiale institusjoner (Lewin, 1951 omtalt i Kitayama, 2002). Disse faktene er menneskeskapt og innebærer også automatiserte mentale responser som danner samfunnet og det daglige miljøet hvor handling utspiller seg (Hallowell, 1955 omtalt i Kitayama 2002). Innenfor kulturpsykologi ser man på kulturelle faktorer som årsaksforklaringer på utbredte helseproblemer. Kulturell praksis består

av symbolske prosesser, lagteorier, skjema, bilder og ikoner som deles av gruppe-medlemmene og vises gjennom daglige ritual, vaner og sedvane (Kitayama, 2002; Sperber, 1996). For mental helse kan tenkes at kulturen har innvirkning på hvordan miljøbestemte stressorer blir tolket og persipert, samt hvilke håndteringsstrategier man tar i bruk for å få bukt med ytre og indre trusler (Kleinman og Lin, 1981). Dette betyr at stress-symptomer kan oppstå ulikt i ulike kulturer.

2.2. Individualisme og kollektivism

Et av de mest brukte skillelinjene i beskrivelse av ulike kulturelle egenskaper er begrepene individualisme og kollektivism. Disse anvendes av og til for å karakterisere hele kulturer som individualistisk eller kollektivistisk. Begrepene stammer fra Tönnies begrep *gesellschaft* og *gemeinschaft* (Kitayama, Duffy, Uchida, 2010) og andre begrep fra antropologi, sosiologi etc som er nærliggende innholdet i individualisme og kollektivism - dimensjonen (Triandis, 1995). Durkheim bruker terminologien mekanisk solidaritet når medlemmene i en gruppe er svært lik og relaterer seg automatisk til hverandre uten å vurdere andre alternativer slik de gjør i kollektivistiske kulturer. Organisk solidaritet beskriver når det å være medlem i en sosial gruppe tjener en bestemt funksjon og har klare fordeler, slik det brukes i individualistiske kulturer (Triandis, 1995. s. 7).

De siste 30 år har forskere forsøkt å kartlegge systematiske variasjoner i verdier knyttet til individualistisk og kollektivistisk kultur (Kitayama, Duffy og Uchida, 2010). En pionerstudie i denne sammenheng er Geert Hofstedes studie for IBM i 1968 og 1972 (Hofstede, 1980). Her ble 117 000 ansatte fra til sammen 40 ulike nasjoner spurt om jobb-relaterte verdier. Videre arbeid i dette prosjektet ledet frem til fire kulturelle dimensjoner, hvor individualisme var en av dem (Hofstede, 1980). Skillelinjen mellom individualisme og kollektivism har særlig blitt utdypet av Harry C. Triandis. I hans bok "Individualism & Collectivism" (1995) som er basert på hans egne studier mellom 1980 og 1994, og gis det en utfyllende beskrivelse av kollektivism og individualisme og deres tilknytning til kulturer. Triandis (1995) bruker begrepet Individualistic-Collectivistic-construction (I-C – konstruksjon) når grad av individualisme/kollektivism i en kultur skal beskrives. Individualisme og kollektivism-begrepene i psykologisk sammenheng, er knyttet til verdier, og I-C konstruktet er derfor en verdidimensjon (Berry et als., 2002). Verdier i denne sammenheng defineres som: "en bred tendens til å foretrekke bestemte relasjonsforhold (state of affairs) over andre" (Hofstede, 1980. p. 19). Verdier er stabile og samsvarer med personlige trekk og kulturelle karakteristikk. Både eldre og nyere forskning på verdier viser

til I-C dimensjonen (Berry et als., 2002).

Hofstedes arbeid har lagt mye av grunnlaget for hvordan man måler I-C. Hans faktoranalyse av land og verdier er basert på få “items” (ledd/variabler?) og var derfor lite adekvat å bruke på individ eller organisasjonsnivå (Hofstede og Spangenberg, 1987. Omtalt i Berry et al., 2002). Ut fra dette begynte forskere å utvikle skalaer som kunne brukes på individnivå for å indikere hvor individet befant seg langs en I-C skala. Det er også utviklet måleverktøy som for eksempel *Self-construal Scale* (SCS), som måler uavhengig og gjensidig avhengighetsforståelse hos individet (Singelis, 1994).

2.2.1. Individualisme

Å være en del av en sosial gruppe og større nettverk er svært viktig for alle mennesker (Tajfel, 1982), men funksjonen, innstillingen og konsekvensen av den er avhengig av kultur og kan derfor variere. I individualistiske kulturer har nære relasjoner den funksjon at de behager individet og selvet, i tillegg til at den emosjonelle avstanden er større i inn-gruppene. De kontraktene man har etablert med andre tjener personlige formål foran andres. Gjennom egne behov, rettigheter og preferanser skapes motivasjon (Triandis, 1995).

Individualisme som konsept har blitt brukt av antropologer og andre forskere som har vært opptatt av hvordan kategorien “individ” er forskjellig i ulike kulturer, men ble først brukt av politiske filosofer (Triandis, 1995; Lukes, 2006) i det attende århundret. Senere ble individualisme diskutert ut ifra hensikten og forutsetningen individualismen har for nåtidens liberalisme (Lukes, 2006). Individualisme ble det passende begrepet på siste kvartal av 1900-tallet. Kommunismen hadde skremt de vestlige markedsstyrte landene samtidig som enkelte land opplevde krise i sine velferdssystem og hadde mistillit til begrepet sosialisme (Lukes, 2006). Både den amerikanske og franske revolusjonen bygger på individualistiske ideer, men skapte reaksjoner i befolkningen som var kollektivistiske. Fra dette har vi tatt i bruk begrepet kollektivism (Triandis, 1995).

Spinoza er en av de filosofene som har redegjort tydeligst og systematisk for individualistisk tankegang. “En fri mann er en aktiv, selvbestemmende, tenkende skapning og paradigmet av frihet er en intern, bestemmende resonering som leder til selvinnlysende sannheter» (s.56 Lukes, 2006). Dette sier at frihet innebærer å være selvbestemmende og å kunne følge sine lyster. Fra denne tankegangen kan man se at individualisme henger sammen med autonomi og eget ansvar. Det fremholdes som viktig å være autonom og kunne håndtere det press og normer man møtes med. Derfor er det viktig med kritisk refleksjon (Lukes, 2006). Innholdet i Spinozas tekst beskriver på mange måter hovedessensen i individualistiske

kulturer. Her er det individets uavhengighet og frie vilje som er i fokus. Dette er en kontrast til de østlige kulturer hvor hovedfokus ligger på mellommenneskelige forhold. Selvet er en del av disse forholdene og kan ikke eksistere utenfor denne konteksten.

2.2.2. Kollektivism

Innen kollektivistiske samfunn tenker man helhetlig på hele gruppen man tilhører og har ikke fokus på seg selv, egne behov og ønsker. Å opprettholde harmoni og samhold innen familierelasjoner og andre sosiale nettverk er svært viktig (Triandis, 1995). Et eksempel er diskursen "ekteskap". I en individualistisk kultur tenker man at ekteskap fletter to mennesker sammen. I en kollektivistisk kultur vil ekteskap flette to familier sammen, noe som betyr at det i noen kollektivistiske kulturer er mer legitimt for foreldre å blande seg inn i barns valg av ektefelle (Triandis, 1995).

I kinesisk kultur vekker ordet individualisme konnotasjoner som egoistisk og selvisk. Det assosieres med egeninteresse foran gruppens, og mangel på omtanke for andre. Kollektivism derimot, relatert til solidaritet til gruppen (Ho & Chiu, 1994. Omtalt i Triandis, 1995). I disse kulturene er det også tydeligere statusposisjoner og hierarkisk inndeling enn i individualistiske kulturer. Det er viktig å legge til at det finnes mange former for individualistiske og kollektivistiske kulturer. Selv om to kulturer beskrives som kollektivistisk kan de ha store forskjeller. For eksempel er det stor forskjell på latin-amerikansk og kinesisk kultur, selv om de begge er kollektivistisk.

2.2.3. Emosjoner i kollektivistisk og individualistisk kultur

Sammenligningen i denne oppgaven baserer seg på en sammenligning mellom emosjonelle problemer som angst, depresjon og somatisering i en individualistisk norsk- og en kollektivistisk kinesisk kultur. Det er derfor grunn til å se nærmere på hvordan kulturelle forhold antas å påvirke emosjonelle reaksjoner, og gir grunn for å kaste et blikk på emosjoner i denne oppgaven.

I arbeid med kulturelle konstruksjoner har det blitt framsatt kulturelle modeller som ser på forholdet mellom positive og negative emosjoner (Niedenthal et al. 2006). I den asiatiske modellen henger alle følelser sammen. Dette betyr at motstridende følelser som glede og sinne har en tilknytning til hverandre hvor den ene ofte avløser den andre. Ut ifra denne modellen blir ekstreme emosjoner sett ned på. Derimot er det positivt å ha moderate følelser som viser at en har et balansert forhold mellom det positive og negative (Leu et al., 2005. Omtalt i Niedenthal et al., 2006). Denne tankegangen stammer fra religioner og

filosofiske retninger som taoisme, buddhisme og konfucisme. Her er lykke-jag et uttrykk for at individet ikke klarer å motstå begjær og dermed er svakt. I tillegg kan det være forstyrrende for gruppeharmonien ved at det skaper sjalusi i inn-gruppen eller gjør at selvfokus blir for stort. (Edwards, 1996 omtalt i Niedenthal et al., 2006; Heine, Markus, Lehman & Kitayama, 1999). I den kinesiske kulturen legges det også vekt på at uttrykk av følelser bør modereres. Igjen er det harmoni og følelse av samhold som ikke skal forstyrres (Cole, Bruschi og Tamang, 2002). I individualistiske kulturer er man mindre bekymret for sosiale strukturer. Dette viser seg i typiske vestkulturelle oppfordringer som «vær deg selv», «ikke bry deg om hva de andre tenker om deg» og andre populærkulturelle innslag fra musikk og film. En slik forskjell i tilnærming til emosjoner innebærer at for eksempel skamfølelse kan opptre sterkere og oftere i kollektivistiske kulturer. Skamfølelse her vil holde kontroll på respekt for autoriteter og gruppeharmonie (Cole, Bruschi og Tamang, 2002).

I Kina vil man ved fysisk smerte etterfulgt av psykisk smerte, kun henvende seg til den fysiske delen av smerten ettersom psykiske smerte er sett ned på og mentale lidelser er stigmatisert (Kleinman, 1980). I disse situasjonene lærer individet et sofistikert sett for termer og tro for somatisk ubehag. Man lærer seg å snakke om psykisk ubehag gjennom å snakke eksplisitt om fysisk smerte (Kleinman, 1980). Det er ikke dermed sagt at psykisk smerte ikke forekommer, men at den helst uttrykkes i form av en fysiologisk terminologi. Familie, venner, lærere etc. tillegger ikke negative betingelser til de fysiske klagene slik de gjør for de psykiske. Fysisk smerte legitimerer nederlag i skole, sport, arbeidsliv, seksuell liv etc. Barn lærer ikke å utfordre sin fysiske sykdom og medisinske tilstand. Å bruke psykologisk ubehag som forklaring på nederlag viser mangel på sosial efficacy og er i tillegg stigmatiserende (Kleinman, 1980).

Ut ifra europeisk-amerikanske modellen for emosjoner er følelser som tristhet og glede mer adskilt fra hverandre sammenlignet med kinesisk tilnærming til følelser. I vesten er lykke den emosjonen man ønsker å optimalisere (Bagozzi, Wong & Yi, 1999; Leu et al. 2005. Omtalt i Niedenthal et al., 2006). Det er viktig å få frem de beste følelsene som lykke og tilfredshet. Å være nedstemt eller ulykkelig blir derfor sett på som et nederlag (D`Andrade, 1984). Dette betyr at dersom man ikke føler seg tilfreds og lykkelig er det fort å tolke det som et tegn på at det er noe galt med en selv. Følelser brukes da som indikasjon på ens egenverdi. Denne måten å forholde seg til emosjoner på, kyttes opp mot den humanistiske filosofien som sprang ut av renessansen (Lukes, 1973). Ut ifra denne filosofiske tankegangen er man sin

egen lykkes smed. Her er individet i sentrum som selvdefinerende og selvbestemmende (Bellah, Madsen, Sullivan, Swindler & Tipton, 1985, omtalt i Niedenthal et al., 2006).

2.2.4 Kjønnsvariabelen i I-C dimensjonen

Selvet til kvinner og menn er forskjellig fra hverandre og har blitt knyttet til samme psykologiske karakteristikk som man finner i individualistiske og kollektivistiske beskrivelser. Menns selv-konstrukt er gjerne individualistisk, autonomt og uavhengig. Mens kvinners væremåte er mer preget av kollektivism, samspill, relasjoner og kommunikative ferdigheter (Gilligan 1982; Kashima et al., 1995). På bakgrunn av dette har forskere stilt spørsmål til hvorvidt disse selv-konstruktene kan karakteriseres av de samme psykologiske dimensjonene som man finner i individualisme- kollektivism-dimensjonen (Kashima et al., 1995). Kashima med kollegaer har studert dette. På bakgrunn av sine resultat konkluderer de at kjønns- og kulturforskjeller ikke har mye overlapp. Kvinner er ikke mer lik mennesker fra kollektivistiske kulturer (Kashima et al., 1995). De sier videre at kulturelle forskjeller uttrykkes mest på den individualistiske dimensjonen av selvet. Kjønnforskjellene derimot, uttrykkes tydeligst på den relasjonelle dimensjonen av selvet, som handler om i hvilken grad mennesker ser seg selv som emosjonelt relatert til andre. Disse to dimensjonene er separat (Kashima et al. 1995). I Gilligans (1982) kritikk av Kohlberg hevder hun at det separate selvet er beskrevet ut ifra et mannlige perspektiv. Kvinners selv-konsept er mer preget av å være et selv i et relasjonsforhold og er et konsept som ligger langs en relasjonell dimensjon (Gilligan, 1982). Det hevdes også at det i individualistiske kulturer er større forskjell mellom kjønn i opplevelse og uttrykk av emosjoner (Bagozzi, Wong & Yi, 2010).

2. 3. Emosjonelle vansker og lidelser

2.3.1 Angst

Angst kan beskrives som nervøse og engstelige følelser som kan skape sterkt emosjonelt og fysisk ubehag hos vedkommende som har det. Noen vil beskrive det som en kraftig redsel som tar overhånd over kropp og hode. Det finnes mange former for angstlidelser; sosial angst, generalisert angst og fobier for å nevne noen (Antony, Federici og Stein, 2009). På verdensbasis er angst vanlig både hos voksne og barn. Sentralt for angstudvikling er beskyttende faktorer og risikofaktorer. I rekken av risikofaktorer er genetisk sårbarhet (biologiske faktorer) og miljørelaterte faktorer, spesielt foreldre-barn relasjon, viktig (Connolly, Simpson & Petty, 2006). Angst har en tendens til å gå igjen i familier, og dette er kanskje den største predikatoren for utvikling av problemet. En av årsakene til dette kan være

genetisk arv, men det er lite kunnskap om hvilke gener som kan være predisponert for angst (Wichstrøm, 2007). Ustabil oppvekstmiljø, begrenset og kald omsorg, og sterk grad av kontrollbehov og overbeskyttende oppdragelse har vist seg å være angstfremkallende hos barn (Wiborg & Dahl, 1997). Dersom foreldrene selv har angst, er det antatt at det er større sjanse for angstutvikling hos barnet (Connolly et al., 2006). Også kjønnsmessig finner vi forskjeller. Jenter har større sjanse for å utvikle angst enn gutter (Wichstrøm, 2007; Connolly, Simpson & Petty, 2007).

Redsler kan deles inn i to hovedkategorier: frykt i forhold til reell fare, og frykt som ikke står i forhold til reell situasjon. Sistnevnte er det vi referer til som angst. Frykt for reell fare er kroppens forsvar mot ytre trusler og noe alle mennesker i en viss grad er avhengig av. Dersom man opplever angst overfor en situasjon som ikke utgjør en direkte og reell trussel, vil det autonome nervesystemet aktiveres som om man virkelig var i fare (Moxnes, 2009). Diagnosen angstforstyrrelse innebærer at man har en svært sterk form for angst og at dette går ut over fungeringen i dagliglivet (skole, jobb, sosialt) (Wichstrøm, 2007).

Kultur og angst har ikke blitt spesielt mye vektlagt i angstforskningen noe som forteller oss at det først og fremst er individets private sfære som er i fokus. Likevel har kulturelle komponenter fått stadig mer oppmerksomhet på dette feltet (Rapee og Hudson, 2009). Debatten hvorvidt kultur påvirker angst har gitt motstridende resultater. Mens enkelte har funnet resultat som viser at forekomst av angst er høyere i østlige kulturer, har andre igjen funnet dette i vestlige kulturer (Rapee og Hudson, 2009). I slike debatter er det viktig å ta hensyn til forskjeller i innholdet av en diagnose. «Kulturelle normer kan påvirke psykopatologien ved å determinere nivået hvor symptomer blir oppfattet som problematisk for individets liv», (Hudson og Rapee, 2009 s. 181; Rapee og Spence, 2004). Hva som oppfattes som belastende og problematisk hos mennesker kan variere mellom ulike kulturer. Dette påvirker også psykopatologi (Rapee og Spence, 2004).

Hvordan angst subjektivt oppleves og uttrykkes, og på bakgrunn av dette legger hinder i dagliglivet, er sannsynligvis noe influert av kulturelle betraktninger. Disse betraktningene vil også være med på å avgjøre hva som regnes som psykisk lidelse innenfor den gitte kulturen. (Hudson og Rapee, 2009). At det forkommet kulturspesifikke former for angst er kjent. For eksempel er taijin kyofusho (TK) i Japan angst for sosial interaksjon i frykt for å skape stress hos andre (Hudson og Rapee, 2009).

2.3.2 Depresjon

Med depresjon her menes depressive lidelser i klinisk forstand. Fra tid til annen er det

helt normalt at vi føler oss nedfor og nedtrykt, men varer dette over lengre perioder og opptrer med følelser som skyld, likegladhet, verdiløshet etc., snakker vi om en mer alvorlig form for tungsinn, altså depresjon (Egidius, 2008). Det kan være flere årsaker som gjør at mennesker opplever å bli deprimert.

