

Risikofaktorer assosiert med psykiske lidelser hos unge i barnevernsinstitusjoner

Ane Kjerpeseth Andersen

Julia Furuholmen

PSYPRO4700 – Hovedoppgave i profesjonsstudiet i psykologi

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Psykologisk institutt

Veileder: Nina Jakhelln Laugen

Biveileder: Nanna Sønnichsen Kayed

Forord

Denne hovedoppgaven ble gjennomført ved psykologisk institutt ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU). Oppgaven bygger videre på forskningsmateriale om unge i barnevernsinstitusjon, samlet inn av Regionalt kunnskapssenter for barn og unge Midt-Norge (RKBU). Oppgaven baserer seg på datamateriale RKBU har hentet inn i forbindelse med forskningsprosjektet “Psykisk helse hos barn og ungdom i barnevernsinstitusjoner”.

Den overordnede målsettingen med denne hovedoppgaven var å bidra til å avdekke ny kunnskap, samtidig som det var en mulighet for å lære mer om en sårbar gruppe vi kan møte i fremtiden som psykologer. Vår motivasjon for å skrive denne oppgaven er å få mer kunnskap om barn og ungdommer i vanskelige livssituasjoner. Det har vært svært lærerikt og spennende å få innblikk i barnevernssystemet, utover det bildet man får gjennom mediadekning. Barnevernet har de senere år fått mye negativt fokus, og det er en pågående debatt vedrørende hvordan denne tjenesten skal driftes, og hvorvidt tilbudet er godt nok. Det har derfor vært lærerikt å få innsikt i hvilke opplevelser og erfaringer disse ungdommene har hatt.

Vi ønsker å takke våre veiledere Nina Jakhelln Laugen ved Institutt for Psykologi på NTNU, og Nanna Sønnichsen Kayed ved RKBU, for kontinuerlig hjelp og støtte. Nina har vært tålmodig og positiv, og har gitt gode tilbakemeldinger på arbeidet. Hun har hele veien tatt seg tid til oss og har gitt oss tro på det vi driver med. Takk til Nanna for at hun har delt sin kunnskap og at vi har fått lov til å bruke RKBUs forskningsmateriale. Takk til Stian Lydersen ved RKBU for statistisk ekspertise når vi har stått fast. En spesielt stor takk til alle ungdommene som deltok i prosjektet, og delte sine opplevelser og utfordringer for å gjøre oss litt klokere.

Trondheim 5. desember 2018

Ane Kjerpeseth Andersen

Julia Furuholmen

Arbeidsfordeling

Denne hovedoppgaven har blitt skrevet som et samarbeid mellom Julia Furuholmen og Ane Andersen, i henhold til "Retningslinjer for utforming av PSYPRO4700 - Hovedoppgaven på profesjonsstudiet i psykologi". Psykologisk institutt vektlegger viktigheten av en beskrivelse av hva den enkelte kandidat har bidratt med til hovedoppgaven.

Denne besvarelsen er et resultat av kontinuerlig samarbeid mellom begge forfatterne. Underveis har vi delt inn ansvarsområder. Julia har hatt hovedansvar for datamaterialet og statistiske analyser, mens Ane har hatt hovedansvar for teorikapittelet. Dette innebærer at vi har sørget for å ha oversikt og sikret fremgang for hver vår del, men likevel at begge har bidratt til alle delene. I teorikapittelet har Julia skrevet om barnevernssystemet, psykiske lidelser hos unge i barnevernsinstitusjoner og relasjonstraumer. Ane har skrevet om emosjonsregulering, flytting, foreldres psykiske lidelser og foreldres rusmisbruk. For å sikre sammenheng i teksten og enighet rundt hva som formidles, har vi samarbeidet tett med bearbeiding av teksten. Til tross for at vi har jobbet selvstendig på enkelte deler, har vi sørget for å diskutere de avveininger som har blitt tatt, og slik sikret for at begge har nærhet til materialet. Metode, resultater og diskusjon har vi skrevet sammen.

Sammendrag

Barn og unge under omsorg av barnevernet er en sårbar gruppe hvor man ser svært høy prevalens av psykiske lidelser. Hensikten med denne studien var å undersøke risikofaktorer for psykiske lidelser hos unge bosatt i barnevernsinstitusjon. Som en del av et større forskningsprosjekt ble det innhentet data fra 335 av disse ungdommene, med bruk av diagnostisk intervju (Child and Adolescent Psychiatric Assessment Interview) og ulike spørreskjema tilpasset formålet. Deltakerne var ungdommer bosatt på barnevernsinstitusjon (N = 335, gjennomsnittsalder 16 år, 58.5% jenter). Man fant at 68 prosent av ungdommene møtte kriterier for psykiske lidelser. Det ble valgt ut fem risikofaktorer som kan tenkes å være assosiert med psykiske lidelser: Relasjonstraumer, foreldres psykiske lidelser, foreldres rusmisbruk, nedsatt emosjonsregulering, og flyttinger etter bestemmelse fra barnevernet. Det ble gjennomført logistiske regresjonsanalyser for hver av risikofaktorene. Her fant man at relasjonstraumer, foreldres psykiske lidelser, nedsatt emosjonsregulering og flyttinger etter bestemmelse fra barnevernet er signifikant assosiert med å ha psykiske lidelser. Foreldres rusmisbruk, derimot, var ikke signifikant assosiert med psykiske lidelser. Funnene tyder på at det er komplekse interaksjoner mellom faktorer som fører til at ungdommen utvikler psykiske lidelser, og at disse faktorene finnes både i foreldrehjemmet og i barnevernssystemet, men også som individuelle disposisjoner hos ungdommen.

Innholdsfortegnelse

Forord	
Arbeidsfordeling	
Sammendrag	
1. Introduksjon	1
1.1 Barnevernet i Norge	2
1.2 Forekomst av psykiske lidelser hos unge i barnevernsinstitusjoner	3
1.3 Risikofaktorer i foreldrehjemmet	7
Relasjonstraumer	7
Foreldres psykiske lidelser	8
Foreldres rusmisbruk	10
1.4 Indre risikofaktorer hos ungdommen	11
Emosjonsregulering	11
1.5 Risikofaktorer etter at ungdommen er plassert utenfor hjemmet	13
Flyttinger etter bestemmelse fra barnevernet	13
1.6. Endelig problemstilling og hypoteser	15
2. Metode	16
2.1 Deltakere	16
2.2 Prosedyre	17
2.3 Måleinstrumenter	18
Barne- og ungdomspsykiatrisk intervju	18
Tilleggsintervju av ungdommen	19
DERS	19
2.4 Risikofaktorer	20
2.5 Preliminære analyser	21
2.6 Logistisk regresjonsanalyse	21
Forutsetninger for analysen	22
Analyse	23
2.7 Etikk	23
3. Resultater	24
3.1 Deskriptiv statistikk	24

3.2 Risikofaktorer i foreldrehjemmet	25
3.3 Indre risikofaktorer hos ungdommen	25
3.4 Risikofaktorer etter at ungdommen er plassert utenfor hjemmet	26
4. Diskusjon	27
4.1 Risikofaktorer i foreldrehjemmet	28
Relasjonstraumer	28
Foreldres psykiske lidelser	29
Foreldres rusmisbruk	30
4.2 Indre risikofaktorer hos ungdommen	31
Emosjonsregulering	31
4.3 Risikofaktorer etter at ungdommen er plassert utenfor hjemmet	33
Flyttinger etter bestemmelse fra barnevernet	33
4.4 Metodiske betraktninger	35
4.5 Kliniske implikasjoner	37
4.6 Implikasjoner for videre forskning	38
4.7 Konklusjon	39
5. Referanser	40

1. Introduksjon

Unge i barnevernet er en gruppe som skiller seg fra ungdom i normalpopulasjonen på flere måter. Forutsetningen for å være i barnevernssystemet er at omsorgspersoner av forskjellige årsaker ikke har hatt kapasitet til å støtte barnets utvikling på en tilfredsstillende måte. I noen tilfeller innebærer dette omsorgsovertakelse. I 2017 var 17 304 barn og unge under offentlig omsorg, hvorav 2245 av disse bodde i barnevernsinstitusjoner (Statistisk sentralbyrå, 2018). Ungdommene som er under barnevernets omsorg har ofte opplevd oppbrudd i omsorgsrelasjoner (Egelund, Jakobsen, Hammen, Olsson & Høst, 2010), blitt eksponert for rusmidler (Semidei, Radel & Nolan, 2001), og har opplevd traumatiske opplevelser og konflikt (Greger, Myhre, Lydersen & Jozefiak, 2015). Senere i livet ser man at unge som har mottatt tiltak fra barnevernet oftere faller ut av skolegang, arbeidsliv, og komme i en situasjon hvor de er avhengig av offentlig stønad (Clausen & Kristoffersen, 2008). Når det er aktuelt med omsorgsovertakelse ansees barnevernsinstitusjon som det siste alternativet, og benyttes i tilfeller hvor barn og unge av ulike årsaker ikke kan være i fosterhjem (Backe-Hansen, Bakketeigen, Gautun & Grønningseter, 2011). I følge Backe-Hansen og kolleger (2011) er det særlig rus- og atferdsproblemer hos ungdom som oftest er årsaken til at de blir plassert i institusjon. Samtidig vet man at mange som bor på barnevernsinstitusjon har opplevd flere oppbrudd i fosterhjem (Humphreys et al., 2015). Norske barnevernsinstitusjoner har også vært kritisert for å ha varierende kvalitet, og ikke ivareta enkelte grupper (Backe-Hansen, Løvgren, Neumann & Storø, 2017). Samlet sett tyder disse studiene på at unge i barnevernsinstitusjon er en spesielt sårbar gruppe. Forskning viser at barn og unge under omsorg av barnevernet har en generelt forhøyet risiko for å utvikle psykiske lidelser, mens de bosatt i barnevernsinstitusjon er spesielt utsatt (Ford, Vostanis, Meltzer & Goodman, 2007; Jozefiak et al., 2016).

Det man imidlertid vet mindre om, er hvilke årsaker som ligger bak den økte forekomsten av psykiske lidelser. Det er viktig, både på individ- og samfunnsnivå, at man retter søkelyset mot disse utfordringene. Ved å avdekke hvilke faktorer som er assosiert med psykiske lidelser kan man få viktig informasjon om hvordan man burde utforme tilbudet til ungdommene. Denne studien undersøker hvorvidt ulike risikofaktorer er assosiert med forekomsten av psykiske lidelser hos barn og unge i barnevernsinstitusjoner. Målsetningen er ikke å legge føringer for hvilke intervensjoner som er aktuelle, men å få indikasjoner på hvor det kan være hensiktsmessig å prioritere ressurser. I denne oppgaven undersøkes

risikofaktorer på tre områder: I foreldrehjemmet, ved ungdommen selv, og etter at ungdommen har blitt plassert utenfor hjemmet.

1.1 Barnevernet i Norge

Det er gjort mye forskning på unge involvert i barnevernssystemene internasjonalt, men det er få studier som har innhentet data fra barn og unge i Norge. Med ulike grunnprinsipp og organisering vil det være vanskelig å trekke slutninger om barn i barnevernet i Norge basert på internasjonale studier. Derfor er det hensiktsmessig å ha kjennskap til hva som skiller det norske barnevernet fra barnevern i andre land.

Forskning har vist at det er store forskjeller mellom barnevern i ulike land. Man har funnet at barnevernet i Norge i gjennomsnitt bruker 10 uker på å forberede en sak om omsorgsovertakelse, mens de i USA bruker fire dager på det samme (Amundsen, 2016). En studie sammenlignet saksbehandlere fra barnevernet i Norge, Danmark og Island, og fant en rekke betydelige ulikheter (Grinde, 2006). Deltakerne i denne studien, som var saksbehandlere fra de ulike landene, fikk fiktive kasuser som de skulle evaluere. Innad i hvert land var det gjennomgående konsensus i vurderingene til saksbehandlerne. Dette kan tyde på at personlige forskjeller i holdninger og verdier ikke får vesentlige utslag på hvordan ansatte i barnevernet håndterer sakene. Når man sammenlignet på tvers av landene, var det flere ting som pekte seg ut. Norske saksbehandlere så mer alvorlig på foreldres rusproblematikk. De fokuserte i mye større grad enn andre på fars rolle dersom mor hadde rusproblemer, med intensjon om å få far til å ta en mer aktiv rolle, dersom han var egnet. I tillegg fant man at norske saksbehandlere viste mindre tilbøyelighet til å tilbakeføre barn til foreldrene etter omsorgsovertakelse. En annen studie med lignende design sammenlignet norske, amerikanske, finske og britiske saksbehandlere (Berrick, Dickens, Pösö & Skivenes, 2017). De fant at norske hadde lavest terskel både for å kategorisere et kasus som omsorgssvikt, og for å vurdere omsorgsovertakelse som riktig tiltak.

Disse studiene impliserer at norske saksbehandlere gjør grundigere undersøkelser og forberedelser før omsorgsovertakelse, men at de gjør strengere vurderinger av foreldres omsorgsevne. At det er lengre behandlingstid kan medføre at overgangen ikke oppleves like plutselig for familien og barnet selv. På den andre siden kan det tenkes at det er belastende for barnet å leve så lenge i usikkerhet om sin omsorgssituasjon. At man har lavere terskel for omsorgsovertakelse kan tenkes å være positivt, fordi det begrenser hvor mye belastning barnet må gjennomgå i hjemmet, men det kan også tenkes at det har negative konsekvenser, i form av at barn tas ut av hjemmet når andre tiltak kunne vært tilstrekkelig. Det er med andre

ord flere momenter som vanskeliggjør det å sammenlikne unge i norske barnevernsinstitusjoner med tilsvarende gruppe i andre land. Derfor er det spesielt viktig med forskning på den norske populasjonen. På den måten kan vi øke kunnskap om utfordringene til de norske barna, og finne riktige arbeidsmetoder i henhold til disse.

1.2 Forekomst av psykiske lidelser hos unge i barnevernsinstitusjoner

Når man undersøker psykiske lidelser hos unge bosatt i barnevernsinstitusjoner er det nyttig å ha kunnskap om forekomsten i normalpopulasjonen. I en studie av norske fireåringer ble forekomsten av psykiske lidelser funnet å være 7 % (Wichstrøm et al., 2012). Heiervang og kolleger (2007) fant at prevalensen for psykiske lidelser var 7 % i et utvalg av norske åtte til tiåringer. Begge studiene benyttet diagnostiske intervjuer. Prevalensen av psykiske lidelser hos ungdommer i normalpopulasjonen er imidlertid mindre studert i Norge.

I en omfattende, longitudinell studie fra USA ble det gjennomført diagnostisk intervju Child Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA) (Angold & Costello 2000) med en stor gruppe barn, hvert år fra de var 9 til de fylte 16 år. Resultatene viste at 5-8% hadde en psykisk lidelse på undersøkelsestidspunktet, og 37% av 16-åringene oppfylte kriteriene for en psykisk lidelse på minst ett tidspunkt i løpet av barneårene (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler & Angold, 2003). Folkehelseinstituttet anslår i en rapport at forekomsten fra denne studien antakeligvis tilsvarer med forholdene i Norge, uten at det finnes tall på det (Mykletun, Knudsen & Mathiesen, 2009).

Unge i barnevernet er i større grad utsatt for å utvikle psykiske lidelser enn barn i befolkningen generelt (Egelund & Lausten, 2009). En dansk studie fant at 44% av unge under omsorg av barnevernet hadde fått en psykiatrisk diagnose innen fylte 19 år, sammenlignet med 7% av jevnaldrende i normalpopulasjonen. Her inkluderte de unge bosatt i både fosterhjem og institusjon, og baserte seg på data fra nasjonale registre (Lausten, 2018).

I hovedsak er forskningen på psykiske lidelser hos unge i barnevernsinstitusjoner basert på bruk av spørreskjema, mens et mindretall har benyttet standardiserte diagnostiske intervjuer (Keller, Salazar & Courtney, 2010). Dette kan skyldes at innhenting av data gjennom spørreskjema er lettere å gjennomføre og krever mindre ressurser for å administreres. Imidlertid kan slike spørreskjema føre til overrapportering av symptomer, fordi det avhenger av respondentens subjektive vurdering av egen tilstand (Sveen, Berg-Nielsen, Lydersen & Wichstrøm, 2013). Diagnostiske intervju har kliniske kriterier for symptomer, og setter krav til varighet, grad av funksjonsnedsettelse og eventuelt for tidspunkt av symptomdebut. De skal administreres av fagpersonell som har kompetanse på området. Av

disse grunnene kan man anse diagnostiske intervju som gullstandarden for innhenting av informasjon om psykiske lidelser (Kayed et al., 2015).

Så vidt vi vet finnes det åtte studier som har undersøkt psykiske lidelser hos unge i barnevernsinstitusjon ved bruk av diagnostiske intervjuer (McCann, James, Wilson & Dunn, 1996; Blower, Addo, Hodgson, Lamington & Towlson, 2004; Schmid, Goldbeck, Nuetzel & Fegert, 2008; Ståhlberg, Ancasäter & Nilsson, 2010; Keller et. al., 2010; Bronsard et al., 2011; Ford et al., 2007; Jozefiak et al., 2016). Flere av disse studiene benyttet seg av et to-fase multimetodisk design, der man først screenet med Child Behaviour Check List (CBCL) (Achenbach & Rescorla, 2001), for så å benytte et klinisk, diagnostisk intervju på de med høye skårer.

McCann og kolleger (1996) undersøkte 134 ungdommer mellom 13-17 år under offentlig omsorg i England, samt en kontrollgruppe. Her brukte de CBCL til screening, og diagnoseintervjuet Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (KIDDIE-SADS-PL) (Kaufman et al., 1997) i andre fase. Av de som gikk videre til fase to ble prevalensen for minst én DSM-IV diagnose ble funnet å være 96% (McCann et al., 1996).

En tilsvarende studie ble gjennomført av Blower og kolleger (2004). Utvalget i første fase bestod av 48 barn i alderen 7-17 år under omsorg av myndighetene i Skottland. Den ene halvparten av barna var bosatt på institusjon, og den andre i fosterhjem. Omtrent halvparten hadde tilstrekkelig høye skårer på CBCL til at de gikk videre til neste fase, hvor de ble intervjuet med KIDDIE-SADS-PL. Av hele utvalget ble 44% funnet å møte kriteriene for en psykisk lidelse. Signifikant flere av disse bodde på barnevernsinstitusjon enn i fosterhjem (Blower et al., 2004).

