

Barn og unges psykiske helse

Hvilke faktorer fremmer psykisk helse hos barn og unge, og i hvilken grad ivaretar opplæringsprogrammene i «Psykisk helse i skolen» disse faktorene sett i lys av resiliensforskningen?

Camilla Marie Joki Smeby



Masteroppgave i pedagogikk
Det Utdanningsvitenskapelige Fakultet
Pedagogisk Forskningsinstitutt

UNIVERSITETET I OSLO

Høst 2008

Sammendrag av masteroppgaven

TITTEL:**BARN OG UNGES PSYKISKE HELSE**

Hvilke faktorer fremmer psykisk helse hos barn og unge, og i hvilken grad ivaretar opplæringsprogrammene i «Psykisk helse i skolen» disse faktorene sett i lys av resilienceforskningen?

AV:

Camilla Marie Joki SMEBY

SEMESTER:

Høst 2008

EKSAMEN:

Masteroppgave i pedagogik

STIKKORD:

- Psykisk helse
- Stress og risiko
- Resilience, mestring, beskyttelsesfaktorer, helsebringende faktorer

Problemområde

Forskning fra blant annet Folkehelseinstituttet (FHI) viser at stadig flere norske barn og unge får psykiske vansker som kan ha en stor innvirkning på deres daglige liv. Det kommer fram av forskningsrapportene at det ikke er økende grad eller et økt symptomnivå av spesifikke sykdommer, men derimot et økende *antall* barn og unge som får psykiske vansker. Det økende antallet antas å grunne i at mange barn og unge er utsatt for stress og risikoforhold som de ikke er istand til å håndtere.

Det har i de siste årene blitt et større fokus på hva som kan gjøres i det offentlige for å bedre barn og unges psykiske helse, og dette er blitt et satsingsområde gjennom «*Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2008*», en omfattende statlig helsepolitisk satsing for å styrke og utvikle tjenestetilbudet til mennesker med psykiske vansker. Denne planen har som målsetting blant annet å sette inn forebyggende tiltak i settinger hvor barn og unge oppholder seg, slik at hovedfokus ikke lenger kun ligger på å styrke eller utvide behandlende tiltak for allerede psykisk syke barn og unge. En del av «*Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2008*» er «*Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse...sammen om psykisk helse...*». Et tiltak som er forankret i denne planen er skolesatsingen «*Psykisk helse i skolen*», en satsing som består av fem ulike helsefremmende og forebyggende tiltak rettet mot alle barn og unge i alderen 6-18 år, og ett rettet mot lærere.

I utformingen av forebyggende og helsefremmende tiltak trenger man kunnskap om *hva* som kan virke forebyggende og helsefremmende. Kunnskapen man baserer slike tiltak på blir hentet fra longitudinelle studier av individer som har en god psykisk helse, men som har vært utsatt for stress og risikoforhold, altså fra *resilienceforskningen*. Dermed brukes det en kaller beskyttelsesfaktorer og helsebringende faktorer identifisert gjennom *resilienceforskningen* som grunnlag for utformingen av ulike forebyggende og helsefremmende tiltak for barn og unge.

Med dette som utgangspunkt vil jeg i avhandlingen svare på følgende problemstilling:

«Hvilke faktorer fremmer psykisk helse hos barn og unge, og i hvilken grad ivaretar opplæringsprogrammene i «Psykisk helse i skolen» disse faktorene sett i lys av resilienceforskningen?»

Metode

Den metodiske tilnærmingen i avhandlingen er teoretisk, og består av en fremstilling av begrepene risiko, stress og resilience (som inkluderer mestring, beskyttelsesfaktorer og helsebringende faktorer) i forhold til psykisk helse. Avhandlingen er delt inn i to hoveddeler basert på todelingen i problemstillingen. En *teoretisk* del hvor de ovennevnte begrepene blir definert, redegjort for og drøftet, og en *analysedel* som tar for seg i hvilken grad beskyttelsesfaktorer og helsebringende faktorer ivaretas i opplæringsprogrammene i skolesatsingen «Psykisk helse i skolen».

Kilder

Fremstillingene og vurderingene i avhandlingen bygger på original litteratur fra ulike fagfelt blant annet pedagogikk, psykologi og medisin, supplert med sekundær litteratur. Litteraturen består i hovedsak av trykt materiale som bøker, artikler og dokumenter, men også ulike internettsider har vært nødvendige og nyttige for fremstillingen av oppgaven. Avhandlingen støtter seg på litteratur av sentrale internasjonale og norske forskere innenfor feltene risiko, stress, resilience, mestring og helsebringende faktorer, som Rutter & Garnezy; Masten; Lazarus & Folkman; Werner & Smith; Luthar, Cicchetti & Becker; Antonovsky; Borge; Waaktaar & Christie.

Hovedfunn

For å kunne svare på problemstillingen analyseres tre av opplæringsprogrammene i «Psykisk helse i skolen» i forhold til utvalgte beskyttelsesfaktorer og helsebringende faktorer identifisert gjennom resilienceforskningen. Disse faktorene er: *mestring, høy grad av Self-efficacy, sosiale ferdigheter, sosial støtte, gode sosiale relasjoner og «Følelse av Sammenheng»*.

Analysen av «Psykisk helse i skolen» viser at alle de utvalgte faktorene er ivaretatt i programmene, da de danner grunnlag for både oppbygging og gjennomføring. I programmet «Zippys venner» vektlegges mestring, sosial støtte, sosiale ferdigheter og sosiale relasjoner.

Programmet «*Alle har en psykisk helse*» har det salutogenesiske perspektivet på mestring og begrepet «Følelse av Sammenheng» som teoretisk utgangspunkt. Self-efficacy er gjenkjennelig i dette programmet, da det er knyttet til komponenten håndterbarhet i begrepet «Følelse av Sammenheng». I lærerprogrammet «*Hva er det med Monica?*» fremheves viktigheten av sosiale relasjoner, sosial støtte og lærerens rolle i forhold til elever med psykiske vansker.

I analysen kom jeg fram til at beskyttelsesfaktorer og helsebringende faktorer er ivaretatt i opplæringsprogrammene i «*Psykisk helse i skolen*», men for å kunne avgjøre hvorvidt programmene har en dokumentert positiv effekt på barn og unges psykiske helse, må programmene effektevalueres. Effektevalueringen av «*Zippys venner*» konkluderer med at programmet har positiv effekt på barn og unges psykiske helse, da programmet viste til tydelig bedring på mestring og ulike sosiale ferdigheter, egenskaper som hjelper barn og unge i å håndtere utfordringer og dermed virker beskyttende på individet. De resterende programmene er under evaluering, og vi kan foreløpig ikke si noe om effekten av de. Derimot kan vi anta at også disse programmene har en positiv effekt på barn og unges psykiske helse, fordi de er basert på beskyttelsesfaktorer og helsebringende faktorer, faktorer vi fra vitenskapelig forskning vet virker beskyttende på individets utvikling, og forebygger psykiske vansker.

Innhold

SAMMENDRAG.....	3
INNHold.....	7
1.0 INNLEDNING.....	11
1.1 Problemstilling.....	13
1.2 Gangen i oppgaven.....	13
2.0 METODE, KILDER OG KILDEBRUK.....	17
3.0 PSYKISK HELSE.....	19
3.1 Redegjørelse og begrepsavklaring.....	19
3.1.1 <i>Psykisk velvære, psykiske plager og psykiske lidelser.....</i>	<i>19</i>
3.1.2 <i>Definering av begrepet psykisk helse.....</i>	<i>21</i>
3.2 Psykiske vansker.....	23
3.2.1 <i>Omfanget av psykiske vansker blant barn og unge.....</i>	<i>24</i>
3.2.2 <i>Angst, depresjon, atferdsforstyrrelser og hyperkinetiske lidelser.....</i>	<i>26</i>
3.2.3 <i>Studien «Barn i Bergen».....</i>	<i>28</i>
3.3 Utbredelse av psykiske lidelser hos barn og unge i USA og Storbritannia.....	29
3.4 Psykiske vansker; stabilitet, varighet, offentlige tilbud og behandling.....	30
3.5 Oppsummering barn og unges psykiske helse.....	32

4.0	PRESENTASJON AV SKOLESATSINGEN «PSYKISK HELSE I SKOLEN».....	35
4.1	Presentasjon av programmene i «Psykisk helse i skolen».....	36
4.1.1	«Zippys venner».....	37
4.1.2	«Alle har en psykisk helse».....	38
4.1.3	«»VIP- veiledning og informasjon om psykisk helse».....	38
4.1.4	«Step- ungdom møter ungdom».....	39
4.1.5	«Venn 1.no».....	39
4.1.6	«Hva er det med Monica».....	39
4.2	Avslutning kapittel 4.....	40
5.0	RISIKO OG STRESS.....	43
5.1	Stress.....	43
5.2	Risiko; faktorer og prosesser.....	45
5.2.1	Psykososial risiko; individuell, familiær og samfunnsbasert.....	46
5.2.2	Kumulativ og kronisk risiko.....	48
5.3	Risikofaktorer hos barn og unge i Norge.....	50
5.3.1	Skole som risikofaktor.....	52
5.4	Avslutning kapittel 5.....	52
6.0	RESILIENCE OG MESTRING.....	55
6.1	Resiliensforskning.....	55
6.2	Begrepsavklaring og drøfting av begrepet resilience.....	56
6.3	Mestring.....	59
6.3.1	Mestringsstrategier.....	60
6.4	Studier som har gitt kunnskap om resilience.....	62

6.4.1	«Isle of Wight», «The Kauai Longitudinal Study», «Anna Freud og 2. Verdenskrig», «Black children in urban ghettos»	62
6.5	Beskyttelsesfaktorer og prosesser.....	65
6.5.1	Individuelle, familiære og samfunnsbaserte beskyttelsesfaktorer.....	66
6.5.2	Skole som beskyttelsesfaktor.....	70
6.5.3	Beskyttelsesfaktorer som kultur og kontekstavhengig.....	70
6.6	Oppsummering resilience.....	71
6.7	Helsebringende faktorer.....	74
6.8	«Wellness».....	78
6.9	Avslutning kapittel 6.....	80
7.0	ANALYSE AV SKOLESATSINGEN «PSYKISK HELSE I SKOLEN».....	81
7.1	Analyse av de utvalgte opplæringsprogrammene i «Psykisk helse i skolen».....	82
7.1.1	«Zippys venner».....	82
7.1.2	«Alle har en psykisk helse».....	85
7.1.3	«Hva er det med Monica?».....	87
7.1.4	Oppsummering av beskyttelsesfaktorene som vektlegges i de utvalgte opplæringsprogrammene.....	89
7.2	Utdypet analyse av psykisk helse som satsingsområde i norsk skole.....	90
7.3	Analyse av konseptet «Wellness» i forhold til skolesatsingen «Psykisk helse i skolen».....	95

8.0 KONKLUSJON OG OPPSUMMERING.....99

KILDELISTE.....107

1.0 INNLEDNING

En god psykisk helse er et viktig kriterium for å mestre dagliglivets ulike utfordringer og påkjenninger. De fleste mennesker, både voksne og barn, har god psykisk helse, men psykiske lidelser har de siste årene blitt et stort og økende folkehelseproblem både i Norge og resten av verden. På verdensbasis anslår Verdens Helseorganisasjon (WHO) at det til enhver tid finnes flere hundre millioner mennesker som har psykiske, nevrologiske, atferds- eller avhengighetslidelser. Blant disse er depresjon den mest den mest utbredte lidelsen og påvirker omtrentlig 154 millioner mennesker verden over (WHO 2007, avsnitt 2). Med *lidelse* menes det i denne sammenheng at symptombelastningen hos individet er så høy at den har innvirkning både på funksjonsevne og tankegang. I tillegg til antall personer med psykiske lidelser, finnes et stort antall personer med psykiske *plager*. Psykiske plager påvirker også individet i stor grad, men symptombelastningen er ikke like høy som ved en lidelse og det stilles heller ikke en diagnose.

Når det gjelder barn og unge viser internasjonale studier at på verdensbasis har mellom 10 og 16 prosent av barn og unge mellom 1,5 og 16 år psykiske plager. Blant denne andelen barn og unge regner man med at mellom fem og åtte prosent har så alvorlige plager at de tilfredsstillende diagnosekrav, det vil si de har utviklet en lidelse og er i behov for behandling (Trivsel og oppvekst – barndom og ungdomstid, FHI Rapport 2007:5, s 17). Tallene er omtrent på lik linje med funn fra Norge som viser at mellom 15 og 20 prosent av barn og unge har psykiske plager. Blant disse har ca 8 prosent en psykisk lidelse og er behandlingstrengende (FHI 2007, avsnitt 5).

Gjennomgående viser både norske og internasjonale studier at det finnes et økende antall barn og unge med psykiske plager og lidelser, og i tillegg har mange vedvarende plager. Det må spesifiseres her at det ikke er en økning i alvorlighetsgrad i spesifikke sykdommer, men et økende *antall* barn og unge med psykiske vansker.

Hva kan være årsaken til en slik økning av psykiske vansker blant barn og unge? Psykiske vansker er både sosialt og arvelig relatert. De vanskene som er mest utbredt blant barn og unge er ikke arvelige, derfor er mange vansker forbundet med at de har vært utsatt for stress og risiko. I noen tilfeller er stress og risiko kronisk og kumulativ, og det gir barn og unge en forhøyet sjanse for å utvikle vansker.

Hva kan gjøres for å bedre barn og unges psykiske helse? Psykiske vansker kan forsøkes forebygget gjennom ulike forebyggende og helsefremmende tiltak. Dermed blir ikke behandling av allerede psykiske psyke barn og unge den eneste formen for tiltak rettet mot å bedre barn og unges psykiske helse.

Den Norske Regjering ønsker å bedre barn og unges psykiske helse og det er et uttalt ønske fra Den Norske Regjering at barn og unges psykiske helse skal være et satsingsområde. Dette kommer til uttrykk i «*Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2008.*» En del av denne opptappingsplanen er «*Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse. . . sammen om psykisk helse . . .*» som satser på forebygging og tiltak for denne gruppen. Denne strategiplanen er et samarbeid mellom Helsedepartementet, Barne- og Familiedepartementet, Justisdepartementet, Kommunal- og Regionaldepartementet, Kultur- og Kirkedepartementet, Sosialdepartementet og Utdannings- og Forsknings departementet.

Det overordnede målet med strategiplanen er å sikre alle barn og unge en god psykisk helse. Hovedmålene er blant annet at barn og unge skal mestre sitt eget liv, man skal komme de i møte, deres behov skal legges til grunn for tiltak, og tiltak skal baseres på dokumentert kunnskap og forskning. Tiltak Regjeringen ønsker å iverksette gjennom strategiplanen skal ha en forebyggende profil og samtidig virke helsefremmende. Tiltakene skal ha som mål både å forebygge psykiske vansker og fremme god psykisk helse hos alle barn og unge.

En forebyggende satsing som er forankret i Regjeringens strategiplan er «*Psykisk helse i skolen*». Dette er en nasjonal skolesatsing med varighet ut 2008, som består av opplæringsprogrammer i psykisk helse rettet mot alle barn og unge i norsk skole. De enkelte opplæringsprogrammene i satsingen «*Psykisk helse i skolen*» er tiltak for å fremme psykisk helse og forebygge psykiske lidelser hos barn og unge.

Idag brukes kunnskap fra resilienceforskningen som grunnlag for flere forebyggende og helsefremmende tiltak både i Norge og i utlandet. Resilience handler om barn som har hatt en *positiv utvikling og har en god psykisk helse til tross for at de har vært utsatt for stress og risikoforhold.* Med avhandlingen vil jeg belyse hvorvidt, og i hvilken grad, resilienceforskningen og de faktorene vi fra denne forskningen vet fremmer psykisk helse er ivare tatt i satsingen «*Psykisk helse i skolen*», en satsing som har som målsetting å fremme psykisk helse og forebygge psykiske vansker hos barn og unge i Norge.