Den biologiske modellen tar utgangspunkt i biokjemiske endringer i hjernen. Dette skjer ved nivå av signalsubstansene serotonin og noradrenalin som er for lavt, noe som samsvarer med depresjon (Egidius, 2008). Det er i midlertidig viktig å legge til at miljøfaktorer antas å stå for 63 % av variasjonene i depresjon (Wichstrøm, 2007). Innenfor den kliniske terminologien av depresjon inngår følgende symptomer: emosjonelle symptomer (nedstemthet), kognitive symptomer (konsentrasjonsvansker, ser negativt på fremtiden), kroppslige symptomer (søvnproblemer), motoriske symptomer (treg, rastløs), spiseproblemer og suicidale symptomer. Mange av de kjennetegnene vi kjenner fra depresjon hos voksne, er å finne igjen i depresjon hos unge. En liten forskjell er irritasjon som er et vanligere symptom på depresjon hos ungdom enn hos voksne (Wichstrøm, 2007).

Ifølge Kleinman (1977) er lidelsen depresjon en kulturell kategori som vestlige psykiatere har utviklet etter definisjoner og observasjoner ut ifra en vestlig kulturell modell og et vestlig ståsted. Dette gjør at den bare er anvendbar for mennesker innen denne kulturen, og derfor lite funksjonell å bruke i kryss-kulturelle studier. Dette er fordi den vil finne det som er universelt og miste kulturelle særtrekk som ikke passer inn i de fastsatte parameterne (Kleinman, 1977). De kjente kjennetegnene ved depresjon som insomnia, energimangel, humørsvingninger, fordøyelsesproblemer og vekttap er, i tillegg til følelsen av nedstemthet, nok så universale kjennetegn, men representerer bare en liten del av hele feltet på fenomenet depresjon. Det er det vi ikke ser som er interessant (Kleinman, 1977). Kleinman (1977) foreslo at en burde starte et kryss-kulturelt studie med lokale, fenomenologiske beskrivelser av lidelsen for deretter å sammenligne disse med beskrivelser fra forskningslitteraturen. Først da har man mulighet til å sammenligne de kulturelle og profesjonelle (vestlige), psykiatriske forklaringene på depresjon (Kleinman, 1977).

Flere studier av depresjon i Kina har funnet at kineserne rapporterer mindre depressive symptomer enn vesten. På bakgrunn av disse funnene hevdes det at depressive lidelser undertrykkes ettersom mentale lidelser er stigmatisert i Kina (Parker, Gladstone og Chee, 2001). Det er viktig å legge til at det i Kina finnes 55 registrerte minoriteter og flere hundre som ikke er registrert. Dette gjør det vanskelig å generalisere (Parker, Gladstone og Chee, 2001). Sammenlignet med vesten er det gjort relativt lite målinger av livstidsprevalensen for

depresjon i Kina. Dette vil si hvor mange mennesker innen befolkningen som vil få depresjon i løpet av sin levetid. I vestlige i-land ligger den på mellom 3 og 17 prosent (Kessler et al., 1994. Omtalt i Yen et al., 2000). En studie i Kina har funnet at denne er på 0.19 prosent blant et utvalg trukket fra en voksen befolkning (Hwu, Chang og Yeh, 1996. Omtalt i Yen et al., 2000). Dette er et lavt tall sammenlignet med prevalensen i i-land. Derimot er det høy rate for neuranesti i Kina (Kleinman, 1982). Dette er diagnose for nevrologiske forstyrrelser som kjennetegner svake nerver, utmattelse, svakhet, søvnproblemer, konsentrasjons – og hukommelsesvansker og spenning og smerter i muskler. Ifølge Kleinman (1977) tilsvarende diagnosen 33 til 50 prosent av alle polikliniske pasientdiagnoser i Kina. Re-diagnostisering av neuranesti til DSM, som er internasjonalt klassifiseringssystem for sykdommer, fant at 40 til 90 prosent av disse møtte kriterier for større alvorlige depresjonslidelser (Kleinman, 1977).

2.3.3 Somatisering

Somatisering defineres som “uttrykk av personlig og sosial frustrasjon og stress (distress) gjennom et sett av kroppslige plager som gjør at man ønsker medisinsk hjelp (Kleinman og Good, 1985). Dette er en “Psykologisk betinget opplevelse av fysiske plager uten at det finnes noen fysisk sykdom som fullt ut kan forklare symptombildet” (Egidius, 2008 s. 473-474). Psyko-somatisk lidelse er en annen betegnelse for somatisering.

Forskere mener at hyppigheten av somatisering er særlig høy i Kina fordi kineserne bruker eksterne håndteringsmekanismer for å takle psykisk stress. Det er ikke vanlig å utdype sitt indre følelsesliv for hverandre eller fagfolk, så gjennom å gi kognitive håndteringsresponsen en ytre, kroppsliggjort form, gjøres de om til somatisk opplevd, og uttrykt frustrasjon (Kleinman og Lin, 1981).

Mange av de studiene som har sammenlignet somatisering mellom amerikansk og kinesisk kultur har tatt utgangspunkt i utvalg fra polikliniske pasienter i Kina, og ikke tilfeldige utvalg fra normalbefolkningen (Yen, Lin, og Robins, 2000). Dette gjør at forskjellene mellom øst og vest kanskje er mindre enn antatt for somatisering. Grunnen for at skårene er høyere for et pasient-utvalg kan settes i sammenheng med sosiokulturelle aspekt ved å ha en mental lidelse eller som et uttrykk for ønske om hjelp (Yen, Lin, og Robbins, 2000).

2.3.4. Pubertetsfasen

Ettersom deltakerne i undersøkelsen nærmer seg, eller allerede er i puberteten er det rimelig å ta med noe om denne livsfasen. Puberteten er en kjønnsmodningsprosess som

igangsetter en intense fysiologiske og psykologiske prosesser i 13-16 årsalderen (Egidius, 2008; Wichstrøm, 2007). Økt produksjon av hormoner gjør at man i løpet av 2-4 år opplever store endringer i kroppen. Jenter er som oftest kjønnsmodne et par år før guttene (Wichstrøm, 2007). I tillegg til de rent hormonelle endringene vil det sosiale og kulturelle miljøet virke inn på endringsprosessen. I løpet av tenårene kan man merke at sosiale forhold endrer seg og ungdommen begynner å forholde seg annerledes til foreldre, besteforeldre, venner og andre sentrale personer i ungdommens liv (Wichstrøm, 2007). Disse relativt hurtige omveltningene kan medføre identitetskrise for ungdommene. Identitetskrisen bringer med seg eksistensielle spørsmål og noen unge opplever en fremmed følelse overfor seg selv og hvem de er (Egidius, 2008).

2.4 Kina og Norge

I denne delen av oppgaven presenteres det kulturelle bakteppet for sammenligning av data angående indikasjoner på stress. Ettersom kinesisk kultur og tenkemåte er den mest fremmede og ukjente av de to, er det nødvendig å gå noe mer i detalj her.

2.4.1 Familierelasjoner og harmoni – hjørnesteinen i kinesisk kultur

Familiens rolle har bestandig vært sentral i det kinesiske samfunn (Whyte og Parish, 1984). Familieloyalitet har vært dominerende på et hvert sosialt nivå (Madge, 1974. Omtalt i Whyte og Parish, 1984) og denne posisjonen har stått stabilt til tross for de politiske og økonomiske endringer som landet har vært igjennom (Whyte og Parish, 1984). Familiekulturen i Kina bygger på Konfutsiansk familieideologi. Opprinnelig innebar dette at fem generasjoner bodde under samme tak og den eldste mannen var overhodet (Hansen og Thøgersen, 2008: Whyte og Parish, 1984). Dette har preget familiekulturen i over 2000 år. Når Mao og KKP kom til makten i 1949, ble deler av familiesammensetningen endret. Endringene ble ytterligere forsterket når Kina i 1978 innførte markedsøkonomi. Det viktigste som skjedde var at kvinner ble mer likestilte, og fokus på overbefolkning gjorde at det ble født færre barn. Nedgang i antall barn per familie skyldes ikke bare ettbarne-politikk, slik mange tror. Det ble større arbeidsmarked i byene, og både menn og kvinner kom nå i fast arbeid. Dette gjorde at man ikke lengre har behov for store familier slik man hadde da hovednæringen var jordbruk. I tillegg er det økonomisk belastende med mange barn. Selv om familiene ble noe endret, er de fortsatt en viktig sosial og økonomisk enhet i Kina, og familien har en helt sentral posisjon i samfunnet (Hansen og Thøgersen, 2008). I dag er det mange barn som vokser opp uten søsken i de store byene, og foreldrene stiller forventninger til barnet sitt

slik at de skal klare seg i det konkurransepregede og krevende utdanningssystemet som Kina har (Hansen & Thøgersen, 2008).

Kina har vært patriarkalsk i århundrer. Og kvinner har vært underlagt fedre, ektemenn, brødre og sønner (Whyte og Parish, 1984). Tette bånd i autoritære og patriarkalske samfunn bygger ofte på at den autoritære posisjonen viser mye oppmerksomhet til de under seg. En velmenende omsorg som ytres i form av autoritær atferd. Kulturer som dette har tydelige kodekser for hvordan man opptrer i ulike sosiale sammenhenger og overfor ulike sosiale posisjoner. For eksempel opptrer man annerledes overfor eldre enn for unge mennesker.

For kinesere er harmoni i familieliv og sosiale relasjoner viktigere enn harmoni i indrepsykiske forhold. Gjennom mellommenneskelige relasjonene håndterer de sine indre personlige problemer. De er derfor avhengig av et godt forhold til foreldre, besteforeldre, søsken og andre viktige personer. Disse relasjonene kan både generere og redusere stress, avhengig av hvor sterk og stabil de er (Kleinman og Lin, 1981). De «private» følelsene er tett knyttet opp til mellommenneskelige forhold og man opplever et sterkere fellesskap rundt de situasjonene som kan gi opphav til dysforiske affekter, sammenlignet med vesten (Kleinman og Lin, 1981).

I kinesisk kultur er harmoni også den viktigste faktoren for å ha et sunt og frisk sinn og kropp. Det er først og fremst harmoni og balanse innen familie og andre nære relasjoner som er viktig. I tradisjonell kinesisk kultur er familien er en enhet som eksisterte før du ble født og som skal fortsette å eksistere etter din død. På denne måten er familien udødelig. Den er et hjul som hele tiden spinner og hvor forfedre lever videre gjennom videreføring av familien. Et hvert medlem skal bidra til lykke i familien og skal ikke kaste skam over den. En skade på et familiemedlem betyr skade på hele familien (Kleinman, 1980). Barn lærer at innen denne sirkelen skapes de mest signifikante meningene. Hvordan mennesker utenfor denne sirkelen ser på og verdsetter dem, avgjør hvordan de ser på hele familien. Derfor vil det å lykkes og å oppnå noe, være noe man oppnår for hele familien. Dette får konsekvenser for hvordan emosjoner blir uttrykt og bevisstgjort, er bakgrunnen for at man i Kina lærer at sterke og negative følelser ikke er noe som skal uttrykkes fritt og åpent da dette kan sette mellommenneskelige relasjoner i fare, og forstyrre harmonien.

I stedet for å ha et indre fokusere på sine egne følelser lærer kinesiske barn å legge merke til andres følelser, spesielt foreldres og søskens emosjoner (Nisbett 2003; Kleinman, 1980). Foreldrene vil begynne mens barna er veldig små å fokusere på å lese andres ansiktsuttrykk (Nisbeth, 2003). Informasjonen man får gjennom å legge merke til andres

atferd og følelser skal brukes til å justere sin egen atferd slik at man responderer på en passende måte overfor deres atferd og følelser (Kleinman, 1980). Det er ikke dermed sagt at man ikke legger merke til egne emosjoner. Kinesiske familier har stabile og intime relasjoner som er viktigere for selvet og affektene enn egne tanker, fantasier, ønsker og følelser (Kleinman, 1980). Å løse eventuelle problemer gjennom grupperelasjoner er ansett som modent og voksent, kontra å fokusere på personlige problemer som viser umoden og uønsket oppførsel.

2.4.2. Utdanningspress blant kinesiske skolebarn

Sentralt i denne oppgaven er det akademiske presset som utøves blant barn og unge i Kina. Det er derfor hensiktsmessig å komme inn på litt av historien og oppbyggingen av den kinesiske grunnskolen, samt årsaker til at det akademiske presset skapes.

På 1970-tallet ble det vanlig at de fleste kinesiske familiene sendte barna sine på skole og utdanningssystemet ble preget av konkurranse. Utover 1980-tallet ble barns kunnskapsnivå testet og målt gjennom prøver og eksamener. Dette ble gjort fra barna var ganske små, noen helt ned i barnehagealder. På bakgrunn av disse målingene ble klassene inndelt. Dette bidro til at det ble skapt eliteskoler flere steder (Hansen og Thøgersen, 2008). Dette presset var negativt for barns fysiske og psykiske utvikling og det ble etterhvert forbudt å dele de yngste inn etter eksamensresultat. Til tross for dette er det kinesiske utdanningssystemet fremdeles sterkt preget av eksamener og tester. Foreldrene synes dette presset er negativt, men vil ikke eksperimentere med utdanningssystemet ettersom dette kan stille barna svakere i en konkurranse som er avgjørende for framtida (Hansen og Thøgersen, 2008). Familien bidrar også til å skape press i å prestere på skolen. Det er funnet at kinesiske skolebarn har høyere psykologiske symptomer enn skolebarn i vestlige land og dette er antatt å være relatert til dette presset (Riley, 2003). Den akademiske konkurransen som foregår i Kina henger sammen med at det ikke er så mange plasser på universitetene folketallet tatt i betraktning. Universitetsutdanning gir dessuten status (Riley, 2003).

En studie av 997 elever fra fire videregående skoler i Beijing, viste at kinesiske gutter skåret høyere enn kinesiske jenter på symptomer som depresjon og angst satt i sammenheng med skolepress. Kinesiske barn oppdras til fromhet overfor sine foreldre (Riley, 2003). Anstrengelse og prestasjon er svært viktig når det kommer til å prestere og oppnå gode resultat, dette er mer positivt vektlagt enn å ha et iboende talent for oppdraget. Dersom man mislykkes på skolen derimot, blir dette forklart ut ifra liten egeninnsats og mangel på personlig vilje til å prestere (Riley, 2003).

Skolesystemet består av seksårig grunnskole, treårig lavere middelskole (ungdomsskole) og treårig høyere middelskole (videregående skole). En skoledag varer åtte timer mandag til fredag og fire timer på lørdag (Riley, 2003). Observasjoner og intervju av kinesiske barn (Kessen, 1975. Omtalt i Chen og Uttal, 1988) viser at de liker skolen godt og at de er svært dedikert i sitt arbeid. De er mindre utsatt for psykologisk frustrasjon enn amerikanske skolebarn. Dette kan forklares ved at kinesiske barns mål og motivasjon er svært sterk og internalisert (Chen og Uttal, 1988). Forskerne konkluderer fra sitt arbeid at det er vanskelig å forsøke å forstå og tolke det kinesiske utdanningssystemet og verdiene ut ifra vestlig psykologi. Det som blir tolket som kilde til stress i vesten er ikke nødvendigvis en stressfaktor i østen. For å forstå kryss-kulturelle forskjeller må disse forstås innenfor det kulturelle systemet og verdiene for hver kultur (Chen og Uttal, 1988).

2.4.3. Kinesisk syn på mentale lidelser

Våre kognitive, affektive og kommunikative prosesser påvirkes av den kulturen vi vokser opp i og tilhører. Gjennom å studere hvordan depresjon og andre psykologiske symptomer uttrykkes gjennom somatisering, kan vi forstå bedre hvordan kinesisk kultur påvirker de nevnte prosessene i tillegg til atferd (Kleinman og Lin, 1981). Ifølge Kleinmann og Lin (1981) er affekter responser på interne og eksterne stimuli. Disse er psykobiologisk forankret og universell. Kulturen kan påvirke våre affekter gjennom mediering av kognitive håndteringsprosesser. Eksempel på dette er fornektelse, undertrykkelse og fortrenning. Disse måtene å håndtere psykologiske trusler på er universelle, men kommer til uttrykk og nyttiggjøres innenfor en kulturell kontekst gjennom spesifikke mønster. Blant tradisjonelt orienterte kinesere ser det ut til at eksterne håndteringsprosesser brukes for å håndtere dysforiske affekter i en langt større grad enn internaliserte håndteringsprosesser (Kleinman og Lin, 1981).

Det er tradisjonell kinesisk tankegang at følelser sitter og uttrykkes i organene. For eksempel er hjertet hovedsetet for emosjonene og leveren er forbundet med anger. Dette er semantiske nettverk som uttrykker emosjoner gjennom kroppslig bildegjøring og erfaringer. Kleinmans (1980) studie i Taiwan viste gjennom psykoterapi og intervjuer at følelsene var delt i overfladiske og offentlig og de mer dypere og private følelsene. «De offentlige ble tilgjengelig gjennom spørsmål og var, fra et vestlig synspunkt, overfladisk og ureflektert og usofistikert. De andre følelsene ble aldri delt med noen, bortsett fra nære venner under spesielle omstendigheter. De ble sett på som svært personlige og holdt tilbake fra andre. Å snakke åpent om disse følelsene var pinlig og skamfullt. Døren til det aller helligste er stengt

selv for personen selv. Dette er sterk kontrast til middelklasse kaukasus-amerikanere (Kleinman, 1980).

Det er ikke uvanlig at pasienter klager på angst, depresjon og andre psykologiske problemer. Kleinman (1980) har studert depresjonens fenomenologi i USA og Taiwan og sier at symptomene (illness) er svært forskjellig, men at selve sykdommen (disease) er den samme i begge populasjoner (s. 138, Kleinman, 1980). Den samlede forekomsten av større psykiatriske problem i Taiwan antas å være lik som i USA (Lin et al., 1969. Omtalt i Kleinman, 1980). Felles for USA og Taiwan er at anslått 50 % av pasientene som oppsøker allmennlege gjør dette på bakgrunn av symptomer man finner i depresjon. Dette er altså somatiske symptomer på et psykologisk problem som søvnløshet, vekttap fordøyelsesproblemer og mangel på energi. Forskjellen er derimot fenomenologien rundt dette. I Kina vil de somatiske problemene også være det primære i sykdomsbildet. Det er ikke vanlig at man klager på dysforiske følelser. Det kan nevnes at man føler seg nedstemt eller angstfull, men man går ikke mer i detalj rundt dette. Sosialisering i kinesisk kultur leder individene til å være opptatt av den konkrete situasjonelle konteksten av personlige problemer, heller enn deres erfaringsmessige effekter (Hsu, 1971b). Kineserne letter på trykket ved å beskrive interpersonlige problemer heller enn psykologiske problemer, og de erstatter psykologisk klage med fysiologisk klage. Det viktigste er situasjonen de tror skapte affekten og de somatiske følelsene. Derfor er det heller ikke vanlig at deprimerte mennesker i Taiwan utbroderer sitt emosjonelle liv til en psykolog eller psykiater. I USA vil en kaukasus-amerikaner kunne beskrive følelsene mer inngående og relatere dem til ulike aspekt ved livet deres (Kleinman, 1980). I Kina finner man ikke denne bruken av detaljert finere terminologi for hva de føler. Dette handler ikke om undertrykte følelser, kun kulturell praksis for hvordan følelser omtales (Kleinman, 1980).