Også Schmid og kolleger (2008) benyttet seg også av et to-fase design. Utvalget bestod av 689 barn mellom 4 og 18 år fra tyske barnevernsinstitusjoner. De som gikk videre fra screeningfasen ble intervjuet med Diagnostic System for Mental Disorders for Children and Adolescents (Döpfner & Lehmkuhl, 2000). Her fant man at forekomsten av psykiske lidelser var 60% (Schmid et al., 2008).

En svensk studie undersøkte prevalens av psykiske lidelser hos ungdommer fra spesialiserte barnevernsinstitusjoner (Ståhlberg et al., 2010). Utvalget bestod av 100 deltakere mellom 12 og 19 år, hvorav 92 var gutter. Psykiske lidelser ble undersøkt med et testbatteri av standardiserte undersøkelser, som var fast prosedyre i innkomsten til institusjonene. De fant at 73% møtte kriteriene for en eller flere diagnoser.

I en amerikansk studie av Keller og kolleger (2010) ble det benyttet Composite International Diagnostic Interview (CIDI) (Kessler & Üstun, 2004) for å undersøke psykiske

lidelser hos ungdommer fra 18 år og eldre i barnevernssystemet. Av totalt 730 bodde 132 (18%) i barnevernsinstitusjoner. Her rapporterte de ikke totalprevalens, men fant at 19% møtte kriteriene for PTSD, 14% for depresjon og 10% for rusavhengighet (Keller et al., 2010).

Bronsard og kolleger (2011) undersøkte forekomsten av psykiske lidelser blant ungdommer mellom 13 og 17 år fra barnevernsinstitusjoner i en region i Frankrike (N = 183). For å undersøke dette benyttet de Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC 2.25) (Fisher & Lucas, 2006). Resultatene viste at 48.6% møtte kriteriene for å ha hatt psykiske lidelser de siste seks månedene. Forfatterne konkluderte med at forekomsten av psykiske lidelser blant denne gruppen er svært høy, om lag 2.5 til 3.5 ganger høyere enn jevnaldrende i normalpopulasjonen, sammenlignet med tall fra nasjonale myndigheter (Bronsard et al., 2011).

Kort oppsummert viser internasjonal forskning at prevalensen på psykiske lidelser hos barn og unge under offentlig omsorg varierer fra 44% til 96%. I hovedparten av de ovennevnte studiene fant man at eksternaliserende lidelser var hyppigst forekommende, i form av atferdsforstyrrelse og ADHD (McCann et al., 1996; Blower et al., 2004; Schmid et al., 2008; Ståhlberg et al., 2010). Kun to av studiene fant hovedvekt av internaliserende lidelser (Keller et al., 2010; Bronsard et al., 2011). De ovennevnte studiene har imidlertid flere begrensninger som vanskeliggjør direkte sammenligning med unge i norske barnevernsinstitusjoner. Flere benyttet en innledende fase med screening, hvor det kun ble gjennomført diagnostisk intervju med de som hadde med kliniske skårer (McCann et al., 1996; Blower et al., 2004; Schmid et al., 2008). Dette reduserer reliabiliteten, fordi man risikerer at deltakere med psykiske lidelser ikke blir fanget opp av spørreskjemaene i innledende fase. I tillegg rapporterer en av studiene (McCann et al., 1996) prevalens basert på gruppen som gikk videre til fase to, hvilket gir et forhøyet estimat. Videre har mange av studiene små utvalg (Blower et al., 2004; Ståhlberg et al., 2010; McCann, 1996), skjevfordeling mellom kjønn i utvalget (Ståhlberg et al., 2010), lav responsrate (Bronsard et al., 2011), andre aldersgrupper enn i den aktuelle studien (Keller et al., 2010; Schmid et al., 2008), og mangler distinksjon mellom barn i fosteromsorg og institusjon (Keller et al., 2010).

Det finnes så vidt vi vet kun to studier som har tilsvarende design og metodisk kvalitet til en slik grad at de kan ansees som sammenligningsgrunnlag for den aktuelle studien. Den første er en britisk studie som undersøkte prevalens av psykiske lidelser hos unge mellom 5-17 år som var under barnevernets omsorg, og sammenlignet de med barn som bodde hos foreldrene (Ford et al., 2007). Dette ble undersøkt ved hjelp av Development and Well-Being

Assessment (DAWBA) (Goodman, Ford, Richards, Gatward & Meltzer, 2000). Forskerne fant økt forekomst av psykiske lidelser blant barn i barnevernssystemet. Av 1543 barn i barnevernssystemet bodde 279 i barnevernsinstitusjon. Hos de bosatt i barnevernsinstitusjon ble forekomsten av psykiske lidelser funnet å være spesielt høy, hvor 71% møtte kriteriene for en eller flere psykiske lidelser (Ford et al., 2007).

I Norge er det kun publisert én studie som benytter seg av diagnostisk intervju på samme populasjon. Denne er basert på samme datamateriale som i den aktuelle studien. Her undersøkte Jozefiak og kolleger (2016) prevalens og komorbiditet av psykiske lidelser hos barn og unge bosatt i barnevernsinstitusjoner, med 400 deltakere mellom 12-20 år. Diagnoser ble undersøkt ved hjelp av CAPA. Resultatet viste at 76% av ungdommene oppfylte kriteriene for minst én psykisk lidelse i henhold til DSM-IV. Det ble funnet høyere prevalens for internaliserende psykiske lidelser enn for atferdslidelser, samt høy komorbiditet mellom disse to diagnosekategoriene. De hyppigst forekommende lidelsene var depressive lidelser (37%), angstlidelser (34%), ADHD (32%), reaktiv tilknytningsforstyrrelse (24%), autismspekterlidelser (23%), og atferdsforstyrrelse (18%) (Jozefiak et al., 2016).

Tall fra normalpopulasjonen viser at psykiske lidelser forekommer hos mellom 5-8% unge (Costello et al., 2003). De tilsvarende tallene på unge i barnevernsinstitusjon ligger på om lag 71-76% (Ford et al., 2007; Jozefiak et al., 2016). Sistnevnte gruppe ser også ut til å ha høyere forekomst av psykiske lidelser enn barn i fosteromsorgen (Garland et al., 2001; McMillen et al., 2005). På bakgrunn av dette kan det se ut til at håndtering av barn og unges psykiske problemer en stor utfordring i barnevernet, og stiller store krav til fosterhjem og institusjoner som skal ta hånd om barna.

Trolig er det mange ulike faktorer som er assosiert med at barn og unge utvikler psykiske lidelser, både hos individet, i miljøet (for eksempel hos omsorgspersoner) og i interaksjonen mellom individ og miljø (Sameroff 1975; 2009). Den unge påvirkes av sine erfaringer fra foreldrehjemmet og barnevernssystemet, samtidig som omgivelsene også påvirkes av egenskaper ved barnet selv. Belastende erfaringer kan føre til at barnet har større vansker med å tilpasse seg nye omgivelser. Det dreier seg trolig om komplekse interaksjoner, hvor barnets erfaringer medvirker til psykiske vansker, samtidig som psykiske vansker disponerer for dårligere tilpasning. Vi har undersøkt risikofaktorer på tre ulike områder: I foreldrehjemmet, ved ungdommen selv, og etter at ungdommen har blitt plassert utenfor hjemmet.

1.3 Risikofaktorer i foreldrehjemmet.

Relasjonstraumer. Traumer kan betegnes som psykisk skade, forårsaket av hendelser som har påført individet stor belastning (Weathers & Keane, 2007). I denne studien vil det rettes fokus mot traumer som oppstår i nære relasjoner, hvilket kan betegnes som relasjonstraumer. Dette er nært knyttet opp til omsorgssvikt. Omsorgssvikt inkluderer alle handlinger av en forelder eller omsorgsgiver som resulterer i skade, trussel eller potensiell fare for et barn, selv om det ikke er intensjonelt (Arias, Leeb, Melanson, Paulozzi & Simon, 2008). Det er vanlig å kategorisere omsorgssvikt i kategorier (Gilbert et al., 2009): Fysisk misbruk, seksuelt misbruk, emosjonelt misbruk og neglekt. Å være vitne til vold i hjemmet har de siste årene også blitt anerkjent som en form for omsorgssvikt (Gilbert et al., 2009).

I vestlige land er det funnet at den årlige prevalensen for fysisk misbruk av barn er 4-16%, mens 10% av barn opplever neglekt eller emosjonelt misbruk (Gilbert, 2009). En metastudie som involverte 22 land fant at 20 % av kvinner og 8% av menn har vært utsatt for seksuelle overgrep før de fylte 18 år (Pereda, Guilera, Fornis & Benito, 2009). I en svensk undersøkelse av vold mot barn rapporterte 8% av ungdommer mellom 14-17 år å ha vært vitne til vold mellom foreldre (Jernbro & Janson, 2016). Barn som blir utsatt for en type traume blir ofte utsatt for flere typer (Edwards, Holden, Felitti & Anda, 2003; Gilbert et al., 2009). Tilsvarende studier i Norge har funnet at 6% av barn har opplevd fysiske overgrep, 10% av jenter og 3-4% av gutter har opplevd seksuelle overgrep, mens omtrent 5% av begge kjønn har vært vitne til vold i hjemmet (Sørbø, Grimstad, Bjørngaard, Schei & Lukasse, 2013; Thoresen, Myhre, Wentzel-Larsen, Aakvaag & Hjemdal, 2015). Disse tallene gir indikasjon på forekomsten av traumer i normalpopulasjonen, selv om man også må anta at det finnes store mørketall (Norman et al., 2012).

Mange studier har funnet sammenheng mellom å ha blitt utsatt for vold og seksuelle overgrep i barndom med senere utvikling av psykiske lidelser (Helweg-Larsen, Fredriksen & Larsen, 2011; Norman et al., 2012; Franzese, Covey, Tucker, McCoy & Menard, 2014). En omfattende kanadisk studie undersøkte sammenheng mellom overgrep i barndom og psykiske lidelser i voksen alder. Utvalget bestod av voksne over 18 år (N = 23 395), hvorav 32% hadde opplevd overgrep. Dette ble funnet å være assosiert med psykiske lidelser i voksen alder. Sannsynligheten for å ha psykiske lidelser var høyere for de som hadde opplevd flere typer misbruk (Afifi et al., 2014). Leenarts og kolleger (2013) undersøkte sammenhengen mellom å bli utsatt for relasjonstraumer tidlig i livet og psykiske problemer blant en gruppe på 92 jenter fra tre behandlingsinstitusjoner. Forskerne fant tidlig interpersonlig traume, i form av

overgrep og å bli utsatt for vold, var sterkt assosiert psykiske problemer (Leenarts et al., 2013).

Det er funnet at både fysisk og seksuelt misbruk er relatert til en dobling av risiko for selvmordsforsøk, selv når det kontrolleres for konfunderende variabler relatert til individ og kontekst (Brown, Cohen, Johnson & Smailes, 1999). En befolkningsstudie fra New Zealand fant at 11-21% av unge som hadde opplevd alvorlig omsorgssvikt hadde forsøkt å ta livet sitt, sammenlignet med 1-3% i kontrollgruppen (Widom, 1998). I tillegg har ulike former for traumer vært assosiert med selvskading (Klonsky & Moyer, 2008), vansker med emosjonsregulering (Gratz, 2003; Gratz & Roemer, 2004; Adrian, Zeman, Erdley, Lisa & Sim, 2011), rusmisbruk (Andrews, Corry, Slade, Issakidis & Swanston, 2004; Fergusson, Boden & Horwood, 2008), ukritisk seksuell atferd (Merrick, Litrownik & Everson, 2008) og kriminalitet (Smith & Thornberry, 1995; Lansford et al., 2007).

Barn som har opplevd en type misbruk eller omsorgssvikt har ofte opplevd andre typer i tillegg (Edwards et al., 2003; Gilbert et al., 2009). Dette kan tyde på at det har mindre praktisk relevans hva slags traumer de har opplevd, fremfor om de har opplevd det eller ei. Selv om forskningen har differensiert mellom ulike former for relasjonstraumer når man rapporterer forekomst, er traumer ofte sett under ett når man ser på langtidskonsekvenser (Sperry & Widom, 2013; Afifi et al., 2014).

Den ovennevnte litteraturen tyder på at omsorgssvikt og påfølgende traumer er et omfattende problem. Det er gode holdepunkter for å anta at ungdommer i barnevernsinstitusjon vil være spesielt utsatte, da omsorgssvikt er en hyppig årsak til at saker blir tatt opp i barnevernet (Bergjordet, Dyrhaug & Haugen, 2011). Til tross for dette er sammenhengen mellom relasjonstraumer og psykiske lidelser foreløpig lite studert i barnevernspopulasjonen. Ett unntak er studien av Greger og kolleger (2015), som baserte seg på samme datamateriale som den aktuelle studien. Forskerne undersøkte sammenhengen mellom traumeerfaringer, spesifikke psykiske lidelser og nedsatt livskvalitet hos ungdommer i norske barnevernsinstitusjoner. 71% av ungdommene rapporterte traumeerfaringer. Blant ungdommene som oppga å ha overgrepserfaringer var det høyere forekomst av psykiske lidelser, sammenlignet med de andre ungdommene. De hadde også høyere forekomst av tidligere selvmordsforsøk (Greger et al., 2015).

Foreldres psykiske lidelser. I en rapport gjennomført av Nasjonalt folkehelseinstitutt fra 2011 anslås det at rundt 65 000 barn i Norge har foreldre med psykiske lidelser (Torvik & Rognmo, 2011). Det finnes trolig store mørketall, da det ikke foreligger oversikt over hvem

som har psykiske lidelser uten å oppsøke helsevesenet. Tall fra SSB viser at foreldres psykiske lidelser ble oppgitt som hovedårsaken til at barnevernet igangsatte tiltak i 8.5% av alle tilfellene i 2016 (Bufdir, 2017). Det er imidlertid verdt å merke seg at dette er en forenklet oversikt, hvor det i realiteten dreier seg om kompliserte situasjoner, hvor vedtak gjøres ut fra en totalvurdering. Selv om ikke foreldres psykiske sykdom er nevnt som hovedårsak til igangsetting av tiltak, vil det trolig være en faktor som påvirker totalvurderingen i flere tilfeller enn de som er oppgitt ovenfor.

En dansk befolkningsstudie undersøkte sammenhengen mellom foreldres psykiske sykdom med barns senere utvikling av psykiske lidelser (Dean, Stevens & Mortensen, 2010). Her fulgte de totalt 865 000 barn i normalpopulasjonen fra tidlig i tenårene til voksenalder. De fant at barn hvor begge foreldrene hadde psykiske lidelser hadde 3.4 ganger høyere risiko for å utvikle psykisk lidelse selv, sammenlignet med barn av friske foreldre. Dersom kun én av foreldrene hadde psykiske lidelser var sannsynligheten omtrent 2.1 ganger høyere. Der foreldrene led av andre psykiske lidelser, som angst eller depresjon, fant de at barna like ofte utviklet andre psykiske lidelser enn den foreldrene led av. Forfatterne argumenterte for at dette kan tyde både på at ulike psykiske lidelser kan ha felles biologisk basis, samt at foreldre med psykisk lidelse representerer en generell sårbarhetsfaktor for barnet. Videre viste resultatene at mødre med alvorlig psykisk lidelse representerer en større risiko enn det fedre med alvorlig psykisk lidelse gjør (Dean et al., 2010).

En tilsvarende studie ble gjennomført internasjonalt med 50.000 respondenter fra 21 ulike land (Kessler et al., 2010). Etter å ha kontrollert for effekten av andre potensielt skadelige faktorer, som seksuelt misbruk, somatisk sykdom og lav sosioøkonomisk status, fant de at barn med psykisk syke foreldre hadde 2.4 ganger høyere risiko for å utvikle en psykisk lidelse i alderen 4 til 12 år, og 1.9 ganger økt risiko i aldersgruppa 13-19 år (Kessler et al., 2010).

Det kan være flere årsaker til at man ser en så tydelig sammenheng mellom foreldres og barns psykiske lidelser. Det kan på den ene siden representere en arvelig og biologisk faktor, slik at barna blir mer sårbare for å utvikle psykiske lidelser selv (Uher, 2014). På den andre siden kan det påvirke foreldrenes evne til å gi barnet den nødvendige omsorgen (Bernard-Bonnin, 2004). Forskning har vist at foreldre med psykiske lidelser har vansker med inntoning, å gi tilstrekkelig oppmerksomhet til barnet, og i noen tilfeller også vansker med å oppfylle grunnleggende behov for faste rutiner og forutsigbarhet i hverdagen (Devlin & O'Brien, 1999; Stallard, Normal, Huline-Dickens, Salter & Cribb, 2004). Slike forhold

påvirker samspillet med barnet, og er kjente risikofaktorer for utviklingen av psykiske lidelser (Lieb, Isensee, Höfler, Pfister, & Wittchen, 2002).

Så vidt vi vet finnes det ikke studier som ser på assosiasjonen mellom foreldres psykiske helse og barnas psykiske lidelser i barnevernspopulasjonen. Kunnskap om konsekvensene av foreldres psykiske lidelser kan være til hjelp i barnevernets beslutningsprosesser, når det skal tas stilling til hvor terskelen burde være for inngripen og tiltak. Av denne grunn har denne risikofaktoren blitt inkludert i den aktuelle studien.

Foreldres rusmisbruk. I følge en rapport av Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) har omtrent 90 000 barn minst én forelder som misbruker alkohol på et tidspunkt gjennom oppveksten, og at rundt 30 000 av disse rammes i alvorlig grad (Rossow, Moan & Natvig, 2009). Det er viktig å bemerke at dette er anslag, og kan derfor ikke brukes med sikkerhet. Likevel indikerer det at dette er omfattende problematikk. For barn i barnevernsinstitusjoner er det rimelig å anta at forekomsten er høyere enn i populasjonen generelt, da slik problematikk kan være foranledningen til at barn flyttes ut fra hjemmet. Tall fra SSB viser at foreldres rusmisbruk var hovedårsaken til igangsetting av tiltak fra barnevernet i 5.5% av sakene i 2016 (Bufdir, 2017).

Litteraturen viser at foreldres rusproblematikk gir vesentlig økning i sannsynlighet for dårligere omsorgsevne og negative konsekvenser for barna (Barnard & McKeganey, 2004). Foreldrene kan ofte oppleves som mindre konsekvente når de setter rammer, mindre forutsigbare, mindre varme, og emosjonelt utilgjengelige (Schuler, Nair & Black, 2002). Undersøkelser fra USA viser at foreldres rusmisbruk, både med hensyn til alkohol og tyngre rusmidler, er den viktigste prediktoren for at barn blir ivaretatt av barnevernet (Semidei et al., 2001). Når denne gruppen er i kontakt med barnevernet skyldes det oftest neglekt, fremfor fysiske og seksuelle overgrep (Barnard & McKeganey, 2004). Utover at omsorgspersonen ikke møter barnas emosjonelle behov, vil det ofte føre til at barnas grunnleggende behov, slik som ivaretagelse av hygiene, faste måltider, søvn, og lignende, ikke blir oppfylt (Kroll & Taylor, 2003). Det er også funnet en sterk korrelasjon mellom foreldres rusmisbruk og neglekt av nyfødte (Harwin & Forrester, 2002).