1.1 Problemstilling

Problemstillingen er todelt og er som følger:

«Hvilke faktorer fremmer psykisk helse hos barn og unge, og i hvilken grad ivaretar opplæringsprogrammene i «Psykisk helse i skolen» disse faktorene sett i lys av resilienceforskningen?»

For å kunne svare på problemstillingen er det nødvendig med:

- En redegjørelse og begrepsavklaring av psykisk helse (kapittel 3)
- En utdypning av bakgrunnen for skolesatsingen «*Psykisk helse i skolen*», hva satsingen handler om og hvem den er rettet mot (kapittel 4)
- En redegjørelse av hvilke faktorer som fremmer psykisk helse og hvilke faktorer som kan skape en negativ utvikling. Her henviser jeg til epidemiologisk forskning på stress og risiko (kapittel 5) og resilienceforskningen med beskyttelsesfaktorer og helsebringende faktorer (kapittel 6)

1.2 Gangen oppgaven

Avhandlingen består av tilsammen 8 kapitler:

Kapittel 1 består av en innledning som gir en introduksjon til tema og den teoretiske bakgrunnen for oppgaven. Deretter følger avhandlingens problemstilling. Kapitlet avsluttes med en oversikt over gangen i oppgaven.

Kapittel 2 tar for seg den metodiske tilnærmingen i avhandlingen, samt kilder og kildebruk.

Kapittel 3 omhandler begrepet psykisk helse hvor viktigheten av det å styrke av barn og unges psykisk helse og samtidig forsøke forebygge psykiske vansker fremheves. Kapitlet starter med en redegjørelse og begrepsavklaring av psykisk helse, og tredelingen av begrepet inn i velvære, plager og lidelser. Deretter følger en klargjørelse av hva jeg selv legger i begrepet psykisk helse, hvilken definisjon jeg støtter meg til, samt hvordan begrepet brukes

videre i avhandlingen. De påfølgende avsnittene handler om psykiske vansker og utbredelse, både blant barn og unge i Norge, USA og Storbritannia. Det gis også en dypere innføring i ulike psykiske vansker. Til slutt kommer et avsnitt om stabilitet, varighet, offentlige tilbud og behandling i forhold til psykiske vansker, før en oppsummering av kapittelet.

Kapittel 4 redegjør for skolesatsingen «Psykisk helse i skolen». Kapittelet tar først opp bakgrunn og formål med satsingen. Deretter følger en introduksjon til de enkelte programmene med innhold, målsetting og hvem de ulike opplæringsprogrammene i satsingen er rettet mot. Kapittelet avsluttes med en redegjørelse over hva som er viktige kriterier i planleggingen av forebyggende og helsefremmende tiltak, slik som «Psykisk helse i skolen».

Kapittel 5 handler om epidemiologisk forskning og kunnskap. Det vil si kunnskapen vi har om utbredelse av sykdom og de faktorer som har negativ påvirkning på individets utvikling og som gir dårlig psykisk helse. Kapittelet tar også opp begrepene stress og risiko. Kapittelet starter med en redegjørelse av epidemiologisk forskning og kunnskap, deretter redegjøres det for begrepene stress og risiko. Risikodelen utdypes med risikofaktorer, psykososial risiko, kumulativ risiko, risikofaktorer som norske barn og unge er utsatt for, og til slutt hvordan skolen kan fungere som en risikofaktor.

Kapittel 6 er en fremstilling av begrepet resilience og svarer på problemstillingens første del: *Hvilke faktorer fremmer psykisk helse hos barn og unge*. Kapittelet innledes med resilienceforskning, og deretter følger en begrepsavklaring og en drøftelse av begrepet resilience. Det påfølgende avsnittet omhandler et av de viktigste begrepet innenfor resilience: mestring. Kapittelet går deretter over til studier som har vært viktige i forståelsen av resilience. Etter avsnittet om studier følger et avsnitt om beskyttelsesfaktorer som er et viktig aspekt ved resilience. Det redegjøres for individuelle, familiære og samfunnsmessige beskyttelsesfaktorer, samt beskyttelsesfaktorer som prosesser. Deretter er det tatt med et avsnitt om beskyttelsesfaktorer som kultur og kontekstavhengig, for å vise at beskyttelsesfaktorer innen resilience ikke fungerer likt i alle kulturer og kontekster. Så følger en oppsummering av resilience, før det redegjøres for Aaron Antonovskys begrep «Sense of Coherence» og Emery Cohens «Wellness». Til slutt følger en avslutning av kapittelet som oppsummerer de beskyttelsesfaktorer og helsebringende faktorer som er valgt ut til analysen i kapittel 7.

Kapittel 7 er analysedelen av oppgaven. Dette kapittelet svarer på andre del av problemstillingen og er en analyse av i hvilken grad beskyttelsesfaktorer og helsebringende faktorer, det vil si de faktorene vi fra forskning vet fremmer psykisk helse, er ivaretatt i opplæringsprogrammene i skolesatsingen «Psykisk helse i skolen». Kapittelet innledes med en drøftelse av de tre utvalgte programmene i forhold til funnene fra resiliensforskningen. Det påfølgende avsnittet drøfter spørsmål jeg har stilt meg gjennom oppgaven, og er en utdypet analyse av psykisk helse som satsingsområde i norsk skole. Kapittelet avsluttes med en analyse av «Psykisk helse i skolen» i forhold til konseptet «Wellness».

Kapittel 8 Oppsummering og konklusjon

Til slutt følger en kildeliste over litteratur og Internettisider som er brukt for å belyse problemstillingen og som samtidig kvalitetssikrer dette arbeidet.

2.0 METODE, KILDER OG KILDEBRUK

Avhandlingen består av en teorifremstilling av begrepene stress, risiko og resilience (med mestring, beskyttelsesfaktorer og helsebringende faktorer) hvor disse blir redegjort for, analysert og drøftet i forhold til begrepet psykisk helse. Ved en teoretisk fremstilling av en avhandling har kildevalget stor betydning for kvalitetssikring av kildene. Det har derfor vært nødvendig, ettersom jeg i min avhandlingen har valgt en teoretisk tilnæringsmetode, å ha en kildekritisk holdning til alt materiale som er brukt som teorigrunnlag. Jeg har av den grunn, så langt det har vært mulig, forsøkt å bruke primærkilder og det man anser som «klassikere» innen stress, risiko og resilienceforskning som teorigrunnlag for avhandlingen.

Innhenting av materiale har hovedsaklig vært gjennom bruk av Universitetsbiblioteket og søk på Internett. Gjennom å søke i ulike databaser på begrepene «*psykisk helse, stress, risiko, resilience, mestring og helsebringende faktorer*» har jeg funnet fram til den mest relevante litteraturen, samt orientert meg om både eldre og nyere anerkjente forskerne innenfor feltet. Bruk av og nedlasting fra Internett har vært nødvendig, da noe av det teoretiske materiale avhandlingen er bygget på ikke har vært tilgjengelig i bokform.

Som nevnt er avhandlingens fremstillinger og vurderinger i hovedsak bygget på primærkilder fra ulike fagfelt blant annet pedagogikk, psykologi og medisin, men avhandlingen bygger også på flere sekundære kilder. Kildene er hovedsaklig trykt materiale som bøker, dokumenter og artikler, men det er også brukt relevante faglige Internettsider for å belyse problemstillingen. I kapittelet som omhandler psykisk helse er materialet i hovedsak rapporter fra Folkehelseinstituttet (FHI) og i tillegg artikler hentet fra ulike Internettsider om psykisk helse. Redegjørelsen samt drøftingen av satsingen «*Psykisk helse i skolen*» er basert på informasjon fra deres hjemmeside på Internett, samt informasjonshefter om de enkelte programmene da dette er eneste informasjonskilde. Kapittelet som omhandler stress og risiko bygger på bøkene til Rutter & Garmezy; Masten; og Lazarus & Folkman. I redegjørelsen av resilience og mestring er det brukt materiale, både bøker og artikler, av blant annet Werner & Smith; Masten; Luthar, Cicchetti & Becker; Borge; Waaktaar & Christie, samt Rutter & Garmezy. I kapittelet som omhandler resilience er det i tillegg redegjort for Aaron Antonovskys begrep «*Sense of Coherence*», og den delen er basert på hans bok om begrepet.

Avhandlingens litteraturgrunnlag består av materiale både på engelsk og norsk, mens alle rapportene er fra Norge. Ved å velge internasjonal litteratur som teorigrunnlag kvalitetssikrer jeg kildene da dette i hovedsak er primærkilder. Materiale fra Norge er tatt med da det gir en norsk innfallsvinkel på teoriene. Den eldste litteraturen er utgitt på 70-tallet, den nyeste i 2007. Det store spennet i utgivelsesår kommer av at opphavet til forskning på resilience startet opp på 50/60-tallet, da man studerte stress, risikofaktorer og årsaksforhold.

Forskningen hadde fokus på hva som var sykdomfremkallende og hva som gjorde at barn og unge fikk en skjevutvikling. Resilienceforskningen kom som et resultat av denne forskningen, da forskerne oppdaget at noen barn og unge klarte seg bra til tross for stress og risiko. Litteratur som omhandler stress og risiko ble utgitt fra 60-tallet og utover, mens det første originale materiale som omhandler resilience-begrepet ble utgitt først på 80-tallet. Det var da resilience ble en egen forskningsgren innenfor psykologien. Det publiseres årlig ny forskning innen feltene og nyere materiale er tatt med for å være oppdatert på både begrepsbruk og forskning.

Når det gjelder analysedelen i avhandlingen så er ikke den rettet mot det utvalgte forskningsmateriale og teoriene avhandlingen er basert på, men den er rettet mot hvorvidt, og i hvilken grad, funnene fra resilienceforskningen er ivaretatt i opplæringsprogrammene i satsingen «Psykisk helse i skolen».

3.0 PSYKISK HELSE

I dette kapitlet gis en redegjørelse og en begrepsavklaring av *psykisk helse*. I tillegg vil jeg klargjøre hva jeg selv legger i begrepet, hvilken definisjon jeg støtter meg til og hvordan begrepet brukes videre i avhandlingen.

3.1 Redegjørelse og begrepsavklaring

Begrepet «psykisk helse» benyttes idag som et samlebegrep på *psykisk velvære, psykiske plager og psykiske lidelser* (Trivsel og oppvekst – barndom og ungdomstid, FHI rapport 2007:5, s 17). Slik begrepet psykisk helse brukes idag er det et todelt begrep som har i seg både god psykisk helse og dårlig psykisk helse. God psykisk helse er ensbetydende med velvære, sunnhet og friskhet, mens dårlig psykisk helse består av plager og lidelser eller sykdom. Av den grunn vil jeg belyse nærmere både hva som menes med *psykisk velvære, psykiske plager og psykiske lidelser*.

3.1.1 Psykisk velvære, psykiske plager og psykiske lidelser

Psykisk velvære handler om å føle seg tilfreds med livet, at det er meningsfullt og man føler seg lykkelig. Det handler utelukkende om positive følelser i forhold til eget liv. Man kan si det handler om god livskvalitet og inneholder både kognitive og affektive opplevelser. Kognitive opplevelser er tanker og vurderinger om livet, mens affektive opplevelser er følelsesmessige tilstander som å være glad eller nedstemt. Det å føle psykisk velvære er noe alle mennesker ønsker. Dette er gjeldende både blant mennesker med god psykisk helse og de med en alvorlig psykisk sykdom (Trivsel og oppvekst – barndom og ungdomstid, FHI rapport 2007:5, s 17).

Psykiske plager påvirker individet slik at det i ulik grad opplever en følelse av blant annet fortvilelse og meningsløshet, søvnvansker, spiseproblemer, konsentrasjonsvansker og uro. Plagene kan gi høy symptombelastning, men ikke i så stor grad at de karakteriseres som

diagnose. Plagene kan med andre ord ikke karakteriseres som tegn på psykisk sykdom (Trivsel og oppvekst – barndom og ungdomstid, FHI rapport 2007:5, s 17). Psykiske plager kan allikevel ha stor innvirkning på et individs *sosiale fungering og utvikling*. Sosial fungering omfatter alt fra akademiske prestasjoner, sysselsetting, karriøreprestasjoner, sosiale evner, nære forhold til andre mennesker, til familiefungering (Borge 2007:78). Hos *barn og unge* kan dette observeres i blant annet konsentrasjonsproblemer på skolen, vansker med å ha gode sosiale relasjoner med andre jevnaldrende og til familiemedlemmer. Når det gjelder utvikling defineres dette som en prosess hvor barnet endres i samspill med sine omgivelser over tid, samtidig som barnet med sine individuelle karakteristika også påvirker og endrer sine omgivelser. Utviklingen kan gå både i en positiv og en negativ retning, avhengig av faktorer ulike i barnet og dets omgivelser (Sameroff 2000). Psykiske plager kan måles med spørreskjema, og metodene er godt utprøvde og pålitelige. De inngår ofte i allmenne befolkningsundersøkelser, som i studien «Trivsel og oppvekst – barndom og ungdomstid». Den er brukt som grunnlag for redegjørelsen om tilstanden til barn og unges psykiske helse i Norge.

Psykiske lidelser er tilstander hvor symptombelastningen er så høy at personene opplever endringer i tanker, følelser eller atferd, og det er ofte kombinert med en opplevelse av psykologisk smerte eller redusert fungering. Når symptombelastningen blir så høy at det i *alvorlig grad* går ut over daglig sosial fungering, samt påvirker en persons sosiale rolle og produktivitet i samfunnet og i tillegg forstyrrer utviklingen (da spesielt hos barn og unge), kaller man det en psykisk lidelse eller en psykisk sykdom. Først da kan det kan stilles en sykdomsdiagnose. Eksempler på psykiske lidelser er emosjonelle lidelser (som angst og depresjon), hyperkinetiske lidelser og schizofreni. Personlighetsforstyrrelser er også hyppig, og forekommer i ulike typer og grader. Personer med psykiske lidelser eller sykdommer har behov for behandling, og forekomsten av psykiske lidelser kan dessuten brukes til å beregne behandlingsbehov. Tidligere har lidelsene vært karakterisert som kroniske tilstander som ikke lar seg behandle, men nyere forskning tyder på at flere av dem kan behandles. De psykiske lidelsene registreres gjennom et strukturert klinisk intervju og tilfredsstillende diagnosekriterier i ICD-10 (International Classification of Diseases) og DSM- IV (Diagnostic and Statistical Manual for the Mental Disorders) som begge er diagnostiske systemer for psykiske lidelser. Her i Norge anvendes ICD-10, mens DSM-IV er det amerikanske

klassifikasjonssystemet (Trivsel og oppvekst – barndom og ungdomstid, FHI rapport 2007:5, s 17).

Det er viktig å merke seg *skillet mellom plager og lidelser*. Begge påvirker funksjonsevnen til individet, men en lidelse påvirker funksjonsevnen i en større og mer alvorlig grad enn plager. Når det gjelder lidelser er det i tillegg krav om at individet tilfredsstiller diagnosekrav på ICD-10 eller DSM-IV, og en vil da ha behov for behandling. Til tross for at det skilles mellom plager og lidelser kan det være vanskelig å trekke helt et klart skille mellom dem. Årsaken til dette er at mellom plager og lidelser er det glidende overganger og det er i tillegg ulike grader av sykdom (Sosial og Helsedepartementet 2000). Dersom plagene hos et individ vedvarer og gradvis øker over tid, kan personen risikere å utvikle en psykisk lidelse. For å illustrere overgangene mellom plager og lidelser kan man se på det som en skala fra frisk til syk. I den ene enden finner man ulike universelle plager som ikke kan klassifiseres som spesielle sykdommer. Derimot gir de ulik grad av nedsatt trivsel og funksjonsevne hos det enkelte individ. Jo flere symptomer et individ har dess lengre opp mot den andre enden på skalaen vil personen bevege seg, hvor man da finner de mer spesifikke psykiske lidelsene fra ICD-10 og DSM-IV.

Videre i avhandlingen vil lidelser og plager fremdeles spesifiseres hver for seg, men ordet «*vansker*» brukes når det snakkes om plager og lidelser under ett.