2.4.4 Individualisme og vestlige verdier i Norge

Omfanget av litteratur om individualistisk kultur og dens verdier er stort, men mye av denne informasjonen er generell eller tar ofte utgangspunkt i nordamerikanske samfunn og kultur. Forskjellene mellom Norge og USA er stor, så det å generalisere individualistiske prinsipper fra USA til Norge er problematisk. Likevel bygger Norge på mange måter på vestlige verdier og er i litteraturen ansett for å ha en individualistisk kultur og ideologi sammen med resten av Skandinavia og store deler av Europa (Kolstad og Horpestad, 2009; Carlquist, Nafstad og Blakar, 2007).

I en masteroppgave fra 2007 ble det gjort målinger av kollektivistisk og

individualistisk selvforståelse i Norge og Chile. Ut ifra denne studien skårer det norske utvalget relativt høyt på kollektivismen sammenlignet med andre land i vesten som er tydelig individualistisk (Horpestad, 2007). Kollektivistiske momenter i norsk kultur er enhetsskolen og arbeiderbevegelsen som har stått sterkt i etterkrigstiden fram til 1990-tallet. Sammen med en inkluderende sosialpolitikk, velferdsordninger og støtteordninger bygger denne tankegangen på at alle skal ha like muligheter. Dette innebærer at man i en viss grad fordeler ressursene mellom ulike samfunnslag. Man betaler skatt etter inntekt og vi har formueskatt og skatt på arv. I tillegg har norsk kultur gode tradisjoner for frivillighetsarbeid og dugnadsånd. Likevel har vi klare indikatorer på at også det norske samfunnet i større grad blir individualistisk. Allerede med den kristen protestantiske innføringen kom individet mer i fokus. Eksempel på dette er at man i denne religionen kan ha “direkte” kontakt med Gud og at Gud “ser” alt du gjør. Dette viser at fokuset er rettet mot enkeltmennesket og ikke gruppen. I sen-moderne tider er det økning i økonomisk velferd, konkurransementalitet og fokus på selvrealisering som er typiske momenter knyttet til individualistiske kulturer. Disse “verdiene” ser ut til å stå stadig sterkere i Norge (Horpestad, 2007).

I Norge, i likhet med Kina, gikk fødselstallet ned fra 1970-tallet og utover samtidig som kvinners deltakelse i yrkeslivet og utdanningsløpene gikk opp (Frønes, 2011; Hansen & Thøgersen, 2008). Fødselsraten i Norge er nå ca 1,8 per fertile kvinne. Sammenlignet med andre vestlige land har norske kvinner et lavere nivå av lederstillinger (Lappegård 2001, omtalt i Frønes, 2011). I tillegg velger mange norske kvinner deltidsarbeid. Dette kan indikere at tid til barn og familieliv blir sterkt vektlagt i norske kvinners karriere og yrkesliv. Likevel ser vi at kvinnene i større grad nå enn før, velger høyere utdanning og utsetter familielivet. På tross av dette får høyt utdannede kvinner omtrent like mange barn som de med lavere utdanning (Frønes, 2011).

Tettheten norske barn har til slekt og familie er god. Barna har hyppig kontakt med nær slekt, spesielt besteforeldre (Frønes, 2011). I Norge er det stort fokus på barns oppvekst og hvordan foreldrerollen er avgjørende for barnas utvikling. Foreldres rolle består i større grad enn før, av å stimulere barna sine. I tradisjonelle kulturer er det ofte er større fokus mot ansvaret man har for eldre og deres omsorg og velvære (Frønes, 2011). Dette er også svært gjeldende for kinesisk kultur. I sin bok “Moderne Barndom” skriver Ivar Frønes at jorder og løkker er erstattet med baner og organiserte tiltak hvor barn gjerne må kjøres og hentes og hvor det i tillegg er medlemsavgift.

Skilsmissestatistikken er vesentlig høyere i vestlige land sammenlignet med østlige (Dong, Wang og Ollendick, 2002). I Norge bor 25 % av barn (mellom 0-17 år) sammen med bare én av sine biologiske foreldre. Går vi 30 år tilbake ser vi at det er færre som gifter seg i dag og flere som skiller seg. Likevel er det fortsatt kjernefamilien med mor, far og to barn som hersker i Norge og ikke familieoppløsning, slik det ofte kan bli fremstilt i media (Helland & Mathiesen, 2009). I dag er det like akseptabelt av en kvinne begjærer skilsmisse som om en mann gjør det. I tillegg er de fleste norske kvinner økonomisk uavhengig av sin mann, noe som gjør det lettere å skille seg. Man ser også endring i folks holdninger rundt skilsmisse. Før skulle foreldrene holde sammen for barnas beste, nå mener man at det er bedre også for barna at foreldrene skiller seg og er lykkelige enn å leve ulykkelig i et dårlig ekteskap (Frønes, 2011). Likevel får en skilsmisse/familieoppløsning store konsekvenser for barna både følelsesmessig og på det hverdagslige planet. Når foreldrene går fra hverandre kan dette innebære dårlige økonomi for begge parter og kanskje må man flytte fra det nærmiljøet man har kjennskap og tilknytning til.

“Den moderne familien har høye krav og idealer. Den gang familien var et produksjonsfelleskap, og ikke et romantisk forhold, var skilsmisse noe annet enn i dag. Man skilte seg ikke fordi man ikke passet godt sammen eller ikke fikk forholdet til å “fungere”. Den norske småbonden vurderte ikke om han og kona “kommuniserte åpent” eller ikke. Den moderne familien, med sine idealer om selvrealisering, intimitet og kameratskap, blir naturlig nok mer sårbar enn familien var før i tiden (s. 82. Frønes, 2011).

Det er viktig å legge til at Frønes` betraktninger kanskje er mest gjeldende for byer. På bakgrunn av store geografiske forskjeller i Norge vil jeg være forsiktig med å generalisere dette til å gjelde for hele landet.

Etter at de vestlige samfunn har blitt mer modernisert har den tradisjonelle storfamilien nærmest forsvunnet. Med dette har også tradisjoner, praktisk kunnskap og veiledende normer som tidligere ble overført i generasjoner, gått tapt. I tillegg er rollen som lokalsamfunnene hadde, mindre viktig (Madsen, 2010). Denne utviklingen medfører at enkeltmennesket nå står sterkere, men er også mer sårbart. Man er selv ansvarlig for seier eller nederlag. Nyliberalistisk ideologi fremholder at borgerne skal ha stor valgfrihet og rett til å styre seg selv. “Enkeltmenneskets kapasitet for selvstyring blir avgjørende for å lykkes både i utdanning, arbeidsliv, karriere og for å ha en god helse” (Madsen, 2010. s.138).

Nafstad, Blakar og Rand-Henriksen (2009) har gjort en empirisk studie av felleskaps- og individualismeideologiene i det norske samfunn. Gjennom analyser av elektronisk arkivert mediespråk fant de at uttrykk for individualisme (bruk av jeg/meg i mediespråket) har økt

med 45 % de siste 20 årene mens felles uttryksformer (vi/oss) har økt med 10 %. Ordet “valgfrihet” har økt med 131 % og ordet “utbrenthet” er femdoblet fra 2004-2007 (Nafstad, Blakar og Rand-Henriksen, 2009). Forskerne oppsummerer studiet sitt ved å trekke fram at vi har fått et større og individualisert ansvaret for og alene ta vare på oss selv. Samtidig ser man svekkelse av oppgaver og plikter overfor fellesskapet. Det finnes i midlertidig motideologier som er negative til individualisering der fellesskap og solidaritet neglisjeres og ignoreres (Nafstad, Blakar og Rand-Henriksen, 2009).

Sosialpsykolog Tor-Johan Ekeland (personlig kommunikasjon, 9 august, 2011) mener den vestlige individualismen i Nord-Europa har gått inn i en fase hvor den har skapt en forestilling om et “jeg” uten “vi”. Noe han kaller for automatisert individualisme. Denne forsterkes igjen av konsumkapitalismen og selvrealiseringsindustrien og gir en frihet som er psykologisk krevende. Mennesket er sosialt vesen som sammen skaper verdier og henter selvoppfatning gjennom sosial interaksjon med andre. Når identiteten din ikke lengre er noe som er gitt deg ved ulike sosiale variabler, blir den noe du kontinuerlig må iscenesette og prestere –og alltid i forhold til noens blikk (T. J. Ekeland, personlig kommunikasjon, 9. august, 2011). Ungdom kan gjerne føle prestasjonspress i forhold til konkrete situasjoner som skole, idrett etc. Dette er målbare saksforhold. Det er langt mer krevende å skulle prestere seg selv som person. Ifølge Ekeland (personlig kommunikasjon, 9. august, 2011) har den nye individualismen gjort at vi er mer psykologisk sårbare og identitet har blitt en oppgave. Denne kulturelle forpliktelsen til selvskaping har gjort oss mer selvsentret. Dette kan igjen skape en form for stress som har et vedvarende høyt spenningsnivå. Kilden til dette stresset kan oppleves som ukjent og uten navn. I tillegg lever vestlig ungdom i en psykologisert kultur hvor de blir invitert til å tolke seg selv og sine problemer som psykologiske, og ikke sosiale eller kulturelle. Dette gjør ikke stresset mindre.

Ole-Jacob Madsen er en annen norsk psykolog som har skrevet og forsket på vestlige verdier. Han mener norske ungdommer nå har historiske muligheter til å realisere seg selv, men nettopp på grunn av all denne friheten blir fallgraven større når man ikke makter å forvalte den i tillegg til at man møter forventninger fra omgivelsene om at man skal klare det. I realiteten har man ingen andre å skylde på enn seg selv, noe som kan gi opphav til ulike psykologiske lidelser som spiseforstyrrelser, somatiseringslidelser, ulike typer avhengighet, angst, depresjon etc. (O. J. Madsen, personlig kommunikasjon, 8. juli, 2011). Han sier videre at det er en antagelse i litteraturen at de individualistiske kravene rammer jenter hardere enn guttene. Jenter havner lettere i krysspress fra omgivelsene der gamle kjønnsverdier fremdeles

hersker og de forventes å falle inn under konservative ideer om kvinnelig underdanighet og moderasjon på den ene siden, mens de nyere individualistiske verdiene forventes å skulle realisere seg selv. En annen forklaring er at ettersom unge jenter i en tidligere alder enn guttene blir modne, vil de også på et tidligere tidspunkt i utviklingen ta til seg disse verdiene (O. J. Madsen, personlig kommunikasjon, 8. juli, 2011). Videre vil de internaliseres gjennom eksponering for reklame og ulike medier som jentebilder og tv-serier etc. som formidler et bestemt ideal. Madsen legger likevel til at dagens generasjon kvinner er mer tilpasningsdyktig til denne kulturen og mestrer den bedre enn mange menn som risikerer å bli tapere om de tvivler på gamle kjønnsroller om den maskuline mann (O. J. Madsen, personlig kommunikasjon, 8. juli, 2011).

2.4.5 Norske tenårings hverdagsliv og mental helse

Rapporten «13-15 åringer fra vanlige familier i Norge» (Helland og Mathiesen, 2009) er en utfyllende rapport om norske ungdommers hverdagsliv og psykiske helse i dag. Rapporten bygger på to undersøkelser «Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse 2005» (kjent som HUS-studien) og «Trivsel og oppvekst -barndom og ungdomstid» (kjent som TOPP-studien fra 2004). Denne rapporten gir et omfattende bilde fra ungdommenes familieliv og fritid, til skoleprestasjoner og forhold som henger sammen med psykisk helse. Oppsummering fra rapporten viser at fire av fem ungdommer er tilfreds med livet. Dette tallet er noe lavere enn for den voksne gruppen som deltok i samme undersøkelse. Når det gjelder emosjonelle plager viser undersøkelser at 13 prosent har sterke emosjonelle plager og både lærere og helsetjenestene har problemer med å nå ut til de ungdommene som har psykiske plager (Helland og Mathiesen, 2009).

En studie fra 1999 gjennomført av Wichstrøm viser at 15-20 prosent av norske ungdommer har betydelige symptomer på depresjon. Prosentandelen er noe høyere for jenter etter fylte 13 år. Når det gjelder angst ligger denne på rundt 20 prosent og utgjør sammen med depresjon, den største diagnosegruppen for ungdommer når det kommer til psykiske lidelser (Mathisen, Karevold og Knudsen, 2009).

Studie av somatiske og psykologiske plager hos trettenåringer viser at jenter skårer høyere her, spesielt på somatiske plager (Aarø, Haugeland, Hetland, Torsheim, Samdal & Wold, 2001). For undersøkelse av skoletrivsel og stress rapporterte 92 % av utvalget av de likte seg godt eller veldig godt på skolen. For skolestress svarte 30 % at de følte seg stresset av skolearbeidet på skolen og leksene. Dette er en tydelig økning fra 1993 til 2005 (Samland, 2009).

2.5. Problemstilling

På bakgrunn av litteraturen presentert overfor vil denne studien diskutere kilder til mulige ulikheter i symptomnivå og reaksjonsmåter hos norske og kinesiske ungdommer. Dette er to grupper som på mange måter har en felles livssituasjon: begge utvalgene består av skoleelever i samme alder hvor de er i inngangen til pubertetsfasen. Likevel befinner de seg i to svært forskjellige kulturer hvor de blir møtt med ulike krav og forventninger. I den kinesiske kulturen er det større emosjonell tetthet mellom menneskers relasjoner til hverandre. Her er det en større gruppefølelse, og gruppen er et viktig referansepunkt i kinesernes liv. I tillegg er kulturen autoritær og skolebarn er derfor svært pliktoppfyllende overfor foreldre og lærere. I sammenheng med høyt akademisk press, er det rapportert at dette er belastende for kinesisk ungdoms psykiske hele. I vestlig kultur på sin side, finner vi ikke den samme gruppetilknytningen. Her står individet friere til å ta sine egne valg, og i Norge opplever ungdom i langt mindre grad et autoritært press. Til gjengjeld kan man anta et høyere press på å være et selvstendig individ som alene skal kunne ta store valg og avgjørelser.

På bakgrunn av ulike kulturelle håndteringsmekanismer og ulikt syn på emosjoner og psykiske lidelser, antas det derfor at uttrykk for psykologisk stress er forskjellig. Det er ventet at kineserne somatiserer mer mens nordmenn slår sterkere ut på angst og depresjon. Det er også ventet at jentene har en sterkere indikasjon for stress-symptomene i begge utvalgene. Ut over dette er det vanskelig å komme med predikasjoner. I begge kulturene finner man grunnlag for momenter som kan virke belastende på mental helse hos mennesker. Spesielt for de som er i pubertetsfasen.

Satt i sammenheng med fokus på individualistisk og kollektivistisk kultur er det interessant å diskutere hvordan de uavhengige variablene *kjønn* og *kultur* virker inn på den avhengige variabelen *mental helse*. På bakgrunn av ulik kulturell praksis og ulike kulturelle faktorer kan det tenkes at ungdommer i Kina og Norge har ulike utfordringer i pubertetsfasen som virker inn på mental helse. Den overordnede problemstillingen for denne studien lyder som følger:

- *Er det signifikante forskjeller i symptomene angst, depresjon og somatisering hos ungdom på bakgrunn av ulik kultur?*

I tillegg vil følgende tre underspørsmål bli diskutert:

- Eksisterer det kjønnsforskjeller som kan relateres til kjønnetts ulike posisjon og forventninger i de to kulturene?

- Er det ulikheter i strukturen på symptomindeksen som er brukt her?
- Er kinesiske ungdommer mer utsatt for mentale helseproblemer på grunn av høyere prestasjonspress i skolen?

3.0 Metode

3.1 Utvalg og prosedyre

Gjennom bruk av SCL-90s symptommålinger for angst, depresjon og somatisering ble det gjort målinger av 513 ungdommer i Kina i alderen 12-14 år og 93 ungdommer i Norge i alderen 13-14 år. Det kinesiske utvalget er trukket fra Zheijang provinsen som ligger sør øst i Kina og er kinas minste, men rikeste provins. Deltakerne i denne undersøkelsen kommer fra ulike samfunnslag noe som betyr at ungdom fra både tradisjonelle jordbruksfamilier og moderne middelklassefamilier i Kina, er representert. Datainnsamlingen her er gjort av psykologistudenter fra Hangzhou Normal University som har gitt meg tilgang til deres datasett og som har vært behjelpelig under denne studien.

Det norske utvalget er trukket fra tre skoler i en større norsk by. Også her er ulike samfunnslag representert da skolene varierer fra å være sentral byskole til å ligge utenfor bykjernen.

For å få tillatelse til å gjøre dette forskningsprosjektet med mindreårige i Norge ble studien først beskrevet og godkjent av Regional Etisk Komite for Helseforskning, Midt-Norge (REK Midt). Deretter ble de aktuelle skolene kontaktet. Tre skoler sa seg villig til å hjelpe til og informasjonsskriv om undersøkelsen gikk ut til foreldre som måtte gi samtykke til at deres barn deltok. I tillegg ble det gitt ut et skriv med alderstilpasset informasjon til ungdommene. I begge skrivene kom det tydelig frem hva som var hensikt med studien og ungdommene fikk kontaktinformasjon til Professor Arne Vikan som de kunne kontakte dersom de skulle oppleve ubehag etter å ha svart på spørreskjemaet. Det ble også tydelig presisert at undersøkelsen var anonym og helt frivillig for ungdommen å delta i. Det ble lagt opp til å gjennomføre undersøkelsen på den måten som var mest gunstig for skolen og lærerne selv. På skole nr 1 var lærere og testadministrator sammen tilstede da spørreskjemaet ble delt ut. Dette ble gjort i en skoletime og de elevene som ikke hadde fått tillatelse til å delta fra foresatte gjorde andre ting i regi av lærer mens utfylling av spørreskjemaet ble gjort. Elevene ble ikke delt inn i "soner" etter hvem som gjorde skolearbeid og hvem som deltok i undersøkelsen. Dette innebar at en som fylte ut spørreskjemaet kunne sitte på siden av en som gjorde andre ting. På skole nr 2 fikk testadministrator et eget rom for de som ville delta i undersøkelsen.