McGovern og kolleger (2018) gjennomførte en metaanalyse på hvordan foreldres rusmiddelbruk kan påvirke barn. Foreldres alkoholmisbruk ble funnet å være positivt assosiert med eksternaliserende vansker hos barn. Med hensyn til ADHD er litteraturen delt, hvor noen finner tydelig assosiasjon mellom foreldres rusmiddelbruk og barns ADHD, mens andre ikke finner dette (McGovern et al., 2018). Dette kan skyldes at ADHD er en nevrobiologisk

sykdom, men symptomtrykket kan forverres av mangel på rammer og tydelighet i hjemmet. Det er plausibelt at foreldre som er ruspåvirket oftere vil mislykkes i å lage optimale oppvekstvilkår for disse barna, selv om det i seg selv ikke er årsaken til at barnet utvikler lidelsen. Det ble også funnet å være sammenheng mellom foreldres misbruk av alkohol og internaliserende lidelser, som angst og depresjon, hos jenter (Ohannessian, 2012; Lee & Cranford, 2008). Dette er det imidlertid svakere evidens for enn det man finner for eksterntaliserende lidelser, og med lavere metodisk kvalitet på forskningen (McGovern et al., 2018).

Den ovennevnte forskningen tyder på at foreldres rusmiddelmissbruk står i veien for at barna får optimale oppvekstvilkår. Mens mye av litteraturen har sett på hvorvidt barna selv utvikler rusmiddelproblematikk senere i livet (se for eksempel Kendler, Maes, Sundquist, Ohlsson & Sundquist, 2014), har det vært mindre fokus på om de er spesielt utsatt for andre psykiske lidelser. Det foreligger så vidt vi vet ingen forskning på sammenhengen mellom foreldres rusmisbruk og psykiske lidelser hos unge bosatt på barnevernsinstitusjon. Siden disse ungdommene ofte har bodd borte fra foreldrene over lang tid, er det interessant å undersøke hvorvidt foreldres rusmisbruk vil være assosiert med psykiske lidelser hos ungdommen selv.

1.4 Indre risikofaktorer hos ungdommen

Emosjonsregulering. Emosjoner har flere viktige funksjoner, i det at de forsterker opplevelser, retter vår oppmerksomhet, legger føringer for atferd, og hjelper oss med å regulere nærhet og avstand til andre mennesker (Saarni, Campos, Camras & Witherington, 1998). Emosjonsregulering skjer når man bruker både automatiske og bevisste strategier for å tilpasse emosjonelle reaksjoner, slik at de får adekvat uttrykk, varighet og intensitet i den gitte konteksten (Gross, 1998). For en med svekket emosjonsregulering kan følelsesmessig aktivering føre til kroppslig uro, tilbaketrekning, konsentrasjonsvansker, aggressivitet og både kognitiv og kroppslig alarmberedskap (Jacobsen, 2010; Jacobsen & Bekk, 2005). Emosjonsregulering utvikles hos spedbarn gjennom samspill med omsorgsgiver, før barnet gradvis kan ta over når det blir eldre (Jacobsen, 2010; Smerud, 2012).

Nedsatt evne til emosjonsregulering ser ut til å påvirke utvikling og opprettholdelse av psykiske lidelser, i tillegg til at det påvirker effekten av terapeutiske intervensjoner (Gratz & Roemer, 2004). I følge Werner og Gross (2010) kan emosjonsregulering ansees som en del av kjerneproblematikken for 75% av diagnosene i DSM-IV. Forskning basert på kliniske populasjoner har avdekket at slike vansker er assosiert med psykopatologi generelt (Jennissen

et al., 2016), samt blant andre emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (Lieb, Zannarini, Schmahl & Linehan & Bohus, 2004), depresjon (Kring & Werner, 2004), spiseforstyrrelser (Harrison, Sullivan, Tchanturia & Treasure, 2009), rusmisbruk (Berking & Wupperman, 2012) og angstlidelser (Helbig-Lang, Rusch & Lincoln, 2015; Cisler, Olatunji, Feldner & Forsyth, 2010).

Det foreligger så vidt vi vet ingen studier som har målt emosjonsregulering hos unge i barnevernet. Det har imidlertid blitt undersøkt hos andre sårbare grupper. En tyrkisk studie av Demirci (2018) fant at unge i alderen 10-18 år som hadde opplevd overgrep i barndommen, hadde større vansker med emosjonsregulering enn jevnaldrende som ikke hadde opplevd overgrep (Demirci, 2018). Denne studiens generaliserbarhet begrenses av et relativt lite utvalg, og sammenligning til andre populasjoner må gjøres med varsomhet. En annen studie fant at voksne som hadde opplevd mishandling eller overgrep i barndommen hadde signifikant dårligere evne til emosjonsregulering (Jennissen, Holl, Mai, Wolff & Barnow, 2016). Nedsatt emosjonsregulering ble videre funnet å ha sterk sammenheng med psykopatologi. Utvalget bestod av 701 personer mellom 18-71 år fra normalpopulasjonen, og emosjonsregulering ble målt med selvrapporteringskjemaet DERS (Gratz & Roemer, 2004). Sammenhengene gjaldt for alle former for omsorgssvikt, inkludert fysiske, emosjonelle og seksuelle overgrep, i tillegg til neglekt.

Til tross for at man ikke har undersøkt emosjonsregulering hos unge i barnevernsinstitusjoner tidligere, er det rimelig å forvente at de vil streve med dette. I likhet med gruppene fra de ovennevnte studiene har disse ungdommene opplevd omsorgssvikt, i tillegg til brudd i omsorgsrelasjoner og andre belastende erfaringer (Bergjordet et al., 2011).

På bakgrunn av hvor sentralt emosjonsregulering ser ut til å være for psykisk velvære og helse, har dette blitt viet fokus i forskningen de siste tiårene. Den ovennevnte litteraturen gir gode holdepunkter at det er en sammenheng mellom omsorgssvikt og nedsatt emosjonsregulering, og at dette videre er assosiert med psykiske lidelser. Dette er imidlertid lite studert blant unge i barnevernsinstitusjoner, både internasjonalt og i Norge. Siden dette er en populasjon hvor omsorgssvikt er hyppig forekommende, vil det være naturlig å tenke at denne gruppen er spesielt sårbar for å utvikle svakere kapasitet til emosjonsregulering. Det er følgelig interessant å undersøke emosjonsregulering hos denne gruppen, og hvorvidt det kan predikere psykiske lidelser. Hvis det viser seg å være en tydelig sammenheng, kan dette få implikasjoner for arbeidet med denne gruppen.

1.5 Risikofaktorer etter at ungdommen er plassert utenfor hjemmet

Flyttinger etter bestemmelse fra barnevernet. Å endre bomiljø og omsorgssituasjon kan få store konsekvenser for et barn. Praktisk sett innebærer det blant annet å bli kjent med forventningene fra omgivelsene, reglene man skal forholde seg til, og å skape et nytt nettverk. Utover dette, og kanskje enda viktigere, innebærer det at barnet må skape tilknytning til nye omsorgspersoner. I henhold til tilknytningsteori antar man at omsorgsgivere har en helt essensiell rolle i å støtte barnets utvikling (Hart & Schwartz, 2008). Tilknytning refererer til en medfødt tendens hos spedbarnet til å knytte nære følelsesmessige bånd til sine omsorgsgivere, for å søke trøst, beskyttelse og ro. Trygg tilknytning fremmer stressregulering, mentalisering, samt kognitiv og sosial utvikling hos barnet (Brandtzæg, Smith & Thorsteinsson, 2011). Hyppige omplasseringer kan derfor medføre at barnet ikke får støtte til viktige utviklingsoppgaver, og få vansker med å danne og opprettholde nære relasjoner senere i livet (Mennen & O'Keefe, 2004).

Når man ser på litteraturen på dette feltet er det nyttig med en begrepsavklaring. Det som her refereres til som flyttinger, er at barna flytter fra foreldrehjemmet, en institusjon eller fosterhjem, uavhengig av om årsaken ligger hos barnet, i familien, eller er bestemt av systemet. En plassering vil si at barnet har fått et nytt bosted. Sammenbrudd eller avbrudd i plassering innebærer at barnet ikke lenger kan bo i fosterhjemmet eller på institusjonen de har fått tildelt.

Internasjonal forskning på omfanget av flytting innad i barnevernssystemene viser store sprik. Dette kan til dels skyldes problemer med begrepsbruk, fordi det varierer mellom studier hva som defineres som brudd i plassering. En omfattende litteraturstudie fant at rapportert prevalens for sammenbrudd i plassering varierer fra 5 til 60 prosent (Egelund et al., 2010). Studiene som rapporterte de laveste tallene var imidlertid ofte små, fokuserte på langvarig fosteromsorg eller adopsjon, og hadde i tillegg maksimum ett års oppfølging. Totalt sett fant de at hovedtyngden av forskningen anslo prevalens for flyttinger til å ligge mellom 20 og 40 prosent (Egelund et al., 2010). Dette betyr at for hver gang barnet får tildelt et nytt bosted eller hjem, er det mellom 20 og 40 prosent sjanse for sammenbrudd i plassering. En dansk studie så på omstendigheter rundt flyttinger, og fant at de fleste avbrudd i plasseringer skjer kort tid etter at barnet har flyttet inn hos familien. 30% av alle sammenbrudd skjer innen de første fire månedene, hvilket indikerer at dette er en sårbar periode. I 19% av tilfellene var det barnet selv som hadde tatt initiativ til å flytte (Egelund & Vitus, 2009). Til tross for at det foreligger mange studier på feltet generelt, er det få som har fokusert på brudd i institusjonsplasseringer (Christiansen, 2011).

Når man undersøker sammenheng mellom flytting og psykiske lidelser hos unge i barnevernet, innebærer det både hvordan flytting påvirker ungdommens psykiske helse, og hvorvidt psykisk sykdom fører til økt sannsynlighet for sammenbrudd i plassering. Dette er komplekse spørsmål som henger tett sammen. Internasjonal forskning har viet mye fokus på å identifisere ulike faktorer som øker risikoen for flytting, mens sammenhengen med psykiske lidelser har blitt mindre studert. De fleste studiene har blitt gjennomført i USA og Storbritannia, og det er svært få studier fra Skandinavia av nyere dato (Christiansen, 2011). Forskingen på feltet begrenses av at det foreligger få studier som har benyttet diagnoseintervju, til fordel for spørreskjemaer som CBCL. Videre har de fleste fokusert på eksternaliserende vansker, hvilket er funnet å være assosiert med flytting (se for eksempel Chamberlain et al., 2006; Barth et al., 2007).

En stor studie fra USA fant at unge som kommer til en institusjon flytter mer enn dobbelt så ofte som de som har flyttet til fosteromsorg (Connell et al., 2006). Oosterman og kolleger (2007) fant i sin metaanalyse at atferdsvansker, økende antall plasseringer, og barnets økende alder var robuste prediktorer på sammenbrudd i plasseringer. En longitudinell studie fra USA fant at psykiske vansker, både internaliserende og eksternaliserende, kan predikere flytting (Newton, Litrownik & Landsverk, 2000). Dette ble undersøkt hos et utvalg på 415 unge mellom 2-17 år bosatt i fosterhjem, og CBCL ble benyttet til å innhente informasjon om psykiske vansker. Den samme forskergruppen fant at hyppige endringer i bosituasjon er relatert til senere utvikling av psykiske vansker, og spesielt eksternaliserende sådan (Newton et al., 2000). En nederlandsk longitudinell studie undersøkte registerdata fra 419 barn mellom 0-18 år, bosatt i fosterhjem. I gjennomsnitt ble deltakerne fulgt over 2.5 år. Forskerne fant signifikante assosiasjoner mellom antall plasseringer og forekomst av tilknytningsforstyrrelse, alvorlighetsgrad av atferdsproblemer og sammenbrudd i fosterhjems plasseringer (Strijker, Knorth & Knot-Dickscheit, 2008). Heller ikke i denne studien ble det benyttet diagnoseintervju.

Det er ikke grunnlag for å danne antagelser om kausalitet mellom flytting og psykiske lidelser. Det er plausibelt at barn som opplever ustabile boforhold og omsorgssituasjon vil ha mindre optimale utviklingsvilkår enn andre barn. Følgelig kan man forvente at disse barna oftere vil utvikle psykiske lidelser. På den andre siden vil barn med psykiske lidelser, både av eksternaliserende og internaliserende art, være mer krevende for en fosterfamilie å tilpasse seg til. Det kan tenkes at denne gruppen vil være mer belastende for fosterforeldres eventuelle biologiske barn, og vanskeligere å gi god omsorg til.

Samlet sett indikerer forskningen at manglende stabilitet i bosituasjon er utbredt

problematikk i barnevernet, og at dette er assosiert med psykiske vansker av både internaliserende og eksternaliserende art. Denne forskningen har i stor grad fokusert på barn i fosterhjem. Man kan anta at individene som bor på institusjon har enda lavere grad av stabilitet i både bo- og omsorgssituasjon, sammenlignet med de som bor i fosterhjem. Ved å fokusere på disse ungdommene får man økt kunnskap om de mest sårbare av individene som er i kontakt med barnevernet. I tillegg er det viktig å undersøke dette hos unge i norske barnevernsinstitusjoner, siden barnevern organiseres og driftes ut fra ulike grunnprinsipper i ulike land. En del av målsetningen til den aktuelle studien er følgelig å få mer informasjon om disse forholdene.

1.6 Endelig problemstilling og hypoteser

Hensikten med denne studien er å få økt kunnskap om hvilke risikofaktorer som er assosiert med psykiske lidelser hos ungdommer i barnevernsinstitusjoner. Risikofaktorene kan deles inn i tre kategorier: Risikofaktorer i foreldrehjemmet, indre risikofaktorer hos ungdommen, og risikofaktorer etter at ungdommen er plassert utenfor hjemmet. Det er utarbeidet følgende hypoteser:

H1: Faktorer ved hjemmet, som relasjonstraumer, foreldres psykiske sykdom og eksponering for rusmidler er assosiert med økt forekomst av psykiske lidelser.

H2: Svak emosjonsregulering er assosiert med økt forekomst av psykiske lidelser.

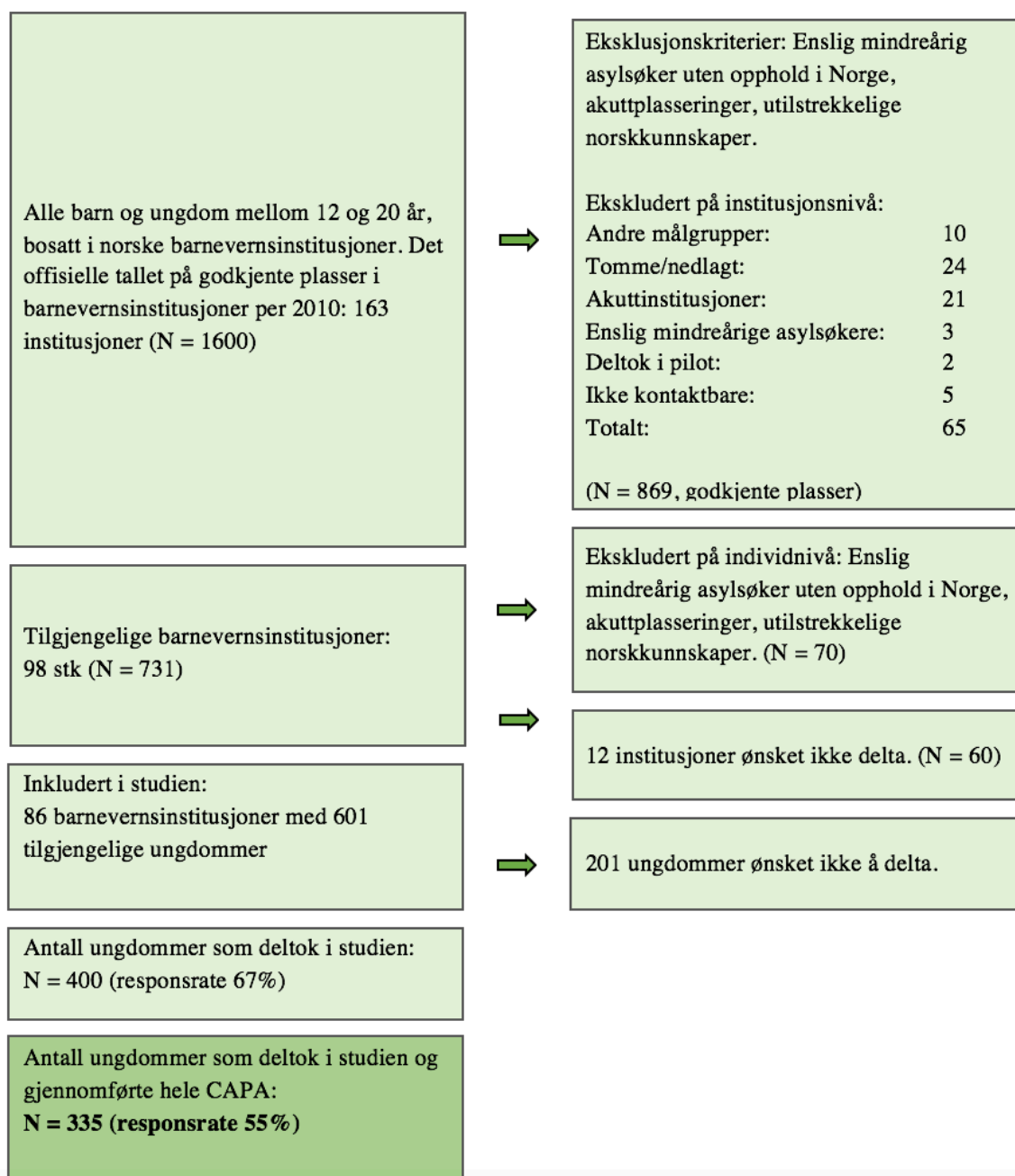
H3: Flyttinger etter bestemmelse fra barnevernet er assosiert med økt forekomst av psykiske lidelser.