3.1.2 Definerings av begrepet psykisk helse

For 50 år siden var definisjonen på helse ganske enkel og selvsagt: «*Den som ikke var syk, var frisk og hadde følgelig helse*» (Helsebiblioteket 1998, avsnitt 2). Denne definisjonen virker for fokusert på kun fravær av sykdom og tilstedeværelse av arbeidsevne som indikasjon på helse. I tillegg virker definisjonen ensidig da den ikke tar hensyn til de ulike dimensjonene ved et helsebegrep, deriblant psykisk helse som er fokus i denne avhandlingen. Idag er definisjonen mye videre og tar for seg alle aspekter ved en persons tilværelse, både fysisk, sosialt og psykisk.

Verdens Helseorganisasjon (WHO) gjør det klart at det ikke finnes noen offisiell definisjon av begrepet psykisk helse, men at definisjonen kan variere fra kultur til kultur og også innen

fagfelt eller teoretiske perspektiver. Dette kommer til syne gjennom de fire ulike oppfatningene av psykisk helse som har eksistert fra midten av 1900-tallet: det *biologiske*, *psykodynamiske*, *humanistiske* og *behavioristiske* (Psykologisk leksikon 2003).

- Den biologiske eller medisinske oppfatningen tilsier at psykisk helse er «*evnen til å klare livets krav i samsvar med de normer som gjelder for organisk liv, det vil si overlevelse og funksjonsdyktighet i ulike situasjoner*»
- Den psykodynamiske oppfatningen ser på psykisk helse som «*hurtig frigjøring fra avhengighet av ubevisste konflikter og spenninger og derved fra nevrotiske reaksjonsmønstre*»
- Den humanistiske oppfatningen av psykisk helse handler om «*utvikling av iboende anlegg og selvrealisering*»
- Det fjerde synet som har vært gjeldende er den behavioristiske oppfatningen som tilsier at psykisk helse kjennetegnes ved «*frihet fra maladaptive reaksjonsmønstre, det vil si slike tilvante eller på annen måte ervervede reaksjoner som i stedet for å løse problemer, skaper nye*»

Når det gjelder en definisjon av psykisk helse kan begrepet defineres som «*frihet fra besvær som kan karakteriseres som psykisk, det vil si frihet fra angst, fobier, tvangstanker og lignende*» (Psykologisk leksikon 2003). Denne definisjonen blir imidlertid for snever da psykisk helse ikke bare innebærer fravær av sykdom, men i tillegg andre aspekter. En definisjon som tar opp i seg flere aspekter ved begrepet psykisk helse er: «*Psykisk helse er evnen til å mestre tanker, følelser og atferd*» (Trivsel og oppvekst – barndom og ungdomstid, FHI rapport 2007:5, s 17). Begge definisjonene blir allikevel for snevre, og dekker etter min mening ikke godt nok alle aspektene ved psykisk helse. Den første definisjonen legger kun vekt på fravær av psykisk sykdom og ikke mestring, mens den sistnevnte kun handler om evnen til å mestre kognitivt, emosjonelt og atferdsmessig og utelukker fravær av sykdom. Ingen av definisjonene vektlegger evnen til å kunne motstå risiko, stress eller belastninger som et kriterium for helse.

Slik jeg ser psykisk helse er det er noe mer enn kun fravær av sykdom. Det innebærer også at en har evne til å motstå og mestre påkjenninger slik at en ikke blir syk, og tilstedeværelsen

av positive tilstander som for eksempel opplevelse av god livskvalitet. Dette betyr at kun fravær av ulike psykiske plager eller lidelser ikke er en tilstrekkelig indikasjon på god psykisk helse hos et individ. Heller ikke kun å ha evne til å mestre kognitivt, følelsesmessig og atferdsmessig. En definisjon bør ivareta alle aspektene ved psykisk helse, både fravær av sykdom, tilstedeværelse av velvære og mestring av risiko, stress og belastninger.

For å ende opp med en definisjon som jeg selv anser som dekkende for psykisk helse, velger jeg å støtte meg til Verdens Helseorganisasjons (WHO) egen definisjon av begrepet:

«Mental health is defined as a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community» (WHO 2007, avsnitt 1).

Denne definisjonen ivaretar etter min mening alle aspektene ved psykisk helse: velvære (well-being) og det å mestre (cope) påkjenninger (stresses of life).

Min forståelse av begrepet psykisk helse, og slik det brukes videre i avhandlingen blir da følgende: *«Et individ har evnen til å forbli frisk og føle velvære, og unngå psykiske plager og lidelser til tross for møte med motgang. Man har god sosial fungering, deriblant givende relasjoner til andre mennesker. Individet er i stand til å nå sitt potensiale, enten gjennom jobb, skole eller som medlem av det samfunnet han eller hun lever i».*

Jeg vil i analysen i kapittel 7, avsnitt 7.2, undersøke om min definisjon eller forståelse av begrepet psykisk helse er gjenkjennelig i satsingen «Psykisk helse i skolen».

3.2 Psykiske vansker

Dette avsnittet omhandler omfanget, situasjonsbildet og ulike typer psykiske vansker blant barn og unge i Norge. Jeg vil se på utbredelse av plager og lidelser, spesifisere de ulike vanskene og se på utbredelse i aldersgrupper samt kjønnsforskjeller. Ved å få en oversikt over tilstanden til barn og unge vil man for det første kunne klargjøre hvorvidt det er behov for et forebyggende tiltak, og det gjør det dessuten mulig å tilrettelegge det eventuelle tiltaket

for den gruppen barn og unge som man finner utsatt. For det andre er en oversikt over tilstanden til barn og unge på et gitt tidspunkt viktig dersom man skal være istand til å vurdere effekten av det forebyggende tiltaket man setter inn. For det tredje gir det oss informasjon om utbredelse av lidelser, og alders- og kjønnsforskjeller, noe som er viktig da tiltak for barn og unge kan være i behov for spesifikk tilrettelegging og ikke bare allmenn forebygging.

Det blir i denne sammenheng aktuelt å undersøke om satsingen «Psykisk Helse i Skolen», som er rettet mot alle barn og unge i norsk skole, er tilrettelagt når det gjelder alder, kjønn og lidelser. Dette vil drøftes i kapittel 7, avsnitt 7.2.

Jeg har i tillegg valgt å se på utbredelsen av psykiske vansker blant barn og unge i USA og Storbritannia, for å kunne sammenligne funnene i Norge med funn fra disse to landene. Det er viktig av den grunn at vi ved å sammenligne med andre land kan vi se om det i Norge er en tilsvarende utbredelse, eller om tallene er høyere eller lavere. Undersøkelsene skal også gi svar på om det er de samme psykiske lidelsene som går igjen blant barn og unge i de forskjellige landene, og om kjønnsforskjeller viser seg å være like de tre landene. Det er også interessant å se på om det noe unikt med Norge som kommer til uttrykk gjennom studiene.

3.2.1 Omfanget av psykiske vansker blant barn og unge

Psykiske vansker hos barn kommer til uttrykk gjennom ulike former for problematferd og er dessuten aldersbetinget. Hos barn under tre år snakker en gjerne om tilpasningsvansker og hos eldre barn brukes betegnelsen psykiske vansker eller atferdsvansker. De fleste typer vansker kan deles inn i to hovedkategorier: *utagerende vansker*, som atferdsvansker og antisosial eller aggressiv atferd, og de *emosjonelle vansker*, definert som angstlidelser og depresjon. Psykiske vansker hos barn i alle aldersgrupper er definert som «*følelsesmessige reaksjoner som ikke står i forhold til en aktuelle hendelsen eller situasjonen*» (Psykiske lidelser blant barn 0-12 år, FHI Rapport 2003:10, s 9).

Da avhandlingens problemstilling omhandler barn og unge, har jeg som hovedkilder valgt å bruke studien «*Trivsel og oppvekst – barndom og ungdomstid*» og rapporten «*Psykiske lidelser blant barn 0-12 år*» fra Folkehelseinstituttet (FHI) for å vise til utbredelsen av psykiske plager og lidelser i Norge. Studien «*Barn i Bergen*» er også brukt som grunnlag for denne delen av avhandlingen og redegjøres for i del 3.2.3. Rapportene er valgt ut på det

grunnlag at de per idag oppsummerer de viktigste funnene i Norge. Rapportene viser at kunnskap om ulike utviklingsveier kan danne grunnlag for forebyggende og helsefremmende tiltak, og de setter i tillegg fokus på at slike tiltak bør tilrettelegges slik at de retter seg mot de mest utbredte lidelsene blant barn og unge.

«*Trivsel og oppvekst – barndom og ungdomstid*» (1993-2007) er en norsk langtidsstudie som skal gi innsikt i barn og unges utvikling fra de er 1 ½ år gamle og opp til ungdomsalderen. Studien undersøker utviklingsveier til både god psykisk helse og psykiske vansker, og vektlegger at denne kunnskapen kan danne bakgrunn for helsefremmende, forebyggende og behandlende tiltak. Rapporten «*Psykiske lidelser blant barn 0-12 år*» hadde som formål å oppsummere den viktigste kunnskapen innenfor dette feltet, og fokuserer på de mest utbredte psykiske lidelsene i aldersgruppen 0-12 år.

Folkehelseinstituttet anslår at mellom 15 og 20 prosent av alle barn og unge i Norge har psykiske plager som påvirker deres funksjonsnivå. De viser så mange symptomer at det går utover både deres sosiale fungering og utvikling (FHI 2007, avsnitt 5).

Blant antall barn og unge på landsbasis som har psykiske vansker, har ca 8 prosent en psykisk lidelse og er behandlingstrengende, det vil si et absolutt behov for behandling for å bli kvitt sykdommen. Oslo skiller seg statistisk sett ut fra resten av landet. Der er andelen av barn med psykiske lidelser høyere, sannsynligvis rundt 10 prosent, sammenlignet med distriktene hvor den er noe lavere, ca 6 prosent (FHI 2007, avsnitt 5).

De psykiske lidelsene som er mest prevalente (utbredte) blant barn og unge er, uavhengig av alder og kjønn: *angst og depresjon (emosjonelle vansker) atferdsvansker og hyperkinetiske forstyrrelser* (ADHD er alternativ betegnelse ifølge det amerikanske klassifikasjonssystemet DSM-IV) (Psykiske lidelser blant barn 0-12 år, FHI Rapport 2003:10, s 9). Angst er den mest prevalente lidelsen blant barn generelt. Depresjon har i tillegg til angst høy prevalens, og når depresjon ofte opptrer sammen med en angstlidelse (komorbiditet) kan dette være en medvirkende årsak (Psykiske lidelser blant barn 0-12 år, FHI Rapport 2003:10, s 12).

Atferdsvansker og hyperkinetiske forstyrrelser er ikke så utbredt blant ungdom, da de opptrer hyppigst blant små barn som kan vokse det av seg. Emosjonelle lidelser derimot øker med alderen og opptrer hyppigst i ungdomsalderen. Ser man på lidelsene i forhold til kjønn, når lidelsene først debuterer og hvilke type lidelse det handler om, dannes et konsistent mønster. Det er en høyere andel gutter blant lidelser som debuterer tidlig, som hyperkinetiske lidelser

og atferdsvansker, mens det er høyest andel jenter blant lidelser som gjerne debuterer i ungdomsalderen, som angst og depresjon (Trivsel og oppvekst – barndom og ungdomstid, FHI Rapport 2007:5, s 10).

Noen psykiske lidelser virker mer påvirkelige av sosiale faktorer enn andre. Mest påvirkelig synes angst, depresjon og atferdsvansker å være, mens de mer alvorlige psykiske lidelsene, som for eksempel schizofreni og bipolar lidelse, i større grad synes å være arvelig betinget (Sosiale risikofaktorer, psykisk helse og forebyggende arbeid, FHI Rapport 2006:2, s 5). Når man ser på utbredelsen av de ulike psykiske lidelsene, er de man anser som arvelige sykdommer minst utbredt, og sykdommer som man antar påvirkes av sosiale faktorer mest utbredt. I et forebyggende tiltak for barn og unge, som «*Psykisk helse i Skolen*», bør man derfor ha fokus spesielt på angst, depresjon og atferdsvansker, da disse lidelsene opptrer hyppigst og virker mest påvirkelige av sosiale faktorer.

I analysen i kapittel 7, avsnitt 7.2, vil jeg belyse hvorvidt disse lidelsene er tatt hensyn til i utarbeidelsen av tiltakene i «Psykisk helse i skolen».

3.2.2 Angst, depresjon, atferdsvansker og hyperkinetiske lidelser

Fordi angst, depresjon, atferdsvansker og hyperkinetiske forstyrrelser er de mest utbredte lidelsene blant norske barn og unge, føler jeg det nødvendig å gi en kortfattet innføring i de enkelte lidelsene. Det er viktig å ha kjennskap til disse lidelsene, da de som nevnt ovenfor (med unntak av hyperkinetiske) er mest påvirkelige av sosiale faktorer, og derfor bør vektlegges i forebyggende og helsefremmende tiltak.

Depresjon er, som nevnt i innledningen i avsnitt 1.0, den mest utbredte formen for psykisk lidelse blant voksne, og ifølge Verdens Helseorganisasjon (WHO) den største medisinske helseutfordringen i verden. Det er dessuten en økende lidelse blant ungdom, spesielt blant jenter i puberteten. Kjentegnet på depresjon er tilstedeværelsen av en eller flere avgrensede depressive perioder. Symptomene er blant annet tristhet, senket stemningsleie, søvnproblemer, konsentrasjonsproblemer, endret appetitt, tap av interesse, tanker om død og selvmord (Psykiske lidelser blant barn 0-12 år, FHI Rapport 2003:10, s 12). Selvmord er den hyppigste følgen av depresjon over lengre tid, ifølge WHO, og tall fra U.S. Department of Health and Human Services, viser at 90 prosent av Amerikanske barn som tar sitt eget liv lider av depresjon

Angstlidelsene omfatter panikkangst, generalisert angst, sosial angst, tvangslidelser, posttraumatisk stresslidelse, og ulike fobier. Angst kan være en følge av andre psykiske lidelser, men ren angst innebærer ikke tap av virkelighetskontakt slik en del andre lidelser kan føre til. Separasjonsangst og generalisert angstforstyrrelse er mest utbredt av de psykiske lidelser blant barn og unge. Separasjonsangst, som kjennetegnes ved urimelig og overdreven angst knyttet til separasjon fra for eksempel hjemmet og som vedvarer i minst fire uker, opptrer hyppigst hos barn i prepuberteten. Hos ungdommer er generalisert angstlidelse mest utbredt. Den kjennetegnes ved overdreven angst eller bekymring knyttet til en rekke ulike hendelser og aktiviteter (Psykiske lidelser blant barn 0-12 år, FHI Rapport 2003:10, s 12).

Det er kjent at depresjon og angst har høy komorbiditet, de opptrer ofte sammen, og Folkehelseinstituttet (FHI) mener det kan være hensiktsmessig å utvikle forebyggende tiltak som er rettet mot begge diagnosegruppene på samme tid (Psykiske lidelser blant barn 0-12 år, FHI Rapport 2003:10, s 13).

Når det gjelder fobier er dette en form for angst forbundet med sterke kroppslige og følelsesmessige reaksjoner mot ulike steder, objekter og levende vesener. Fobien styrer i stor grad livet til den som er rammet, da de gjør alt for ikke å komme i nærheten av det de har fobi for (Psykiske lidelser blant barn 0-12 år, Rapport 2003:10, s 12).