Dette ble gjort i en skoletime ved at de som hadde tillatelse fra foresatte fikk beskjed av lærer hvor de kunne møte opp dersom de ønsket å være med på studien. På skole nr 3 ønsket lærerne å dele ut undersøkelsen selv da de mente dette var den mest gunstige løsningen for dem. Datamaterialet ble da plukket opp på skolen dagen etter at testen var gjennomført. Undersøkelsen ble på alle skoler delt ut i konvolutter som elevene limte igjen når de leverte inn spørreskjemaet. Disse ble ikke åpnet av andre enn testadministrator. Det ble gitt 15-20 minutter for å gjennomføre undersøkelsen, men de fleste brukte kortere tid enn dette.

De kinesiske raskårene ble oversendt på mail fra Kina. Her plukket vi ut leddene for variablene angst, depresjon og somatisering, i tillegg til kjønn og alder for hver informant. I SPSS ble kodene som følger Kina = 1 og Norge = 2. Kvinne = 1 og mann = 2. Gjennomsnittsalderen for det kinesiske utvalget er gjennomsnittsalderen 13.08 år med en kjønnsfordeling på 44 % kvinner og 51 % menn. For det norske utvalget er gjennomsnittsalderen 13.85 år og kjønnsfordelingen her 54 % for kvinner og 45 % for menn.

3.2. Design

Studien bygger på kvantitativ forskningsstrategi og tar utgangspunkt i data fra to uavhengige utvalg. Et i Kina og et i Norge. Det er brukt et ikke-eksperimentelt survey-design hvor deltakerne har fått utdelt et standardisert spørreskjema med Lickert rangeringsskala fra 1 til 5.

3.3. Anvendte måleinstrument

Måleinstrumentet som er brukt i denne studien er en forkortet utgave av Symptom-checklist 90 Revised (SCL-90-R) (Derogatis, 2010). Målingen foregår ved at informanten får listet opp en rekke utsagn om plager man kan ha og så krysser av for det svaralternativet som passer best. Svarene er rangert langs en Lickert-skala fra 1 til 5 hvor 1 er «ikke i det hele tatt» mens 5 er «veldig mye». SCL-90-R brukes både som forskningsverktøy og diagnostisk instrument av psykologer og psykiatere. Testen måler følgende ni psykologiske symptomer: somatisering, tvang, mellompersonlig overfølsomhet, angst, sinne/finendtlighet, fobisk angst, paranoide forestillinger og psykotisisme. I tillegg finnes det en kategori ti, som er en ekstraskala. For hvert symptom finnes det mellom 6 til 13 ledd. Med ledd her menes et utsagn. Skårene for hvert symptom blir summert og vil gi en indikasjon på hvor tilstedeværende et symptom er for en person. I forskningssammenheng vil vi legge sammen disse skårene i hvert ledd og man får dermed et estimat på psykologiske symptomer for det gitte utvalget (Schmitz, Hartkamp, Kiuse, Franke, Reister og Tress, 2000).

Da denne studien inngår som del av et utdanningsforløp var jeg avhengig av å kunne

gjennomføre den innen en tidsbegrenset periode. Derfor var det gunstig å velge ut et mindre antall symptomer slik at arbeidsmengden ble mindre. I tillegg ble etiske hensyn sterkt vektlagt ettersom dette er en studie blant mindreårige. Jeg hadde derfor betenkeligheter med å måle symptomer som paranoide forestillinger og psykotisisme. Dessuten er den overordnede avhengige variabelen *mental helse*, og angst og depresjon er de vanligste formene for mentale lidelser. De var derfor gode å bruke som estimat på mental helse. Somatisering er også vanlig og veldig interessant å ha med i denne studien ettersom det handler om fysiske uttrykk for psykisk ubehag. Noe, som ifølge litteraturen, er vanlig i Kina. Ettersom denne studien bare testet for symptomene angst, depresjon og somatisering er disse leddene trukket ut og inngår i en forminskert utgave, SCL-34-R. Leddene som inngår i hvert symptom vises i tabell 3-5. I leddene som måler depresjons-symptomer har jeg valgt å utelate følgende ledd: “Tap av seksuell lyst og interesse”. Dette fordi det ikke er et særlig relevant estimat på depresjon hos 13-14 åringer og av sensitive hensyn var det ønskelig å utelate spørsmål om kjønnsliv hos mindreårige.

Ifølge forfatterne er SCL-90-R mye brukt for å identifisere psykologiske problemer, men spørsmålet rundt testens validitet er kontroversiell. Tyske forskere har testet validiteten for SCL-90-R og kom frem til at intern konsistens/tetthet var høy. Studien tok utgangspunkt i to kliniske utvalg som ble sammenlignet med et populasjonsutvalg (community sample). Cronbach's alfa α varierte fra 0.78 til 0.90 for alle sub-skalaene. Kjønnsforskjellene sto også til forventningene da kvinner skåret høyest i begge de kliniske utvalgene. Når det gjelder begrensinger: SCL er best som et unidimensjonelt mål på psykologisk ubehag og frustrasjon, enn som et mål på ni uavhengige sub-skaler for psykologiske symptomer. Resultatet viste at disse ni ikke er uavhengig av hverandre (Schmitz et al., 2000).

SCL-90-R er oversatt til mange språk og et veletablert psykologisk verktøy både i Norge og Kina. For datainnsamling i begge landene fantes dermed SCL-R på det opprinnelige språket slik at det ikke var nødvendig med egen oversettelse.

3.4 Validitet

Å foreta denne typen undersøkelse på ungdommer i puberteten kan virke inn på validiteten for studien. Dette gjelder spesielt for leddene som inngår i somatiserings-variabelen. I tillegg til å måle somatiske symptomer kan de også være et uttrykk for fysiologiske “pubertetsproblemer”. Disse leddene er identifisert som pubertetsplager i vesten. Dette gjør at validiteten sannsynligvis er lavere for denne variabelen enn de andre to variablene.

3.5 Analyser

Tabell 1 bygger på enveis variansanalyse (ANOVA). Her har man én utkomsvARIABLE: angst, depresjon eller somatisering. Land er fiksert faktor og kjønn og alder er kovariater. I tillegg er det supplert med en t-test mellom kjønn for å kunne forklare mulige interaksjonseffekter.

I tabell 2-4 bygger også på enveis variansanalyse (ANOVA). Her er det én faktor med flere betingelser (ledd). Enveis variansanalyse testet signifikans for forskjell mellom disse betingelsene mellom land og mellom kjønn. Dette ble gjort for å se etter mulige ulikheter i leddstruktur.

Prinsippal komponent-analyse med oblique rotasjon ble brukt som et supplement til analysene som er presentert i tabell 2-4. Dette var for å kunne si noe om symptomstrukturen til de to utvalgene, både for land- og kjønn-variabelen. En prinsippal komponent-analyse trekker ut de komponenter innen en faktor som klynger seg rundt hverandre. Disse er presentert i tabell 5-10

Tabell 11 og 12 presenterer resultatene etter bivariat korrelasjonsanalyse. Dette er en analyse som viser korrelasjoner mellom to variabler. I disse to tabellene ser vi hvordan hvert av de tre symptomene korrelerer med de andre.

Det ble foretatt en reliabilitets-test for hver av de tre sub-skalaene (angst, depresjon og somatisering). Denne viser variablenes indre konsistens. Cronbach's alpha for angst var .88. For depresjon var den .89 og for somatisering var verdien .88. Disse tallene ligger godt over .80 noe som er god verdi for tester med cut-off skårer (Field, 2009). Antall ledd i skalaene lå mellom ti og tolv, dette er ikke unormalt mange ledd for en skala og verdiene i reliabilitets-testen kan derfor ikke tilskrives at det er et høyt antall ledd. Dette betyr at målingene for de tre symptomene er stabil.

4.0 Resultat

Resultatene fra undersøkelsen viste at kinesiske studenter hadde høyest skåre for angst, mens de norske studentene hadde høyest skåre for somatisering. Resultatene viste dessuten at kvinner hadde høyere skåre enn menn for depresjon. Da land og kjønn ble analysert under ett, viste resultatene at kinesiske menn skåret høyere enn norske menn for alle tre symptom-indeksene. Det ble ikke funnet noen signifikant forskjell mellom kvinner i de to kulturene.

Analysen av enkelt-leddene viste ulikheter mellom Norge og Kina for angst og

depresjon. For somatisering skåret Norge høyest for alle ledd som var signifikant ulik. For kjønnsvariabelen skåret kvinner høyest i alle tre symptom-indeksene.

4.1 Beskrivende statistikk

Tabell 1: Gjennomsnitt (M) og standard avvik (SD) for skåre på symptom-indeksene i forhold til land og kjønn.

		Angst			Depresjon			Somatisering		
		n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Land	Kina	510	1.64	.71	513	1.55	.65	513	1.35	.50
	Norge	91	1.48	.48	91	1.54	.50	91	1.53	.37
	Total	601	1.56	1.19	604	1.54	1.15	604	1.44	.87
Kjønn	Jenter	275	1.66	.69	276	1.62	.67	275	1.37	.47
	Gutter	303	1.56	.65	304	1.48	.56	304	1.36	.48
	Total	578	1.61	1.34	580	1.55	1.23	579	1.37	.95

Tabell 1 viser gjennomsnittskåre og standard avvik for land og kjønn innen hvert symptom. Data i Tabell 1 burde ideelt sett analyseres med univariat ANOVA. Problemet er de store ulikhetene mellom n og SD. Dette kunne tyde på store forskjeller i variasjonen. Når forsøk viste urimelige resultater, slik som forskjell tilsvarende $p < .01$ mellom kjønn på somatisering til tross for nesten identiske gjennomsnitt, ble hovedvariabler analysert med enveis ANOVA og land x kjønn med t-tester. For LAND var det signifikante forskjeller for angst, $F(1) = 4.27$, $p > .05$, og for somatisering, $F(1) = 9.95$, $p > .01$. Som en kan se av Tabell 1 skyldes dette høyere skåre for angst i det kinesiske- og høyere skåre for somatisering i det norske utvalget. For KJØNN var det signifikant forskjell på depresjon, $F(1) = 7.78$, $p > .05$. Ifølge Tabell 1, viser dette tilbake til høyere skåre for jenter enn for gutter.

Det ble også kjørt en t-test innen hvert kjønn for å se om det er kjønnsforskjeller i skårene mellom kollektivistisk og individualistisk kultur. Resultatene viste at kinesiske gutter skåret høyere enn norske gutter, for alle tre symptom-indeksene: angst, depresjon og somatisering. Mean-skårer for angst var henholdsvis 1.61 og 1.25 for kinesiske og norske gutter, forskjellen med t-test svarte til $p > .01$. For depresjon var mean-skårene 1.51 for kinesiske menn og 1.26 for norske menn, forskjellen med t-test svarte til $p > .01$. Til sist viste meanskårene for somatisering 1.36 for kinesiske menn og 1.37 for norske menn, t-test her svarte til $p > 0.1$. Forskjellen i mean mellom kinesiske og norske menn er minimal for somatisering. Det er derfor vanskelig å feste tiltro til dette som valide resultat. Disse

interaksjonseffektene mellom land og kjønn indikerer at de signifikante forskjellene for angst og somatisering som ble funnet mellom hvert land, i hovedsak skapes av forskjellene mellom kinesiske og norske gutter ettersom det ikke ble funnet signifikante forskjeller mellom jentene.

4.2 Bivariate korrelasjonsanalyser

Tabell 2: Bivariat korrelasjonsanalyse for angst, depresjon og somatisering, kinesisk utvalg.

	Angst	Depresjon	Somatisering
Angst	1	.84	.77
Depresjon	.84	1	.74
Somatisering	.77	.74	1

Korrelasjonsanalysen viser at angst og depresjon korrelerer mest. Deretter følger angst og somatisering og til sist depresjon og somatisering.

Tabell 3: Bivariat korrelasjonsanalyse for angst, depresjon og somatisering, norsk utvalg.

	Angst	Depresjon	Somatisering
Angst	1	.80	.70
Depresjon	.80	1	.75
Somatisering	.70	.75	1

Korrelasjonsanalysen viser at angst og depresjon korrelerer mest, etterfulgt av depresjon og somatisering og til sist angst og somatisering.

4.3 Differanse av sumskårene mellom kjønn og land

Tabell 4: Differansen mellom sumskårene for hvert symptom mellom jenter og gutter i Kina og Norge.

	Differanse mellom kjønn innen hvert land	
	Kvinner-Menn, Kina	Kvinner-Menn, Norge
Angst	.05	.41
Depresjon	.07	.51
Somatisering	.05	.28

Tallene viser en markant større forskjell mellom jenter og gutter i Norge når det kommer til symptomer på angst, depresjon og somatisering, sammenlignet med Kina.

4.4 Enveis variansanalyse av enkelt-leddene

For å se etter mulige strukturelle forskjeller i symptomene mellom land og kjønn, ble det gjort en enveis ANOVA for hvert av de tilsammen 34 leddene. For variabelen LAND ble det funnet ulikheter i leddene for angst og depresjon. Her varierte det hvilke ledd som Kina og Norge skåret høyest på. For leddene som inngår i somatiserings-indeksen var det bare Norge som hadde høyest skåre det hvor det ble funnet signifikante forskjeller. For variabelen KJØNN ble det funnet forskjeller i leddskårer for alle tre symptom-indeksene. Men det var bare kvinnene som hadde høyest skåre der hvor det ble funnet signifikante forskjeller.

De følgende tre tabellene viser hvert ledd innen hver symptomvariabel. Rapporteringen fra testen er begrenset til signifikansmerke til høyre for den høyeste verdien i det paret hvor det er påvist signifikant forskjell.

Tabell 5: Gjennomsnittskåre (M) og standardavvik (SD) for de enkelte leddene i kinesiske og norske ungdommers angstskåre, vist i land og kjønn.

	Kina		Norge		Jenter		Gutter	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Angstledd								
Nervøsitet og indre uro	1.66	.96	1.95**	.96	1.76	.92	1.64	1.00
Skjelvinger	1.52	.87	1.39	.71	1.48	.82	1.50	.86
Blir plutselig redd uten grunn	1.62**	1.03	1.23	.59	1.62	1.01	1.46	.92
Føler deg engstelig og redd	1.68**	1.10	1.34	.64	1.80**	1.14	1.46	.91
Har hjertebank eller føler at hjerteslagene nærmest løper av gårde	1.41	.82	1.22	.57	1.35	.76	1.40	.79
Føler deg anspent eller oppjaget	1.81	1.06	1.47**	.82	1.83	1.05	1.69	1.00
Angst eller panikkanfall	1.53*	.91	1.29	.75	1.48	.93	1.47	.92
Føler deg så urolig at du ikke kan sitte stille	1.38	.84	1.72**	1.05	1.42	.81	1.46	.95
Føler at noe vondt eller leit vil komme til å hende deg	1.50	.96	1.60	.83	1.59*	1.01	1.44	.83
Har skremmende tanker og forestillingsbilder	2.23*	1.22	1.57	.89	2.18	1.14	2.08	1.24

* p = 0.05 ** p = 0.01

For variabelen LAND ble skårene høyest for følgende ledd og land:

Kina:

- Blir plutselig redd uten grunn
- Føler deg engstelig og redd
- Angst eller panikkanfall
- Skremmende tanker og forestillingsbilder

Norge:

- Nervøsitet og indre uro
- Føler deg anspent eller oppjaget
- Føler deg så urolig at du ikke kan sitte stille

For variabelen KJØNN hadde jentene høyest skåre for følgende to ledd:

- Føler deg engstelig og redd
- Føler at noe vondt eller leit vil komme til å hende deg

Tabell 6: Gjennomsnittskåre (M) og standardavvik (SD) for de enkelte leddene i kinesiske og norske ungdommers depresjonsindeks, vist i land og kjønn.

Depresjonsledd	Kina		Norge		Jenter		Gutter	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Føler deg energifattig eller langsommere enn vanlig	1.63	1.02	1.62	.82	1.64	.97	1.59	.99
Gråter lett	1.65	1.00	1.78	.95	1.88**	1.07	1.45	.85
Føler deg liksom lurt i en felle eller fanget	1.38	.79	1.27	.61	1.32	.70	1.39	.80
Klandrer eller bebreider deg selv for saker og ting	1.80**	1.08	1.48	.70	1.78	1.06	1.70	1.00
Føler deg ensom	1.64	1.05	1.48	.80	1.73*	1.04	1.50	.96
Føler deg nedtrykt	1.74**	1.06	1.34	.60	1.77*	1.06	1.59	.96
Uroer og bekymrer deg for mye over saker og ting	1.81	1.19	2.16**	1.10	1.98*	1.20	1.77	1.14
Føler håpløshet med henblikk på fremtiden	1.38	.78	1.53	.90	1.48*	.87	1.33	.71
Føler det som om alt mulig er anstrengende	1.45	.81	1.37	.75	1.49	.86	1.37	.68
Føler deg verdiløs	1.37	.86	1.53	.87	1.48*	.92	1.31	.78
Tanker om å ta ditt eget liv	1.18	.55	1.18	.63	1.23*	.63	1.12	.47
Føler deg uten interesse for ting	1.56	.90	1.70	.72	1.56	.87	1.60	.88

* p = 0.05 ** p = 0.01

For variabelen LAND ble skårene høyest for følgende ledd og land:

Kina:

- Klandrer eller bebreider seg selv for saker og ting
- Føler deg nedtrykt

Norge:

Mental Helse i Individualistisk og Kollektivistisk Kultur

- Uroer og bekymrer deg for mye over saker og ting

For variabelen KJØNN hadde kvinnene høyest skåre for følgende ledd:

- Gråter lett
- Føler deg ensom
- Føler deg nedtrykt
- Uroer og bekymrer deg for mye over saker og ting
- Føler håpløshet med henblikk på framtiden
- Føler deg verdiløs
- Tanker om å ta ditt eget liv

Tabell 7: Gjennomsnittskåre (M) og standardavvik (SD) for de enkelte leddene i kinesiske og norske ungdommers somatiseringsindeks, vist i land og kjønn.