2. Metode

2.1 Deltakere

Studien baserer seg på datamateriale innhentet i forbindelse med det tverrfaglige forskningsprosjektet “Psykisk helse hos barn og ungdom i barnevernsinstitusjoner”, som ble gjennomført fra 2010 til 2015 (Jozefiak et al., 2016). Deltakerne ble rekruttert fra norske barnevernsinstitusjoner fra 2010-2014. Inklusjonskriteriene var alder på 12-23, og å være bosatt i barnevernsinstitusjon, men ingen barn over 20 år deltok i studien. Ungdommer som bodde i MultifunC institusjoner eller akuttinstitusjoner ble ikke inkludert for å forhindre merbelastning for disse. Enslige mindreårige asylsøkere uten oppholdstillatelse i Norge ble ikke inkludert. De som hadde fått innvilget opphold og bodde i et ordinært institusjonstilbud fikk delta dersom deres norskkunnskaper tilsa at deltakelsen var gjennomførbar uten tolk.

Tilsammen utgjorde dette 163 institusjoner, med totalt 1600 plasser. 65 av institusjonene ble ekskludert av forskjellige årsaker, mens 12 ikke ønsket å delta. Se figur 1 for nærmere beskrivelse av årsak til ekskludering. De institusjonene som valgte å ikke delta begrunnet dette med at ungdommene ikke tålte belastningen, eller at institusjonen ikke hadde kapasitet til tilrettelegging for intervju. De resterende 98 institusjonene som valgte å delta gir et frafall på 12%. Disse hadde totalt 731 plasser, hvorav 70 ungdommer ble ekskludert som følge av tidligere nevnte eksklusjonskriterier. Da gjenstod 601 ungdommer, hvorav 400 valgte å delta i studien, hvilket gir en responsrate på 67%.



Figur 1: Oversikt over rekrutteringsprosessen (Jozefiak et al., 2016)

2.2 Prosedyre

Ut fra Barne-, ungdoms- og familieetatens (Bufdir) database over godkjente barnevernsinstitusjoner ble det opprettet kontakt med institusjonene i tilfeldig rekkefølge. Institusjonslederne fikk både muntlig og skriftlig informasjon i forkant. De ansatte sørget for rekruttering av ungdommene, samt innhenting av samtykke. For ungdommene under 16 års alder ble det innhentet samtykke fra den personen som var tilkjent omsorgen, i tillegg til fra ungdommen selv. Ungdommer over 16 år samtykket kun selv.

I neste steg ble det avtalt besøk av forskningsassistenter på institusjonen. Det var totalt fire forskningsassistenter som stod for administreringen av datainnsamlingen, som i gjennomsnitt tok 2.5 timer per deltaker, og maksimalt 4 timer. Her gjennomgikk de imidlertid en større pakke med spørreskjema enn de som er benyttet i den aktuelle studien. For å sikre at belastningen ikke skulle bli for stor for ungdommen ble det satt opp pauser hver time. Deltakerne hadde også valget om å dele opp datainnsamlingen over to dager.

2.3 Måleinstrumenter

Barne- og ungdomspsykiatrisk intervju. For å samle inn informasjon om psykiske lidelser ble det gjennomført Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). Dette er et semistrukturert og standardisert barne- og ungdomspsykiatrisk intervju. Instrumentet er svært omfattende, og skal fange opp informasjon om omfang, varighet, oppstart og alvorlighet av symptomer, med utgangspunkt i de psykiatriske diagnosene fra DSM-IV (Angold & Costello 2000). Intervjuet benyttes som en guide, hvor forskningsassistenten må stille oppfølgingsspørsmål til det er avgjort hvorvidt ungdommen har symptomer som tilfredsstillende forhåndsbestemte diagnosekriterier. CAPA har vist seg å ha god test-retest reliabilitet, som varierer fra Cohen's kappas=.55 for atferdsvansker, opp til Cohen's kappas= 1 for rusavhengighet (Angold & Costello, 2000).

Det har tidligere vært en faglig diskusjon rundt hvorvidt selvrapportering er reliabelt for å vurdere tilstedeværelse av autismespekterlidelser, tilknytningsforstyrrelser og ADHD (Mazefsky, Kao, & Oswald, 2011; Magnússon et al., 2006). Med bakgrunn i dette ble det vurdert som hensiktsmessig å innhente denne informasjonen fra voksenpersoner med god kjennskap til ungdommen. Ungdommenes primærkontakter ble derfor intervjuet med foreldreversjonen PAPA (Angold & Costello, 2000) på spørsmålene relatert til disse tre lidelsene. I de tilfellene hvor ungdommen tidligere hadde blitt diagnostisert med ADHD, ble denne lidelsen registrert til tross for at de ikke møtte kriteriene på det aktuelle tidspunktet. Dette skyldes at pågående medisinerings eller andre intervensjoner kan forhindre at symptomene kommer til uttrykk på tidspunktet av datainnsamlingen.

På grunn av at intervjuene og spørreskjemaene var svært omfattende, var det 65 av ungdommene som ikke klarte å gjennomføre hele det diagnostiske intervjuet. Utover dette hadde flere av besvarelsene mangler på ulike deler. Med hensyn til dette ble det gjort en available case analyse, hvilket innebærer at vi brukte maksimalt antall besvarelser tilgjengelig for hver analyse. Det vil si, at av de 335 som besvarte hele CAPA, kunne noen for eksempel ha fullført alt relatert til flytting, men ikke emosjonsregulering. Det er følgelig ikke identiske

utvalg for alle de statistiske analysene. Når man ekskluderer de som ikke gjennomførte diagnoseintervjuet får man en responsrate på 55%.

Den avhengige variabelen “Psykisk lidelse” ble beregnet ut fra besvarelse på CAPA. Denne variabelen er dikotom, som vil si at den kun har to verdier. Den skåres ut fra om ungdommen tilfredsstillende diagnostiske kriterier til psykisk lidelse eller ei ifølge DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000). Her ble følgende diagnosegrupper inkludert: ADHD, angstlidelse, depressive lidelser og atferdsforstyrrelser. Dersom ungdommen møtte kriteriene for én eller flere psykiske lidelser ble det kodet som “psykisk lidelse”, uavhengig av eventuell komorbiditet.

Tilleggsintervju av ungdommen. Ungdommene besvarte på dette spørreskjemaet spørsmål vedrørende andre aspekter av sin situasjon enn det som dekkes i CAPA. Her ble det blant annet innhentet informasjon om foreldres bruk av medikamenter og rusmidler, foreldrenes psykiske helse, samt omsorgshistorikk, derunder flyttinger og hvordan ungdommen opplevde sitt første møte med barnevernsinstitusjon.

DERS. For å undersøke emosjonsregulering ble spørreskjemaet Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) benyttet (Gratz & Roemer, 2004). Spørreskjemaet inneholder 36 spørsmål for selvrappport hvor respondentene rangerer riktigheten av påstander på en skala fra 1-5. Det måler seks ulike domener av emosjonsregulering: (1) Manglende aksept for emosjonelle reaksjoner, (2) vansker med å inngå i målrettet atferd under emosjonell aktivering, (3) vansker med impuls kontroll under emosjonell aktivering, (4) manglende emosjonell bevissthet, (5) manglende tilgang til effektive reguleringsstrategier under emosjonell aktivering, og (6) opplevelse av å ikke ha tydelige emosjoner.

DERS har vist seg å være et godt psykometrisk verktøy i populasjoner med voksne, hvor man finner god indre konsistens, test-retest reliabilitet, og konstruktvaliditet (Gratz & Roemer, 2004). I vårt utvalg var det høy indre konsistens, med Cronbach’s alpha $\alpha=0.93$. Når testen har blitt administrert til yngre grupper, har spørreskjemaet vist seg å ha overordnet god støtte for faktorstrukturen, god validitet og god reliabilitet. Faktoranalyse har gitt støtte til seksfaktorløsningen, som forklarte 62.7% av variansen, jevnt fordelt på de ulike subskalaene. 34 av de 36 spørsmålene hadde en faktorladning på minst .4 (Weinberg & Klonsky, 2009). Det er stilt spørsmålsteget ved diskriminant validitet, da enkelte av subskalaene har relativt høy korrelasjon med hverandre ($R=.68$) (Weinberg & Klonsky, 2009).

I forskningen som benytter seg av DERS for å måle emosjonsregulering, har man i de siste årene rettet fokus mot subskalaene, sett opp mot spesifikke kliniske grupper (se eksempelvis Salters-Pedneault, Roemer, Tull, Rucker & Mennin, 2006; Ehring, Fischer,

Schnülle, Bösterling & Tuschen-Caffier, 2008). Siden emosjonsregulering ikke har vært studert tidligere i barnevernspopulasjonen, vil denne studien fokusere på totalskåren av DERS.

2.4 Risikofaktorer

1. Variabelen “Flytting” ble hentet ut fra spørreskjemaet “Tilleggsintervju til ungdommen”. Denne variabelen ble beregnet ut fra spørsmålet “hvor mange steder har du bodd utenfor foreldrehjemmet, plassert av barnevernet”, der respondentene fylte inn en tallverdi. Denne variabelen hadde 24 manglende verdier (N = 309).
2. Variabelen “Foreldres psykisk lidelse” ble hentet ut fra spørreskjemaet “Tilleggsintervju til ungdommen”. Den er sammensatt av to testledd: 1) Har moren din psykiske lidelser og 2) har faren din psykiske lidelser. Disse to spørsmålene er slått sammen, slik at det differensieres mellom hvorvidt ingen, én eller begge av foreldrene har psykiske lidelser. I den logistiske regresjonsanalysen vil det følgelig ikke skiller mellom om det er mor eller far som har psykiske lidelser. Denne variabelen hadde 38 manglende verdier (N = 297).
3. Variabelen “Foreldres rusmisbruk” ble hentet ut fra spørreskjemaet “Tilleggsintervju til ungdommen”. Denne ble beregnet ut fra fire ulike testledd: 1) Ruser moren din seg, 2) ruser faren din seg, 3) drikker moren din ofte så mye at hun blir full, og 4) drikker faren din ofte så mye at han blir full. Spørsmålene ble slått sammen for å sikre at man får mest mulig informasjon om hvorvidt ungdommene har blitt eksponert for foreldre under påvirkning av rusmidler. På denne måten sikrer man at de ungdommene som har tenkt at spørsmål 1. og 2. ikke inkluderer alkohol, får muligheten til å svare på dette. Svarer de ja på enten alkohol eller rus, skåres det som “ja” på rus for den aktuelle forelder. Variabelen er kodet slik at man skiller mellom hvorvidt ingen, én av foreldrene, eller begge foreldrene ruser seg. Denne variabelen hadde 34 manglende verdier (N = 301).
4. Traume-variabelen ble beregnet ut fra informasjon innhentet med CAPA. Den ble sammensatt av testleddene “har blitt utsatt for vold”, “har vært vitne til vold” og “har opplevd seksuelle overgrep”. Disse ble slått sammen til en overordnet variabel, slik at man fanger opp ulike former for relasjonstraumer. Uansett om respondenten har opplevd en eller flere former for overgrep, blir det kodet som “ja”. Det skiller altså ikke mellom hvorvidt de har opplevd én eller flere former for traumer. Denne variabelen hadde ingen manglende verdier (N = 335).

5. Variabelen emosjonsregulering er beregnet ut fra totalskåren fra spørreskjemaet DERS. Skåren kan ligge mellom 36 og 180 og en høy skåre her vil indikere manglende evne til emosjonsregulering. Eksempel på spørsmål her er “når jeg er opprørt, føler jeg skyld for at det er slik”. Her ble enkelte variabler reversert, på bakgrunn av at de var kodet motsatt av de øvrige. Eksempel på dette er “Når jeg er opprørt, føler jeg at jeg har kontroll over handlingene mine”. Dette henviser til en positiv kapasitet, og har derfor blitt kodet reversert av opprinnelig likert-skala. Denne variabelen hadde 71 manglende verdier (N = 264).
6. Bakgrunnsvariablene kjønn og alder ble kontrollert for. Dette skyldes at eldre deltakere har flere erfaringer, for eksempel i form av flyttinger. Det er også sannsynlig at eldre deltakere har bedre emosjonsregulering, siden man tenker at denne kapasiteten modnes med alder. Kjønn ble inkludert fordi man kjenner til at det er kjønnsforskjeller i forekomst av psykiske lidelser, og følgelig må dette kontrolleres for.

2.5 Preliminære analyser

I den opprinnelige studien ble det gjennomført frafallsanalyse for å sikre at datamaterialet er representativt for populasjonen (Jozefiak et al., 2016). Her ble det innhentet data på de som valgte å ikke delta, gjennom at primærkontaktene fikk forespørsel om å fylle ut CBCL (Achenbach & Rescorla, 2000) i anonymisert form. 141 av disse ble returnert og analysert. For mer informasjon se Jozefiak et al. (2016). Samlet sett viste analysene at psykiske lidelser hadde tilnærmet lik forekomst hos de som deltok i studien og de som takket nei til deltakelse.

For å undersøke samsvar i koding mellom de ulike forskningsassistentene ble det gjennomført en interrater-reliabilitetstesting i det opprinnelige forskningsprosjektet (Jozefiak et al. 2016). Før administrering av intervjuene fikk forskningsassistentene opplæring, i tillegg til at de hadde regelmessige møter med erfarne klinikere. For å undersøke interrater-reliabilitet ble 10% av intervjuene (N = 42) rekodet av en annen intervjuer. Samsvar mellom disse ble testet med Gwets Kappa. Resultatene indikerte godt samsvar mellom de ulike forskningsassistentene i administreringen av CAPA (Jozefiak et al., 2016).

2.6 Logistisk regresjonsanalyse

Logistisk regresjonsanalyse blir brukt for å predikere en kategorisk utfallsvariabel ut fra en eller flere prediktorvariabler. Den avhengige variabelen i denne studien, psykisk lidelse, består av to kategorier: Psykisk lidelse og ikke psykisk lidelse. Det ble derfor anvendt binær logistisk regresjonsanalyse, som kan predikere hvilken av to grupper en deltaker

tilhører. Først ble datamaterialet undersøkt for å kontrollere at forutsetninger for logistisk regresjon ble møtt, deretter ble det gjennomført logistiske regresjonsanalyser.

Forutsetninger for analysen. For at man skal kunne stole på resultatene fra analysene, er det viktig å først ha konstatert at datamaterialet tilfredsstillende forutsetningene for logistisk regresjon.

Linearitet. En viktig forutsetning for logistisk regresjon er at det er et lineært forhold mellom de kontinuerlige variablene og logaritmen for avhengig variabel (Field, 2013). Dette gjøres ved å kalkulere log-transformasjoner for hver prediktor og undersøke om interaksjonsvariabelen mellom prediktoren og log-transformasjonen er signifikant. Hvis de er signifikante er forutsetningen brutt (Field, 2013). Denne forutsetningen er møtt.

Normalfordeling. De kontinuerlige variablene skal være normalfordelte. Datamaterialet møter denne forutsetningen, med bakgrunn i central limit theorem, som sier at ved stort nok utvalg vil distribusjonen av utvalget være normalfordelt (Field, 2013).

Utvalgsstørrelse. Å ha et tilstrekkelig stort utvalg er grunnleggende for å få god statistisk styrke på en test (Dawson, 2014). Det foreligger ulike metoder for å vurdere dette på. En slik formel for å avgjøre dette er $N \geq 50 + 8m$ (Langdridge, 2006). Man bør ha 50 observasjoner, pluss 8 for hver uavhengige variabel som inkluderes i modellen. I dette tilfellet, hvor det er 5 uavhengige variabler, betyr dette 90 deltakere. Følgelig kan denne forutsetningen sies å være møtt.

Multikollinearitet. Dette oppstår når man har for høy korrelasjon mellom de uavhengige variablene. Multikollinearitet er problematisk fordi det fører til at man ikke kan skille variablenes effekter fra hverandre (Eikemo & Clausen, 2012). Denne forutsetningen er møtt i datamaterialet.

Initielt var det tenkt å inkludere “alder for første flytting” som en risikofaktor. Etter korrelasjonsanalyser ble det avdekket at denne korrelerte for høyt med risikofaktoren antall flyttinger ($r=-.41$), og den ble ekskludert fra datamaterialet.

Diskriminering. Fordi modellen inkluderer kategoriske uavhengige variabler kan diskriminering være et aktuelt problem. Det oppstår dersom en eller flere av kategoriene av en uavhengig variabel ikke har respondenter. Konsekvensen kan være at standardfeil for koeffisientene tilhørende kategorien blir kalkulert for høyt (Field, 2013). For å undersøke dette ble det benyttet krysstabeller for å se etter tomme kategorier. Videre så man på standardfeil for hver av de uavhengige variablene, for å avdekke de som eventuelt var høyere

enn forventet. Man fant ikke holdepunkter for at diskriminering var et problem i dette datasettet.

Uteliggere. Det er viktig å undersøke datamaterialet for uteliggere, slik at det ikke er enkelte respondenter som påvirker datamaterialet for mye. I henhold til Field (2013) ble dette undersøkt ved hjelp av box plot, og uteliggere ble ikke funnet å være et problem.

Analyse. Den avhengige variabelen, psykisk lidelse, består av to kategorier: Psykisk lidelse og ikke psykisk lidelse. Det ble derfor anvendt binær logistisk regresjonsanalyse, som kan predikere hvilken av to grupper en deltaker tilhører. Det ble utført fem separate logistiske regresjonsanalyser, en for hver av de uavhengige variablene. På denne måten får man kjennskap til hver risikofaktors individuelle bidrag, kontrollert for kjønn og alder. Ved å gjennomføre fem separate regresjonsanalyser løste man utfordringen med at de ulike variablene hadde manglende verdier som ikke samsvarte med hverandre. Slik sikret man maksimum antall respondenter innenfor hver kategori. Dette problemet kunne også vært omgått ved å bruke Bayesian Multiple Imputation, som kalkulerer manglende verdier for de ulike variablene. På grunn av denne oppgavens omfang besluttet vi imidlertid ikke å gjøre dette. En konsekvens av å utføre separate analyser er at man ikke får mulighet til å gjøre direkte sammenligninger av risikofaktorene opp mot hverandre.

2.7 Etikk

Det opprinnelige prosjektet ble godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk i Midt-Norge (REK Midt) i 2010. For den aktuelle studien ble det søkt til REK for godkjennelse av prosjektendring, hvilket ble godkjent 03.07.2018.