Atferdsvansker eller atferdsforstyrrelser omfatter en konstellasjon av aggressiv og antisosial atferd. Det skilles mellom lettere atferdsvansker, som opposisjonell atferdsforstyrrelse, og alvorlige atferdsvansker, som antisosial atferdsforstyrrelse. Disse lidelsene har ikke bare konsekvenser for barnets videre utvikling, men også dets omgivelser. De lettere forstyrrelsene kommer til uttrykk gjennom generell utagerende atferd som sinneutbrudd, aggressivitet, krangler med voksne, regelbrudd, trass og lignende. Denne varianten opptrer som oftest hos små barn. Mer alvorlig atferdsforstyrrelse kjennetegnes ved aggressiv eller voldelig atferd mot mennesker eller dyr, hæververk, lovbrudd, manglende aggresjonskontroll og høyt aggresjonsnivå. Kriteriet for å bli diagnostisert med en atferdsforstyrrelse er en viss mengde av denne typen atferd med en varighet på over seks måneder. Det å bli diagnostisert med en alvorlig atferdsforstyrrelse i barndommen kan predikere senere alvorlig antisosial atferd i ungdom- og voksenalderen (Psykiske lidelser blant barn 0-12 år, FHI Rapport 2003:10, s 14).

Hyperkinetiske forstyrrelser (ICD-10) er kjennetegnet ved vedvarende hyperaktivitet med debututbrudd av lidelsen innen de fem første leveårene, oppmerksomhetssvikt eller konsentrasjonsproblemer på flere områder, og de rammede barna har også problemer i forhold til impulsivitet. Hyperkinetiske forstyrrelser, eller ADHD som er den amerikanske betegnelsen (DSM-IV) består av to hovedgrupper, *oppmerksomhetssvikt og hyperaktivitet/impulsivitet* (Trivsel og oppvekst – barndom og ungdomstid, FHI Rapport 2007:5). Hyperaktivitet er mest utbredt blant førskolebarn, mens oppmerksomhetssvikt er mer fremtredende ved skolealder. Hyperkinetiske lidelser/ADHD er todelt, da det er mulig å få diagnosen uten å være hyperaktiv. Manifestasjonen av denne typen forstyrrelse endres i takt med barnets utvikling, derfor må diagnostisering finne sted innenfor en utviklingsmessig kontekst. Altså må symptomene overskride det som er normal atferd for hva som kan forventes av et barn på samme alder og utviklingstrinn (Psykiske lidelser blant barn 0-12 år, FHI Rapport 2003:10, s 16). Symptomene oppstår gjerne i sjuårsalderen og kan vare livet ut, men omtrent halvparten vokser vanskene av seg. Dette skjer både fordi de utvikler gode evner til å mestre sine egne vansker, og fordi hjernen modnes. Det er derfor viktig at tiltak rundt barnet iverksettes tidlig.

3.2.3 Studien «Barn i Bergen»

Befolkningsundersøkelser som for eksempel den norske studien «*Trivsel og oppvekst-barndom og ungdomstid*» angir vanligvis utbredelsen av psykiske plager framfor psykiske lidelser blant barn og unge. I studien «*Barn i Bergen*» har man imidlertid undersøkt utbredelsen av psykiske lidelser. Studien er en landtidsundersøkelse av barns psykisk helse og utvikling, hvor forskerne følger tre årskull barn bosatt i Bergen frem til voksen alder. Målsetningen med studien er å få ny og bedre kunnskap om barns psykiske helse og utvikling, samt å få en oversikt over hvor mange barn som viser tegn til ulike vansker og hvordan disse vanskene påvirker barnet. Dette er viktig for å:

- 1) Kunne forebygge at barn får vansker
- 2) Sikre at de får tidlig og riktig hjelp
- 3) Bedre det psykiske helsetilbudet til barn og unge (RBUP vest 2007, Barn i Bergen).

Studien «*Barn i Bergen*», som er blant de største som er gjennomført på sitt område, støttes blant annet av Norges Forskningsråd, Universitetet i Bergen og Helse Bergen HF. Den gjennomføres med tillatelse fra Bergen kommune, Regionaletisk komité for medisinsk forskningsetikk, Helseregion Vest-Norge og Datatilsynet.

Første runde av undersøkelsen varte fra 2002-2003 og barna var da i alderen 8-10 år. Studien viste at ca 1 av 15 barn i denne aldersgruppen hadde psykiske vansker som krevde behandling. De lidelsene som opptrådte hyppigst blant barna var angstlidelser, atferdsvansker og hyperaktivitet (RBUP vest 2007, *Barn i Bergen*).

Runde to av «*Barn i Bergen*» ble gjennomført våren 2006, og resultatene ble publisert i Januar 2008. Målet med andre runde var å finne ut om vanskene barna opplevde var blitt redusert eller økt, slik at man kan finne ut på hvilket tidspunkt det var nødvendig å sette inn tiltak for å kunne hjelpe barna. Resultatene viste at angst fremdeles var den mest utbredte lidelsen blant barn av begge kjønn. I småskolen var det guttene som hadde flest vansker, og da spesielt atferds- og oppmerksomhetsvansker. Jentene opplevde flere emosjonelle vansker, spesielt i tenårene. Når det gjelder varighet av psykiske vansker, viser studien at halvparten av barna *ikke* hadde vansker ved andre runde av undersøkelsen, det vil si etter tre år. Noen av barna vokste av seg vanskene, men blant barna med betydelige vansker var bedringen forbundet med kontakt med forskjellige hjelpeapparater. Resultatene fra andre runde viste derimot at for jenter spesielt, øker følelsesmessige vansker med alderen. Dette henger sammen med antagelsen om at puberteten spiller en stor rolle i forhold til jenters psykiske helse (RBUP vest 2007, *Barn i Bergen*).

3.3 Utbredelse av psykiske lidelser hos barn og unge i USA og Storbritannia

For å sette Norge i et perspektiv har jeg valgt å ta med tall på utbredelse av psykiske lidelser blant barn og unge i USA og Storbritannia. Studier utført av *U.S. Department of Health and Human Services* i 2000, viser at én av fem Amerikanske barn har en psykisk lidelse. Mellom

5 og 9 prosent av alle barn i alderen 9-17 år har så store følelsesmessige forstyrrelser at det påvirker funksjonsevnen deres. Angstlidelser, depresjon og atferdsvansker er de vanligste lidelsene blant barn og unge i USA, og av disse er angstlidelser mest utbredt og påvirker ca 13 prosent. Dette er i tråd med funnene fra studien «Barn i Bergen».

Survey of the mental health of children and young people in Great Britain i 2004, fant at én av ti barn i Storbritannia i alderen 5-16 år har en psykisk lidelse som er diagnostiserbar på ICD-10. Dette utgjør tilsammen 9,6 prosent av denne gruppen. Av disse var atferdslidelser og emosjonelle lidelser hyppigst representert.

Kjønnsfordelingen blant barna i Storbritannia viser at det var flere gutter enn jenter som hadde en psykisk lidelse, både i barneårene og i tenårene. Vi kan merke oss her at fordelingen er lik i Norge før puberteten, men ikke etter. Jenter i Norge har flere lidelser i puberteten enn gutter, mens det er flere gutter med lidelser i puberteten i Storbritannia. Det er imidlertid en større økning av psykiske vansker blant jentene enn guttene i ungdomsalderen, spesielt emosjonelle. Det er viktig å merke seg at tallene fra USA og Storbritannia kun oppgir utbredelse av psykiske lidelser blant barn og unge, og ikke plager.

3.4 Psykiske vansker; stabilitet, varighet, offentlige tilbud og behandling

Internasjonale studier viser at personer som er født de siste 50 årene har mer psykiske vansker enn de som ble født tidlig på 1900-tallet. Undersøkelsen til Kringlen et al. fra Oslo bekrefter at disse tallene også gjelder for Norge (FHI 2007, avsnitt 4).

En rapport fra SINTEF viser at antall voksne pasienter i det psykiske helsevernet i Norge er økende. Statistikken viser at tallene er økende også for barn og unge: i 2005 fikk 43.426 barn og unge i alderen 0-18 år behandling i det psykiske helsevernet. Det er en økning på 10,4 prosent fra 2004 og tilsvarer 4 prosent av alle barn og unge i Norge (Kunnskapsoppsummering om barn og unges helse, FHI Rapport 2006:6). Dette kan enten være et symptom på at behovet har økt, altså en reell økning og at man av den grunn

behandler flere, eller at det er blitt større åpenhet om psykisk helse og flere søker hjelp. Statistikken viser at man behandler flere, men det reelle antallet har kanskje ikke økt, da mange tidligere kanskje ikke har vært åpne om vanskene sine.

Statistikken viser at det i første tertial i 2007 sto 4.599 barn og unge på venteliste i barne- og ungdomspsykiatrien. Økningen var på 7,4 prosent i forhold til første tertial i 2005. Tall fra Norsk pasientregister viser at den gjennomsnittlige ventetiden for behandling i barne- og ungdomspsykiatrien i 2007 er på 79 dager (Mental helse 2007, avsnitt 1).

Studien «Barn i Bergen» fant at kun en fjerdedel av barna med angst og litt over halvparten av de med atferdsvansker eller hyperkinetiske lidelser hadde kontakt med spesialisthelsetjenesten. Hvorvidt dette kommer av at barna ikke har fått plass og står på venteliste, eller om de ikke vil ta imot hjelp, kommer ikke fram av undersøkelsen (RBUP vest 2007, Barn i Bergen).

Når det gjelder *varighet* av psykiske vansker vil noen barn ha plager i en begrenset periode, mens vanskene synes å få et mer kronisk forløp hos andre. Det er ikke uvanlig at barn har lettere plager i perioder. De fleste barn vokser av seg plagene, men hos barn med alvorlige vansker ser man vedvarende plager (Psykiske lidelser blant barn 0-12 år, FHI Rapport 2003:10, s 8). Oppfølgingsstudier viser at psykiske plager kan vare lenge. For eksempel viste en australsk studie at nær halvparten av barna som hadde betydelige psykiske plager da de var fire, fremdeles hadde dette da de var ti. Dette er også et av funnene i studien «Trivsel og oppvekst-barndom og ungdomstid» som viser at barn med betydelige plager i ett årsalderen fremdeles hadde høy symptombelastning da de var åtte. I studien kom det fram at man hos barn allerede fra 18 måneders alder kan identifisere forhold som bidrar til om de vil utvikle vedvarende eller forbigående vansker, eller om de vil utvikle god sosial kompetanse (Trivsel og oppvekst-barndom og ungdomstid, FHI Rapport 2007:5, s 17). Tidlig intervensjon er derfor nødvendig for å forebygge alvorlige vansker, i tillegg til at man aktivt forsøker å lokalisere barn med plager slik at de får kontakt med hjelpeapparatet.

«Riksrevisjonens undersøkelse av tilbudet til barn med psykiske lidelser», offentliggjort 10. Mai 2007, viser til nedslående tall etter Regjeringens 10-årige opptrappingsplan om barn og unges psykiske helse. Målet med undersøkelsen har blant annet vært å belyse i hvilken grad barn og unge under 18 år med psykiske vansker får et tilfredsstillende tilbud fra kommunene

og poliklinikkene, og om samarbeidet mellom tjenesteyterne fungerer godt. Riksrevisjonen retter sterk kritikk mot det psykiske helsetilbudet til barn og unge i Norge. Rapporten viser at det er lang og økende ventetid. Det er dobbelt så mange barn og unge i behandling hos spesialhelsetjenesten i 2007 enn det var i 1998. Antall nye henviste er doblet siden 2002. Riksrevisjonen kritiserer dessuten de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenesten for å samarbeide svært dårlig (Riksrevisjonen 2007).

3.5 Oppsummering barn og unges psykiske helse

Mellom 15 og 20 prosent av alle barn og unge i Norge har psykiske plager som påvirker deres funksjonsnivå, og blant disse har ca 8 prosent en psykisk lidelse og er behandlingstrengende. De vanligste psykiske lidelsene blant barn og unge i Norge er angst, depresjon, atferdsvansker og hyperkinetiske forstyrrelser. Det er de samme lidelsene som går igjen i studiene fra USA og Storbritannia. Uavhengig av kjønn og alder er angst er den mest utbredte lidelsen blant norske barn og unge. Derimot er atferdsvansker mest utbredt blant små barn, angst og depresjon mest utbredt blant ungdommer. I Norge ser vi at i barneårene er guttene mest plaget og i ungdomstiden er det jentene, mens i Storbritannia er det guttene som har flest plager, både i barneårene og ungdomsalderen. Her skiller Norge seg ut ved at jenter har flest plager i tenårene. Tallene fra USA viser gutter og jenter under ett, og gir ikke noe svar på kjønnsforskjeller.

Sammenligner man Norge med USA og Storbritannia, er utbredelsen av barn med psykiske lidelser på omtrent samme nivå i de tre landene, altså skiller ikke Norge seg ut på dette området. Studiene fra USA og Storbritannia sier derimot ikke noe om utbredelsen av plager, og kan dermed ikke sammenlignes med funn fra Norge.

Psykiske vansker er blitt et stort og økende problem blant barn og unge i Norge. Når det gjelder antall barn og unge som får behandling, viser det seg at tallene er økende. Det er i tillegg en økning i antallet som henvender seg til psykiatrien, men samtidig er ventetiden for å få behandling lang. Når tallene viser at mange og et voksende antall barn og unge har

psykiske lidelser, samtidig som de må vente på behandling, synes dette som bekymringsverdig.

Den Norske Regjering har et stort ønske om å bedre tilstanden til barn og unge psykiske helse. Det blir ensidig å satse på på behandling når de psykiske vanskene blant barn og unge er økende, og forebygging ble sett på som et løsningsforslag fra Regjeringen. Forebygging ble gjort til et satsingsområde gjennom «*Opptrappingsplanen for psykisk helse*». En del av denne planen er «*Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse. . . sammen om psykisk helse . . .*». Denne strategiplanen satser på forebyggelse og fremming av psykisk helse, og ville bringe dette inn i tiltak for barn og unge. Et av disse tiltakene er skolesatsingen «*Psykisk helse i skolen*» som består av opplæringsprogrammer i psykisk helse, med varighet fram til 2008 (psykiskhelseiskolen.no).

4.0 PRESENTASJON AV SKOLESATSINGEN «PSYKISK HELSE I SKOLEN»

Bakgrunnen for at jeg i avhandlingen har valgt å analysere skolesatsingen «*Psykisk helse i skolen*», gjennom å se på innhold og mulige effekter, er fordi jeg anser skolen som en arena hvor man lettest kan treffe barn og unge som målgruppe, da skolen er et sted barn og unge tilbringer en stor del av tiden sin. Alle barn og unge i Norge går på skole. Skolen står for både akademisk og sosial utvikling, og skolen er dessuten en viktig arena hvor barn opplever både mestring og nederlag. Med andre ord: skolen kan bidra til enten å forsterke eller svekke mestring. Jeg vil senere i avhandlingen vise at mestring er sterkt knyttet til psykisk helse. Et av hovedmålene i Regjeringens strategiplan er at barn og unge skal være istand til å mestre, noe som styrker psykisk helse og utvikling. Dersom man ønsker å bedre barn og unges psykiske helse og utvikling, har jeg stor tro på at skolen også kan bidra på dette området gjennom å fremme mestring og minimere nederlag. Skolen blir dermed et naturlig sted å sette inn forebyggende og helsefremmende tiltak dersom man ønsker å fremme psykisk helse hos barn og unge.

Som det kom fram innledningsvis i avsnitt 1.0 og i avslutningen av kapittel 3 er «Psykisk helse i skolen» en nasjonal skolesatsing for perioden 2004-2008 som består av opplæringsprogrammer i psykisk helse. Satsingen består av forebyggende tiltak og målsettingen er å bedre norske barn og unges psykiske helse. «Psykisk helse i skolen» er et resultat av et samarbeidsprosjekt mellom Barne- og familiedepartementet, Utdanningsdirektoratet, Sosial- og helsedirektoratet samt fem ulike organisasjoner: Mental Helse, Rådet for Psykisk Helse, Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning, Sykehuset Asker og Bærum HF og foreningen Voksne for Barn. Programmene er et gratis tilbud til alle skoler der målsettingen er at den enkelte skole på permanent basis skal ha psykisk helsearbeid i sin opplæring. «Psykisk helse i skolen» samler seks ulike programmer som skal bedre barn og unges psykiske helse på barneskolen, i ungdomsskolen og i videregående opplæring. Et felles sekretariat i Stavanger skal jobbe med å spre programmene til skoler over hele Norge. Satsingen har forankring i flere offentlige planer og satsinger i tillegg til «Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse...sammen om psykisk helse», blant annet *Kunnskapsløftet og Opplæringsloven §9A*.