Somatiseringsledd	Kina		Norge		Jenter		Gutter	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Hodeverk	1.59	.83	1.78	.80	1.66	.82	1.59	.82
Matthet og svimmelhet	1.18	.55	1.67**	.74	1.30*	.61	1.19	.54
Smerter i hjerteregionen eller bryst	1.32	.55	1.23	.47	1.26	.56	1.32	.80
Smerter i korsryggen	1.28	.68	1.45*	.86	1.32	.73	1.29	.68
Har kvalme eller urolig mage	1.34	.80	1.71**	.82	1.39	.76	1.39	.84
Verk eller ømhet i musklene	1.53	.92	1.77*	.82	1.55	.86	1.56	.91
Pustebesvær eller besvær med å få luft	1.18	.57	1.27	.72	1.20	.61	1.16	.51
Varme- eller kuldetokter gjennom kroppen	1.36	.79	1.46	.72	1.35	.72	1.38	.80
Nummenhet og prikking i deler av kroppen	1.25	.63	1.31	.60	1.22	.54	1.30	.69
Klump i halsen	1.41	.86	1.41	.65	1.39	.78	1.41	.85
Føler deg svak i deler av kroppen	1.46	.88	1.66	.69	1.47	.82	1.49	.87
Føler deg tung i armer eller ben	1.29	.70	1.56**	.65	1.35	.72	1.31	.65

* p = 0.05 ** p = 0.01

For variabelen LAND var det bare Norge som hadde signifikant høyere skårer for følgende ledd:

- Matthet og svimmelhet
- Smerter i korsryggen
- Kvalme eller urolig mage
- Verk eller ømhet i musklene
- Føler deg tung i armer eller ben

Kvinnene skåret høyest for ett ledd:

- Matthet og svimmelhet

4.5 Prinsipal komponent-analyse

For å se etter strukturelle sammenhenger i symptom-indeksene ble prinsipal komponent-analyse med oblique rotasjon brukt. Dette er en form for faktoranalyse som forteller oss hvilke ledd innen et symptom, som korrelerer med hverandre. I principal komponent-analyse blir ledd som ligger nært hverandre redusert til en ny, overliggende variabel kalt komponent (Field, 2009). På bakgrunn av dette kan vi få et nytt inntrykk av variablene for det aktuelle utvalget. Leddene som inngår i en komponent bør ha en ladning på over .40 for å sikre mest mulig validitet og reliabilitet, da dette forklarer rundt 16 prosent av variansen i leddet (Stevens 2002, omtalt i Field, 2009). Derfor vil bare ladninger over .40 være presentert i tabellene.

Analysen viste bare én komponent for hvert av de tre symptom-variablene for Kina. Eigenvalue for angst var 5.20 og forklart varians var 52.03 %. For depresjon var eigenvalue 5.88 og forklart varians 48.97 %. Eigenvalue for somatisering var 5.49 og forklart varians var 45.77 %. For Norge var det tre komponenter med eigenvalue over .1 for angst og depresjon, og fire for somatikk. Forklart varians var 63.50 % for angst, 60.77 % for depresjon og 60.18 % for somatikk. Korrelasjonene mellom de norske komponentene for angst var .34 mellom komponent 1-2, .23 mellom komponent 1-3, og .20 mellom komponent 2-3. Korrelasjonene for depresjon var .38 mellom komponent 1-2, .14 mellom komponent 1-3, og .14 mellom komponent 2-3. Til sist viste korrelasjonene mellom somatisering .24 mellom komponent 1-2, .26 mellom komponent 1-3, .29 mellom komponent 1-4, .15 mellom komponent 2-3, .12 mellom komponent 2-4 og .13 mellom komponent 3-4.

Tabell 8: Prinsipal komponent-analyse av leddene for angstindeksen, kinesiske ungdommer.

Ledd	Komponent
	1
Nervøsitet og indre uro	.64
Skjelvinger	.67
Blir plutselig redd uten grunn	.77
Føler deg engstelig og redd	.76
Har hjertebank eller føler at hjerteslagene nærmest løper avgårde	.66
Føler deg anspent eller oppjaget	.77
Angst eller panikkanfall	.85
Føler deg så urolig at du ikke kan sitte stille	.75
Føler at noe vondt eller leit vil komme til å hende deg	.75
Har skremmende tanker og forestillingsbilder	.53

Tabell 9: Prinsipal komponent-analyse av leddene for angstindeksen, norske ungdommer.

Ledd	Komponent		
	1	2	3
Nervøsitet og indre uro	.44		.47
Skjelvinger			.93
Blir plutselig redd uten grunn	.90		
Føler deg engstelig og redd	.91		
Har hjertebank eller føler at hjerteslagene nærmest løper avgårde		.61	
Føler deg anspent eller oppjaget		.75	
Angst eller panikkanfall	.52		
Føler deg så urolig at du ikke kan sitte stille		.78	
Føler at noe vondt eller leit vil komme til å hende deg		.53	
Har skremmende tanker og forestillingsbilder	.65		

Tabell 10: Prinsipal komponent-analyse for leddene til depresjonsindeksen, kinesiske ungdommer.

Ledd	Komponent
	1
Føler deg energifattig eller langsommere enn vanlig	.56
Tanker om å ta ditt eget liv	.68
Gråter lett	.59
Føler deg liksom lurt i en felle eller fanget	.61
Klandrer eller bebreider deg selv for saker og ting	.68
Føler deg ensom	.67
Føler deg nedtrykt	.78
Uroer og bekymrer deg for mye over saker og ting	.79
Føler deg uten interesse for ting	.64
Føler håpløshet med henblikk for fremtiden	.77
Føler det som om alt mulig er anstrengende	.77
Føler deg verdiløs	.74

Tabell 11: Prinsipal komponent-analyse av leddene for depresjonsindeksen, norske ungdommer.

Ledd	Komponent		
	1	2	3
Føler deg energifattig eller langsommere enn vanlig		.61	
Tanker om å ta ditt eget liv	.74		
Gråter lett		.40	
Føler deg liksom lurt i en felle eller fanget	.44	.41	
Klandrer eller bebreider deg selv for saker og ting		.84	
Føler deg ensom	.80		
Føler deg nedtrykt	.65		
Uroer og bekymrer deg for mye over saker og ting		.81	
Føler deg uten interesse for ting			.94
Føler håpløshet med henblikk for fremtiden	.53	.48	
Føler det som om alt mulig er anstrengende		.61	
Føler deg verdiløs	.72		

Tabell 12: Prinsipal komponent-analyse av leddene for somatiserings-indeksen, kinesiske ungdommer.

Ledd	Komponent
	1
Hodeverk	.59
Matthet og svimmelhet	.51
Smerter i hjerteregionen eller bryst	.65
Smerter i korsryggen	.61
Har kvalme eller urolig mage	.63
Verk eller ømhet i musklene	.75
Pustebesvær eller besvær med å få luft	.65
Varme eller kuldetokter gjennom kroppen	.74
Nummenhet og prikking i deler av kroppen	.75
Klump i halsen	.68
Føler deg svak i deler av kroppen	.74
Føler deg tung i armer eller ben	.74

Tabell 13: Prinsipal komponent-analyse av leddene for somatiserings-indeksen, norske ungdommer.

Ledd	Komponenter			
	1	2	3	4
Hodeverk		.90		
Matthet og svimmelhet		.62		
Smerter i hjerteregionen eller bryst				.66
Smerter i korsryggen				.74
Har kvalme eller urolig mage		.55		
Verk eller ømhet i musklene	.77		.43	
Pustebesvær eller besvær med å få luft	.45			
Varme eller kuldetokter gjennom kroppen			.71	.44
Nummenhet og prikking i deler av kroppen				.51
Klump i halsen			.79	
Føler deg svak i deler av kroppen	.80			
Føler deg tung i armer eller ben	.73			

4.6 Spørsmål om strukturelle forskjeller

Disse resultatene reiser mistanke om ulik struktur for besvarelsen i de to landene. De norske data er atypisk og vanskelig å tolke. Dette kan henge sammen med lav utvalgsstørrelse. De kinesiske dataene derimot, viser at hver indeks er en enhetlig komponent ettersom det bare var én komponent som ble trukket ut. På spørsmålet om strukturelle forskjeller må vi også ta analysen av enkelt-ledd med i betraktningen. Som vist ovenfor er det funnet signifikante forskjeller mellom enkelt-ledd for land. Det er derfor nødvendig med en diskusjon av disse forskjellene og hvorvidt det er strukturelle forskjeller i symptom-indeksene mellom Norge og Kina. Det kan tenkes at forskjeller i symptom-struktur er mer fruktbart å diskutere opp mot kulturforskjeller heller enn hvor høyt en kultur skårer innenfor et symptom. Det kan bety at det ikke er antall symptomer eller nivået av dem, som uttrykker forskjeller i kultur, men mønsteret av dem.

4.7 Metodologiske betraktninger

Som tidligere nevnt er SCL-90 et veletablert psykologisk måleverktøy som blir anvendt både i Norge og Kina. Egen oversettelse fra engelsk til norsk/kinesisk var derfor ikke nødvendig. Det er likevel verd å kaste et kritisk blikk på oversettelse av denne typen diagnoseverktøy fra engelsk til kinesisk. Dette er fordi det kinesiske språket er svært forskjellig fra det engelske når det kommer til ord for emosjoner. I følge Kleinman (1980) finnes det ikke en detaljert terminologi for følelseslivet i Kina slik man finner i vesten. Dette stiller validiteten til SCL-90-R i et kritisk lys. Et annet moment ved denne studien er ulikheter i innsamlings-proseduren i Kina og Norge. I Kina fylte elevene ut hele SCL-90, som består av 90 ledd, mens de i Norge bare fylte ut 34 ledd. Det kan derfor tenkes at de kinesiske ungdommene var mer sliten og lei under utfylling av skjemaet sammenlignet med de norske ungdommene. En mulig konsekvens av dette er at de har skåret høyere på noen av utsagnene ettersom de har følt seg mer sliten lengre ut i skjemaet. En måte å sjekke dette på er å se om skårene for de leddene som kommer på slutten av SCL-90-R-skjemaet er høyere enn de som kommer i starten. For å undersøke dette nærmere ble det gjort en t-test av de tjue første og de tjue siste variablene. T-testen ga ikke hold for at de kinesiske respondentene ble mer sliten lengre ut i avkryssingen. Tvert imot var det høyest gjennomsnitt for de tjue første svarene.

I forkant av den norske datainnsamlingen ble ordet "måtelig", for avkryssingsalternativ nummer tre, byttet ut med "en del". Dette var fordi "måtelig" er lite brukt i dagens norske språk og "en del" var derfor mer forståelig for ungdommen. Det er ingen kjennskap til om dette ble gjort i Kina, men det er et poeng at over årene så vil enkelte ord og uttrykk falle bort slik at de må oppdateres for å gi størst mulig validitet og reliabilitet. Om denne typen reformuleringer ikke ble gjort i Kina, kan det være at ungdommen har vært usikker i forhold til hvordan de skulle svare. Det må også stilles spørsmål til kjønnsvariabelen og kulturvariabelen. Kvinner er kjent for å svare mer ærlig spørreundersøkelser enn menn. Vi vet også at kinesere er svært vant til å delta i ulike målinger og undersøkelser, ledet av skolen. Som en konsekvens av deres respekt for autoriteter er det svært sannsynlig at de har svart mer oppriktig enn det norske utvalget på undersøkelsen.

5.0 Diskusjon

5.1 Oppsummering av resultater

Tabell 1: Deskriptiv statistikk av utvalg og skårer

Datamaterialet som er presentert i tabell 1 viser gjennomsnittsverdi for hver symptomindeks per land og kjønn. For LAND var det signifikante forskjeller for angst og for somatisering. Det kinesiske utvalget skåret høyest på angst og det norske utvalget skåret høyest på somatisering. For KJØNN var det signifikante forskjeller i depresjon. Det var jentene som skåret høyest. Interaksjonseffektene skyldes at kinesiske gutter skåret høyere enn norske, for angst og depresjon. Mean-skårene for somatisering var høyere hos det norske utvalget. Forskjellen i mean mellom kinesiske og norske menn er minimal for somatisering, bare .01. Det er derfor lite trolig at dette er valide resultat.

5.2 Tabell 2-4: Leddskårer innen hver symptomvariabel

For tabell 2, som viser angstleddene, ser det ut til at Norge uttrykker mer på det som handler om kroppslig uro, mens kineserne skårer mer på det som handler om internalisert engstelse og frykt. Det er vanskelig å si noe om hva som er kilden til disse forskjellene i uttrykksmåte, men det er i seg selv interessant hvorfor angst her uttrykkes ulikt. Igjen er dette overraskende resultater da det var ventet at kineserne ville respondere høyere på variabler og ledd hvor følelser uttrykkes i en mer kroppsliggjort form. I stedet ser vi at det er nordmenn som gjør dette, og at kineserne bærer på en mer indre angst. For variabelen KJØNN ser vi at jentene uttrykker seg på ledd som handler om engstelse og bekymring for framtiden. Med andre ord er det som uttrykkes her internaliserte følelser.

I Tabell 3, som viser depresjonsleddene, var det tre ledd som skilte seg ut. Også her finner vi at Norge skårer signifikant forskjellig på ledd som handler om urolighet, mens kineserne uttrykker seg i større grad på bekymringer og følelse av å være nedtrykt. For variabelen KJØNN er det her jentene uttrykker seg desidert mest. For hele syv ledd har de skåret høyest. Dette betyr at kvinnene i denne studien uttrykker seg i betydelig større grad enn menn når det kommer til variabler for nedstemthet og tungsinn.

I leddene for somatisering, tabell 4, er det bare Norge som har signifikant høyere skårer på tre ledd. Dette samsvarer også med at de totalt hadde høyest skårer for somatiseringsvariabelen i analysen gjort med enveis ANOVA. Her uttrykket jentene seg på matthet og svimmelhet.

Tabell 5-10: Prinsipal komponent-analyse

Det ble også benyttet prinsipal komponent-analyse for å se på strukturen i datasettet

med henblikk på latente variabler innen land-variabelen. Resultatene indikerer at det forekommer strukturelle forskjeller, men for det norske utvalget er data vanskelig å tolke, trolig på grunn av lav utvalgsstørrelse og det er derfor vanskelig å feste lit til at disse forskjellene er valid.

Tabell 11 og 12: Bivariat korrelasjons-analyse

Resultatene fra den bivarierte korrelasjons-analysen viser at angst og depresjon korrelerer høyest både blant det kinesiske og det norske utvalget. Videre følger angst og somatisering og depresjon og somatisering for det kinesiske utvalget. Mens resultatet er omvendt hos det norske utvalget. Her følger depresjon og somatisering som nest høyest verdi og til sist angst og somatisering.

5.2 Drøfting av resultatene

Som det fremkommer i tabell 1, er det variabelen angst og somatisering som viser en signifikant forskjell mellom kinesiske og norske ungdommer. Det er henholdsvis kineserne som skårer høyest for angst og nordmenn som skårer tilsynelatende høyest for somatisering. Sistnevnte variabel er i gråsonen for hva som kan sies å være et valid resultat. Men ettersom det var ventet at kineserne skulle skåre markant høyere her enn nordmennene, er dette et interessant resultat som bør belyses.

5.2.1 Angst

Det var på forhånd ikke predikert hvordan angst som symptom ville slå ut på målingene. Både i kollektivistisk og individualistisk kultur finnes det komponenter som kan være angstfremkallende blant ungdom. Nå var ikke mean-skåren urovekkende høy i seg selv for Kina, men den var markant høyere enn for Norge. I tillegg ble det funnet signifikante forskjeller i ledd-skårene som kan tyde på at strukturen i angst er ulik mellom ungdom i Norge og Kina.

I Kina er psykologisk stress blant skolebarn og akademisk konkurranse, antatt å henge sterkt sammen. Dette symptom-nivået er ifølge Riley (2003), høyere enn hos vestlige skolebarn hvor også det akademiske presset er lavere. I kinesisk kultur har man stor respekt for autoritære systemer og eldre og ledere. I tillegg er det høyt fokus på å oppnå gode resultater for å vise at man yter sitt beste, men også for å få muligheten til å utdanne seg videre (Riley, 2003; Hansen og Thøgersen, 2008). Disse to komponentene vil i lag kunne skape en svært presset situasjon for en ungdom. I en kollektivistisk kultur jobber man ikke bare for å oppnå gode resultater for seg selv. Resultatene vil også reflektere familien du

kommer fra ettersom man her orienterer seg ut ifra hverandre og har langt større tetthet i relasjonene. Om man får dårlige resultater i skolen og således blir en “skoletaper” kan dette kaste skam over hele familien. Skamfølelser i seg selv har den funksjon at de holder orden i autoritært hierarki og er en følelse som de fleste mennesker forsøker å unngå. I tillegg ofrer kinesiske foreldre mye for at deres barn skal kunne få en god skolegang ettersom den er helt avgjørende for et barns fremtid i Kina (Hansen og Thøgersen, 2008). Dette stiller selvsagt krav til barna og kan innebære at skolebarn går med store bekymringer for fremtiden, og for prøver og eksamener i skolen. Dersom dette oppleves som et vedvarende press et dette negativt for helsen og kan slå ut i angstlidelser.

I kinesernes skårer for enkelt-ledd i angst-indeksen uttrykker de seg ulikt sammenlignet med nordmennene. Mens de norske ungdommene uttrykker seg på mer somatiske variabler, uttrykker kineserne seg mer på variabler som angår bekymring og engstelse. Dette kan tenkes å henge sammen med at bekymring for fremtiden er mer reell for kinesiske elever. Ut ifra kinesisk familieideologi skal barna forsørge sine foreldre når de selv blir voksne. I sammenheng med kinas økonomiske vekst kan det hende at standarden for et kinesisk hjem også har økt, og i neste omgang øker presset enda mer. Den stigende velstanden i Kina kan også legge et større forventningspress på dagens unge i form av at det er “lettere” å være barn i Kina i dag enn for tretti år siden. Dagens unge anses for å være mer heldige og har flere muligheter. Det er ikke uten grunn at disse barna har fått kallenavn som “Kinas små keisere”. Enebarn i både far og mors familie gir følgelig mye oppmerksomhet. Det er i midlertidig viktig å presisere at det er mange barn i Kina som har søsken. Trolig er også skillet mellom fattig og velstående mer tydelig i Kina enn i Norge. Å se og høre om konsekvensene av ikke å være utdannet og ha jobb, er noe som kan skape økt bekymring for fremtiden hos de unge.