3. Resultater

3.1 Deskriptiv statistikk

Utvalget bestod av totalt 335 respondenter, hvorav 138 var gutter (41.2%) og 197 var jenter (58.8%). Aldersspennet på utvalget går fra 12 til 20 år, med gjennomsnittsalder på 16 år. Av de 335 ungdommene som har gjennomført hele CAPA-intervjuet ble det funnet at 68% møtte kriteriene for en psykisk lidelse. Av Tabell 1 fremkommer fordelingen innad i de ulike diagnosegruppene. Grunnet komorbiditet kan samme ungdom være representert i flere diagnosegrupper.

Tabell 1. Forekomst av psykiske lidelser i utvalget og diagnosene som er inkludert.

Psykiske lidelser	N	Møter diagnosekriterier	Prosent
Minst én psykisk lidelse	335	228	68 %
Angstlidelser	335	117	35 %
Depressive lidelser	335	125	37 %
Atferdsvansker	335	70	21 %
ADHD	335	106	32 %

På spørsmålene om traumer var det 16% av ungdommene som ikke hadde svart. Av de som hadde svart rapporterte 54 % at de har opplevd minst en form for traumer i hjemmet. Den hyppigst rapporterte formen for traume var å ha blitt utsatt for vold i hjemmet.

På spørsmål om foreldres psykiske lidelse var det mange av ungdommene som uttrykte at de ikke hadde kjennskap til dette, hvor 19% svarte at de ikke visste om mor har psykisk lidelse, og 30% sa det samme om far. Mens 56% svarte at ingen av foreldrene hadde en psykisk lidelse som de kjente til, svarte 35% at en av foreldrene hadde det, og 9% sa at begge foreldrene hadde psykiske lidelser.

Når det kommer til foreldres rusmiddelbruk ser man at 69% av ungdommene rapporterte at foreldrene ikke ruset seg, eller at de ikke hadde kjennskap til dette. Mens 22% svarte at en av foreldrene ofte drakk seg fulle og/eller brukte rusmidler, rapporterte 9% at begge foreldrene gjorde dette. På disse spørsmålene var det 12.5% som ikke besvarte.

På variabelen emosjonsregulering ser man at gjennomsnittet på totalskåren er 88. Et høyere tall indikerer svekket emosjonsregulering. Hvis man ser nærmere på de seks subskalaene, er det tydelige sprik mellom de ulike gjennomsnittene. De to høyeste faktorene

er manglende aksept for egne emosjonelle reaksjoner (18.76) og manglende tilgang til reguleringsstrategier (18.55). De andre faktorene, i synkende rekkefølge er: Vansker med å utføre i målrettet atferd under emosjonell aktivering (14.63), vansker med impuls kontroll (13.59), manglende aksept for emosjonell reaksjon (12.49), og manglende emosjonell tydelighet (11.02).

Ungdommenes rapportering av antall flyttinger varierte fra 1 til 25 plasseringer. Mens gjennomsnittet ligger på 3.4 plasseringer utenfor foreldrehjemmet, svarte 77 (25%) at de hadde hatt minst fem slike plasseringer. Når man ser på alder for første flytting viser resultatene at den yngste var 0 år, den eldste var 17 år, og gjennomsnittet lå på 12.5 år.

3.2 Risikofaktorer i foreldrehjemmet

Resultatene fra logistisk regresjon med relasjonstraumer, foreldres psykiske lidelser og foreldres rusmisbruk fremgår av Tabell 2. Resultatene viser at relasjonstraumer var assosiert med psykiske lidelser ($p < .001$, $N = 335$). Forklart varians ligger mellom 6% og 8%. Unge i barnevernsinstitusjoner med relasjonstraumer hadde 2.7 høyere odds for å ha en psykisk lidelse, sammenlignet med unge som ikke hadde opplevd relasjonstraumer.

Foreldres psykiske lidelser var assosiert med forekomst av psykiske lidelser hos unge i barnevernsinstitusjoner ($p < .05$, $N = 297$). Forklart varians ligger mellom 4% og 5%. Dersom én forelder hadde en psykisk lidelse viser odds ratio (OR) at unge i barnevernsinstitusjoner hadde høyere odds for selv å ha en psykisk lidelse, sammenlignet med unge som ikke hadde en forelder med psykisk lidelse (OR=1.68). Dersom begge foreldrene hadde en psykisk lidelse var det 2.82 ganger høyere odds for at også ungdommen hadde en psykisk lidelse, sammenlignet med unge der ingen av foreldrene hadde psykiske lidelser.

Risikofaktoren foreldres rusmisbruk var ikke statistisk signifikant ($p > .05$, $N = 301$).

3.3 Indre risikofaktorer hos ungdommen

Resultatene fra logistisk regresjon med emosjonsregulering fremgår av Tabell 2. Emosjonsregulering var assosiert med psykiske lidelser hos unge i barnevernsinstitusjoner ($p < .001$, $N = 298$). Forklart varians ligger mellom 15% og 21%. Unge i barnevernsinstitusjoner som hadde ett poeng økning på totalskåren DERS hadde 1.04 høyere odds for å ha en psykisk lidelse, sammenlignet med de som ikke hadde en økning i poeng på DERS. Maksimal skåre på DERS er 180. Denne populasjonen hadde standardavvik på 25. Dersom unge hadde skårer ett standardavvik over gjennomsnittsskåren (88), var det 2.56 ganger høyere odds for å ha en psykisk lidelse, sammenlignet med unge som hadde gjennomsnittsskåren.

3.4 Risikofaktorer etter at ungdommen har blitt plassert utenfor hjemmet

Resultatene fra logistisk regresjon mellom flyttinger og psykisk lidelse fremgår av Tabell 2. Antall flyttinger var assosiert med psykiske lidelser hos unge i barnevernsinstitusjoner ($p < .05$, $N = 309$). Forklart varians ligger mellom 3% og 5%. Unge i barnevernsinstitusjoner som hadde flyttet én gang hadde 1.15 høyere odds for å ha en psykisk lidelse, sammenlignet med unge som ikke hadde flyttet én gang. Gjennomsnittet av de unge hadde flyttet tre ganger. Unge som hadde flyttet tre ganger hadde 1.52 høyere odds for å ha en psykisk lidelse, sammenlignet med unge som ikke hadde flyttet tre ganger.

Tabell 2. Logistisk regresjon for assosiasjonen mellom risikofaktorene og psykisk lidelse.

Variabel	B	Wald	OR	95 % KI	R ² _{C&S}	R ²
Relasjonstraumer	1.00	14.29**	2.72	[1.62, 4.56]	.06	.08
Foreldre psykiske lidelse	.52	6.37*	1.68	[1.12, 2.51]	.04	.05
Foreldres rusmisbruk	.19	.89	1.21	[.82, 1.78]	.02	.03
Emosjonsregulering	.04	31.79**	1.04	[1.03, 1.06]	.15	.21
Flyttinger	.14	4.88*	1.15	[1.02, 1.30]	.03	.05

Merk. $N = 335$. B = regresjonskoeffisienten. Wald = Wald statistikk. OR =

Odds Ratio. KI = konfidensintervall. R²_{C&S} = Cox-Snell R². R² = Nagelkerke R².

* $p < .05$, ** $p < .001$

4. Diskusjon

Den overordnede målsetningen med denne studien er å undersøke hvorvidt og i hvilken grad ulike risikofaktorer kan predikere psykiske lidelser hos unge i barneverninstitusjoner. Resultatene viste at de som hadde opplevd en eller flere former for relasjonstraumer hadde økt forekomst psykiske lidelser. Man fant også økt forekomst hos de som hadde en forelder med psykiske lidelser. Denne assosiasjonen var enda sterkere dersom begge foreldrene hadde psykiske lidelser. For de som hadde svakere emosjonsregulering, økte forekomsten av psykiske lidelser. Det ble også funnet at forekomsten av psykiske lidelser økte i samsvar med antall ganger de hadde flyttet etter bestemmelse fra barnevernet. Funnene ga støtte til samtlige av hypotesene, med unntak av foreldres rusmisbruk, som ikke ble funnet å være assosiert med psykiske lidelser hos unge i barnevernsinstitusjoner.

Overordnet er det svært høy forekomst av psykiske lidelser blant ungdommer i norske barnevernsinstitusjoner, hvor 68% oppfylte diagnosekriterier på tidspunktet av datainnsamling. Forekomsten av psykiske lidelser hos ungdom bosatt i barnevernsinstitusjoner er vesentlig høyere enn hos normalpopulasjonen. Til sammenligning viser tall fra USA at forekomsten av psykiske lidelser er 5-8% hos jevnaldrende i normalpopulasjonen (Costello et al., 2003), hvilket i følge Folkehelseinstituttet er antatt å samsvare med norsk prevalens (Mykletun et al., 2009). Prevalensen er høyere enn det som rapporteres av studier på barnevernspopulasjonen generelt (Lausten, 2018), og tilsvarende det Ford og kolleger (2007) fant for unge i barnevernsinstitusjoner. Jozefiak og kolleger (2016) brukte det samme datamaterialet som denne studien, og fant prevalens på 76% hos unge i barnevernsinstitusjoner, hvilket er noe høyere det man fant her. Årsaken til dette var at de inkluderte flere diagnoser, slik som tidligere diagnostisert ADHD, reaktiv tilknytningsforstyrrelse og autismspekterlidelser.

I motsetning til at tidligere forskning på denne gruppen har funnet overvekt av eksternaliserende lidelser som atferdsforstyrrelse og ADHD (McCann et al., 1996; Blower et al., 2004; Schmid et al., 2008; Ståhlberg et al., 2010), fant man høyere forekomst av angst- og depressive lidelser i dette utvalget. Dette er interessant fordi man kunne forventet høyere forekomst av eksternaliserende lidelser, siden dette ofte er årsaken til at barn blir plassert i institusjon (Backe-Hansen et al., 2011). Det kan tenkes at dette kommer av at institusjonene har mye fokus på eksternaliserende vansker, og har opparbeidet god kompetanse på dette feltet. Her ser man at internaliserende lidelser er et minst like omfattende problem, om enn mindre synlig utad. Dette medfører at det kan være behov for å sette ekstra fokus på slike utfordringer.

4.1 Risikofaktorer i foreldrehjemmet

Relasjonstraumer. Av risikofaktorene som ble inkludert i denne analysen, er det denne faktoren som peker seg ut som sterkest assosiert med psykiske lidelser. Unge med relasjonstraumer hadde 2.7 høyere odds for å ha en psykisk lidelse, enn unge som ikke hadde opplevd relasjonstraumer. Her fant man altså støtte for hypotese 1. Funnene sammenfaller med det man har sett hos andre populasjoner med overgrepserfaringer (se for eksempel Afifi et al., 2014). Det er konsensus rundt at traumer har sterk sammenheng med en rekke negative utfall, deriblant psykiske lidelser og suicidalitet (se for eksempel Norman et al., 2012; Franzese et al., 2014). Selv om assosiasjonen er påvist av tidligere forskning i andre grupper, har det ikke blitt undersøkt i barnevernspopulasjonen i Norge, med unntak av studien av Greger og kolleger (2015). Her fant de at 71% av ungdommene hadde overgrepserfaringer. Årsaken til at de fant høyere prevalens enn den aktuelle studien skyldes trolig ulik definering av traumer. Greger og kolleger (2015) definerte traumeerfaringer til å inkludere foreldres rusmiddelmisbruk, foreldres psykiske lidelser, å være vitne til eller offer for vold i familien, å ha vært vitne til eller offer for vold utenfor familien, samt seksuelle og fysiske overgrep. Siden den aktuelle studien har fokus på traumer i familiekontekst, har man kun inkludert seksuelle overgrep, fysiske overgrep, og vitne til vold i familien. Man har i denne studien valgt å undersøke foreldres rusmisbruk og foreldres psykiske lidelser som separate risikofaktorer, fremfor å inkludere de i traumevariabelen.

Det at så mange som 54% av ungdommene hadde opplevd en eller flere former for relasjonstraumer peker på at dette er en alvorlig utfordring hos denne gruppen. Til sammenligning har forskning funnet at omtrent 6% av barn i den norske normalpopulasjonen har lignende traumeerfaringer (Sørbø et al., 2013; Thoresen et al., 2015). Spesielt for gruppen av unge i barnevernsinstitusjon, er at traumene ofte har skjedd i nære relasjoner, siden omsorgssituasjonen har blitt funnet å være for dårlig til at barnet kan bo med foreldrene. Det er plausibelt at slike traumer er mer belastende enn andre former for traumer, fordi det medfører at omsorgspersonene selv har påført barnet skade.

Det kan være flere årsaker til sammenhengen mellom traumeerfaringer og psykiske lidelser. Barn som blir utsatt for ulike typer overgrep i nære relasjoner vil oppleve omsorgspersoner som uforutsigbare, og det kan resultere i at de lever i frykt for personene de er mest avhengige av. For barn som lever i konstant alarmberedskap kan det dannes en forventning om at verden er utrygg, og at mennesker ikke er til å stole på. Å ikke få oppfylt grunnleggende behov for trygghet og omsorg, kan medføre vansker med å danne emosjonelle bånd til andre mennesker senere (Brandtzæg et al., 2011). Dette kan tenkes å skape en

grunnleggende sårbarhet for stress, og dermed senke terskelen for å utvikle psykiske lidelser. Å være vitne til vold og konflikt i hjemmet kan samtidig føre til at barnet får uheldige strategier for konfliktløsning selv.

Dette er viktig kunnskap, fordi forståelse av deres erfaringer kan gjøre helsepersonell bedre rustet i møtet med disse ungdommene. Omfanget og konsekvensene av omsorgssvikt og overgrep viser at det er svært viktig at barnevernet griper inn på riktig tidspunkt. Å ha innsikt i dette kan også skape mer forståelse, både for fosterforeldre, personal på institusjon, og helsepersonell for øvrig. Kanskje kan dette føre til større toleranse og tålmodighet i situasjoner hvor det oppleves vanskelig å gi omsorg eller hjelp til ungdommen. Med en så høy forekomst av traumer er det hensiktsmessig at helsepersonell i kontakt med ungdommen har god kunnskap på feltet. I mange tilfeller kan ungdommene ha behov for konkret hjelp til bearbeiding og håndtering av vanskelige erfaringer. Mer overordnet kan det tenkes å være viktig at de opplever å ha trygge og stabile relasjoner til voksne i institusjonen, så langt det lar seg gjøre. I en slik relasjon burde ungdommen få mulighet til å snakke om sine erfaringer, og få veiledning til konfliktløsning og andre utfordringer som kan oppstå i nære relasjoner.

Foreldres psykiske lidelser. Man fant at 41% av ungdommene rapporterte at én eller begge foreldrene hadde psykiske lidelser. Dette viste seg å være signifikant assosiert med psykiske lidelser hos ungdommen selv, og i enda større grad dersom det gjaldt begge foreldrene. Sammenlignet med tidligere forskning kunne man forventet at disse assosiasjonene ville vært sterkere (Dean et al., 2010). En mulig forklaring er at andre studier har undersøkt dette på befolkningsnivå, og derfor primært involvert barn som har bodd med foreldrene hele oppveksten. Det er interessant at ungdommene som ikke har vært under foreldres omsorg på flere år, likevel har økt risiko for psykiske lidelser som følge av dette. Det tyder på at effekten av å vokse opp hos foreldre med psykiske lidelser er langvarig, men også at tidlig inngripen fra barnevernet kan representere en viktig beskyttende faktor. Det er tenkelig at ved å innhente informasjon om foreldre via barnet fanger man opp de tilfellene hvor den psykiske sykdommen har vært av alvorlig art, siden barnet i disse tilfellene vil ha et mer bevisst forhold til foreldrenes problematikk. Mindre omfattende psykiske problemer kan fortsatt ha alvorlige konsekvenser for barnet, men uten å være så fremtredende at barnet forstår årsaken bak foreldrenes atferd.

Det kan være flere årsaker til at foreldres psykiske lidelser er positivt assosiert med psykiske lidelser hos barnet. På den ene siden kan det delvis skyldes arvelig disposisjon. Som man ser av forskningen gjelder denne arveligheten spesielt for alvorlige psykiske lidelser,

som bipolare- og psykoselidelser (Uher, 2014). Disse har imidlertid ikke blitt målt i dette utvalget, og kommer ofte til uttrykk først i tidlig voksen alder. På den andre siden er vil psykiske lidelser trolig påvirke foreldrenes omsorgsevne. Alvorlig psykisk sykdom kan i mange tilfeller føre til at man mister evne til å fungere i hverdagen, og får nedsatt fokus for det som skjer utenfor en selv. Som forelder kan det bety at barnets signaler ikke får tilstrekkelig med oppmerksomhet og respons, samt at man mislykkes med å stimulere barnet adekvat (Stallard et al., 2004). Dette kan bety at barnet ikke får den utviklingsstøtten den trenger. Hvis foreldrene ikke klarer å skape trygge rammer og hjelpe barnet med selvregulering, kan det medføre at det får dårligere utgangspunkt for å klare dette selv i fremtiden (Devlin & O'Brien, 1999).

Hvis man erkjenner at barn med psykisk syke foreldre er mer utsatt, er det viktig å adressere vanskene deres før de utvikles til psykiske lidelser. Der hvor man vet at ungdommene har vokst opp med foreldre med psykiske lidelser kan man igangsette forebyggende og korrigerende tiltak, før det blir nødvendig å involvere spesialisthelsetjenesten. Hvis kontaktpersonen på institusjonen oppleves som tilgjengelig, omsorgsfull og oppmerksom, kan barnet få korrigerende relasjonelle erfaringer. Det kan være hensiktsmessig å gi disse barna psykoedukasjon, både om psykisk helse generelt, og eventuelt om foreldrenes psykiske lidelser mer spesifikt. Gjennom økt kunnskap kan ungdommene lære mer om årsaken bak foreldrenes atferd i oppveksten, og tydeliggjøre at det ikke er verken barnets ansvar eller under barnets kontroll. En sekundærgevinst med psykoedukasjon kan være at ungdommen blir bedre til å gjenkjenne når de strever selv, og gi signaler når de trenger hjelp til å håndtere dette.

Foreldres rusmisbruk. Denne faktoren, i motsetning til for eksempel relasjonstraumer, kan ikke sies å være særegen for ungdommene i barnevernsinstitusjoner. Rusmisbruk, spesielt med hensyn til alkohol, er en problemstilling som er sentral i mange hjem. Ungdommer på barnevernsinstitusjoner vil trolig være eksponert for dette i vesentlig større grad enn andre barn, men forekomstestimatene av foreldre med rusproblemer er mye høyere enn antallet barn som er knyttet opp mot barnevernet (Rossow et al., 2009).