Kunnskapsløftet er det nye læreplanverket for grunnskolen og videregående opplæring. Målet i Kunnskapsløftet er at alle elever skal utvikle grunnleggende ferdigheter og kompetanse for å kunne ta aktiv del i kunnskapssamfunnet. Norsk skole er en inkluderende skole der det skal være plass for alle, og alle barn og unge skal få de samme mulighetene til å utvikle sine evner. Kunnskapsløftet skal bidra til å sikre tilpasset opplæring for alle elever og legge økt vekt på læring. Et sentralt område i Kunnskapsløftet med relevans for «Psykisk helse i skolen» er delen som sier at elevene skal *utvikle en helsefremmende livsstil og lære å ta vare på egen psykiske og fysiske helse* (Regjeringen.no). Dette kan muliggjøres gjennom «Psykisk helse i skolen».

Opplæringsloven § 9A handler om elevenes skolemiljø. Det generelle kravet er: *Alle elever i grunnskoler og videregående skoler har rett til et godt fysisk og psykososialt miljø som fremmer helse, trivsel og læring.* § 9A-3 handler om elevenes psykososiale miljø, og sier at skal skolen aktivt og systematisk arbeide for å fremme et godt psykososialt miljø der den enkelte eleven opplever trygghet og sosial tilhørighet. Dersom elever utsettes for hendelser som er med på å svekke trygghet og sosial tilhørighet, skal skoleledelsen varsles, og man kan iverksette tiltak dersom det er nødvendig (Opplæringsloven § 9A og § 9A-3). En skolesatsing som «Psykisk helse i skolen» kan være med på å hjelpe skolene ivareta Opplæringsloven § 9A og § 9A-3.

4.1 Presentasjon av opplæringsprogrammene i «Psykisk helse i skolen»

«Psykisk helse i skolen» består av opplæringsprogrammer i psykisk helse rettet mot elever og lærere i barneskole, ungdomskole og videregående skole. Skolesatsingen er todelt da det finnes programmer for både elever og lærere. Totalt inneholder «Psykisk helse i skolen» seks ulike programmer, 5 beregnet for elever og ett beregnet for lærere. For elever i barneskolen i alderen 6-8 år, er det laget et program som heter «*Zippys venner*». For elever på alle tre trinn i ungdomsskolen heter programmet «*Alle har en psykisk helse*». For elever på videregående skole finnes det flere ulike programmer, «*VIP-Veiledning og informasjon om psykiske helse*»

på første trinn og «*Step -ungdom møter ungdom*» og «*Venn 1.no*» på andre og tredje trinn. «*Hva er det med Monica*» er programmet som er utviklet for lærerne og gjelder for lærere både på ungdomsskolen og videregående.

Satsingen er foreløpig innført som et prøveprosjekt på enkelte skoler rundt omkring i landet, men målet er at alle skoler skal ha programmene på permanent basis i framtiden. Metodene i de enkelte programmene varierer fra rollespill til prosjektarbeid og gruppearbeid. Det legges i alle programmene vekt på aktiv deltagelse og engasjement fra elevene, da det er lagt opp til at alle elevene skal bidra til undervisningen og opplæringen. Følgende avsnitt gir en kort presentasjon av programmene i satsingen, med presisering av det enkelte programmens innhold, mål og metode. Litteraturgrunnlaget for redegjørelsen av programmene er i hovedsak brosjyrene og opplæringsmateriale til de enkelte programmene, samt informasjon hentet fra hjemmesiden til «*Psykisk helse i skolen*», da dette er eneste informasjonskilder om satsingen.

4.1.1 «Zippys venner»

«*Zippys venner*» er opplæringsprogrammet rettet mot de yngste i grunnskolen, barn i alderen 6-8 år. Programmet kommer opprinnelig fra England der det heter «*Zippy Friends*», og er utviklet av Partnership for Children. Organisasjonen Voksne for Barn har lisens på programmet i Norge.

Programmet er delt inn i seks moduler fordelt på 24 leksjoner, og går over ett helt skoleår. Temaene i modulene er *følelser, kommunikasjon, vennskap, konfliktløsning, forandring og tap, og mestring*.

«*Zippys venner*» har som hovedmål å forebygge emosjonelle vansker ved å stimulere til bedre mestring og håndtering av dagliglivets problemer. Konkrete mål er å utvikle barnas sosiale ferdigheter, gjøre dem bedre i stand til å identifisere og snakke om følelser, bedre deres kommunikative evner, utvikle vennsaps- og konfliktløsningsferdigheter, lære dem å takle forandringer og tap samt støtte andre barn som har det vanskelig. Målene gjenspeiles i de seks ulike temaene i modulene. Metodene som anvendes i «*Zippys venner*» varierer mellom tegning, lek, rollespill, øvelser og samtaler.

4.1.2 «Alle har en psykisk helse»

«*Alle har en psykisk helse*» er programmet som er utviklet for elever på ungdomsskolen og omfatter alle trinnene, 8,9,10 klasse. Rådet for psykisk helse står bak programmet, og undervisningstilbudet er tilpasset læreplanens generelle del. Programmet gjennomføres hovedsaklig som prosjektarbeid. Formålet til «Alle har en psykisk helse» er å forebygge psykiske vansker hos ungdom; bidra til å utfordre unges holdninger og deres fordommer overfor psykisk helse og psykiske lidelser; skape åpenhet og trygghet slik at de unge tør å snakke om psykisk helse og følelser; gi ungdom økt kunnskap om de ulike delene av hjelpeapparatet og om hvor de kan få hjelp.

Målet med programmet «Alle har en psykisk helse» er å gjøre eleven tryggere både på egen og andres psykiske helse. Hensikten er å øke elevens innsikt i hva man skal gjøre når man møter vanskeligheter, hvordan man kan hjelpe andre som har problemer, og gi elevene kunnskap om hvor man kan få hjelp. Eksempel på det siste er blant annet helsestasjon eller skolehelsetjeneste og Pedagogisk-psykologisk tjeneste.

4.1.3 «VIP-Veiledning og informasjon om psykisk helse»

«*VIP-Veiledning og informasjon om Psykisk helse*» er utarbeidet for elever på 1 trinn på videregående skole. Programmet tar for seg livets opp og nedturer, og alminneliggjør psykiske problemer og lidelser. Hovedmålet er å gjøre elevene bedre rustet til å ta vare på egen psykisk helse og bli oppmerksom på hvilke hjelpetiltak som kan oppsøkes ved psykiske vansker. Programmet skal også forsøke å gjøre psykiske problemer mindre tabubelagte. Temaet blir jobbet med i tre skoletimer i samarbeid med lærer, i tillegg til at elevene får besøk av en rådgiver fra PPT og psykisk helsepersonell i to av skoletimene for å besvare spørsmål og informere om steder man kan få hjelp. Programmet er utviklet av Brukerrådet og fagfolk ved Blakstad sykehus, Asker og Bærum HF.

4.1.4 «STEP- ungdom møter ungdom»

«STEP- ungdom møter ungdom» er et forebyggende tiltak rettet mot elever på 2 og 3 trinn på videregående skole. Gjennom programmet skal elevene bli istand til å mestre sin egen livssituasjon og utvikling, samt at de aktivt arbeider for å styrke det psykososiale miljøet på skolen gjennom å bistå annen ungdom, både jevnaldrene og yngre. Elevene skal selv være med på å utforme aktivitetene, som kan bestå av blant annet trivselsdager og fadderordninger. Dette er i tråd med opplæringslovens krav om at ungdommer selv skal trekkes inn i arbeidet med skolens psykososiale miljø. Tiltaket går over ett helt skoleår, og elevene får innføring i temaene psykisk helse, rusmisbruk, spiseforstyrrelser, relasjoner og vennskap, mestring, seksualitet, identitet og lignende. Elevene vil også få informasjon om hjelpeinstanser i lokalmiljøet. «STEP-ungdom møter ungdom» er etablert som valgfag på flere videregående skoler. Dette programmet er utviklet i Irland og er under lisens av organisasjonen Voksne for Barn.

4.1.5 «Venn 1.no»

«Venn 1.no» er utviklet av Mental Helse og er rettet mot aldersgruppen 16-20 år. En representant fra Mental Helse, kommer til skolen og gjennomfører programmet som går over tre skoletimer. Programmet består av foredrag, øvelser og gruppesamtaler. Temaene er: hva er psykisk helse, hvordan håndtere psykiske vansker og rolleavklaring, det vil si forskjell på vennskap og profesjonelle tilbud. «Venn 1.no» setter søkelyset på hvordan ungdom kan ivareta egen psykisk helse, hvordan de kan være venn med en som har det vanskelig, og hvor og hvordan en kan få hjelp. Programmet har ikke som ambisjon å fjerne ungdommers psykiske vansker, men derimot bidra til å fokusere på viktigheten av vennskap og aksept fra jevnaldrende.

4.1.6 «Hva er det med Monica»

«Hva er det med Monica» er et program som er utviklet av Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning og er rettet mot lærere på ungdomsskolen og videregående skole. Programmet skal gi lærere

økt kunnskap og forståelse om både psykisk helse og psykisk vansker hos ungdom, gjøre de trygge på hvordan de skal forholde seg til elever med psykiske vansker, og gi dem verktøy til å implementere kunnskap om psykisk helse og psykiske vansker i undervisningen.

Programmet består av foredrag av fagfolk innenfor psykisk helse og pedagogikk.

Det er viktig å merke seg at programmene i «Psykisk Helse i Skolen» er ment å være forebyggende og ikke behandlende. Programmene tar *ikke* sikte på å behandle psykisk syke barn og unge, og lærerne skal heller ikke ha en terapeutisk rolle.

Alle programmene i «Psykisk helse i skolen» skal effektevalueres, og foreløpig er kun barneskoleprogrammet «Zippys venner» effektevaluert. En effektevaluering av programmene «Hva er det med Monica», «STEP-ungdom møter ungdom» og «Venn1.no» skal utføres av Sintef Helse og forventes ferdigstilt i 2010. «Alle har en psykisk helse» er under evaluering av psykologisk institutt ved Universitetet i Tromsø, og resultatene vil foreligge innen utgangen av 2008.

Felles for alle opplæringsprogrammene i «Psykisk helse i skolen» er at de har forebygging av psykiske vansker og fremming av psykisk helse som målsetting for barn og unges psykiske helse. Forskjellen ligger i programmenes innhold og de metodene som anvendes, da programmene har ulike målgrupper.

4.2 Avslutning kapittel 4

I planleggingen av forebyggende og helsefremmende tiltak, slik som «Psykisk helse i skolen», er det viktig å ta hensyn til flere forhold som kan ha konsekvenser for barn og unges psykiske helse. Dette omfatter blant annet *tidspunkt for intervensjon, målgruppe, og hvilken kunnskap og forskning tiltakene skal bygges på* (Psykiske lidelser blant barn 0-12 år, Rapport 2003:10, s 7).

Kunnskap om forekomst, stabilitet og konsekvenser av psykiske vansker tilsier at dersom det er ønskelig å forsøke å forhindre en utvikling av psykiske vansker, er tidlig intervensjon et viktig kriterium (Psykiske lidelser blant barn 0-12 år, Rapport 2003:10, s 7). Altså tror

forskerne at effekten av forebyggende og helsefremmende tiltak kommer til å fungere best dersom de settes inn tidlig i utviklingsforløpet, det vil si før problemene blir kroniske. Man vet heller ikke med sikkerhet hvem som kommer til å utvikle vansker. Derfor er det ønskelig å fokusere på forebygging av psykiske vansker og fremming av psykisk helse for alle barn og unge, ikke utelukkende for de som allerede lever under risikoforhold. Grunnen til dette er at risiko kan oppstå når som helst i utviklingsforløpet, og målet er at alle barn og unge skal være istand til å mestre de ulike risikofaktorene de møter.

For effektivt å kunne forebygge en negativ utvikling og samtidig fremme psykisk helse, er det nødvendig å ha god kunnskap om *utviklingsveier og årsaksforhold*. På den ene siden kreves det at man har kjennskap til faktorer og prosesser som er involvert i etablering og opprettholdelse av vanskene (Psykiske lidelser blant barn 0-12 år, FHI rapport 2003:10, s 18). Derfor er *epidemiologisk forskning og kunnskap* én av forutsetningen for å planlegge forebyggende og helsefremmende tiltak, fordi den tar sikte på å beskrive helsetilstanden i en populasjon, predikere sykdom i befolkningen og finne årsaker og faktorer som bidrar til utviklingen av disse sykdommene (Psykiske lidelser blant barn 0-12 år, FHI Rapport 2003:10, s 7).

Den andre forutsetningen krever at man har kunnskap om hva som virker forebyggende og helsebringende. Det vil si hva, eller hvilke faktorer som fremmer psykisk helse. Det kan man få gjennom å systematisere kunnskap om personer som har hatt en sunn utvikling og har god psykisk helse, til tross for at de har vært utsatt for *risikoforhold*. Dette kalles *resilienceforskning*. Begrepet resilience defineres og redegjøres for i kapittel 6. Når det gjelder *risiko* er dette omstendigheter eller faktorer som gir økt sannsynlighet for et uønsket utviklingsmessig utfall (Borge 2007:107). Risikobegrepet defineres og redegjøres for i kapittel 5.

Gjennom epidemiologisk forskning ønsker man altså å spesifisere:

- 1) Hvilke faktorer som bidrar til
- 2) hvilke utfall
- 3) gjennom hvilke mekanismer (Rutter og Garmezy 1983, side 6).

5.0 STRESS OG RISIKO

Forskning på *risiko og risikofaktorer* har bidratt til forståelsen om hva som er involvert i etableringen og opprettholdelsen av psykiske vansker. Risikoforskningen har sine røtter i både epidemiologi og medisin. Epidemiologi gir, som nevnt i kapittel 4, informasjon om utbredelse av sykdom i befolkningen og faktorer som påvirker disse forholdene, og er en grunnleggende forutsetning for å drive forebyggende og helsefremmende arbeid (Psykiske lidelser blant barn 0-12 år, FHI Rapport 2003:10, s 7). I epidemiologisk risikoforskning er man dermed opptatt av å identifisere de faktorene som fremmer sykdom, og prosessene som ligger under (Garmezy 1994:9). Man undersøker ulike typer *stressfaktorer* og deres innvirkning på menneskers fungering.

5.1 Stress

Stress handler om ubalanse eller tap av kontroll, og er knyttet til risiko. Stress som begrep har flere ulike betydninger. Stress kan referere til enten:

- *En stimulus (stressor)*
- *En kraft som krever tilpasning (belastning)*
- *En mental tilstand (å være stresset) eller som en form for kroppsreaksjon* (Rutter & Garmezy 1983:1).

Det betyr at stress har to forskjellige meninger. Stress kan for det første bety en form for påvirkning, det vil si det er en *årsak*, og for det andre et resultat av denne påvirkningen, en *virkning*.

Det skilles mellom to ulike former for stress, *akutt og kronisk stress*, hvor begge har sine egne egenskaper og varighet. *Akutt stress* er tidsbegrenset og viser seg i form av kriser som for eksempel uforutsette dødsfall, naturkatastrofer og terrorangrep, mens *kronisk stress* blant annet er vedvarende sykdom, langvarig flyktningstatus eller oppvekst i dårlig miljø (Borge

2003, s 52). Det er imidlertid kronisk stress som er en belastning for barn og unge og som blir sett på som en risikofaktor for skjevutvikling. Kronisk stress kan da bli en medvirkende årsak til at barn og unge utvikler psykiske vansker.

Stress er et av de vanskeligste begreper å definere, noe man kan se av de ulike definisjonene man finner i litteraturen som omhandler stress. Én definisjon på stress er:

«A pattern of cognitive appraisals, physiological responses, and behavioral tendencies that occurs in response to a perceived imbalance between situational demands and the resources needed to cope with them» (Passer & Smith 2003:465).