Vestlige medias fokus på at kinas befolkning lider under et autoritært, kommunistisk, regime gjør kanskje at mange ville ha ventet høyere symptombelastning for kinesere i dette studiet. Debatten hvorvidt kinesiske skolebarn har høyere nivå av psykologiske symptomer har ulike synspunkt og forskningen har gitt motstridene resultater for psykiske lidelsers utbredelse i Kina og vesten. Noen forskere har funnet at kinesiske skolebarn er *mindre* utsatt for psykologisk frustrasjon enn amerikanske skolebarn og mener dette henger sammen men at kinesiske skolebarn er langt mer motivert og målorientert, enn amerikanske skolebarn. Dette gjør at de takler den konkurransen som befinner seg i utdanningssystemet på en konstruktiv måte (Chen & Uttal, 1988). Ettersom skolegang er så avgjørende for kineseres fremtid, kan de

oppleve større mening med å gå på skolen. De vet hvor stor innvirkning den har for deres fremtidige liv. Det er dessuten tenkelig at kinesiske barn i større grad enn vestlige, opplever støtte og interesse fra familiens side og en sterk stolthetsfølelse når de har prestert godt på skolen. Dette er en effektiv buffer mot stress, samtidig som det er en god motivator, og kanskje ligger årsaken for at det kinesiske utvalget ikke har en mean-skåre over 1.64 nettopp her.

I denne studien antas forskjellene i skåringen for angst å være knyttet opp til kulturforskjeller. På bakgrunn av den teorien som er presentert i oppgaven gis det sterke indikasjoner for at angstutvikling blant ungdommer i Kina henger sammen med frykten for ikke å lykkes i utdanningsløpet, samt frykt og skamfølelse overfor sin inn-gruppe dersom man mislykkes. Det man i Kina referer til som "å tape ansikt". Kulturvariabelen har fått relativt lite oppmerksomhet i angstforskningen, sammenlignet med genetiske faktorer og miljøfaktorer. Likevel er det funnet kulturspesifikke former for angst (Hudson og Rapee, 2009). Det er lite diskutert blant forskerne om det akademiske presset i Kina kan skape en egen form for prestasjonsangst og med det springe ut fra kulturen, på samme måte som taijin kyofusho i Japan (Hudson og Rapee, 2009). Resultatene i denne studien taler for at kulturvariabelen burde bringes mer på bane i angstforskningen. Spesielt er dette viktig når vestlige psykologer og psykiatere skal være med på å styrke det kliniske psykolog-tilbudet i Kina. Spørsmålet som må stilles er om angst kan behandles og oppfattes likt på tvers av kulturer og på bakgrunn av vestlig forskning og terminologi?

5.2.2 Depresjon

Et merkbart moment i denne studien er at det ikke er signifikante forskjeller i depresjon mellom Norge og Kina. Etersom både angst og depresjon er internaliserte lidelser som tidvis har mye til felles, ville jeg antatt at kineserne skulle skåre signifikant høyere også her ettersom de skåret høyest for angst. Depresjon er dessuten antatt å henge sammen med den høye selvmordsraten i Kina (Phillips et al., 1999). Likevel finner ikke studien grunnlag for at det kinesiske utvalget hadde høyere nivå av depressive emosjoner. Dette samsvarer med forskningslitteraturen hvor det er funnet svært lave tall for depressive lidelser blant Kinas befolkning. Til gjengjeld mener forskerne at den lave rapporteringen av depressive symptomer henger sammen med det stigmatiserende synet for mentale lidelser i Kina. Samt det tradisjonelle synet på at følelsene sitter i organene (Kleinman, 1982; Parker et al., 2001). Forskerne mener derfor at kineserne somatiserer i langt større grad. Noe som ikke stemmer overens med funnene i denne oppgaven. Resultatene fra den bivariante korrelasjonsanalysen

viser at angst og depresjon er høyest korrelert for både det norske og det kinesiske utvalget. Høyest er det for det kinesiske. Noe som viser at det er en viss sammenheng mellom angst og depresjon også i dette utvalget.

Negative emosjoner i kollektivistiske kulturer er ikke framtrede på samme måte som i vesten. I stedet har de et mer sammenhengende forhold mellom positive og negative emosjoner. Noe som kanskje kan virke inn for skåringen av depressive symptomer i denne studien ved at rapporteringen av disse negative følelsene er lavere. En annen forklaring, som kanskje er mer plausibel, er at det akademiske presset skaper mer angst enn depresjon. Tross alt er dette to adskilte diagnoser i diagnosemanualene. Dette indikerer i så fall at det er et mer tydelig skille mellom angst og depresjon i Kina enn i vesten. Kleinman (1977) har kritisert diagnosen depresjon for å være lite anvendbar i kryss-kulturell forskning. Han mener dette er en kulturell kategori utviklet av og for en vestlig befolkning.

5.2.3 Somatisering

Det mest overraskende resultatet i denne studien er at det norske utvalget viste like stor, til dels større, indikasjon på somatisering enn hva det kinesiske utvalget gjorde. Dette er et motstridende funn sammenlignet med tidligere forskning og hva man kan forvente på bakgrunn av faglitteraturen. I tillegg skåret de norske ungdommene signifikant høyere på ledd som handlet om kroppslig uro i angstvariabelen, samt at de skåret høyest på alle leddene i symptomvariabelen hvor det var signifikante forskjeller mellom Norge og Kina. Dette gir grunnlag for å diskutere hvorvidt somatisk uttrykt frustrasjon er en vanligere reaksjonsmåte blant ungdom i Norge enn i Kina.

På bakgrunn av disse resultatene, kan man spørre seg om norske ungdommer er utsatt for mer stress som gjør at de somatiserer mer enn de kinesiske ungdommene eller om de bare uttrykker seg ulikt? Det er også verdt å stille seg spørsmålet om typiske frustrasjonstema i puberteten som identitet, tilhørighet etc. er vanskeligere å håndtere i norsk kultur enn i kinesisk kultur? I den vestlige modellen for følelser er lykke og forvaltning av frihet sentralt. Er våre krav til å være selvdefinerende vanskelig og forvirrende for ungdom? Er dette et "mål" ungdom jobber med i underbevisstheden?

Man kan ta utgangspunkt i at det er ulike håndteringsmekanismer for ytre og indre, kroppslige trusler. Dette vil også gi ulike stress-symptomer (Kleinman og Lin, 1981). Somatisering er en ekstern håndteringsprosess i motsetning til angst og depresjon som er en internalisert prosess som følge av trusler. Dette vil igjen si at norske ungdommer, i større grad enn kinesiske ungdommer, eksternaliserer sine følelser. I en kronikk i Tidsskrift for Den

norske legeforening (Holtedal, 2002) diskuteres somatiserings-diagnosen. Av debatten fremgår det flere momenter som kan knyttes opp mot moderniseringsprosessen i vestlige kulturer. Kronisk tretthet trekkes frem som et delsymptom hos pasienter med en somatiserings-diagnose. Dette antas blant annet å ha sammenheng med det postindustrielle samfunnets vektlegging av effektivitet og konkurranse (Holtedal, 2002).

Moderniseringsprosessen er også svært sterk i dagens Kina. Skal man diskutere kilde til somatisering i Norge som mulig konsekvens av moderniserings-prosesser, må man ta i betraktning at dette også skjer i Kina (Parker et al., 2001). Både i det kinesiske samfunnet og i det norske samfunnet har effektivisering stått sentralt. Dette vil naturligvis også kunne påvirke ungdom ettersom effektivisering griper inn i mange ledd på system- og individnivå. Spørsmålet er da hvorfor norske ungdommer skulle uttrykke seg mer kroppslig enn kinesiske ungdommer?

Å ha ubehagelige kroppslige fornemmelser er helt naturlig, og som oftest vier vi ikke disse følelsene så mye oppmerksomhet. Likevel kan det være mennesker som er sårbar for følelser som dette, og oppfatter det som en trussel mot egen helse (Holtedal, 2002). Store medieoppslag om sykdommer og helsetrusler kan forverre dette og gi næring til økt symptomopptatthet (Holtedal, 2002). Disse medieoppslagene antas å være et typisk vestlig fenomen. Til daglig kan man lese om helse og livsstil i norske aviser. Økningen av disse sakene har vært sterk de siste årene samtidig som vi har fått et mer individualisert språk i media (Bårdsen og Thornquist, 2010;). Den nye livsstils-bølgen gir sterke indikasjoner for at dette er en del av individualistiske verdier som selvrealisering og jakt etter lykke og velvære. Man er også opptatt av helse i Kina, men dette fokuset fortøner seg som mer tradisjonelt enn den vestlige "treningscenter-kulturen". I det kinesiske samfunnet har man lange tradisjoner for å leve på den måten kroppen krever at man skal leve. Historien forteller at sykdom var en konsekvens av å handle mot naturens lover. Et uttrykk for kroppslig disharmoni (Gottfredsen, 1973. Omtalt i Søvik, 2001). Denne tankegangen er svært synlig i det kinesiske samfunnet også i dag. For eksempel ser man dette når taxisjåfører, ekspeditører, café-gjester etc. tar seg en liten "blund" i arbeidstiden (egne observasjoner). Som oftest sover de ikke, men tar seg tid til hvile hvis anledningen byr seg. I tillegg antas familiemønster å virke inn på somatisk helse. Forvitring av familien som institusjon kan bidra til helsemessig usikkerhet, hvilket må sies å forekomme i større grad i vesten enn i Kina.

Ved å sammenligne ulike former for fysisk aktivitet mellom Norge og Kina, ser vi at det er store kulturforskjeller her. Nordmenn har en særegen tradisjon for å bevege seg over

store områder. Fjellturer og skiturer er en del av den norske folkesjelen. I Kina derimot er det ikke vanlige å gå lange turer i skog og mark. Tradisjonelle aktivitetsformer er thai-chi, yoga, kung-fu etc. Av mer moderne aktiviteter er basketball og tennis svært populært blant ungdom i Kina. Dette viser at kinesere er mer vant til bevegelse på små områder, i tillegg er befolkningstettheten i Kina er langt høyere enn i Norge. Kan det være slik at bevegelsesform påvirker sykdomsuttrykk? Vil ulike holdninger til kroppen gi ulike fornemmelser til bevisstheten? Et annet spørsmål er om denne forskjellen kan henge sammen med at de norske ungdommene ikke har utviklet sin emosjonelle og psykologiske side nok til å "forstå" og uttrykke seg rundt det stresset de opplever? I Kina lærer barn helt fra de er små hvordan kropp og sinn henger sammen. Dette er en del av den harmoniske tradisjonen (Kleinman, 1980: Whyte og Parish, 1984).

Et viktig moment i denne studien er at utvalget består av ungdommer som er i en psykologisk og fysiologisk endringsfase og det kan dermed ventes at skårene i somatiseringsvariabelen er litt høyere enn de ville vært for et utvalg bestående av en voksen normalbefolkning. Dette betyr at flere av spørsmålene som inngår i somatiseringsvariabelen kan være et uttrykk for pubertale trekk. Dette indikerer i tilfelle at puberteten fremstår forskjellig mellom norske og kinesiske ungdommer.

Hovedårsaken til at disse resultatene var overraskende handler om at det er rapportert høyere nivå for somatisering i Kina sammenlignet med USA. Det er ikke publisert noen form for sammenligning i somatisering mellom Norge og Kina. Altså kan det hende at Norge, som et mindre individualistisk land enn USA, har høyere rate av somatisering? Da er det naturlig å kaste et blikk mot forskjeller mellom Norge og USA innen individualisme-dimensjonen. Det er flere store forskjeller her som viser at USA er mer individualistisk enn Norge. Rent politisk ser man at velferdsstaten Norge tar på seg et visst ansvar for alle, spesielt mer svakerestilte grupper, sammenlignet med USA, hvor dette overlates i større grad til individet.

5.2.4 Kjønnsvariabelen

T-testene for forskjeller mellom land innen samme kjønn viste bare signifikante forskjeller mellom guttene. Dette gjaldt for alle symptomene og det var de kinesiske guttene som skåret høyest for alle tre. Dette er interessante resultater og det er nærliggende å tro at det er forskjeller i kjønnsroller mellom kulturene som produserer disse forskjellene. Kan man på bakgrunn av dette anta at den maskuline rollen i Kina blir møtt med høyere krav enn den gjør i Norge? Trolig er sosialiseringprosessen i barneårene ulik for norske og kinesiske barn. Tradisjonelt sett har det vært gutter som har vært det dominerende kjønn i Kina ettersom det

er de som tar vare på familien. Om et par opplever og bare få jenter, har det innen de tradisjonelle bondesamfunn betydning at foreldrene vil miste omsorg når de blir eldre ettersom man i Kina har tatt vare på familien man som kvinne gifter seg inn i. Å være familiens overhode legger sannsynligvis et stort forventningspress på gutter. Denne typen press finner man trolig ikke like mye av blant gutter innen norsk individualistisk kultur hvor den egalitære tankegangen står stadig sterkere. Tvert i mot kan det være kvinnene som taper her ettersom idealer som selvrealisering står sammen med stadig mer vaklende idealer hvor kvinnen er omsorgsperson med ansvar for barn og hjem. Kanskje stilles det mindre krav til menn i individualistiske kulturer?

En annen mulig forklaring er at de norske guttene underrapporter plager mens de kinesiske guttene svarer mer ærlig. Som tidligere nevnt, er kineserne vant med testing i skolen og i sammenheng med stor respekt for autoriteter er det trolig at de svarer mer oppriktig i slike undersøkelser.

Som en kommentar til forskning på likheter mellom kvinner og kollektivistisk kultur, har oppgaven belyst dette temaet i begrenset utstrekning. Diskusjonen i forskningslitteraturen handler om at kvinners emosjonelle orientering ser ut til å ha visse fellestrekk med emosjonell orientering i kollektivistiske kulturer, samt at de er mer relasjonell enn menn, slik som i kollektivistiske kulturer. Spørsmålene som da følger er:

- Har kvinner på tvers av kulturer flere fellestrekk for mental helse enn menn?
- Finner vi de samme symptom-strukturene for mental helse hos kvinner på tvers av kulturer og kollektivistiske kulturer?

Dette er spørsmål som i utgangspunktet krever egne studier for å kunne besvares. Likevel kan man hente litt informasjon ut av denne studien. Resultatene for t-test mellom jenter i Norge og jenter i Kina, viste ingen forskjell mellom symptomene. Resultatene for menn derimot, viste forskjeller i alle symptomene. Dette kan være en indikasjon på at jentene i denne studien er mer lik, mens guttene er mer ulik. Indikasjonen viser da at kvinner på tvers av kultur har flere emosjonelle likhetstrekk enn menn har på tvers av kultur. Ser vi på analyse av enkelt-leddene er det derimot ingen spesielle likhetstrekk mellom Kina og kvinner. Dette betyr at de strukturelle forholdene mellom kvinner og kollektivistiske kulturer ikke er spesielt lik. På bakgrunn av dette er det vanskelig å si noe mer utstrakt om psykologiske dimensjoner som tas opp i debatten til Gilligan (1982) og Kashima med kollegaer (1995).

Studien viser likevel klart større avstand mellom mean-skårene for norske gutter og jenter enn kinesiske gutter og jenter. Dette gjelder for alle symptomene. Dermed støttes det

opp om antagelsen at det er større forskjeller mellom kjønn i individualistiske kulturer når det kommer til opplevelse og uttrykk av emosjoner (Bagozzi, Wong og Yi, 2010).

5.3 Er I-C dimensjonen god nok?

Berry og kollegaer (2002) uttrykker bekymring for at I-C dimensjonen har blitt for utstrakt og søker å forklare et for stort antall psykologiske forskjeller mellom ulike kulturer. Det er nærliggende å tro at bildet er mer komplekst enn at alle psykologiske forskjeller mellom kulturer kan forklares på bakgrunn av akkurat I-C-konstruktet. Også separat innen kollektivistiske og individualistiske kulturer er det sannsynlig at vi finner store kulturforskjeller som virker inn på psykologiske prosesser. Denne dimensjonen fungerer kanskje best for å få en forståelse av hvordan kategorien "individ" er ulik mellom ulike kulturer. Det er dermed ikke sagt at kultur ikke spiller en stor rolle i forming av sinnet. I-C begrepet tar først og fremst utgangspunkt i verdier. Videre har forskere innen kulturpsykologi og kryss-kulturell psykologi sett på hvordan disse verdiene leder til ulik praksis og hvordan dette igjen kan virke inn på psykologiske prosesser og mentale lidelser.

Kollektivism og individualisme er nyttige og forklarende begrep i sitt rette element, men det er viktig at innholdet bak begrepene er tydelig slik at de ikke blir misbrukt og dermed mister sin troverdighet. Innenfor sosialpsykologien har man jobbet med disse begrepene i en årrekke og forsøkt å finne ut hvordan de kan måles (Berry et al., 2002).

Skal man forstå kollektivistisk og individualistisk kultur som hverandres motsetning eller som to adskilte kategorier? Dersom inndelingene og begrepene er for omfangsrik kan det tjene som et oppsamlingssted for psykologiske forskjeller mellom ulike kulturer, noe som vil være uheldig (Berry et al., 2002). Det finnes flere måter å konseptualisere I-C konstruktene på. Noen forskere ser på dette som to separate begrep uten tilknytning mens andre forholder seg til I-C som to polpunkter langs en dimensjon hvor grad av I-C kan variere i kulturer. Dette er det mest utbredte synet på I-C (Berry et al., 2002). Realo, Allik & Vadi (1997 i Berry et al. s. 68, 2002) har testet generaliteten til I-C begrepet. På bakgrunn av dette konkluderte de at kategoriene individualistisk og kollektivistisk ikke må forstås som to adskilte konsept, men heller som to kategorier forbundet til hverandre hvor man har adskilte subkategorier. Dette støttes opp av Triandis (1995) som mener begge kategoriene kan eksistere sammen i en kultur og at de kan være situasjonsavhengig. Triandis (1995) mener det finnes fire forskjellige definisjoner som avgjør om en kultur i hovedsak er kollektivistisk eller individualistisk: (1) definerer av selvet som personlig eller kollektivt, uavhengig eller avhengig (2) personlige mål er prioritert over gruppemål eller omvendt. (3) vektlegger utveksling i stedet for felles

forhold og (4) personlige holdninger versus sosiale normer i en persons atferd (Triandis, 1995). Det er viktig å merke seg at Triandis (1995) sier kategoriene individualistisk og kollektivistisk er situasjonsavhengig. Når man forholder seg til så store kategorier er det fort gjort å sette en kultur i bås og man får tunnelsyn som gjør at man kanskje ikke holder et nok kritisk blikk på forskningen som man bør.

Denne studien har kommet inn på strukturelle forskjeller innen psykologiske symptomer. Også her kan det tenkes at I-C-dimensjonen er for snever og ikke kan forklare strukturforskjeller mellom ulike kulturer.

Som det fremkommer i denne studien er det interessant å forske videre på konkrete diagnoser og hvordan strukturene innen disse diagnosene kan variere mellom kulturer. Dette er av flere grunner viktig kunnskap som det bør settes mer fokus på. For det første stiller det spørsmål ved en del av de etablerte oppfatningene rundt symptomer på mentale helseplager. I et land som Norge, hvor vi har en befolkning fra hele verden, er dette nyttig kunnskap for de fagpersonene som jobber innen helseyrket eller for de som jobber med psykososiale utfordringer.