En tredjedel av ungdommene rapporterte at en eller begge foreldre misbrukte rusmidler. Foreldres rusmisbruk ble ikke funnet å være signifikant assosiert med psykisk lidelse, og gir følgelig ikke støtte til hypotese 1. Dette strider med tidligere funn, hvor det har vært gode holdepunkter for at foreldres rusmisbruk og psykiske lidelser hos barn henger tett sammen (McGovern et al., 2018; Ohannessian, 2012; Lee & Cranford, 2008). Forskningen

peker på at foreldre med rusproblemer oftere har dårligere omsorgsevne, og disse barna oftere er utsatt for neglekt (Bernard & McKeganey, 2004; Schuler et al., 2002; Harwin & Forrester, 2002). På bakgrunn av dette hadde man forventet at denne risikofaktoren var assosiert med psykiske lidelser hos ungdommen. En mulig årsak til manglende funn her kan være relatert til utfordringer ved selvrapporing. Utfordringer relatert til selvrapporing og unge informanter blir beskrevet nærmere under metodiske betraktninger. Videre er det tenkelig at ungdommene har lite bevissthet rundt foreldres rusmiddelbruk, fordi det har vært andre forhold i hjemmet de har sterkere minner av. For eksempel kan et barn som ble tatt ut av hjemmet ved fem års alder huske at mor var utilgjengelig, uten å ha reflektert rundt årsaken til dette.

Det kan tenkes at resultatene hadde vært annerledes om man hadde sett på mødre og fedres rusbruk isolert. Forskingen har i stor grad fokusert på konsekvensene av mødres rusmiddelmissbruk, hvor det er konsensus om at det øker sannsynligheten for at barnet utvikler psykiske lidelser (Dawe, Harnett, Staiger & Dadds, 2000). Til dels skyldes dette fokuset trolig at mødre tradisjonelt har blitt sett på som den viktigste omsorgspersonen i mange kulturer, men også at mødre i utsatte grupper ofte er aleneforsørgere. Ut fra dette kan det tenkes at det hadde vært hensiktsmessig å gjennomføre separate undersøkelser av foreldrene.

4.2 Indre risikofaktorer hos ungdommen

Emosjonsregulering. Resultatene fra denne studien viser at nedsatt emosjonsregulering er assosiert med økt risiko for psykiske lidelser, hvilket gir støtte til hypotese 2. Dette har ikke blitt studert i denne populasjonen tidligere, men samsvarer med forskning på ulike kliniske grupper. Man har tidligere funnet assosiasjon mellom emosjonsregulering og lidelser som depresjon (Kring & Werner, 2004), angst (Cisler et al, 2010), spiseforstyrrelser (Harrison et al., 2009) og rusmisbruk (Berking & Wupperman, 2012) hos voksne.

Emosjonsregulering skiller seg ut fra de andre risikofaktorene i denne studien. Mens de øvrige måler aspekter ved barnas omgivelser, reflekterer denne faktoren ungdommens egen evne til å regulere følelsene sine. Samlet sett gir litteraturen holdepunkt for at emosjonsregulering og psykisk helse ikke kan sees som to adskilte fenomener (Werner & Gross, 2010). Det er plausibelt at emosjonsregulering øker sårbarheten for psykiske lidelser, samtidig som tilstedeværelsen av psykiske lidelser trolig vil forverre kapasitet til emosjonsregulering. Man kan på den ene siden anse emosjonsregulering som en tilstand, en evne som blir svekket ved høyt symptomtrykk av psykiske lidelser. På den andre siden kan

det ansees som en disposisjon, hvor kapasiteten til selvregulering er underutviklet, som skaper sårbarhet for senere utvikling av psykiske lidelser. Innenfor forskningsfeltet er det relativ konsensus vedrørende at emosjonsregulering utvikles gjennom barnets samhandling med omsorgspersoner (Brandtzæg et al.; Smerud, 2012). Gjennom å ha opplevd oppbrudd i tilknytningsrelasjoner, slik som unge i barnevernsinstitusjoner har gjort, kan det tenkes at denne evnen er underutviklet.

En omfattende studie fra Nederland undersøkte emosjonsregulering hos normalpopulasjonen i aldersgruppen 11-17 år (N = 1003) (Neumann, Lier, Gratz & Koot, 2010). Her brukte de DERS for å måle emosjonsregulering, og fant at deltakerne hadde en snittskåre på 77. I likhet med dette fant Weinberg og Klonsky (2009) at gjennomsnittskåren på DERS total var 78, når de undersøkte det hos ungdommer fra normalpopulasjonen i Canada. Utvalget i denne studien bestod av 428 deltakere mellom 13 og 17 år. Siden den aktuelle studien ikke inkluderte kontrollgruppe er det ikke mulig å fastslå at emosjonsregulering er signifikant dårligere hos denne gruppen enn hos andre ungdommer. Likevel kan funnene fra jevnaldrende i normalpopulasjonen indikere at ungdommene i barnevernsinstitusjon har svakere emosjonsregulering. Skåren på DERS er i denne gruppen betydelig høyere enn det som ble funnet i normalpopulasjonen (Neumann et al., 2010) Dette understøttes av resultatene fra Demircis studie (2018), hvor man ser at ungdommene i den aktuelle studien har tilsvarende totalskåre som en klinisk gruppe, og vesentlig høyere enn utvalg fra normalpopulasjonen.

Selv om man ikke har grunnlag for å gjøre antagelser om kausalitet, åpner dette for muligheten til at bedring av emosjonsregulering kan bidra til lindring av psykiske lidelser. I et tilsvarende forskningsrapporten av Kayed og kolleger (2015) har ungdommene fra Forandringsfabrikken¹ uttrykt at de ønsker tilgjengelig lavterskel hjelp, med fokus på å mestre hverdagen, uten at de nødvendigvis må involveres i spesialisthelsetjenesten (Halvorsen, 2016). I tråd med dette kan kunnskap om emosjonsregulering være et viktig steg i retning av å hjelpe ungdommene. Hvis man videre avdekker hvilke aspekter av emosjonsregulering de ulike barna sliter med, kan man arbeide målrettet med å bedre disse kapasitetene. Dette er trolig ting som kan settes fokus på i institusjonen ungdommene oppholder seg på, med faglig opplæring av miljøpersonalet. I tillegg finnes det spesialiserte behandlingsformer rettet mot slike problemstillinger, slik som dialektisk atferdsterapi (Koons, 2008). I et tilknytningsperspektiv betyr dette at barnet må ha stabile omsorgspersoner, som kan

¹ Forandringsfabrikken er et kunnskapssenter som samarbeider med barn og unge som er eller har vært en del av barnevernssystemet.

representere korrigerende interpersonlige erfaringer (Brandtzæg et al., 2011). Psykoterapi kan være en måte å støtte denne utviklingen, men i hovedsak vil personale på institusjoner eller fosterforeldre ha en viktig rolle i dette arbeidet. Hvis man klarer å skape større bevissthet rundt dette, kan disse personene bidra til å hjelpe ungdommene over i et mer positivt utviklingsspor, fremfor å utvikle psykiske lidelser. En slik relasjon kan bidra til å korrigere barnets negative erfaringer med omsorgspersoner. Dette kan gjøres gjennom empati, bekreftelse og omsorg (Jacobsen, 2010).

Det kan argumenteres for at emosjonsregulering burde blitt inkludert som en medierende faktor mellom de andre risikofaktorene og psykiske lidelser. Som vist i teorikapittelet, er det plausibelt at mange av risikofaktorene reelt sett fører til nedsatt evne til emosjonsregulering, som videre gjenspeiles i økt sannsynlighet for psykisk lidelse. Den gjennomgående tendensen hos samtlige av risikofaktorene er at barnet av ulike grunner ikke har hatt stabile og forutsigbare omsorgspersoner som har støttet deres utvikling. I henhold til utviklingsteori tenker man at barnet trenger hjelp fra foreldrene til emosjonsregulering de første leveårene, før de gradvis internaliserer denne kapasiteten (Smerud, 2012). En kan argumentere for at god emosjonsregulering kan fungere som en beskyttende faktor mot utvikling av psykiske lidelser.

Det er første gang man undersøker emosjonsregulering hos de norske ungdommene i barnevernsinstitusjon. Vår studie tyder på at denne gruppen har høy forekomst av vansker med emosjonsregulering, og videre at dette er assosiert med psykiske lidelser. Av denne grunn burde ungdommer i barnevernsinstitusjon være sentrale i forskning på emosjonsregulering.

4.3 Risikofaktorer etter at ungdommen er plassert utenfor hjemmet

Flyttinger etter bestemmelse fra barnevernet. Analysene viste at økt antall flyttinger kan predikere psykisk lidelse. Dette indikerer at for hver gang ungdommen har måttet flyttet fra et fosterhjem eller en institusjon, representerer det økt risiko for psykisk lidelse. For hver flytting ser man at sannsynligheten for å ha en psykisk lidelse øker med 15%. Funnene gir støtte til hypotese 3. Videre ser man at ungdommene i gjennomsnitt har hatt 3.4 flyttinger etter at de er at først ble tatt ut av foreldrehjemmet. I disse tilfellene kan vi, ut fra modellen, anslå at de har omtrent 33% høyere sjanse for å ha psykiske lidelser.

Forskningen på flyttinger hos unge i barnevernet har i hovedsak undersøkt risikofaktorer for sammenbrudd i plasseringer. Derimot har få studier sett på assosiasjonen mellom flytting og psykiske lidelser. Tidligere forskning har funnet sammenheng mellom

psykiske vansker og flytting, men så vidt vi vet har ingen av disse brukt diagnostiske intervju, og heller ikke undersøkt unge i barnevernsinstitusjon isolert sett (Sallnäs, Vinnerljung & Westermark, 2004; Connell et al., 2006, Strijker et al., 2008; Aarons et al., 2010). Dette har, så vidt vi vet, ikke blitt studert hos populasjonen i Norge. På grunn av tidligere nevnte forskjeller mellom det norske og andre lands barnevern, er det viktig å etablere kunnskap om de norske ungdommene. Videre har litteraturen ofte undersøkt sammenbrudd i plasseringer hos barn i fosterhjem, fremfor å bruke barn på institusjoner som informanter. Siden deltakerne i vår studie ofte har opplevd flere sammenbrudd i plassering, kan denne gruppen være en viktig kilde til informasjon om konsekvensene av gjentatte flyttinger.

Det er ikke grunnlag for å gjøre antagelser om kausalitet mellom psykiske lidelser og flyttinger. Det gir oss likevel informasjon om at ungdommene som har flyttet mer også har økt sannsynlighet for å ha en psykisk lidelse. Som litteraturen viser, kan psykiske lidelser, og spesielt eksternaliserende sådan, oppleves belastende for en fosterfamilie (Barth et al., 2007). Trolig vil disse barna ha vanskeligere for å tilpasse seg regler, normer og forventninger i en ny familie enn de med bedre psykisk helse. Det er derfor plausibelt at de også vil oppleve flere sammenbrudd i plasseringer. På den andre siden er det godt faglig grunnlag for å anta at mange oppbrudd i omsorgsrelasjoner og bosteder vil medføre sårbarhet for å utvikle psykisk lidelser (Newton et al., 2000). Å bli separert fra omsorgsgiver kan trolig oppleves som en akutt krise, og kan skape sterke emosjonelle reaksjoner hos barnet (Hart & Schwartz, 2008).

Dersom man antar at flyttinger øker risikoen for psykiske lidelser, impliserer dette at det må gjøres nøye vurderinger før det tas avgjørelser om flytting. Ved enhver beslutning om ny plassering foreligger det fordeler og ulemper. I enkelte tilfeller vil det være uholdbart å opprettholde en bosituasjon, for eksempel hvis fosterforeldre er tydelige på at de ikke klarer å håndtere barnet. Likevel, siden funnene tyder på at flytting kan ha så store konsekvenser for barnet, er det viktig å veie dette nøye opp mot eventuelle fordeler av en flytting. Når man har grunn til å tro at flytting kan representere en tydelig økt risiko for psykiske lidelser, burde det foreligge tungtveiende grunner for å gjennomføre flytting. Hvis man ser dette opp mot at de fleste flyttinger skjer innenfor de første fire månedene av en plassering (Egelund & Vitus, 2009), kan det tenkes at det er hensiktsmessig å vie ekstra ressurser til å støtte familien og ungdommen i denne perioden. Det er sannsynlig at ungdommen vil oppleves ekstra krevende den første tiden, både på grunn av stresset som flytting medfører, men også fordi de kan sette fosterfamilien eller institusjonen på prøve. Man kan se for seg at de som først har opplevd sammenbrudd i plassering en gang kan ha negative forventninger til neste fosterfamilie eller institusjon. Følgelig kan de få større utfordringer med å investere og slå seg til ro i neste

familie eller bosituasjon. På denne måten kan man se for seg en negativ spiral, hvor barn som først har fått negative opplevelser med sammenbrudd i plasseringer er sårbare for å oppleve enda flere sammenbrudd. Hvis fosterforeldre er forberedt på dette, og har toleranse for at dette er en utfordrende tid for familien, kan det tenkes at man kan redusere sannsynligheten for brudd.

Det er viktig å bemerke at effekten av flytting ikke vil øke sannsynligheten for psykiske lidelser uendelig. Det er tenkelig at de første flyttingene oppleves mer opprivende enn når man har gjennomgått den samme prosessen mange ganger før. Dette baseres på en antagelse om at barna vil gjøre en større innsats for å tilpasse seg de første hjemmene eller institusjonene, mens det er naturlig om de inntar en mer resignert holdning etter svært mange flyttinger. Det er ikke i denne studien grunnlag for å foreslå hvor en slik grense kan gå. Det kan likevel tenkes at etter en viss mengde flyttinger har ungdommen nådd en terskel hvor ekstra flyttinger spiller en mindre avgjørende rolle for risikoen for psykiske lidelser, selv om hver flytting likevel representerer en belastning for ungdommen.

4.4 Metodiske betraktninger

Funnene fra denne studien gir oss viktig kunnskap om en utsatt gruppe. Som man har sett, har tidligere forskning på dette feltet flere mangler. Det er få studier på unge i barnevernsinstitusjoner, og spesielt i Norge. Denne studien er derfor viktig, fordi kunnskapen man har fått her kan sies å være representativ for populasjonen. For det første har studien et stort antall respondenter i seg selv, og utgjør en betydelig andel av hele populasjonen, hvilket gir større prediktiv styrke. For det andre har man benyttet seg av diagnostiske intervju, hvilket ofte har blitt nedprioritert i forskningen, til fordel for mindre ressurskrevende screeningverktøy. Når diagnostiske intervju blir administrert av profesjonelle, kan man anta at man får valid informasjon om forekomst av psykiske lidelser. Hadde man benyttet andre verktøy, som CBCL, ville respondentenes subjektive vurderinger representert en større feilkilde. Videre har samtlige av respondentene fått mulighet til å gjennomføre diagnoseintervju, i motsetning til hva man ser i andre studier som benytter en screeningfase først. Diagnoseintervju reduserer risikoen for falske negative, altså at man ikke fanger opp individer som faktisk har en psykisk lidelse, men ikke fanges opp av metoden man bruker. Enkelte studier har heller valgt å bruke registerdata, hvilket fører til at man ikke fanger opp de som ikke har vært i kontakt med helsevesenet. Siden sosioøkonomiske utfordringer er hyppig forekommende i denne gruppen, er det plausibelt at langt færre har vært i spesialisthelsetjenesten enn de som faktisk har psykiske lidelser.

Det ble gjort en omfattende innsats for å innhente data fra flest mulig av ungdommene bosatt i norske barnevernsinstitusjoner på tidspunktet av datainnsamling, hvilket resulterte i et stort utvalg. Samtidig viste det seg at 65 av de opprinnelige 400 respondentene ikke fullførte hele CAPA, som er et svært omfattende intervju. Det kan tenkes at disse 65 hadde vansker som gjorde gjennomføring av intervjuet utfordrende, og at de 335 som gjennomførte alle intervjuene og spørreskjemaene dermed hadde noe sterkere fungering enn de øvrige i denne gruppen. Dette ble kontrollert for med frafallsanalyser, hvor man fant at utvalget var representativt for den generelle populasjonen av unge i barnevernsinstitusjon. Kunnskapen som fremkommer her sier følgelig noe om hvordan disse ungdommene på gruppenivå responderer på ulike former for belastning i oppveksten.

Enkelte forhold ved denne studien kan betraktes som begrensende. Selv om det kan sies å foreligge mye forskning på psykiske lidelser på befolkningsnivå, kan det tenkes at det hadde vært hensiktsmessig å inkludere kontrollgruppe i den aktuelle studien. På denne måten hadde man hatt mulighet til å avdekke spesifikt hvordan barnevernspopulasjonen avviker fra normalpopulasjonen. Å sammenligne med tidligere forskning kan gi indikasjoner, men man må inkludere kontrollgruppe for å undersøke hvorvidt forskjellene mellom de ulike gruppene er statistisk signifikante. Dette gjelder spesielt med hensyn til emosjonsregulering, der man har lite kunnskap om normalpopulasjonen. Forskingen som trekkes frem i teoridelen indikerer at normalpopulasjonen har bedre skårer på DERS, som måler emosjonsregulering (Demirci, 2018; Neumann et al., 2010). Det er likevel ikke mulig å gjøre en direkte sammenligning, siden det ikke foreligger tall fra grupper som er sammensatt likt. Hvis det var mulig å avdekke at barnevernspopulasjonen var spesielt svak når det kom til for eksempel å gjenkjenne følelsene sine, kunne det vært mulig å skreddersy lavterskeltilbud for å hjelpe de med dette.

Emosjonsregulering kan henvise til både et trekk og en tilstand. På den ene siden betegner begrepet en overordnet kapasitet som påvirker vår reaksjon til ulike hendelser, som vil være gjennomgående på tvers av situasjon og over tid. På den andre siden vil en trolig ha forbigående nedsatt evne til emosjonsregulering når man lider av psykisk sykdom. Hensikten i denne sammenheng er å måle emosjonsregulering som disposisjon. I DERS er påstandene formulert på en slik måte at det henvises til hvordan ungdommen håndterer følelsene sine generelt. Hvis det derimot hadde stått "de siste syv dagene har jeg.." kunne man antatt at dette i større grad ville reflektere tilstand fremfor trekk. Det er imidlertid verdt å merke seg at dette kan være en feilkilde i tolkning av disse resultatene.