Garnezy & Masten har denne definisjon på stress:

«(1) the presence of a manifest stimulus event; (2) the event is one capable of modifying the organism's physiological and psychological equilibrium; (3) the disequilibrium is reflected in a state of arousal marked by neurophysiological, cognitive, and emotional consequences for the individual; (4) these changes, in turn, disrupt the adaptation of the person» (Garnezy & Masten 1990:462-463).

I begge definisjonene av stress legges det vekt på at mennesker skal være i likevekt og balanse for å kunne utvikle seg selv. Dette kalles også for *equilibrium* eller *homeostase*. Stress handler altså om å komme ut av balanse eller likevekt, og denne ubalansen er noe en skal være i stand til mestre. Dersom en person blir brakt ut av balanse vil en bruke ulike strategier for å gjenopprette den tidligere balansen. Disse strategiene kalles *mestringsstrategier*. Man kan si at stress, risiko og mestring henger sammen - at mestring er en reaksjon på stress og risiko. Derfor står begrepet stress sentralt i litteraturen om mestring. Mestring redegjøres for i kapittel 6 som omhandler resilience, et fenomen hvor både stress og mestring er viktige begreper.

Når det gjelder stress i forhold til psykisk helse, vil et individ med god psykisk helse være istand til å mestre stress, eller håndtere stressende situasjoner og opplevelser. Personen blir ikke brakt ut av balanse, men bruker de mestringsstrategiene en selv innehar, og det sosiale nettverk en har rundt seg i håndteringen av den stressoren de møter eller opplever. Det er når barn og unge opplever kronisk stress, samtidig som de ikke er istand til å mestre den ubalansen som oppstår, at de er i risiko for å utvikle psykiske vansker. Både den opplevde

stressoren og barnets manglende mestringsevner i møte med den opplevde ubalansen, blir da sett på som risikofaktorer for skjevutvikling. Stress er da en form for risiko.

5.2 Risiko; faktorer og prosesser

Risiko handler om betingelser eller forhold som kan gi et individ en forhøyet sjanse for et uønsket negativt utfall. Risiko kan defineres slik: «*An elevated probability of an undesirable outcome*» (Brooks & Goldstein 2005:19). Når det gjelder *risikofaktorer* er dette variabler hvis effekt antas å direkte øke sjansen for negativ utvikling. Begrepet risikofaktor uttrykker da at det er en viss sannsynlighet for skjevutvikling dersom denne faktoren er til stede. Altså kan tilstedeværelsen av risikofaktorer føre til psykiske vansker.

Risikofaktorer kan defineres som: «*A measurable characteristic in a group of individuals or their situation that predicts negative outcome on a specific outcome criteria*» (Brooks & Goldstein 2005:19).

Risiko kan også defineres som en prosess: «*Interactive operations that enhance the potency of a given risk dosage for an individual and thus increase the likelihood of the expression of a bad outcome*» (Rolf & Johnson 1990:387).

Risiko består altså ikke bare av definerte risikofaktorer eller variabler som direkte kan påvirke individet, men består i tillegg av *prosesser*. Prosesser blir her den kontinuerlige underliggende mekanismen i interaksjonen mellom faktorer hos barnet og i miljøet som sammen bidrar til en negativ utvikling. Slik jeg ser det består risiko av ulike ytre og indre faktorer eller variabler, som gjennom interaksjon med hverandre utgjør ulike prosesser som påvirker utviklingen i negativ retning.

Risiko viser seg i ulike varianter og har i tillegg varierende alvorlighetsgrad. Risiko kan være både *indre og personlig*, og/eller *ytre og sosial*, og den kan være *akutt eller kronisk*. I tillegg kan den også være *kumulativ*. Alvorlighetsgraden av risikoen er avhengig av samspillet mellom risikofaktorene, om forholdene virker kumulativt, og av varighet, det vil si om den akutt eller kronisk (Borge 2000:53).

5.2.1 Psykososial risiko; individuell, familiær og samfunnsbasert

Interaksjonen mellom individ og miljø har gjort at risikobegrepet er blitt slått sammen med begrepet «*psykososial*» til begrepet «*psykososial risiko*» (Borge 2003:48). Dette begrepet viser at det ikke er risikofaktorene eller variablene i seg selv som bidrar til skjevutvikling, men at det heller er *samspeillet mellom sosiale forhold og individets psykiske fungering som er avgjørende for utviklingen*.

Psykososial risiko deles inn i tre områder eller typer. Den kan være *individuell* og bestå av personlige og indre faktorer, i tillegg kan den være ytre og sosial, og da finner vi den innenfor *familien* eller i *samfunnet* (Borge 2003:50).

Individuelle risikofaktorer er blant annet medfødte genetiske og biologiske vansker som fødselsskader og fysisk eller psykisk handikap, noe som kan føre med seg blant annet sen læring av sosiale ferdigheter. Den statusen en person har i et samfunn, det vil si som for eksempel fattig, flyktning, offer for overgrep eller barnevernsbarn, kan også være en individuell risikofaktor. Individuell risiko er dessuten knyttet til barnets *kjønn* og *temperament eller personlighet* (Borge 2003:50).

I forhold til *kjønn* viser «The Kauai Longitudinal Study» av Emmy Werner og Ruth Smith (1982) at det var flere gutter enn jenter som hadde en skjevutvikling, noe som tilsier at det å være gutt er en risikofaktor for å utvikle psykiske vansker. Studien viste i tillegg at gutter er mer sårbare i barneårene og hadde flere atferdsvansker, mens jenter er mer sårbare i ungdomsalderen og viste flere emosjonelle vansker. I tidlig voksenalder ble det igjen et skifte der guttene tenderte til å vise mer sårbarhet enn jentene (Werner og Smith 1982:36).

Temperament beskrives som den observerbare delen av barnets begynnende personlighet, og er den delen som styrer og aktiverer følelser og fanger andre menneskers oppmerksomhet. Temperament viser seg helt tidlig i spedbarnsalderen og er relativt konstant i situasjoner og over tid. Når det gjelder temperament gjør noen temperamentstrekk et barn mer utsatt for å utvikle problematferd, mens andre trekk virker beskyttende. Man finner en sammenheng mellom temperamentstrekk og positiv og negativ utvikling gjennom barndommen, og derfor er temperament en viktig del av forståelsen i hvorfor noen barn utvikler psykiske plager og lidelser (Trivsel og oppvekst – barndom og ungdomstid, FHI Rapport 2007:5, s 41).

Temperaments trekk fungerer altså som enten en risikofaktor eller en beskyttende faktor. Når

det gjelder temperaments trekk som risikofaktor er det i midlertidig viktig å legge merke til at det ikke er selve trekket i seg selv som fører til negativ utvikling, men at disse trekkene påvirker samhandlingen med andre mennesker, og påvirker dermed utviklingsprosessen (Trivsel og oppvekst – barndom og ungdomstid, FHI Rapport 2007:5, s 45).

Et vanskelig temperament kan utløse uønskede negative reaksjoner fra omgivelsene, framprovosere konflikter, avvisning og mindre ros for handlinger, og innebærer dermed større risiko for barnet. Dersom et barn er ekstremt sjenert er dette også knyttet til risiko, da det kan medføre sosial isolasjon, som igjen kan føre til psykiske vansker (Borge 2003:50).

I visse kulturer og kontekster derimot vil ikke et vanskelig temperament nødvendigvis fungere som en risikofaktor. Dette tas nærmere opp i kapittel 6, avsnitt 6.5.3

Beskyttelsesfaktorer som kultur og kontekstavhengig.

Familiære risikofaktorer knyttes til voksne og deres rolle som foreldre. Mange barn vokser opp med foreldre som utgjør en stor risiko for deres utvikling, både direkte og indirekte. Eksempler på faktorer som kan ha en negativ innvirkning på barns utvikling er: foreldre som har psykiske eller somatiske helseproblemer; foreldre som misbruker alkohol eller narkotika; foreldre som ikke går ut av disharmoniske ekteskap og utsetter barna for hyppige alvorlige krangler; foreldre som mangler oppdragelsesevne og utsetter barna for omsorgssvikt, vold og mishandling (Borge 2003:51). Andre faktorer som kan fungere som risikofaktorer er lav sosioøkonomisk status, dårlige boforhold, og manglende sosiale relasjoner utenom familien (Psykiske lidelser blant barn 0-12 år, FHI Rapport 2003:10, s 19).

Barn og unge med særlig høy risiko for å utvikle psykiske plager er overrepresentert i familier hvor foreldrene har psykiske sykdommer, er rusmisbrukere eller er voldelige. Foreldrenes psykiske plager er ofte knyttet til familiebelastninger og knapphet på sosiale ressurser, noe som igjen forekommer hyppigere i familier med lav utdanning og løs tilknytning til arbeidsmarkedet (Trivsel og oppvekst – barndom og ungdomstid, FHI Rapport 2007:5, s 98).

Dersom barn har foreldre som er psykisk syke utgjør det en dobbel risiko. For det første er det en viss sjans for at sykdommen er arvelig og barnet kan få den samme sykdommen. For det andre kan foreldrenes sykdom føre med seg dårlige leveforhold for barnet, dersom foreldrene har atferd som avviker fra det normale og forstyrrer foreldre-barn forholdet.

Disharmoniske ekteskap fører ofte med seg konflikter mellom de voksne, og det er kjent at hyppige krangler og konflikter som varer over tid er en av de sterkeste prediktorene for atferdsvansker og emosjonelle vansker hos barn og unge (Borge 2003:65). Selv om løsningen på mange disharmoniske ekteskap er familieoppløsning er ikke dette bestandig det mest gunstige for barnet. Selv om de fleste barn som opplever en skilsmisse eller familieoppløsning vil ha kommet over det verste etter cirka tre år, er det derimot mange barn og unge som utvikler mer alvorlige og langvarige vansker (Sosiale risikofaktorer, psykisk helse og forebyggende arbeid, FHI Rapport 2006:2, s 17). Negative konsekvenser av familieoppløsning inkluderer emosjonelle og atferdsmessige vansker, og minket kompetanse i områder som akademiske prestasjoner, selvtillit og troen på egne evner (Wyman, Sandler, Wolchnik & Nelson 2000:160).

Samfunnsbaserte risikofaktorer er ofte katastrofer og deles inn i menneskeskapte og naturskapte katastrofer. Menneskeskapte katastrofer omfatter blant annet krig, terrorangrep og større skyteepisoder som for eksempel skolemassakre, mens naturskapte katastrofer er blant annet jordskjelv, flom, ras og vulkanutbrudd (Borge 2003:52). En annen samfunnsmessig risiko, som rammer en stor del av verdens befolkning, er fattigdom (Schaffer 2005:228). Det å leve i kronisk fattigdom kan ha en stor innvirkning på barns liv. Fattigdom fører ofte med seg blant annet underernæring og sykdom, og dette kan ha en stor innvirkning på deres psykiske og fysiologiske utvikling. Andre samfunnsmessige forhold som kan være risikofaktorer for skjevutvikling er lav utdanning, arbeidsledighet, dårlige skoler og boforhold, rasediskriminering, migrasjon og flukt (Psykiske lidelser blant barn 0-12 år, FHI Rapport 2003:10, s 19).

5.2.2 Kumulativ og kronisk risiko

Risikofaktorer opptrer sjelden alene og et fokus på enkeltfaktorer som prediktorer for negativ utvikling er ikke lenger gjeldende. Derfor er kunnskap om kumulativ risiko og samspillet mellom risikofaktorer viktige elementer i risikoforskningen (Haggerty et al.1994:7).

Kumulativ risiko defineres som: «*Increased risk due to (a) the presence of multiple risk factors; (b) multiple occurrences of the same risk factor; or (c) the accumulating effects of ongoing adversity*» (Brooks & Goldstein 2005:19).

Med kumulativ risiko menes det at det er først når flere risikofaktorer opptrer samtidig at barn har en forhøyet sjanse for å utvikle mer *varige* vansker. Både i Rutters studie «Isle of Wight» og Kauaistudien ble de oppmerksomme på kumulativ risiko. Rutter fant at antallet risikofaktorer korrelerte med utbredelsen av psykiatriske lidelser, og Kauaistudien viste at tilstedeværelsen av fire eller flere risikofaktorer gir ti-dobbel sjanse for å utvikle vansker (Rutter & Garmezy 1983:74, Werner & Smith 1982:48). Dette betyr at det ikke nødvendigvis er typen risiko, men heller tilstedeværelsen av antallet risikofaktorer som er avgjørende for utvikling av vansker. Med andre ord: jo flere risikofaktorer som er tilstede, dess større sjanse er det for at en person kan ha en dysfunksjonell utvikling. Kumulative risikoforhold kan dessuten også virke nærmest som en kjede av negative hendelser hvor nye problemer kommer i tillegg til problemer som ikke er blitt løst.

Som eksempel på kumulativ risiko kan det vises til fattigdom. Først og fremst vil det å leve i kronisk fattigdom ofte føre med seg flere risikofaktorer som for eksempel underernæring, sykdom, dårlige boforhold og lav utdanning. Dernest kan en traumatisk hendelse som kommer i tillegg til den kroniske risikoen som fattigdom er, i stor grad kunne komplisere et individs liv og forverre en allerede anstrengt situasjon.

Et annet eksempel på en risikofaktor som kan ha en kumulativ effekt er skilsmisse. Skilsmisse er ikke en enkel, tidsbegrenset risikofaktor eller stressor, men ofte en lang prosess bestående av flere stressfaktorer som blant annet krangling, konflikter, livsendringer som bytte av skole, bosted, og tap av eller manglende kontakt med den ene av foreldrene og venner (Brooks & Goldstein 2005:20).

Når det gjelder kronisk risiko eller konstante risikofaktorer, fant den norske studien «Trivsel og oppvekst – barndom og ungdomstid» at når risikoforhold holder seg konstante (eller kroniske) holder barnas symptomnivå seg på samme nivå (Trivsel og oppvekst – barndom og ungdomstid, FHI Rapport 2007:5, s 96). Kronisk risiko eller konstante risikofaktorer utgjør derfor en stor trussel mot barns utvikling, da de i tillegg til å holde symptomnivået oppe, ofte også virker kumulativt, noe som eksempelet med kronisk fattigdom viser.

5.3 Risikofaktorer hos barn og unge i Norge

Etter redegjørelsen av de ulike individuelle, familiære og samfunnsbaserte risikofaktorene, er det interessant å ta for seg hvilke risikofaktorer barn og unge som går i norsk skole er utsatt for. Statistikken viser at det er mange norske barn og unge som er utsatt for både individuell, familiær og samfunnsbasert risiko. Ved å vise til tallene kan man lettere belyse både hvor mange barn og unge dette gjelder for, videre få en oversikt over mangfoldet av risikofaktorer som finnes i den gruppen som satsingen «Psykisk Helse i Skolen» er rettet mot, samt å begrunne viktigheten av å satse på psykisk helse i norsk skole. Dette avsnittet viser til nødvendigheten av å satse på fremming og forebygging blant norske barn og unge, og gir en begrunnelse for satsingen «Psykisk helse i skolen».

Det jeg har valgt å fokusere på som risikofaktorer for barns utvikling er *rus, psykiske lidelser, barnevernsbarn og fattigdom*. Disse risikofaktorene er valgt på grunnlag av at de ofte opptrer sammen (kumulativt). I tillegg rettes fokus mot *skilsmisse og nye samlivsformer*, da dette påvirker mange norske barn og unge. På slutten av avsnittet redegjøres det for hvordan skolen kan fungere som risikofaktor for barn og unges utvikling, og hvordan skolen kan ha en negativ kumulativ effekt.