5.4 Kan man trekke slutninger på bakgrunn av denne studien?

På bakgrunn av de resultatene som er presentert i denne oppgaven kan det ikke konkluderes at mentale helseproblemer forekommer mer i en av de to diskuterte kulturene. Oppgaven viser likevel indikasjoner på at angst er mer vanlig uttrykk for mental helse-tilstand i kinesisk kollektivistisk kultur, mens somatisering er mer et vanlig uttrykk i individualistisk norsk kultur. I tillegg har vi sett indikasjoner for at det finnes strukturelle forskjeller innen begge disse symptomene. Dette betyr at det ikke er så hensiktsmessig å diskutere hvorvidt symptomnivået for mental helse, sett under ett, er høyere i individualistisk eller kollektivistisk kultur. Diskusjonen bør heller rettes mot hvilke kulturelle trekk som skaper ulikheter i form av uttrykt psykologisk frustrasjon blant ungdom i kollektivistiske og individualistiske kulturer, samt mulige årsaker til strukturelle forskjeller innen symptomer og diagnoser for mentale lidelser.

Kilder til psykologisk stress blant ungdommer i vesten knyttes gjerne til individuelle variabler mens de i østen knyttes til sosiale variabler. Mens kinesiske ungdommer møter store forventninger til gode resultater i skolen, er det i vestlig kultur antatt at prosessen rundt identitet og tilhørighet skaper de største psykologiske belastningene for ungdom. I vesten gir følelser en indikasjon på ens egenverdi og er derfor svært sentral for mennesker som befinner seg i en fase av livet hvor eksistensielle spørsmål melder seg. Som barn har man en umoden

og barnlig tankegang rundt livets framtid. Dette endrer seg i puberteten. Denne overgangen fra barneverdenen kan være tyngre i en kultur hvor fokuset på det indre og psykologiske er sentralt.

I den asiatiske modellen henger følelser mer sammen og den ene avløses av den andre. Det kan derfor tenkes at mer nedstemte følelser ikke virker like skremmende for de som har denne tilnærmingen. Det har vært flere debatter innen psykologiske og psykiatriske fagmiljø som fremholder at denne måten å forholde seg til følelser på er sunnere enn det vestlige perspektivet hvor man i større grad sykeliggjør følelser og dermed også bidrar til at håndtering av negative følelser blir vanskeligere for folk. I Kina knyttes identitet sterkt opp til familie og inn-gruppen. Dette gjør at man føler seg som en del av en større, meningsfull relasjon. Noe som igjen betyr at man blir mer fritatt fra eksistensielle spørsmål rundt identitet og selververd. Dette er allerede definert gjennom den gruppen du tilhører. Ifølge Tor-Johan Ekeland (2011) kan det å prestere seg selv som person skape et høyt stressnivå og være vanskelig å håndtere ettersom kilden her er skjult. Dette betyr at det blir vanskelig for ungdommen å sette fingeren på hva som er i veien for så å ta tak i problemet.

På den annen side kan man anta at terskelen for å føle seg mislykket er langt lavere i Kina enn i Norge. Når dette skjer vil skamfølelsen sannsynligvis være langt sterkere enn i Norge og vestlige kulturer generelt. Å mislykkes i kinesisk skolegang vil også kunne skape mye stressende tanker i forhold til fremtidsperspektivet. Det er innebyggt i kinesisk kultur at hard arbeid og resultater er nødvendig for å lykkes i voksenlivet. Denne bekymringen for fremtiden er det trolig mindre av i Norge, hvor langt større del av befolkningen befinner seg i middelklassen og hvor skillet mellom fattig og rik ikke har like store kontraster som det har i Kina.

Hvilken atferd som vekker bekymring hos foreldre kan være kulturavhengig. I kollektivistiske kulturer er det mer fokus på ekstern atferd kontra internaliserende vansker. I vesten har vi delvis en motsatt oppfatning (Weisz, Suwanlert, Chaiyasit & Walter, 1987). I Kina er det funnet at sjenanse (skyhet-følsomhet) blant skolebarn i 8-10 års alder er positivt korrelert med lærerens vurdering av adferd, lederskap og akademiske prestasjoner. Noe som ikke samsvarer med vestlig oppfatning. (Chen, Rubin, Li og Li, 1999). Dette leder oss igjen inn på debatten rundt bruk av SCL-90. Enkelte av de leddene som her antas å måle negativ psykologisk symptombelastning trenger ikke nødvendigvis å være uttrykk for en dårlig mental helse-tilstand i kinesisk kultur. Dette betyr at man må være kritisk når man problematiserer det vi i vesten tolker som tegn på emosjonelle vansker og psykologisk stress. Også

terminologien og spørsmålsformuleringen kan oppfattes ulikt eller tillegges ulik betydning i Kina og Norge. Et eksempel er utsagnet «føler det som om alt mulig er anstrengende» som er ledd nr. 11 i depresjons-variabelen. I kinesisk kultur er det høyere forventning til at barn skal anstrenge seg enn i Norge. Selv om kinesiske ungdommer føler at ting er anstrengende trenger ikke dette nødvendigvis å være negativt ladet i kinesisk forstand. Kanskje oppfattes dette mer negativt i Norge og generelt i individualistiske kulturer.

På bakgrunn av det som er presentert i oppgaven kan det tenkes at miljøstresset i Kina er høyere for ungdom her enn det er for ungdom i individualistiske kulturer. Dette henger sammen med at ungdom i Kina trolig ansvarliggjøres mer enn ungdom i Norge når det kommer til skole og utdanning. I tillegg har ungdom i Kina en tilleggsbelastning: de skal oppnå gode resultater for seg selv og familien sin. Derimot kan det tenkes at den psykologiske belastningen snur når vi snakker om voksne, slik at det oppleves mer pressende å være voksen i en individualistisk kultur enn i en kollektivistisk. Grunnen for dette er at det er mer tilgang på sosial støtte i kollektivistiske kulturer samt at tettheten i relasjonene er større. En voksen person i en individualistisk kultur vil derfor kunne oppleve et større egen-ansvar og mindre felles-ansvar både i jobb og privat, noe som også gir økt psykologisk belastning.

Studien viser at det er mindre forskjell mellom mean-skårene for jenter og gutter i Kina enn i Norge når det kommer til angst, depresjon og somatisering. Dette stiller spørsmålstegn ved den allmenne oppfatningen i vestlig psykologi om at kvinners symptomnivå i gjennomsnittet ligger godt over mennenes. Noe som kan tolkes som en skepsis mot biologisk psykologi hvor denne typen kjønnsforskjeller ofte diskuteres uten å trekke inn kulturelle perspektiver. Denne studien viser derfor indikasjoner for en større og mer nyansert kunnskap mellom det biologiske og sosial-kulturelle feltet innen psykologien. Dette utfordrer hvordan vi skal tenke og behandle mentale helse-lidelser, ikke bare i Kina, men også i Norge og andre individualistiske kulturer hvor mainstream-psykologien står sterkt. Vi det være mer nyttig å ha et større fokus på sosiokulturelle variabler?

5.5 Begrensninger ved studien

Det kinesiske utvalget er trukket fra Zhejiang-provinsen, som er en velstående provins sør-øst i Kina. Til tross for at ulike samfunnslag er representert, kan det tenkes at symptombelastningen er noe lavere her som følge av bedre materiell levestandard. Det er også lavere multikulturell sammensetning i Zhejiang-provinsen (Zheng, 2011). I Kina finnes det mange ulike minoriteter, men i denne provinsen er det et mindre mangfold av minoriteter. Dette kan også bety at det er mindre problematikk knyttet til identitet, tilpasning,

kulturkonflikter etc. for ungdommene i Zheijang-provinsen. Generelt for Kina som nasjon kan det være tenkelig at den mentale helse-tilstanden er bedre i dag enn hva den var for 15 år siden og at dette henger sammen med den kraftige økonomiske veksten og utviklingen landet har hatt de siste årene. Denne fremgangen har ført flere ut av fattigdom og gitt mange nye arbeidsplasser. Denne utviklingen er nok mest synlig i sentrale byer hvor handels- og næringsvirksomheten er størst.

Også for det norske utvalget er det grunn for å stille spørsmål ved representativiteten. Tanken ved å trekke et utvalg fra by var å få et utvalg som var mest mulig likt det kinesiske hvor befolkningstettheten er tett. Likevel må det legges til at dette ikke nødvendigvis er så representativt for den norske populasjonen. Norge er et langstrakt land og det er mange som bor ute i distriktene. Fra tidligere vet vi at det å bo i by vs distrikt kan virke ulikt inn på mental helse. Det er forholdsvis stor forskjell i utvalgsstørrelse i denne studien. Dette virker inn på faktor/korrelasjonsanalysene. Men landenes folketall tatt i betraktning er det norske utvalget mer representativt enn det kinesiske.

Den kinesiske kulturen og historien er svært omfattende. I denne oppgaven er det bare enkelte momenter som er belyst, noe som kan bety at andre viktige momenter ikke er tatt med i betraktning. Mye av litteraturen som omhandler Kina er skrevet av vestlige forskere og forfattere. Det ville helt klart vært en fordel å kunne lese kinesisk litteratur for å se hva kinesiske forskere har skrevet om temaene som er presentert i oppgaven. I tillegg kunne jeg fått en tykkere og mer nyansert beskrivelse. Grunnet begrenset tid og ressursbruk er oppgaven definert innenfor tydelige rammer. Jeg ser likevel at det ville vært et pluss å kjenne enda bedre til Kina og kinesisk historie og kultur, enn hva jeg har tilegnet meg gjennom denne studien. Da det er en viss fare for at man blir overfladisk og ikke får et nyansert bilde av kulturen når man forholder seg til to polpunkter i en dimensjon, som her er gjort.

Mye av litteraturen og forskningen som er omtalt i denne oppgaven er hentet fra Arthur Kleinmans studier i Kina. Kleinman har jobbet opp mot Kina i mange år og har sannsynligvis svært god oversikt over kinesisk kultur og helsesystem. Likevel er det viktig å stille et par kritiske spørsmål til hans forskning. Mange av Kleinmans publikasjoner basert på hans studie i Taiwan. Taiwan er som kjent en øy utenfor det kinesiske fastlandet og har opp igjennom historien vært styrt av Japan. Rundt halvparten av dagens befolkning har lenge ønsket sitt eget styre i motsetning til å ligge under Folkerepublikken Kina, som øya gjør i dag. Taiwan har også vært motstandere av kommunismen. Dette betyr at det kan forekomme forskjeller mellom tradisjonelle kinesere og taiwanskere. Likevel er kulturen på Taiwan også

sterkt influert av Konfucius og tydelig kollektivistisk i motsetning til vesten. Triandis (1989) fremholder av individualistiske og kollektivistiske innslag finnes i alle kulturer, men at de er situasjonsavhengig. Dette er det tatt lite høyde for og lite diskutert i denne studien.

Det er også viktig å få med at de aller fleste av studiene som er omtalt i teoridelen for denne oppgaven, har basert seg på et voksent utvalg. Det er god grunn for å anta at symptomnivå, og muligens også struktur, har visse ulikheter mellom en tenåring og en voksen, også innen en kultur.

6.0 Avsluttende kommentarer og refleksjoner

Studiens formål var å undersøke om det var sammenheng mellom individualistisk og kollektivistisk kultur og mental helse. I tillegg ble spørsmål om kjønnsforskjeller og strukturforskjeller innen hvert symptom diskutert.

Psykologisk og antropologisk litteratur har de siste tre-fire tiårene fokusert stadig mer på sammenhengen mellom mentale konstruksjoner og kultur. Inn under dette faller også diskusjonen om de vanligste psykiske lidelsene vi kjenner til, er universell eller kulturavhengig. Det er gjort flere studier mellom vesten og østen på dette området. Ofte med USA og Kina som utgangspunkt. I denne studien ble vesten representert ved Norge. I teoridelen var det spesielt lagt vekt på hvordan man i disse kulturene orienterer seg ut ifra signifikante andre, og hvordan man forholder seg til emosjoner. For Kina var det også fokusert på akademisk press blant ungdom, og for Norge var det fokusert på vestlige verdier og hvordan disse griper inn i ungdommens hverdagsliv.

På bakgrunn av det som er presentert i teorien ovenfor var det ventet at det kinesiske utvalget ville skåre høyere på somatisering. Resultatene fra denne studien viste det motsatte. Her var det norske ungdommer som skåret høyest, i tillegg til å uttrykke seg mer på leddene for kroppslig urolighet innen angst-variabelen.

På bakgrunn av denne studien er det ikke mulig å konkludere hvorvidt mental helse, her representert ved angst, depresjon og somatisering, forekommer oftere i individualistisk norsk eller kollektivistisk kinesisk kultur. Eller om strukturen fremstår ulikt mellom de to diskuterte kulturene. Likevel har studien gitt tydelige indikasjoner på at det er mulige forskjeller i symptomuttrykk. Dette gjelder særlig strukturen for angst, som ser annerledes ut mellom kulturene. Videre forskning på dette feltet ville derfor ha vært spennende. Da kunne man tatt utgangspunkt i pasientutvalg hvor det er stilt en diagnose innenfor angst-spekteret. I Kina er man nå i gang med å etablere klinisk psykologi ment for behandling av mentale lidelser, og det utveksles mye kontakt med vestlige psykologiske instanser for å få denne

kunnskapen til Kina. I dette tilfellet vil det være svært viktig å ha kultur-psykologisk og kryss-kulturell psykologisk kunnskap i bakhodet. Denne kunnskapen er også viktig for Norge som stadig får et mer flerkulturelt samfunn. For eksempel i en situasjon hvor man i vestlig psykologi og terapi fokuserer mye på individet i sentrum. Har man en klient fra en kollektivistisk kultur eller ekstrem skamkultur kan det være tenkelig at man må ha en annen innfallsvinkel for å kunne behandle mentale lidelser.

Kjønn har ikke hatt et veldig stort fokus i denne oppgaven, er tatt med i diskusjonen da dette temaet bør belyses nærmere innen forskning på kollektivistiske og individualistiske kulturer. Dette er sett ut fra et psykologisk perspektiv og stiller spørsmål til hvordan antatt universelle psykologiske oppfatninger ikke nødvendigvis er universelle. Studien presentert i denne avhandlingen gir ikke grunnlag for å hevde at kvinner, uavhengig av kultur, er mer lik mennesker i kollektivistiske kulturer. Det er viktig å legge til at det ikke er de samme psykologiske dimensjonene som er målt i denne studien og de nevnte studiene om kvinner og kollektivistisk kultur. Likevel fremkom det andre kulturelle forskjeller mellom kjønn. Gutter i Kina viste seg å ha et tydelig høyere nivå av symptombelastning enn norske gutter. Samtidig så vi at det var større avstand i psykisk helse-symptomer hos jenter og gutter i Norge enn i Kina, hvor jentene i begge land skåret høyest.

Referanseliste

- Adams, G. & Markus, H., R. (2004). Toward a Conception of Culture Suitable for a Social Psychology of Culture. I M. Schaller & C. S. Crandall (Red), *The Psychological Foundations of Culture*. (ss. 335-360). USA: Lawrence Erlbaum Associates.
- Antony, M., M., Federici, A. & Stein, B., M. (2009). Overview and Introduction to Anxiety Disorders. I M. M. Antony & M. S. Stein (Red.), *Oxford Handbook of Anxiety and Related Disorders*. (ss. 3-18). USA: Oxford University Press.
- Bagozzi, P. R., Wong, N. & Yi, Y. (1999). The role of Culture and Gender in the Relationship between Positive and Negative Affect. *Cognition and Emotion.*, 13(6), 641-671. doi: 10.1080/026999399379023
- Berry, J. W., Poortinga, Y. H., Dasen, P. R. (2002). *Cross-cultural psychology: research and applications*. (2. utgave). UK: Cambridge University Press.
- Carlquist, E., Nafstad, H., E. & Blakar, R., M. (2007). Community Psychology in a Scandinavian Welfare Society: The Case of Norway. *International Community Psychology*, 4, 282-298. doi:10.1007/978-0-387-49500-2_14
- Chen, C. & Uttal, D., H. (1988). Cultural Values, Parents` beliefs, and Children`s Achievement in the United States and China. *Human Development*, 31, 351-358. doi: 0018-716X/88/0316-0331S\$2.75/0
- Chen, X., Rubin, K., H., Li, B. and Li, D. (1999). Adolescent Outcomes of Social Functioning in Chinese Children. *International Journal of Behavioral Development*, 23(1), 199-223. doi: 10.1080/016502599384071
- Cole, P. M., Bruschi, C. J. & Tamang, B. L. (2002). Cultural Differences in Children`s Emotional Reactions to Difficult Situations. *Child Development*, 73(3), 983-996. doi: 10.1111/1467-8624.00451
- Connolly, S., Simpson, D. & Petty, C. (2006). *Anxiety Disorders*. New York: Infobase Publishing.