Å ha informanter helt ned til tolv års alder medfører enkelte utfordringer, spesielt når det benyttes selvrapporing. For det første vil det være vesentlig språk mellom språkforståelse hos barn på 12 år og ungdommer på 17 år. Når det er innhentet informasjon om psykiske lidelser gjennom CAPA er dette trolig mindre problematisk, da ungdommene ble intervjuet, og intervjueren kunne tilpasse språket og oppklare misforståelser. Spørreskjemaene ble også lest opp for deltakerne som hadde vansker med lesing. Likevel er det tenkelig at begreper tolkes på ulike måter på forskjellige stadier av kognitiv utvikling. For det andre kan det tenkes at spørreskjemaene er sårbare for over- og underrapportering. Overrapportering kan for eksempel komme av manglende forståelse eller et ønske om at vanskene deres skal bli tatt alvorlig. Underrapportering kan på sin side komme av sosial ønskelighet eller vansker med å omtale foreldre negativt. Det er også viktig å stille spørsmålsteget ved hvorvidt informantene har grunnlag til å uttale seg om foreldres eventuelle bruk av rusmidler og forekomst av psykiske lidelser. En stor andel av ungdommene har blitt tatt ut av hjemmet tidlig i barndommen, og har derfor liten kjennskap til slik informasjon om foreldrene. Selv om de har blitt flyttet på et senere tidspunkt i oppveksten er det rimelig å anta at barn ikke har grunnlag for å vurdere hvorvidt foreldre har en psykisk lidelse. Det høye antallet som har besvart spørsmålene med “vet ikke”, sammen med kunnskap om at rus og psykiske lidelser er en hyppig grunn til omsorgsovertakelse, tyder på at frekvensen av “ja” i virkeligheten burde vært høyere. Det fordrer imidlertid at det har vært en viss grad av åpenhet rundt denne tematikken i familien, hvilket ikke alltid er tilfellet. En annen utfordring med selvrapporing er språkforståelse. Denne problemstillingen er særskilt aktuell for emosjonsregulering-faktoren. Her måtte ungdommene rangere riktigheten av påstander som beskriver abstrakte psykiske prosesser. Her vil det spille stor rolle hvordan ungdommene konkret forstår påstanden, og hvorvidt de evner å vurdere dette hos seg selv. For eksempel vil “å kjenne på følelsene sine” kunne bety vidt forskjellige ting for forskjellige mennesker, avhengig av konteksten og deres sammenligningsgrunnlag. Imidlertid peker litteraturen på at DERS er det beste tilgjengelige alternativet for å måle emosjonsregulering (Gratz & Roemer, 2004).

4.5 Kliniske implikasjoner

Som drøftet ovenfor, har disse funnene flere implikasjoner for arbeidet med unge i barnevernsinstitusjon. I første omgang kan man tenke seg at å heve ungdommens kunnskap om egen psykiske helse vil være et viktig forebyggende tiltak. Dette kan gjøres på mange ulike måter, hvor man jobber målrettet mot ulike aspekter av utfordringene. Først og fremst kan det tenkes at man burde vie mer fokus til internaliserende vansker, siden man ser at dette

forekommer oftere enn man forventet. Det er tenkelig at det brukes mye ressurser på å hjelpe ungdommene med eksternaliserende vansker, fordi slik problematikk er synlig og på den måten lettere å adressere. Det er derfor viktig at personale på institusjon og øvrig helsepersonell har kunnskap om dette. Videre kan det tenkes at psykoedukative tiltak kan være hensiktsmessig for denne gruppen, både fordi mange av de unge har psykiske lidelser selv, men også fordi man ser at de ofte har vokst opp i hjem med psykisk sykdom. Her kan de lære mer om hvordan man skal gjenkjenne når de sliter, og hvordan de kan håndtere dette selv og med hjelp av andre. Dette kan også gi personale og helsepersonell anledning til å tydeliggjøre at de er tilgjengelige for å støtte de unge gjennom utfordrende perioder. Det kan videre tenkes at det hadde vært fordelaktig for ungdommene å lære om foreldres eventuelle psykiske lidelser, slik at de bedre kan forstå sine erfaringer fra foreldrehjemmet. I en videreføring av dette kan psykoedukasjon om emosjonsregulering være et positivt tiltak. Her kan ungdommene lære mer om hvordan de kan gjenkjenne og anerkjenne egne følelser, og lære om strategier for å håndtere disse på en bedre måte.

Siden man ser at det er høy forekomst av relasjonstraumer i denne gruppen er det viktig at personale på institusjonene har kompetanse på dette feltet. I henhold til at ungdommene har uttrykt at de ønsker lavterskel hjelp (Halvorsen, 2016), vil trolig personale være i god posisjon til å tilby slik hjelp. Dette fordrer at ungdommene har tillit og opplevelse av trygghet i disse relasjonene. Dette vil i sin tur avhenge av at institusjonen har lite gjennomtrekk i ansattgruppen, og at det er rom for at ungdommene har faste kontakter.

Funnene har også implikasjoner for barnevernets beslutninger om flytting. Siden man her har avdekket at hyppige oppbrudd i bosituasjon er assosiert med økt risiko for psykisk sykdom, er det viktig å ta det i betraktningen når man skal avgjøre om en bosituasjon skal videreføres eller avsluttes. Dette innebærer at det burde foreligge tungtveiende grunner for å treffe beslutning om flytting. Siden man vet at de fleste sammenbrudd skjer i løpet av de første månedene, burde fosterforeldre eller personale forberedes på problemstillinger som kan oppstå. Siden ungdommene ofte har mange erfaringer av sammenbrudd i plasseringer, kan det tenkes at de bruker lengre tid på å tilpasse seg enn det fosterforeldre eller personale forventer. Det er viktig at de har kunnskap om ungdommens erfaringer, og er forberedt på at det tidvis kan oppleves som vanskelig å gi god omsorg.

4.6 Implikasjoner for videre forskning

Basert på funn fra litteraturen generelt og denne studien spesifikt utpeker det seg flere aktuelle tema for videre forskning. Mens det begynner å bli veletablert at disse ungdommene

har betydelig større vanskeligheter enn jevnaldrende, har man i liten grad undersøkt de ulike risikofaktorene. Hvis man viderefører arbeidet med å avdekke hvilke karakteristikk ved barnet, fosterfamiliene og barnevernssystemet som er linket opp mot negative utfall, kan man være tidligere ute med intervensjoner.

Den gjennomgående utfordringen for unge involvert i barnevernssystemet er knyttet til omsorgssituasjon. I denne studien har man ikke inkludert mål på tilknytning, som kan sees som et viktig aspekt av denne tematikken. Dette er et interessant område for fremtidig forskning. Siden det opprinnelige prosjektet var det første av sitt slag i Norge, har man liten kunnskap om hvordan disse ungdommene opplever sine tilknytningsrelasjoner, eller om de opplever å ha noen i det hele tatt. Det hadde vært interessant å se om tilknytning kan predikere psykiske lidelser i seg selv, men også hvilken assosiasjon det har til emosjonsregulering. Som tidligere belyst teori indikerer, ansees emosjonsregulering til å være en kapasitet som vokser frem i samspill med tilknytningspersoner. For disse ungdommene, som er særlig utsatte for oppbrudd i relasjoner, ville det derfor vært relevant å undersøke dette nærmere.

Ungdommene i barnevernsinstitusjon har komplekse historier, med mange ulike faktorer som spiller inn på hvordan de klarer seg gjennom voksenlivet. Fordi det dreier seg kompliserte interaksjonseffekter er det trolig usannsynlig at man vil kunne danne klare antagelser om kausalitet. Likevel vil longitudinelle studier kunne gi oss viktig kunnskap om hvordan ulike forløp utvikler seg over tid, og hvordan man kan begrense mengden belastning disse barna og ungdommene utsettes for. Dette vil være et viktig område for videre forskning.

4.7 Konklusjon

I denne studien har man funnet støtte for at flere faktorer er assosiert med at ungdommer i norske barnevernsinstitusjoner har høy forekomst av psykiske lidelser. De fem risikofaktorene som ble undersøkt her representerer ingen uttømmende liste over belastende forhold i ungdommens liv, men kan likevel sies å være sentrale trekk ved det som karakteriserer denne gruppen. Foreldres psykiske lidelser, traumeerfaringer, nedsatt emosjonsregulering og økende antall flyttinger viste seg å være signifikant assosiert med psykiske lidelser i dette utvalget. Rusmisbruk hos foreldrene ble ikke funnet å være signifikant assosiert med psykiske lidelser. Dette viser viktigheten av at barnevernet griper inn på riktig tidspunkt og at det gjøres nøye vurderinger og utprøving av tiltak før man tar avgjørelser om flytting. Videre impliserer dette at ungdommen har behov for stabile omsorgspersoner, for å støtte utvikling av selvregulering, og for å bearbeide belastende erfaringer.

5. Referanser

- Aarons, G. A., James, S., Monn, A. R., Raghavan, R., Wells, R. S., & Leslie, L. K. (2010). Behavior problems and placement change in a national child welfare sample: A prospective study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(1), 70-80. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2009.09.005>
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. (2001). ASEBA school-age forms & profiles. Hentet fra: <http://aseba.com/ordering/ASEBA%20Reliability%20and%20Validity-School%20Age.pdf>
- Adrian, M., Zeman, J., Erdley, C., Lisa, L., & Sim, L. (2011). Emotional dysregulation and interpersonal difficulties as risk factors for nonsuicidal self-injury in adolescent girls. *Journal of abnormal child psychology*, 39(3), 389-400. <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9465-3>
- Afifi, T. O., MacMillan, H. L., Boyle, M., Taillieu, T., Cheung, K., & Sareen, J. (2014). Child abuse and mental disorders in Canada. *Canadian Medical Association Journal*. <https://doi.org/10.1503/cmaj.131792>
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., Text Revision). Washington, DC
- Amundsen, B. (2016). Både store og små forskjeller mellom barnevern. Hentet fra <https://utdanningsforskning.no/artikler/bade-store-og-sma-forskjeller-mellom-barnevern/>
- Angold, A., & Costello, E. J. (2000). The child and adolescent psychiatric assessment (CAPA). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(1), 39-48. <https://doi.org/10.1097/00004583-200001000-00015>
- Arias, I., Leeb, R. T., Melanson, C., Paulozzi, L. J., & Simon, T. R. (2008). Child maltreatment surveillance; uniform definitions for public health and recommended data elements. Hentet fra <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/11493>
- Backe-Hansen, E., Løvgren, M., Neuman, C. B., & Storø, J. (2017). God omsorg i barnevernsinstitusjoner (NOVA rapport 12/2017). Hentet fra <http://www.hioa.no/Om-OsloMet/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjonar/Rapporter/2017/God-omsorg-i-barnevernsinstitusjoner>
- Backe-Hansen, E., Bakketeig, E., Gautun, H. & Grønningseter, A. B. (2011). *Institusjonsplassering – siste utvei? Betydningen av barnevernsreformen fra 2004 for institusjonstilbudet* (Rapport 21/2011). Oslo: NOVA. Hentet fra <https://www.buudir.no/bibliotek/Dokumentside/?docId=120040972>

Barnard, M., & McKeganey, N. (2004). The impact of parental problem drug use on children: what is the problem and what can be done to help? *Addiction*, *99*(5), 552-559.

<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2003.00664.x>

Barth, R. P., Lloyd, E. C., Green, R. L., James, S., Leslie, L. K., & Landsverk, J. (2007). Predictors of placement moves among children with and without emotional and behavioral disorders. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, *15*(1), 46-55.

<https://doi.org/10.1177/10634266070150010501>

Bergjordet, C., Dyrhaug, T. & Haugen, J. Å. (2011). Barnevernet - et tilbud til mange. Hentet fra: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/barnevernet-et-tilbud-til-mange>

Berking, M., & Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and mental health: recent findings, current challenges, and future directions. *Current opinion in psychiatry*, *25*(2), 128-134. doi:10.1097/YCO.0b013e3283503669

Bernard-Bonnin, A. C. (2004). Canadian Paediatric Society, & Mental Health and Developmental Disabilities Committee. Maternal depression and child development. *Paediatrics & child health*, *9*(8), 575-583. <https://doi.org/10.1093/pch/9.8.575>

Berrick, J., Dickens, J., Pösö, T., & Skivenes, M. (2017). A Cross- Country Comparison of Child Welfare Systems and Workers' Responses to Children Appearing to be at Risk or in Need of Help. *Child abuse review*, *26*(4), 305-319.

<https://doi.org/10.1002/car.2485>

Blower, A., Addo, A., Hodgson, J., Lamington, L., & Towlson, K. (2004). Mental health of 'looked after' children: a needs assessment. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *9*(1), 117-129. <https://doi.org/10.1177/1359104504039176>

Brandtzæg, I., Smith, L., Torsteinson, S. (2011). Tilknytningsbasert terapi. I I. Brandtzæg, L. Smith & S. Torsteinson (Red.). Mikroseparasjoner: Tilknytning og behandling, 195-246. Oslo: Fagbokforlaget.

Bronsard, G., Lançon, C., Loundou, A., Auquier, P., Rufo, M., & Siméoni, M. C. (2011). Prevalence rate of DSM mental disorders among adolescents living in residential group homes of the French Child Welfare System. *Children and Youth Services Review*, *33*(10), 1886-1890. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.05.014>

Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. G., & Smailes, E. M. (1999). Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality.

Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, *38*(12), 1490-1496.

<https://doi.org/10.1097/00004583-199912000-00009>

Bufdir (2017, 22. november). Barn og unge som får hjelp fra barnevernet. Hentet fra https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnevern/Barn_og_unge_med_tiltak_fra_barnevernet/

Chamberlain, P., Price, J. M., Reid, J. B., Landsverk, J., Fisher, P. A., & Stoolmiller, M. (2006). Who disrupts from placement in foster and kinship care? *Child abuse & neglect*, 30(4), 409-424. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.11.004>

Christiansen, Ø. (2011). *Når barn plasseres utenfor hjemmet: beslutninger, forløp og relasjoner. Under barnevernets (ved) tak*. The University of Bergen. Hentet fra <http://bora.uib.no/handle/1956/6795>

Cisler, J. M., Olatunji, B. O., Feldner, M. T., & Forsyth, J. P. (2010). Emotion regulation and the anxiety disorders: An integrative review. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 32(1), 68-82. <https://doi.org/10.1007/s10862-009-9161-1>

Clausen, S. E., & Kristoffersen, L. B. (2008). *Barnevernsklinter i Norge 1990-2005, en longitudinell studie* (Rapport 3/2008). Oslo: NOVA. Hentet fra <http://www.hioa.no/OsloMet/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2014/Barnevern-i-Norge-1990-2010>

Connell, C. M., Vanderploeg, J. J., Flaspohler, P., Katz, K. H., Saunders, L., & Tebes, J. K. (2006). Changes in placement among children in foster care: A longitudinal study of child and case influences. *Social Service Review*, 80(3), 398-418. <https://doi.org/10.1086/505554>

Andrews, G., Corry, J., Slade, T., Issakidis, C., & Swanston, H. (2004). Child sexual abuse. *Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*, 2, 1851-940. Hentet fra: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.948.7409&rep=rep1&type=pdf#page=1875>

Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of general psychiatry*, 60(8), 837-844. doi:10.1001/archpsyc.60.8.837

Dawe, S., Harnett, P. H., Staiger, P., & Dadds, M. R. (2000). Parent training skills and methadone maintenance: clinical opportunities and challenges. *Drug & Alcohol Dependence*, 60(1), 1-11. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(00\)80002-2](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(00)80002-2)

Dawson, J. F. (2014). Moderation in Management Research: What, Why, When, and How. *Journal of Business and Psychology*, 29(1), 1–19. doi:10.1007/s10869-013-9308-7

Dean, K., Stevens, H., Mortensen, P. B., Murray, R. M., Walsh, E., & Pedersen, C. B. (2010). Full spectrum of psychiatric outcomes among offspring with parental history of mental disorder. *Archives of general psychiatry*, *67*(8), 822-829.

doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.86

Demirci, E. (2018). Non-suicidal self-injury, emotional eating and insomnia after child sexual abuse: Are those symptoms related to emotion regulation? *Journal of forensic and legal medicine*, *53*, 17-21. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2017.10.012>

Devlin, J. M., & O'Brien, L. M. (1999). Children of parents with mental illness. I: An overview from a nursing perspective. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, *8*(1), 19-29. <https://doi.org/10.1046/j.1440-0979.1999.00126.x>

Döpfner, M & Lehmkuhl, G. (2000) Manual DISYPS-KJ Diagnostisches System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM IV (Diagnostic system for mental disorders in childhood and adolescence according to DSM IV). Huber, Bern.

Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences study. *American Journal of Psychiatry*, *160*(8), 1453-1460. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1453>

Egelund, T., Jakobsen, T. B., Hammen, I. C. N., Olsson, M., & Høst, A. (2010). *Sammenbrud i anbringelser af unge: Erfaringer, forklaringer og årsagerne bag* (Rapport 10/06). København: SFI-Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. Hentet fra <https://www.sfi.dk/publikationer/sammenbrud-i-anbringelser-af-unge-erfaringer-forklaringer-og-aarsagerne-bag-4693/>

Egelund, T., & Lausten, M. (2009). Prevalence of mental health problems among children placed in out- of- home care in Denmark. *Child & Family Social Work*, *14*(2), 156-165. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2009.00620.x>

Egelund, T., & Vitus, K. (2009). Breakdown of care: the case of Danish teenage placements. *International Journal of Social Welfare*, *18*(1), 45-56. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2397.2008.00564.x>

Ehring, T., Fischer, S., Schnülle, J., Bösterling, A., & Tuschen-Caffier, B. (2008). Characteristics of emotion regulation in recovered depressed versus never depressed individuals. *Personality and Individual Differences*, *44*(7), 1574-1584. DOI: 10.1016/j.paid.2008.01.013

Eikemo, T. A. & Clausen, T. H. (2012). *Kvantitativ analyse med SPSS. En praktisk innføring i kvantitative analyseteknikker* (2. utgave). Trondheim: Tapir Akademiske forlag.

Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2008). Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child abuse & neglect*, 32(6), 607-619. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.12.018>

Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (4th ed.). London: Sage Publications Ltd.

Fisher P, Lucas C. *Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-IV): Young Child*. New York; Columbia University; 2006.