Med utgangspunkt i antallet voksne som er under behandling i det psykiske helsevernet for ulike psykiske lidelser, kan man anslå hvor mange barn og unge under 18 år som er berørt. I Norge gjelder dette ca 15 000. I tillegg kommer de skjulte tallene på barn og unge som bor med psykisk syke foreldre som *ikke* mottar behandling (Trivsel og oppvekst – barndom og ungdomstid, FHI Rapport 2007:5, s 95). Imidlertid varierer alvorligheten i barnets situasjon ut ifra hvor lenge den voksne har vært syk, hvilken lidelse den voksne har og barnets alder og modenhet.

Når det gjelder antallet barn og unge som vokser opp med en mor eller far som ruser seg, anslår foreningen «Voksne for Barn» dette tallet til ca. 200.000 (Voksne for barn, avsnitt 1).

Som nevnt over er statusen som barnevernsbarn knyttet til risiko. Ifølge Statistisk Sentralbyrå var det 28.775 barn og unge under barnevernet i ulike tiltak i 2004. Per 1000 barn og unge i alderen 0-17 år var i gjennomsnitt 24,3 barn under barnevernet. Flesteparten av barna har det man kaller hjelpetiltak i hjemmet (SSB Statistisk årbok 2006).

Andelen fattige barn og unge i Norge er liten sammenlignet med andre land, men fattigdom påvirker allikevel livene til mange norske barn og unge. Med «fattig» forstås her personer med en ekvivalentinntekt på mindre enn 50 % av medianinntekten i et land, også kalt fattigdomsgrensen. Dette er i tråd med OECDs mest brukte definisjon av fattigdom. Antallet fattige i Norge er på landsbasis 3,3 prosent, og i Oslo 8,3 prosent (SSB 2005). Ifølge Sosialistisk Venstreparti lever 2,6 prosent av barna i Norge under fattigdomsgrensen, og for Oslo er tallet 5,6 prosent. Det man imidlertid skal merkes seg er at det er *vedvarende* fattigdom i et totalt risikobilde med flere risikofaktorer tilstede, som øker sjansen for senere vansker (se avsnitt 5.2.2 om *Kumulativ og kronisk risiko*).

Barns familiesituasjon har gjennomgått store endringer de siste årene. Skilsmisse og nye samlivsformer er en økende tendens i samfunnet. Færre barn har gifte foreldre, selv om dette fremdeles er den dominerende samlivsformen, og flere bor med enslige foreldre og steforeldre. Et fåtall lever i det man kaller kjernefamilie med mor, far og barn. Det som derimot trekkes fram som en risikofaktor i denne sammenheng, er familieoppløsning, som inkluderer skilsmisse og samboere som går fra hverandre. I 2007 ble ca 10.300 ekteskap oppløst, og ca 11.400 ektepar tok ut separasjon. Av ekteparene som skilte seg hadde 23 % et barn, 24 % to barn og 9 % tre barn eller flere barn. Imidlertid er ikke denne statistikken komplett, da mange samboere med barn også skiller lag. De reelle tallene på hvor mange barn som påvirkes av familieoppløsning er dermed kanskje høyere (SSB 2007).

I norsk skole, innenfor den aldersgruppen som opplæringsprogrammet retter seg mot, finnes det barn og unge som er og har vært utsatt for én eller flere av risikofaktorene som er nevnt ovenfor. Hovedsaklig er barna og ungdommene utsatt for individuelle og familiære risikofaktorer, og ikke så mye samfunnsmessig risiko som for eksempel krig, noe som er mer vanlig i andre deler av verden. Norske barn er til en viss grad utsatt for denne typen risiko gjennom media, men den blir ikke så personlig og nær som den ville blitt om de selv befant seg i denne situasjonen. Det finnes imidlertid barn og unge i norsk skole som har opplevd samfunnsmessig risiko, da de har vært til stede ved katastrofemeldelser i andre land. Som eksempel kan det vises til Tsunamien 26/12/2004 i Asia, hvor flere norske barn og unge var direkte involvert, og i tillegg barn og unge som har kommet til Norge som flyktninger fra krigsherjede områder.

5.3.1 Skole som risikofaktor

Det som imidlertid er interessant når det gjelder de risikofaktorene norske barn og unge er utsatt for, er hvordan *skolen* kan fungere som en samfunnsmessig risikofaktor, hvordan skolen kan ha en negativ kumulativ effekt, og i tillegg hvordan skolen kan være både en årsak og virkning i forhold til psykisk helse.

Når det gjelder barn og unges psykiske helse vil en skole som ikke kommer et risikoutsatt individ i møte, øke sjansen for at barnet utvikler varige vansker. En skole som ikke kommer et barn i møte, gir hverken sosial støtte eller støtter opp om et barns mestring og mestringsstrategier, og kan gi barnet følelse av nederlag og mislykkethet. Skolen vil da virke kumulativt: den vil fungere som *en ekstra risikofaktor* i tillegg de de faktorene barnet allerede opplever. Skolen blir da en faktor som ytterligere forsterker risiko. Når det gjelder risikoutsatte barn og unge er det derfor viktig at skolen ikke blir et ledd i den kumulative risikokjeden.

Dersom vi går tilbake til definisjonen av begrepet stress i avsnitt 5.1, som definerer stress som både en årsak og virkning, ser vi at skolen kan fungere på tilsvarende måte. Skolen kan være både være en påvirkning, det vil si en årsak, og den kan ha en virkning, altså et resultat av denne påvirkningen. En skole som ikke støtter opp om et barns mestring og mestringsstrategier, vil fungere som en (samfunnsmessig) risikofaktor og blir da en medvirkende *årsak* til barnets negative psykiske helse. Skolen vil i tillegg ha en *virkning* da den utløser stressreaksjoner eller fremkaller negative reaksjoner og følelser, altså virkninger av risiko.

5.4 Avslutning kapittel 5

Når barn og unge er utsatt for risikofaktorer (årsaker), utløser dette en stressreaksjon (virkning). At barn og unge er utsatt for stress er ikke uvanlig, men når den opplevde stressoren og tilstanden de opplever blir kronisk og kumulativ, utgjør dette en alvorlig trussel mot egen psykisk helse. Med andre ord; barn og unge kan utvikle langvarige psykiske vansker når oppvekstmiljøet er konstant dårlig og i tillegg virker kumulativt, altså

tilstedeværelsen av flere risikofaktorer og nye problemer som kommer i tillegg til problemer som ennå ikke er løst.

På den annen side viser studier at enkelte barn og unge *ikke* utvikler psykiske vansker til tross for tilstedeværelsen av stress og risiko. De viser derimot en positiv utvikling, god sosial fungering og har god psykisk helse under risikoforhold. Dette viser at i møte med stress og risiko tar barn og unges utvikling nødvendigvis ikke en negativ retning, men kan så avgjort ha en positiv utvikling. Hvilken retning utviklingen tar i møtet med stress og risiko avhenger av faktorer som virker beskyttende på individet. Dette bringer oss til *resiliensforskningen*.

6.0 RESILIENCE OG MESTRING

For å kunne svare på problemstillingen som jeg har vist til i punkt 1.1, «*Hvilke faktorer fremmer psykisk helse hos barn og unge, og i hvilken grad ivaretar opplæringsprogrammene i «Psykisk helse i skolen» disse faktorene sett i lys av resiliensforskningen?»*», må det belyses hvilke faktorer forskningen har kommet fram til som fremmer psykisk helse. For å kunne redegjøre for disse faktorene viser jeg til resiliensforskningen og begrepet resilience, samt Aaron Antonovskys perspektiv på helse: helsebringende faktorer og begrepet «Sense of Coherence». Kapitlet tar også opp konseptet «Wellness» av Emory Cowen, som omhandler det som er hovedfokus i avhandlingen: reduksjon av dysfunksjon og patologi og fremming av funksjoner som bidrar til helse og velvære.

6.1 Resiliensforskning

Resiliensforskningen har sin bakgrunn i epidemiologisk risikoforskning.

Resiliensforskning, i likhet med risikoforskning, er opptatt av ulike faktors innvirkning på menneskers fungering og utvikling. I motsetning til risikoforskningen hvor man søker å finne årsaker til og forstå prosessene som fører til sykdom, vil man i resiliensforskningen forsøke å forstå årsakene og prosessene til positiv utvikling på tross av tilstedeværelsen av stress og risiko. Resiliensforskningen har forsøkt å komme fram til hva eller hvilke faktorer og prosesser som fremmer psykisk helse.

Resilience har alltid vært tilstede naturlig i mennesker og miljø, men fokus innen forskning har ligget på hva som bidrar til sykdom og ikke hva som bidrar til helse. Dette synet har vært gjeldende ikke bare innenfor risikoforskning, men også tradisjonell medisin og helseforskning (Waaktaar & Christie 2000:29). Der har man først og fremst vært opptatt av hva som virker sykdomsfremkallende samt behandling av sykdom. Etter hvert har forskningen gått mer over til helsepsykologi, hvor man er opptatt av forebygging og det som virker helsefremmende.

Med resilienceforskningen skjedde det et gradvis *paradigmeskifte* innenfor medisinsk forskning og helseforskning. Ifølge Thomas Kuhn, som er paradigmebegrepets opphavsmann, er et paradigme en virkelighetsforståelse eller en grunnleggende referanseramme for hva som til en hver tid blir ansett for å være akseptabel og fruktbar vitenskapelig kunnskap, og kan defineres som følger: «*Et paradigme er en slags verdensanskuelse som all forskning foregår innenfor; det former forskningens interesser, måten fenomener oppfattes på, kriterier for teorivalg etc.*» (Kvernbekk i Lund 2002, kapittel 2). Med paradigmeskifte menes det at man har endret perspektiv. Dette innebærer at ved å studere barn som har en bedre utvikling enn forventet, har man fått kunnskap om barns mestring og kompetanse, samt hvilke forhold som beskytter mot skjevutvikling.

Fokus har endret seg fra hva som er sykdomsfremkallende, *patogenese*, til hva som bidrar til helse, *salutogenese*. Salutogenese sees som en aktiv prosess der positiv fungering utvikles til tross for påkjenninger, og er en parallell til resilience. Både resilience og salutogenese legger dermed vekt på de prosessene som bringer en fram mot psykisk velvære, og de illustrerer begge relativ sunnhet hos mennesker som opplever påkjenninger (Borge 2003:18). Det salutogenesiske synssettet vil bli nærmere redegjort i avsnitt 6.7 *Helsebringende faktorer*.

6.2 Begrepsavklaring og drøfting av begrepet resilience

Resilience handler om et individs evne eller motstandsdyktighet mot å utvikle psykiske vansker til tross for tilstedeværelsen av stress og risiko. Det handler om å ha god psykososial fungering selv om man er utsatt for store livsbelastninger. Resilience handler dessuten om de underliggende prosessene mellom faktorer i individet og miljøet som fører til positiv tilpasning på tross av stress og risiko (Borge 2003:14).

Begrepet resilience er et engelsk ord hentet fra fysikk. Direkte oversatt betyr det fleksibilitet eller elastisitet, og handler om et objekts evne til å komme tilbake til sin opprinnelige form etter å ha vært strukket eller bøyd. Når det gjelder mennesker, handler resilience om en

persons evne til å komme tilbake til utgangspunktet etter å ha vært utsatt for belastninger (Waaktaar & Christie 2000:17).

Når det gjelder resilience som fenomen hos mennesker, har det tidligere ikke vært en tilfredsstillende oversettelse fra engelsk til norsk. Ordet «*motstandskraft*» var mye brukt, men dette ordet er misvisende da det gir et inntrykk av resilience som noe statisk og individfokusert. Ved bruk av ordet motstandskraft henviser det for mye til barnets iboende evner framfor det faktum at påvirkninger fra miljøet spiller inn (Borge 2003:14).

«*Løvetannbarn*» er et annet begrep som har vært mye brukt i norsk litteratur som omhandler resilience. Løvetannbarn har imidlertid ikke blitt brukt som en oversettelse, men derimot som en illustrasjon på resilience (Borge 2003:16). Denne illustrasjonen er, som med ordet motstandskraft, heller ikke tilfredsstillende fordi også den indikerer at resilience avhenger av barnet alene, og tar ikke hensyn til ytre faktorer, noe som er en forutsetning for resilience. Borge foreslår at man heller skal illustrere resilience som en løvetanneng, da det er flere faktorer som spiller inn for at en løvetann skal kunne vokse. Løvetannengen er avhengig av blant annet tidligere løvetannblomster, sol, regn, gjødsel og beliggenhet (Borge 2007:25). Med andre ord: mange faktorer må være tilstede for at et barn som er utsatt for stress, risiko og livsbelastninger skal kunne ha en resilient utvikling.

Når det gjelder et norsk ord for resilience, har man de siste årene brukt «*resiliens*» i norsk litteratur. Dette er en fornorskelse av det engelske begrepet. I psykologien er det vanlig å innføre nye begreper i det norske språket på denne måten og dette er gjort med det engelske «*resilience*» (Borge 2003:14-15). I norsk litteratur som omhandler resilience har Borge i sine bøker «*Resiliens, Risiko og sunn utvikling*» og «*Resiliens i Praksis*», valgt å bruke det fornorskede begrepet, men Waaktaar og Christie, i «*Styrk Sterke Sider*», foretrakk å bruke det uoversatt. Ved å holde fast på den engelske termen, eller bruke det fornorskede begrepet, beholder man fokuset på samspillet mellom individ og miljø som grunnlag for ulike utviklingsveier, deriblant resilience. I avhandlingen velger jeg å holde meg til de engelske begrepene «*resilience*» og «*resilient*».

Sir Michael Rutter er en av verdens ledende barnepsykiatere, og en av de fremste bidragsyterne til resilienceforskningen. Han definerer resilience slik:

«Resilience er prosesser som gjør at utviklingen når et tilfredsstillende resultat, til tross for at barn har hatt erfaringer med situasjoner som innebærer en relativt stor risiko for å utvikle problemer eller avvik» (Borge 2003:15).

En annen viktig bidragsyter innenfor resilienceforskningen er professor Ann S. Masten ved Universitetet i Minnesota, USA. Hun definerer, i sitt kapittel i Brooks og Goldsteins bok «*Resilience in Children*», resilience som: «*a pattern of positive adaptation in the context of past or present adversity*». Adversity, eller belastninger på norsk, blir i denne sammenheng definert som betingelser i miljøet som kommer i veien for eller truer utførelsen av aldersadekvat kompetanse hos et individ (Brooks og Goldstein 2005:19).

De fleste definisjoner av resilience inkluderer to faktorer. Det ene er *opplevde belastninger i miljøet*, og det andre er *evnen til positiv tilpasning til tross for denne belastningen*. Disse evnene måles som oftest i form av mestring. Som definisjonene tilsier er da resilience et todimensjonalt begrep som innebærer at man utsettes for belastninger og mestrer dem på en positiv måte (Luthar, Cicchetti & Becker 2000:543). Mestring som begrep redegjøres for i avsnitt 6.3.

Rutters definisjon viser at resilience et relativt begrep, det vil si at det er ikke én type resilience. På samme måte som risikoen barnet er utsatt for varierer, vil også resilience variere i form av grader av psykisk velvære hos det enkelte individ. Det er også viktig å merke seg at resilience betraktes som en *prosess*. Resilience er ikke noe statisk, men dynamisk. Det er et resultat av en kompleks interaksjon mellom individ og miljø. Tidligere var fokus rettet mot hva eller hvilke enkelte faktorer som virker beskyttende på individet, men etter hvert har man gått over til å snakke om samspillet mellom flere faktorer eller hvordan de samspiller, altså de underliggende prosessene og den pågående interaksjonen mellom de ulike faktorene. Grunnen til dette er at det ofte er markerte variasjoner i et individs reaksjon på stress, noe som indikerer at tilstedeværelsen av kun én spesifikk beskyttelsesfaktor ikke nødvendigvis skaper en resilient utvikling. Flere faktorer må være tilstede i en interaksjon for at et individ skal være resilient. Innenfor resilienceforskningen snakker man nå både om *resilienceprosesser*, *risikoprosesser* (kapittel 5) og *beskyttelsesprosesser* (kapittel 6) (Borge 2007:33). Resilienceprosessen er dermed en dynamisk interaksjon mellom både risikoprosesser og beskyttelsesprosesser.