- D'Andrade, R. G. (1984). Cultural meaning systems. I R. A., Shweder & R. A, LeVine (Red), *Culture Theory Essays on Mind, Self, and Emotion*. (utg., ss. 88-119). USA: Cambridge University Press.
- Derogatis, C. R. & Unger, R. (2010). Symptom Checklist-90-Revised. I I. B. Weiner og W. E. Craighead (red.), *Corsini Encyclopedia of Psychology* (4. utg.). USA: John Wiley & Sons, Inc. doi: 10.1002/9780470479216.corpsy0970
- Doidge, N. (2008). *Den Levende Hjernen som Endrer seg selv*. Hegdalen, Norge: Futhark Forlag.
- Dong, Q., Wang, Y. & Ollendick, T., H. (2002). Consequences of divorce on the adjustment of children in China. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31(1), ss. 101-110.
- Fauber, R., Forehand, R., Long, N., Burke, M., & Faust, J. (1987), The relationship of young adolescent Children's Depression Inventory (CDI) scores and their social and cognitive functioning. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 9, 161-172. doi: 10.1007/BF00960572
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3 utg.). Dubai: Sage Publications.
- Frønes, I. (2011). *Moderne Barndom* (3 utg.). Latvia: Cappelen Damm AS.
- Furedi, F. (2004). *Therapy culture: Cultivating vulnerability in an uncertain age*. New York: Routledge.
- Hansen, M., H. & Thøgersen, S. (2008). *Kina -individ og samfunn*. Otta, Norge: universitetsforlaget.
- Heine, S. J., Markus, H. R., Lehman, D. R. & Kitayama, S. (1999). Is There a Universal Need for Positive Self-Regard? *Psychological Review*, 106(4), 766-794. doi: 10.1037/0033-295X.106.4.766
- Helland, M. J. og Mathiesen, K. S. (2009). 13-15 åringer fra vanlige familier i Norge. Rapport 2009:1. *Nasjonalt Folkehelseinstitutt*. Lastet ned fra <http://www.fhi.no>

- Hiles, D. (1996). Cultural Psychology and the Centre-ground of Psychology. XXVI International Congress of Psychology, Montreal, Canada. Lastet ned fra <http://www.psy.dmu.ac.uk/drhiles/CPpaper.htm>
- Holtedal, R. (2002). Den somatiserende pasient i det moderne samfunn. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 121(11), ss. 1130-1132.
- Hsu, F.L.K. (1971). Psychosocial Homeostasis and Jen: Conceptual Tools for Advancing Psychological Anthropology. *American Anthropologist*, 7(1), 23-44.
doi: 10.1525/aa.1971.73.1.02a00030
- Hudson, J., L. & Rapee, R., M. (2009). Familial and Social Environments in the Etiology and Maintenance of Anxiety Disorders. I M. M. Antony & M. S. Stein (Red.), *Oxford Handbook of Anxiety and related disorders*. (ss. 173-189). New York: Oxford University Press.
- Kitayama, S., Duffy, S. & Uchida, Y. (2007). Self as Cultural Mode of Being. I S. Kitayama & D. Cohen (Red.), *Handbook of Cultural Psychology*, (ss. 136-174). USA: The Guilford Press.
- Kashima, Y., Kim, U., Gelfand, M. J., Yamaguchi, S., Choi, S. & Yuki, M. (1995). Culture, Gender, and Self: A Perspective From Individualism-Collectivism Research. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(5), 925-937. doi: 10.1037/0022-3514.69.5.925
- Kitayama, S. (2002). Culture and Basic Psychological Processes—Toward a System View of Culture: Comment on Oyserman et al. *Psychological Bulletin*, 128(1), 89–96. doi: 10.1037/0033-2909.128.1.89
- Kleinman, A. (1977). Depression, Somatization and the “New Cross-Cultural Psychiatry”. *Social Science & Medicine*, 11(1), 3-10. doi: 10.1016/0037-7856(77)90138-X
- Kleinman, A. (1982). Neurasthenia and depression: a study of somatization and culture in China. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 6, (2), 117-190. doi: 10.1007/BF00051427
- Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture*. USA: University of California Press.

- Kleinman, A. & Lin, T. (1981). *Normal and abnormal behavior in Chinese culture*.
Nederland: D. Reidel Publishing Company. Lastet ned fra
<http://books.google.com/books>
- Kleinman, A. & Good, B. (1985). *Culture and Depression*. England: University of California Press.
- Kolstad, A. & Horpestad, S. (2009). Self-Construals in Chile and Norway: Implications for Cultural Differences in Individualism and Collectivism. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 40(2), 275-281. doi: 10.1177/0022022108328917
- Li, J., Nisbett, R. E. & Yanjie, S. (2001). Culture, Change, and Prediction. *Psychological Science*, 12(6), 450-456. doi: 10.1111/1467-9280.00384
- Lukes, S. (2003). *Individualism* (4. utgave). UK: the ECPR Press.
- Markus, H. R. & Kitayama, S. (1991). Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review*, 98(2), 224-253. doi: 10.1037/0033-295X.98.2.224
- Markus, H. R. & Hamedani, M. G. (2007). Sociocultural Psychology. I S.Kitayama & D. Cohen (Red.), *Handbook of cultural psychology*. (ss. 3-39). USA: The Guilford Press.
- Mathiesen, K. S., Karevold, E. og Knudsen, A. K. (2009). *Psykiske lidelser blant barn og unge i Norge*. Oslo, Norge: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- Morris, T. L. & March, J. S. (2004). *Anxiety Disorders in Children and Adolescents*. (2. utg.). USA: The Guilford Press.
- Moxnes, P. (2009). *Hva er angst?* Otta, Norge: Universitetsforlaget.
- Myers, D., Abell, J., Kolstad, K. og Sani, F. (2010). *Social Psychology*. UK: McGraw-Hill Higher Education.
- Nafstad, H., E., Blakar, R., M., & Rand-Henriksen, K. (2009) Individualisme og fellesskapsverdier i dagens norske samfunn. I H., E., Nafstad & R., M., Blakar (red.),

Fellesskap og individualisme (1 utg. ss. 149-161). Oslo, Norge: Gyldendal Akademisk.

Niedenthal, P. M., Krauth-Gruber, S. & Ric, F. (2006). *Psychology of Emotion*. New York, USA: Psychology Press.

Nisbett, R. E. (2003). *The Geography of thought*. UK: Nicholas Brearley Publishing.

Parker, G., Gladstone, G. & Chee, K., T. (2001). Depression in the Planet`s Largest Ethnic Group: The Chinese. *American Journal of Psychiatry*, 158(6), 857-864. Lastet ned fra <http://ajp.psychiatryonline.org>

Phillips, M., Huaqing & Zhang. (1999). Suicide and Social Change in China. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 23 (1), 23-50. doi: 10.1023/A:1005462530658

Ratner, C. (2006). *Cultural psychology: a perspective on psychological functioning and social reform*. New Jersey, USA: Lawrence Erlbaum associates.

Rapee, R., M. & Spence, S., H. (2004). The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review*, 24(7), 737-767. doi: 10.1016/j.cpr.2004.06.004

Riley, P., J. (2003). *The Relationship Between Parental Warmth and Parental Pressure to Achieve with Adolescent Depression and Anxiety in China*. University of Maryland. Maryland.

Schmitz, N., Hartkamp, N, Kiuse, J., Franke, G.H., Reister, G. & Tress, W. (2000). The Symptom Check- List-90-R : A German validation study. *Quality of life researching*, 9(2), ss. 185-193. Kluwer Academic Publishing. doi: 10.1023/A:1008931926181

Sperbner, D. (1996). *Explaining Culture*. Storbritannia: Blackwell Publishers Ltd.

Samdal, O. (2009). Sammenheng mellom psykisk helse, skolemiljø, skoletrivsel og skoleprestasjoner. HMIL-Rapport 4/2009. Kunnskapsdepartementet. Bergen.

- Singelis, T., M. (1994). The Measurement of Independent and Interdependent Self-construals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20 (5), 580-591. doi: 10.1177/0146167294205014
- Søvik, O. (2001). Sykdomsbegrepet i historisk og dagsaktuell sammenheng. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 121 (22), ss. 2624-2627. Lastet ned fra www.tidsskriftet.no.
- Tajfel, H. (1982). *Social Identity and Intergroup relations*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Triandis, H. C. (2007). Culture and psychology. I S. Kitayama & D. Cohen (Red.), *Handbook of cultural psychology*. (ss. 59-76). USA: The Guilford Press.
- Triandis, H. C. (1995). *Individualism & Collectivism*. USA: Westview Press.
- Whyte, M., K. & Parish, W., L. (1984). *Urban Life in Contemporary China*. USA: University of Chicago Press.
- Wiborg, I. M., & Dahl, A. A. (1997). The recollection of parental rearing styles in patients with panic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 58-63. doi: 10.1111/j.1600-0447.1997.tb09905.x
- Wichstrøm, L. (2007). Internaliserende vansker. I I. L. Kvalem & L. Wichstrøm (Red.), *Ung i Norge*. (ss. 69-92). Oslo, Norge: Cappelen Akademiske Forlag.
- Yen, S., Lin, N. & Robins, C. J. (2000). A Cross-Cultural Comparison of Depressive Symptom Manifestation: China and the United States. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (6) 993-999. doi: 10.1037/0022-006X.68.6.993
- Aarø, L. E., Haugeland, S., Hetland, J., Torsheim, T., Samdal, O. & Wold, B. (2001). Psykiske og somatiske plager blant ungdom. *Tidsskrift for norsk lægeförening*, 121 (25), ss. 2923-2927. Lastet fra www.tidsskriftet.no.

Appendix A

Deltakelse i studie av mental helse hos ungdom

I anledning en masteroppgave ved psykologisk institutt, NTNU, ønsker vi å dele ut en spørreundersøkelse til deg som ungdom i 8. klasse. Undersøkelsen handler om helse og vi er interessert i å vite mer om tre typer følelser. Disse følelsene er vonde følelser i kroppen, følelse av å være nedstemt og nervøse følelser. Vi ønsker å sammenligne disse følelsene med 8. klassinger i Kina og se om det å leve i Norge og Kina kan gjøre at ungdommer opplever og føler ting ulikt. Undersøkelsen er en del av mastergradsavhandlingen til Kine H. Unstad, ledet av Professor Arne Vikan.

Undersøkelsen foregår ved at du svarer på et spørreskjema på ulike utsagn om vonde følelser i kroppen og opplevelse av tristhet og engstelse. Utsagnene besvares ved å krysse av for ”ikke i det hele tatt”, ”litt”, ”en del”, ”ganske mye” og ”veldig mye”. Undersøkelsen er helt anonym og vi har ikke mulighet til å finne ut hva enkeltpersoner har svart eller hvilken skole du kommer fra. Det er ingen risiko å være med i dette studiet, med det kan skje at du opplever det som ubehagelig å krysse av på personlige utsagn om hvordan du har det. Dersom du opplever ubehagelige og vanskelige følelser og tanker etter å ha krysset av spørreskjemaet, har du mulighet til å ta kontakt med professor Arne Vikan på e-post eller telefon som står oppgitt nederst på arket. Arne er psykolog, og har god erfaring fra arbeid med ungdommer. Han kan snakke med deg om det som oppleves som vanskelig knyttet til det du leser og svarer på i denne undersøkelsen. Arne har taushetsplikt og vil ikke fortelle det du sier videre til noen andre.

Dette er en frivillig undersøkelse og om du velger å delta, har du likevel lov til å trekke deg fra undersøkelsen på hvilket som helst tidspunkt under avkryssingen. Du kan også la være å svare på enkelte av spørsmålene som står i spørreskjemaet om du ønsker det. Når spørreskjemaet er ferdig utfylt og levert inn, er det ikke mulig for deg å trekke det tilbake. Dette er fordi vi ikke kan spore skjema tilbake til enkeltpersoner. Derfor kan vi ikke finne igjen akkurat det skjemaet som du har svart på. Av kontrollhensyn blir grunnlagsdata oppbevart forsvarlig fram til 05.05. 2016. Deretter vil data bli slettet. Det er psykologisk institutt, NTNU, som er ansvarlig for datamaterialet i denne perioden. Instanser som kan tenkes å kontrollere grunnlagsmaterialet er f. eks. forskningsansvarlige, Uredelighetsutvalget for forskning og Helsetilsynet.

Om du ikke ønsker å delta i forskningsprosjektet er dette selvfølgelig helt greit.

Studien er vurdert og godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Midt-Norge.

Med vennlig hilsen

Arne Vikan
Professor
arne.vikan@svt.ntnu.no
Tlf: 735 90 257

Kine Helen Unstad
Masterstudent
kinehele@stud.ntnu.no

Appendix B

Foreldre og foresatte ved X ungdomsskole

“Mental helse hos ungdom i Norge og Kina”

Forespørsel om deltagelse i studium av helseforhold hos kinesiske og norske ungdommer.

Undertegnede ber herved om foreldre/foresattes tillatelse til at deres datter/sønn i 8. klasse ved X ungdomsskole deltar i et studium om mental helse ved å besvare noen spørsmål om helsemessige forhold. Spørreundersøkelsen er en del av en mastergrad som avlegges ved Psykologisk Institutt, NTNU, som omhandler mental helse blant ungdommer i Kina og Norge. Det kan være grunn til å tro at variasjoner i helse framstår på ulike vis i disse to ulike kulturene. Dette håper vi at denne undersøkelsen kan gi svar på.

Undersøkelsen består av 34 spørsmål som er relatert til symptomene somatisering (ulike smerter i kroppen), angst og depresjon. Spørsmålene er utsagn som handler om ulike smerter/vonde følelser i kroppen og opplevelse av tristhet og engstelse. Besvarelse skjer ved å krysse av for om en har opplevd en helsemessig plage: ”ikke i det hele tatt”, ”litt”, ”måtelig”, ”ganske mye”, ”veldig mye”. Denne avkryssingen beregnes å ta ca 15 minutter. Avkryssingen skal skje på skolen i skoletida. Den vil være frivillig for eleven også når foreldre/foresatte har gitt tillatelse.

Resultatene fra sammenligninga skal inngå i Mastergraden til Masterstudent Kine H. Unstad, som deltok i opptak i Kina i fjor høst. Unstads arbeid i Norge veiledes av professor Arne Vikan, som er faglig ansvarlig for den norske delen.

Studiet er planlagt å omfatte rundt 200 ungdommer. Vi har tatt kontakt med ulike skoler for å få hjelp til gjennomføringa. Skolene er valgt ut på rent praktisk grunnlag, og brev til foreldre/foresatte går til alle som har ungdommer i de klassene det gjelder. Vi får hjelp fra skolen til å samle de elevene som har fått klarsignal fra foreldre/foresatte, og har derfor ikke tilgang til navn verken på foreldre/foresatte eller ungdommene selv.

Ungdommene skal svare anonymt, men vi ber om at de krysser av for kjønn, og fødselsår og måned på skjemaet. Innholdet i skjemaene overføres umiddelbart til datafiler. Vi har ikke koplinger til annen informasjon enn den ungdommene gir i spørreskjemaene og spørreskjemaene kan på ingen måte spores tilbake til enkeltpersoner. Av kontrollhensyn blir grunnlagsdata oppbevart forsvarlig fram til 05. 05. 2016. Deretter vil data bli slettet. Det er Psykologisk Institutt, NTNU, som er ansvarlig for datamaterialet i denne perioden. Instanser som kan tenkes å kontrollere grunnlagsmaterialet er for eksempel forskningsansvarlige, Uredelighetsutvalget for forskning og Helsetilsynet.

Det er ikke knyttet noen risiko til deltakelse i dette prosjektet. Likevel tas det forbehold om at noen kan oppleve det som ubehagelig å svare på sensitive spørsmål. Dersom ungdommen opplever ubehag relatert til deltakelse i denne undersøkelsen er det mulighet til å ta kontakt med Professor Arne Vikan, som er klinisk psykologspesialist og har jobbet mye med ungdommer.

Resultater av undersøkelsen vil i første omgang være i form av gruppedata i Unstads Mastergradsavhandling, og eventuelt i vitenskapelige rapporter. I disse rapportene vil det ikke

være mulig å etterspore hvilke skoler som har deltatt i undersøkelsen. Studien er vurdert og godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Midt-Norge. Vi håper at dere kan gi tillatelse til at ungdommen deltar i dette. Svar returneres til skolen innen 29. april. Dere gir tillatelse ved å signere nederst på dette arket. Spørreundersøkelsen finner sted 05. mai. 2011.

Med hilsen,

Arne Vikan

Professor

Psykologisk institutt

NTNU

(e-post arne.vikan@svt.ntnu.no)

Tlf: 735 090257

Kine H. Unstad

Masterstudent

Psykologisk institutt

NTNU

(e-post: kinehele@stud.ntnu.no)

Jeg gir herved tillatelse til at min datter/sønn deltar i spørreundersøkelse om mental helse hos ungdom.

.....
(sign.)

Appendix C

UNGDOM OG MENTAL HELSE

SPØRRESKJEMA

LES DETTE FØR DU STARTER!	Skjemaet skal leses maskinelt. Følg derfor disse reglene: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Bruk svart/blå kulepenn. Skriv tydelig, og ikke utenfor feltene. Kryss av slik: <input checked="" type="checkbox"/>.</i> • <i>Feilkryssing annulleres ved å overstryke krysset så <u>hele</u> feltet fylles med farge.</i> • <i>Sett bare ett kryss på hvert spørsmål om ikke annet er oppgitt.</i>
--	--

Kjønn: ⚥ Fødselsår: ⚥ I hvilken måned er du født? Juli 7 Okt. 10

Jente 1 19 Jan. 1 Mars 3 Mai 5 Aug. 8 Nov. 11

Gutt 2 Feb. 2 April 4 Juni 6 Sept. 9 Des. 12

Nedenfor finner du listet opp en rekke plager og problemer som man av og til har. Les nøye gjennom hver av dem, og kryss av for det svaralternativet som best beskriver hvor mye hvert enkelt problem har plaget deg eller vært til besvær i løpet av *de siste 7 dagene, medregnet i dag.*

Sett bare ett kryss for hvert utsagn.

	<i>Ikke i det hele tatt</i> 1	<i>Litt</i> 2	<i>En del</i> 3	<i>Ganske mye</i> 4	<i>Veldig mye</i> 5
1. Hodeverk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nervøsitet og indre uro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Matthet og svimmelhet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Smerter i hjerteregionen eller bryst.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Føler deg energifattig eller langsommere enn vanlig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tanker om å ta ditt eget liv.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Skjelvinger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Gråter lett.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Føler deg liksom lurert i en felle eller fanget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Blir plutselig redd uten grunn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Klandrer eller bebreider deg selv for saker og ting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Smerter i korsryggen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Føler deg ensom.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KS-11
19-2

1

Før du fortsetter: Kontroller at du ikke har glemt noe på denne sida.

Husk: Bare ett kryss på hvert spørsmål.

	<i>Ikke i det hele tatt</i> 1	<i>Litt</i> 2	<i>En del</i> 3	<i>Ganske mye</i> 4	<i>Veldig mye</i> 5
14. Føler deg nedtrykt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Uroer og bekymrer deg for mye over saker og ting.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Føler deg uten interesse for ting.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Føler deg engstelig og redd.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Har hjertebank eller føler at hjerteslagene nærmest løper av gårde...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Har kvalme eller urolig mage.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Verk eller ømhet i musklene.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Pustebesvær eller besvær med å få luft.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Varme- eller kuldetokter gjennom kroppen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Nummenhet og prikking i deler av kroppen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Klump i halsen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Føler håpløshet med henblikk på fremtiden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Føler deg svak i deler av kroppen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Føler deg anspent eller oppjaget.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Føler deg tung i armer eller ben.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Føler det som om alt mulig er anstrengende.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Angst eller panikkanfall.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Føler deg så urolig at du ikke kan sitte stille.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Føler deg verdiløs.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Føler at noe vondt eller leit vil komme til å hende deg.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Har skremmende tanker og forestillingsbilder.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Takk for at du ville svare på spørsmålene!