Folkehelseinstituttet (2018). *Helsetilstanden i Norge 2018. Rapport 2018*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2018/fhr-2018/>

Forandringsfabrikken (n.d.). Om forandringsfabrikken. Hentet 22. oktober 2018 fra <http://www.forandringsfabrikken.no/ideen>

Ford, T., Vostanis, P., Meltzer, H., & Goodman, R. (2007). Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: comparison with children living in private households. *The British Journal of Psychiatry*, 190(4), 319-325. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.025023>

Franzese, R. J., Covey, H. C., Tucker, A. S., McCoy, L., & Menard, S. (2014). Adolescent exposure to violence and adult physical and mental health problems. *Child abuse & neglect*, 38(12), 1955-1965. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.10.017>

Garland, A. F., Hough, R. L., McCabe, K. M., Yeh, M. A. Y., Wood, P. A., & Aarons, G. A. (2001). Prevalence of psychiatric disorders in youths across five sectors of care. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(4), 409-418. <https://doi.org/10.1097/00004583-200104000-00009>

Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The lancet*, 373(9657), 68-81. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61706-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61706-7)

Goodman, R., Ford, T., Richards, H., Gatward, R., & Meltzer, H. (2000). The Development and Well-Being Assessment: description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41(5), 645-655. Hentet fra: <https://www.cambridge.org/core/journals/journal-of-child-psychology-and-psychiatry-and-allied-disciplines/article/development-and-wellbeing-assessment-description-and-initial->

validation-of-an-integrated-assessment-of-child-and-adolescent-
psychopathology/0D4FAFC722AC5367EBC7354E1803A3D6/core-reader

Gratz, K. L. (2003). Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 192-205. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg022>

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment, 26*(1), 41-54. <http://dx.doi.org/10.1007/s10862-008-9102-4>.

Greger, H. K., Myhre, A. K., Lydersen, S., & Jozefiak, T. (2015). Previous maltreatment and present mental health in a high-risk adolescent population. *Child Abuse & Neglect, 45*, 122-134. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.05.003>

Grinde, T., V. (2006) Nordisk barnevern: Variasjon i normer, holdninger og praksis. *Norsk psykologtidsskrift, 11-2016, 1140-1149*. Hentet fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=2277&a=2

Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Review of general psychology, 2*(3), 271. doi:10.1037/1089-2680.2.3.271

Halvorsen, P. (2016) Vi har ikke psykiske lidelser, vi har det vondt. Hentet fra <https://www.psykologforeningen.no/foreningen/nyheter-og-kommentarer/aktuelt/vi-har-ikke-psykiske-lidelser-vi-har-det-vondt>

Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K., & Treasure, J. (2009). Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice, 16*(4), 348-356. <https://doi.org/10.1002/cpp.628>

Hart, S. & Schwartz, R. (2008). John Bowlby. I S. Hart & R. Schwartz (Red.). Fra interaksjon til relasjon. Tilknytning hos Winnicott, Bowlby, Stern, Schore & Fonagy (63-98). Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.

Harwin, J. & Forrester, D. (2002) *Parental Substance Misuse and Child Welfare: a Study of Social Work with Families in Which Parents Misuse Drugs or Alcohol*. Interim report. London: Nuffield Foundation. Doi: 10.1093/bjsw/bcm051

Heiervang, E., Stormark, K. M., Lundervold, A. J., Heimann, M., Goodman, R., Posserud, M. B., ... & Gillberg, C. (2007). Psychiatric disorders in Norwegian 8-to 10-year-olds: an epidemiological survey of prevalence, risk factors, and service use. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46*(4), 438-447. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e31803062bf>

Helweg-Larsen, K., Frederiksen, M. L., & Larsen, H. B. (2011). Violence, a risk factor for poor mental health in adolescence: a Danish nationally representative youth survey. *Scandinavian journal of public health, 39*(8), 849-856.

<https://doi.org/10.1177/1403494811421638>

Helbig- Lang, S., Rusch, S., & Lincoln, T. M. (2015). Emotion regulation difficulties in social anxiety disorder and their specific contributions to anxious responding. *Journal of clinical psychology, 71*(3), 241-249. <https://doi.org/10.1002/jclp.2213>

Humphreys, K. L., Gleason, M. M., Drury, S. S., Miron, D., Nelson 3rd, C. A., Fox, N. A., & Zeanah, C. H. (2015). Effects of institutional rearing and foster care on psychopathology at age 12 years in Romania: follow-up of an open, randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry, 2*(7), 625-634. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00095-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00095-4)

Jacobsen, K. (2010). Kunnskap om oppmerksomhet og emosjonsregulering. I K. Jacobsen & B. Svendsen (red.), *Emosjonsregulering og oppmerksomhet - grunnfenomener i terapi med barn og unge* (s. 25-40). Bergen: Fagbokforlaget.

Jacobsen, K., & Bekk, M. (2005). Psykologisk forståelse av autisme: implikasjoner for behandling. *Tidsskrift for norsk psykologforening, 42*(9), 790-796.

Jennissen, S., Holl, J., Mai, H., Wolff, S., & Barnow, S. (2016). Emotion dysregulation mediates the relationship between child maltreatment and psychopathology: A structural equation model. *Child abuse & neglect, 62*, 51-62.

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.10.015>

Jernbro, C. & Janson, S. (2016). *Violence against children in Sweden 2016. A national survey*. Sweden: The Children's Welfare Foundation. Hentet fra <http://www.childrenatrisk.eu/nonviolence/wp-content/uploads/sites/3/2017/05/Violence-against-children-a-national-survey.pdf>

Jozefiak, T., Kayed, N. S., Rimehaug, T., Wormdal, A. K., Brubakk, A. M., & Wichstrom, L. (2016). Prevalence and comorbidity of mental disorders among adolescents living in residential youth care. *Eur Child Adolesc Psychiatry, 25*(1), 33-47. doi:10.1007/s00787-015-0700-x

Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U. M. A., Flynn, C., Moreci, P., ... & Ryan, N. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36*(7), 980-988.

<https://doi.org/10.1097/00004583-199707000-00021>

Kayed, Nanna Sønnichsen; Jozefiak, Thomas; Rimehaug, Tormod; Tjelflaat, Torill; Brubakk, Ann-Mari; Wichstrøm, Lars. (2015) *Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner*. 2015. Hentet fra <http://www.sakkyndig.com/psykologi/artvit/kayed2015.pdf>

Keller, T. E., Salazar, A. M., & Courtney, M. E. (2010). Prevalence and timing of diagnosable mental health, alcohol, and substance use problems among older adolescents in the child welfare system. *Children and youth services review*, 32(4), 626-634. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2009.12.010>

Kendler, K. S., Maes, H. H., Sundquist, K., Ohlsson, H., & Sundquist, J. (2014). Genetic and family and community environmental effects on drug abuse in adolescence: a Swedish national twin and sibling study. *American Journal of Psychiatry*, 171(2), 209-217. doi: 10.1017/S0033291717000794.

Kessler, R. C., & Üstün, T. B. (2004). The world mental health (WMH) survey initiative version of the world health organization (WHO) composite international diagnostic interview (CIDI). *International journal of methods in psychiatric research*, 13(2), 93-121. <https://doi.org/10.1002/mpr.168>

Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., ... & Benjet, C. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, 197(5), 378-385. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.080499>

Klonsky, E. D., & Moyer, A. (2008). Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 192(3), 166-170.

Koons, C. R. (2008). Dialectical behavior therapy. *Social Work in Mental Health*, 6(1-2), 109-132. Parents with mental illness. I: An overview from a nursing perspective. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 8(1), 19-29. <https://doi.org/10.1046/j.1440-0979.1999.00126.x>

Kring, A. M., & Werner, K. H. (2004). Emotion regulation and psychopathology. *The regulation of emotion*, 359-385. Hentet fra [https://books.google.no/books?hl=en&lr=&id=czJ5AgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA365&dq=Kring,+A.+M.,+%26+Werner,+K.+H.+\(2004\).+Emotion+regulation+and+psychopathology.%C2%A0The+regulation+of+emotion,+359-385.&ots=w9KRrYIzjf&sig=WlhHqwr7QW_1d2UuH70I5OyMo4A&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.no/books?hl=en&lr=&id=czJ5AgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA365&dq=Kring,+A.+M.,+%26+Werner,+K.+H.+(2004).+Emotion+regulation+and+psychopathology.%C2%A0The+regulation+of+emotion,+359-385.&ots=w9KRrYIzjf&sig=WlhHqwr7QW_1d2UuH70I5OyMo4A&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)

Kroll, B. & Taylor, A. (2003) *Parental Substance Misuse and Child Welfare*. London: Jessica Kingsley. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.030650>

Langdridge, D. (2006). *Psykologisk forskningsmetode: en innføring i kvalitative og kvantitative tilnærminger*. Tapir.

Lansford, J. E., Miller-Johnson, S., Berlin, L. J., Dodge, K. A., Bates, J. E., & Pettit, G. S. (2007). Early physical abuse and later violent delinquency: A prospective longitudinal study. *Child maltreatment*, 12(3), 233-245. <https://doi.org/10.1177/1077559507301841>

Lausten, M. (2018). *Anbragte unge med psykiske vanskeligheter*. København: VIVE. Hentet fra http://kriminalitetsforebygging.no/wp-content/uploads/2018/05/Anbragte_unge_med_psykiske_vanskeligheter.pdf

Lee, H. H., & Cranford, J. A. (2008). Does resilience moderate the associations between parental problem drinking and adolescents' internalizing and externalizing behaviors? A study of Korean adolescents. *Drug & Alcohol Dependence*, 96, 213–221. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2008.03.007>

Leenarts, L. E., Diehle, J., Doreleijers, T. A., Jansma, E. P., & Lindauer, R. J. (2013). Evidence-based treatments for children with trauma-related psychopathology as a result of childhood maltreatment: a systematic review. *European child & adolescent psychiatry*, 22(5), 269-283. <https://doi.org/10.1002/jts.21831>

Lieb, R., Isensee, B., Höfler, M., Pfister, H., & Wittchen, H. U. (2002). Parental major depression and the risk of depression and other mental disorders in offspring: a prospective-longitudinal community study. *Archives of general psychiatry*, 59(4), 365-374
[doi:10.1001/archpsyc.59.4.365](https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.4.365)

Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364(9432), 453-461. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16770-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16770-6)

Magnússon, P., Smári, J., Sigurðardóttir, D., Baldursson, G., Sigmundsson, J., Kristjánsson, K., ... & Guðmundsson, Ó. Ó. (2006). Validity of self-report and informant rating scales of adult ADHD symptoms in comparison with a semistructured diagnostic interview. *Journal of Attention disorders*, 9(3), 494-503. <https://doi.org/10.1177/1087054705283650>

McCann, J. B., James, A., Wilson, S., & Dunn, G. (1996). Prevalence of psychiatric disorders in young people in the care system. *BMJ*, 313(7071), 1529-1530. <https://doi.org/10.1136/bmj.313.7071.1529>

McMillen, J. C., Zima, B. T., Scott, L. D., Auslander, W. F., Munson, M. R., Ollie, M. T. & Spitznagel, E. L. (2005). Prevalence of psychiatric disorders among older youths in the foster care system. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(1), 88-95. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000145806.24274.d2>

Merrick, M. T., Litrownik, A. J., Everson, M. D., & Cox, C. E. (2008). Beyond sexual abuse: The impact of other maltreatment experiences on sexualized behaviors. *Child Maltreatment*, 13(2), 122-132. <https://doi.org/10.1177/1077559507306715>

Mazefsky, C. A., Kao, J., & Oswald, D. P. (2011). Preliminary evidence suggesting caution in the use of psychiatric self-report measures with adolescents with high-functioning autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(1), 164-174. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2010.03.006>

McGovern, R., Gilvarry, E., Addison, M., Alderson, H., Geijer-Simpson, E., Lingam, R., & Kaner, E. (2018). The association between adverse child health, psychological, educational and social outcomes, and nondependent parental substance: a rapid evidence assessment. *Trauma, Violence, & Abuse*, 1524838018772850. <https://doi.org/10.1177/1524838018772850>

Mennen, F. E., & O'Keefe, M. (2005). Informed decisions in child welfare: The use of attachment theory. *Children and Youth Services Review*, 27(6), 577-593. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2004.11.011>

Mykletun, A., Knudsen, A. K. & Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv* (2009:8). Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/rapport-20098-pdf.pdf>

Neumann, A., van Lier, P. A., Gratz, K. L., & Koot, H. M. (2010). Multidimensional assessment of emotion regulation difficulties in adolescents using the difficulties in emotion regulation scale. *Assessment*, 17(1), 138-149. <https://doi.org/10.1177/1073191109349579>

Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 9(11), e1001349. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>

Newton, R. R., Litrownik, A. J., & Landsverk, J. A. (2000). Children and youth in foster care: Disentangling the relationship between problem behaviors and number of placements. *Child abuse & neglect*, 24(10), 1363-1374. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(00\)00189-7](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00189-7)

Ohannessian, C. M. (2012). Parental problem drinking and adolescent psychosocial adjustment: The mediating role of adolescent–parent communication. *Journal of Research on Adolescence*, 22(3), 498-511. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2012.00791.x>

Oosterman, M., Schuengel, C., Slot, N. W., Bullens, R. A., & Doreleijers, T. A. (2007). Disruptions in foster care: A review and meta-analysis. *Children and Youth Services Review*, 29(1), 53-76. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2006.07.003>

Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 29(4), 328-338. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.02.007>

Rossow, I., Moan, I. S., & Natvig, H. (2009). *Nære pårørende av alkoholmisbrukere- hvor mange er de og hvordan berøres de?* (Rapport 9/2009). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning. Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/eldre/nare-parorende-av-alkoholmisbrukere/>

Sallnäs, M., Vinnerljung, B., & Westermark, P. K. (2004). Breakdown of teenage placements in Swedish foster and residential care. *Child & Family Social Work*, 9(2), 141-152. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2004.00309.x>

Salters-Pedneault, K., Roemer, L., Tull, M. T., Rucker, L., & Mennin, D. S. (2006). Evidence of broad deficits in emotion regulation associated with chronic worry and generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 30(4), 469-480. DOI: 10.1007/s10608-006-9055-4

Sameroff, A. (1975). Transactional models in early social relations. *Human development*, 18(1-2), 65-79. <https://doi.org/10.1159/000271476>

Sameroff, A. (2009). *The transactional model*. American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/11877-001>

Saarni, C., Campos, J. J., Camras, L. A., & Witherington, D. (1998). Emotional development: Action, communication, and understanding. *Handbook of child psychology*. <https://doi.org/10.1002/9780470147658.chpsy0305>

Schmid, M., Goldbeck, L., Nuetzel, J., & Fegert, J. M. (2008). Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2(1), 2. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-2-2>

Schuler, M. E., Nair, P. & Black, M. M. (2002) Ongoing maternal drug use, parenting attitudes and a home intervention: effects on mother–child interaction at 18 months. *Journal of Developmental and Behavioural Pediatrics*, 23, 87–94. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3137943/>

Semidei, J. R., Radel, L. F. & Nolan, C. (2001) Substance abuse and child welfare: clear linkages and promising responses. *Child Welfare League of America*, 80, 109–128.

Hentet fra <https://search.proquest.com/docview/213810817?accountid=12870>

Smerud, H. S. (2012). Emosjonsregulering og tvangssymptomer. I B. Svendsen, U. T. Johns & I. Egebjerg (Reds.), *Utviklingsrettet intersubjektiv psykoterapi med barn og unge* (s.188-225). Bergen: Fagbokforlaget.

Smith, C., & Thornberry, T. P. (1995). The relationship between childhood maltreatment and adolescent involvement in delinquency. *Criminology*, 33(4), 451-481.

<https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.1995.tb01186.x>

Sperry, D. M., & Widom, C. S. (2013). Child abuse and neglect, social support, and psychopathology in adulthood: A prospective investigation. *Child abuse & neglect*, 37(6), 415-425. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.02.006>

Stallard, P., Norman, P., Huline-Dickens, S., Salter, E., & Cribb, J. (2004). The effects of parental mental illness upon children: A descriptive study of the views of parents and children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9(1), 39-52.

<https://doi.org/10.1177/1359104504039767>

Statistisk sentralbyrå. (2018). Barnevern. Hentet fra <https://www.ssb.no/barnevern>

Strijker, J., Knorth, E. J., & Knot-Dickscheit, J. (2008). Placement history of foster children: A study of placement history and outcomes in long-term family foster care. *Child Welfare*, 87(5), 107. Hentet fra: https://www.researchgate.net/profile/Jana_Knot-Dickscheit/publication/24377235_Placement_History_of_Foster_Children_A_Study_of_Placement_History_and_Outcomes_in_Long-Term_Family_Foster_Care/links/02e7e51da7f115cdfa000000.pdf

Sveen, T. H., Berg-Nielsen, T. S., Lydersen, S., & Wichstrøm, L. (2013). Detecting psychiatric disorders in preschoolers: screening with the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(7), 728-736. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.04.010>

Ståhlberg, O., Anckarsäter, H., & Nilsson, T. (2010). Mental health problems in youths committed to juvenile institutions: prevalences and treatment needs. *European child & adolescent psychiatry*, 19(12), 893-903. doi:10.1007/s00787-010-0137-1

Sørbø, M. F., Grimstad, H., Bjørngaard, J. H., Schei, B., & Lukasse, M. (2013). Prevalence of sexual, physical and emotional abuse in the Norwegian mother and child cohort study. *BMC public health*, 13(1), 186. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-186>

Thoresen, S., Myhre, M., Wentzel-Larsen, T., Aakvaag, H. F., & Hjemdal, O. K. (2015). Violence against children, later victimisation, and mental health: a cross-sectional study of the general Norwegian population. *European journal of psychotraumatology*, 6(1), 26259. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.26259>

Torvik, F. A., & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser* (2011:4). Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra https://www.researchgate.net/profile/Fartein_Torvik/publication/235704885_Barn_av_foreldre_med_psykiske_lidelser_eller_alkoholmisbruk_Omfang_og_konsekvenser/links/09e41512c755be5fec000000/Barn-av-foreldre-med-psykiske-lidelser-eller-alkoholmisbruk-Omfang-og-konsekvenser.pdf

Uher, R. (2014). Gene–environment interactions in severe mental illness. *Frontiers in psychiatry*, 5, 48. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2014.00048>

Weathers, F. W., & Keane, T. M. (2007). The Criterion A problem revisited: Controversies and challenges in defining and measuring psychological trauma. *Journal of traumatic stress*, 20(2), 107-121.

Werner, K., & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. Hentet fra <http://psycnet.apa.org/record/2009-21674-001>

Weinberg, A., & Klonsky, E. D. (2009). Measurement of emotion dysregulation in adolescents. *Psychological Assessment*, 21(4), 616. <http://dx.doi.org/10.1037/a0016669>

Wichstrøm, L., Berg- Nielsen, T. S., Angold, A., Egger, H. L., Solheim, E., & Sveen, T. H. (2012). Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(6), 695-705. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02514.x>

Widom, C. S. (1998). Childhood victimization: Early adversity and subsequent psychopathology. *Adversity, stress, and psychopathology*, 81-95.