Kriteriene for å kunne si hvorvidt et individ har hatt en resilient utvikling eller er resilient, varierer fra studie til studie. Noen setter kriterier på resilience på basis av tilstedeværelsen av aldersadekvat kompetanse i en gitt kontekst og kultur, som akademiske og sosiale prestasjoner. Andre igjen har fokusert på få symptomer eller fravær av sykdom som kriterier for resilience. Noen setter begge deler som kriterier for resilience. Relatert til dette er temaet om hvorvidt resilience skal defineres etter ytre kriterier, som akademiske prestasjoner, eller indre kriterier, som psykisk velvære, eller begge (Masten 2001:228-229). En heller bedre tilnærming til kriterier for resilience må være at resilience må sees ut ifra en persons faktiske fungering, til tross for opplevelser som utgjør en betydelig risiko for skjevutvikling (Luthar, Cicchetti & Becker 2000). Fungering kan da måles etter både indre og ytre kriterier, som skoleprestasjoner og psykisk velvære.

6.3 Mestring

Akkurat som stress er viktig i forståelsen av risiko, er *mestring* et viktig begrep i forståelsen av resilience. Forskningen på risiko og stress, belyst i kapittel 5, har bidratt til å forstå utvikling og opprettholdelse av ulike lidelser. Forskning omkring resilience og mestring har bidratt til å kaste lys over hva som bidrar til god psykisk helse, fravær av psykisk lidelse og en vellykket utvikling til tross for belastninger.

I internasjonal litteratur brukes både «*coping*» og «*mastering*» om begrepet mestring (Waaktaar og Christie 2000:34). Det er viktig å merke seg at på norsk har vi kun ett ord, mestring, mens det på engelsk finnes to. Mastering dreier seg om mestring som kompetanse innen ferdigheter som skoleoppgaver, sport og liknende. Coping på sin side handler om stressmestringskompetanse og bruk av mestringsstrategier (*coping-strategies*). I denne avhandlingen er betydningen av mestring relatert til coping og *ikke* mastering.

Slik jeg tolker satsingen «Psykisk helse i skolen» er programmene i satsingen basert på coping og coping-strategies, ikke mastering. Programmene har som målsetting å sette barn og unge bedre istand til å ivareta egen psykisk helse. Barn og unge skal gjennom programmene tilegne seg ulike mestringsstrategier som de kan anvende i møte med stress og

risiko. De blir da istand til å håndtere ubalansen de møter, og dette er med på å beskytte barna mot psykiske plager og hjelpe dem ivareta en god psykisk helse. Programmene er ikke rettet mot akademiske prestasjoner og ferdigheter, men å styrke barn og unges psykiske helse kan imidlertid ha en positiv effekt på skolegangen, da psykiske vansker ofte går ut over faglige prestasjoner.

Mestring (coping) handler om håndtering av stress og risiko. Med stress og risiko menes det her situasjoner eller opplevelser som skaper en følelsesmessig eller kroppslig ubalanse hos et individ.

Mestring sees på, i likhet med resilience, som en prosess. Lazarus & Folkman (1984) definerer mestring som: «*The process of managing demands (external or internal) that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person*».

«*Constantly changing cognitive and behavioural efforts to manage specific external and/or internal demand that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person*» (Lazarus & Folkman 1984:141).

Som vi ser av definisjonene til Lazarus og Folkman er mestring for det første en prosess, eller en pågående kompleks interaksjon mellom individ og miljø. For det andre innebærer mestring kontinuerlig kognitiv og atferdsbasert innsats, altså både tanker og handling hos individet, for å håndtere indre og ytre ubalanse som oppleves som belastende eller mer krevende enn det man føler seg kompetent til.

6.3.1 Mestringsstrategier

I håndtering av stress og risiko benyttes strategier som kalles *mestringsstrategier*.

Mestringsstrategier dreier seg om handlinger, atferd og tanker som individet bruker i håndtering av opplevd ubalanse i møte med stress og risiko. Det finnes tre hovedtyper av mestringsstrategier: *oppgaveorientert mestring*, *emosjonsorientert mestring* og *unngåelsesorientert mestring* (Lazarus & Folkman 1984, Waaktaar & Christie 2000:37).

Oppgaveorientert mestring fokuserer på selve problemet man møter. Det går ut på at individet forsøker å løse eller forandre problemet eller situasjonen som forårsaker stress og ubalanse. Man gjør noe konkret for å gjenopprette balansen eller likevekten i systemet.

Emosjonsorientert mestring fokuserer på emosjoner (eller følelser), og man forsøker da å regulere den emosjonelle reaksjonen på problemet. Individet forsøker å tilpasse seg følelsesmessig ved å regulere de negative følelsene som situasjonen utløser.

Den siste strategien, *unngåelsesorientert mestring*, handler om å bruke distraksjon og avledning som ikke er relatert til den stressende situasjonen for å redusere stress. Skal mestringsstrategier være effektive, må de redusere problemene og emosjonelt ubehag. Derfor er ikke unngåelsesorientert mestring en effektiv strategi i reduksjon av stress, da den ikke er forbundet med problemløsning og forbedring.

Mestring er en konstruktiv måte å løse en vanskelig situasjon på. Som vi ser av definisjonene av både stress og mestring, handler begge om håndtering av indre og ytre stimuli som skaper ubalanse. Det at barn er istand til å mestre stress og risiko, er en del av resilience. Stress, risiko og mestring er derfor alle viktige begreper i forståelsen av resilience. Vellykket mestring fører til en opplevelse av *kontroll*, noe som er viktig for individets funksjonsevne, og mestring og kontroll blir da viktige beskyttelsesfaktorer innenfor resilience.

Beskyttelsesfaktorer redegjøres for i avsnitt 6.5.

I tilknytning til mestring er det utviklet en rekke beslektede begreper som alle har noe med kontroll å gjøre, for eksempel Sense of Coherence av Aaron Antonovsky og Self-efficacy av Albert Bandura. Begrepet Self-efficacy redegjøres for under individuelle beskyttelsesfaktorer i avsnitt 6.5.1, mens begrepet Sense of Coherence redegjøres for i avsnitt 6.7 *Helsebringende faktorer*.

Etter en redegjørelse og drøfting av begrepet mestring oppstår en rekke spørsmål: Er oppgaveorientert og emosjonsfokusert mestring vektlagt i programmene i «Psykisk helse i skolen». Hender det at man kombinerer disse strategiene? Vil opplæringsprogrammene i «Psykisk helse i skolen» kunne sette barn og unge bedre istand til å mestre stress og risiko, samt fremme mestringsstrategier, det vil si kan man tilegne seg disse strategiene? Dette vil bli diskutert i analysen i kapittel 7, avsnitt 7.2.

6.4 Studier som har gitt kunnskap om resilience

I resilienceforskningen har det blitt brukt forskjellige forskningsmetoder eller fremgangsmåter og forskerne har i tillegg studert ulike forhold. Metoden som har vært hyppigst brukt er longitudinelle studier, det vil si studier som følger et større utvalg av befolkningen i naturlig setting over tid, da dette er den mest etiske måten å studere resilience på. Det vil være uetisk å tilføre mennesker stress og risiko for så å skulle studere effekter av belastningene. Longitudinelle studier gir i tillegg forskeren den beste muligheten til å undersøke stabilitet, endringer og årsakssammenhenger.

Noen av de viktigste studiene som har bidratt til kunnskap om resilience er: «*Isle of Wight*», en studie av Rutter et al. som omhandler barn med psykiske lidelser, «*The Kauai Longitudinal Study*» av Emmy Werner og Ruth Smith, og *Anna Freuds studier av barn under 2. Verdenskrig*. En studie av Afro-Amerikanske barn i ghettoen i USA er også tatt med, da den tar opp viktige aspekter ved forståelsen av resilience. Felles for alle studiene er at de har kommet fram til de samme resultatene, nemlig hvordan *faktorer i individet, familien og samfunnet kan virke beskyttende på individet i møte med stress og risiko*. Dette avsnittet som omhandler studier er tatt med for å belyse og identifisere *beskyttelsesfaktorer*.

6.4.1 «Isle of Wight», «The Kauai Longitudinal Study», «Anna Freud og 2. Verdenskrig», «Black Children in Urban Ghettos»

«*Isle of Wight*» er en epidemiologisk studie utført av Rutter et al. på 1960-tallet som undersøkte utbredelsen av psykiske lidelser hos barn på Isle of Wight og i London. Denne studien var en av de første som brukte et longitudinelt design, noe som blant annet gjør det mulig å undersøke stabilitet, endringer og årsakssammenhenger. Longitudinelle og epidemiologiske studier er som nevnt det som kjennetegner resilienceforskningen. Rutter et al. fant i sin studie seks variabler assosiert med økt risiko for psykiatriske lidelser hos barn: *ekteskapsproblemer hos foreldrene; lav sosioøkonomisk status; stor familie med liten plass; kriminalitet hos fedre; psykiske lidelser hos mødre; overlatelse av barnet til de lokale myndighetene* (Rutter & Garmezy 1983:74).

Studien viste at antall variable korrelerte med barnas risiko for å utvikle psykiatriske lidelser. Jo flere antall variable tilstede, jo større var sjansen for å utvikle psykiatriske lidelser (kumulativ risiko). På den annen side oppdaget forskerne faktorer som forbedret barnas risikostatus. Disse faktorene inkluderte: *et lett, positivt temperament; kjønn (jenter mindre sårbare enn gutter); foreldre som viser varme og kjærlighet ovenfor barnet sitt; et skolemiljø som virker forsterkende samt oppmuntrer og hjelper barnet med å utvikle gode normer, verdier, kompetanse og ferdigheter* (Rutter & Garmezy 1983:74).

«*The Kauai Longitudinal Study*» er en studie som ble utført på øya Kauai, Hawaii, USA av Emmy Werner og Ruth Smith, og er den mest omfattende resiliensstudien som har blitt gjort. Det er en langtidsstudie hvor man fulgte en hel cohort født i 1955 og fram til de var 40 år gamle. Resultatene er utgitt i fire bøker (Werner & Smith 1977,1982, 1992, 2001). Informasjon om barna ble samlet inn da barna ble født, og da de var 2, 10, 18, 32 og 40 år gamle. På øya Kauai vokste ca 54 % av barna opp i fattigdom og under andre risikoforhold som blant annet urolige familieforhold og psykiske problemer hos foreldrene, og det ble krevet mye av barna for å klare seg bra. Målet for studien var opprinnelig å studere samspillet mellom barns oppvekst og miljørisiko gjennom en stor del av livsløpet, for så å kartlegge hvilke risikofaktorer som førte til negativ utvikling. Werner og Smith oppdaget etterhvert at flere av barna hadde en positiv utvikling til tross for tilstedeværelsen av risikoforhold. De snudde da perspektiv og begynte å kartlegge hva som karakteriserte de barna som klarte seg bra til tross for belastningene de var eksponert for. Dermed satte de startskuddet for den mest kjente resiliensstudien som har blitt gjort.

Undersøkelsen omfattet tilsammen 698 barn, av disse var en tredjedel i kategorien risikobarn, det vil si de var utsatt for belastninger som kunne være til hinder for positiv utvikling. For å bli definert som risikobarn måtte de ha vært utsatt for minimum fire av de følgende risikofaktorene: *perinalt stress i form av medisinske tilstander (helseproblemer eller medfødte misdannelser) som legene antok ville påvirke tilstanden deres; kronisk fattigdom; foreldre med lav formell utdanning; uorganisert familiemiljø; liten stabilitet i familien; alkoholiserede foreldre; vold; mor som er tenåring; omsorgssvikt.*

Av de 201 barna i risikogruppen utviklet 129 av dem blant annet lærevansker, atferdsvansker, psykiske forstyrrelser, kriminalitet og konsentrasjonsvansker, mens 72 av barna utviklet seg på en positiv måte. Av undersøkelsen ser vi at blant risikobarna var det 72 resiliente og 129

ikke - resiliente barn. Da de som ble betegnet som resiliente i risikogruppen ble undersøkt ved 40 års alderen, var de fremdeles velfungerende og veltilpassede (Borge 2001, s 23). De faktorene Werner og Smith fant som bidro til resilient utvikling var: *positive personlighetstrekk; kjønn; nærhet i familien og støttende foreldre; regler og grenser i hjemmet; tilstedeværelsen av ytre støtte fra jevnaldrende, venner og lærere* (Rutter & Garmezy 1983:76).

«**Anna Freud og 2. Verdenskrig**». Barn i krig har også vært en kilde til studiet av resilience. En av studiene omhandler barn under 2. Verdenskrig, og denne studien er utført av Anna Freud. Studien fra 2. Verdenskrig viste at barns reaksjoner på krig er basert på atferden til de voksne som omgår barna. Foreldrene som utviste en holdning ovenfor barna som ga inntrykk av kontroll over situasjonen, fikk barna sine til å føle seg trygge. Det å ha en eller begge foreldrene tilstede under disse hendelsene, enten man ble evakuert eller ikke, kompenserte for de traumatiske effektene disse hendelsene ellers ville hatt. Dette gjaldt primært de minste barna, da de ikke så lett kunne forestille hvor alvorlig situasjonen var for mange av dem. Det å miste foreldrene eller bli separert fra dem virket som en større risikofaktor for barna enn selve krigen. Studier av barn i krig illustrerer viktigheten av voksne som beskyttelsesfaktorer (Rutter & Garmezy 1983:68-78).

«**Black children in urban ghettos**». Den siste studien som er tatt med handler om afro-amerikanske barn fra ghettoen i USA. Disse barna hadde vært utsatt for risikofaktorer som fattigdom, fordommer og rasisme, men viste til tross for dette høy kompetanse i skolen. Faktorer som viste seg korrelerte med barnas høye ferdigheter var: *gode sosiale evner og høy selvtillit; følelse av kontroll over livet sitt; et hjem hvor det var orden og ro; foreldre som engasjerte seg i barnas skolearbeid, skoleaktiviteter, mål og interesser; klare foreldre og barn roller i hjemmet; en voksenperson som hadde innflytelse på barna; en generell respekt for voksne og andre autoritetsfigurer* (Rutter & Garmezy, 1983:74).

Som nevnt innledningsvis i avsnittet har studiene det til felles at de alle har funnet ulike faktorer som virker beskyttende på individet, og som fremmer positiv utvikling på tross av stress og risiko. Dette bringer oss til *beskyttelsesfaktorer og prosesser*.

6.5 Beskyttelsesfaktorer og prosesser

Det har i resiliensforskningen vært uklarheter omkring terminologien når det gjelder faktorene som virker beskyttende på individet, det vil si faktorer som fremmer psykisk helse til tross for risiko. «*Beskyttelsesfaktorer*» har blitt brukt av blant annet Borge (2003, 2007), men en del forskere har valgt å bruke «*resiliensfaktorer*» som betegnelse (Waaktaar & Christie 2000). Oddgeir Friborg ved Universitetet i Tromsø sier selv, i en samtale med meg, at han heller mot å bruke resiliensfaktorer eller resiliensbeskyttende faktorer, for å indikere at det dreier seg om beskyttelsesfaktorer tilknyttet en bestemt forskningsgren innen psykologien. Jeg har imidlertid valgt å bruke betegnelsen beskyttelsesfaktorer fordi det begrepet anvendes i den nyeste litteraturen jeg har valgt som teorigrunnlag for avhandlingen, «*Resiliens i praksis*» av Anne I. H. Borge (Red).

En beskyttelsesfaktor er en egenskap, en situasjon eller omstendigheter som som virker beskyttende på individet, og fremmer en positiv utvikling til tross for stress, risiko og livsbelastninger.

Rutter & Garmezy (1983) beskriver beskyttelsesfaktorer som tilstedeværelsen av faktorer som hjelper barn til å redusere virkninger av risiko og fremme mestring, slik at tilpasning blir bedre enn om faktorene ikke var til stede.

En beskyttelsesfaktor kan defineres som: «*Quality of a person or context or their interaction that predicts better outcomes, particularly in situations of risk or adversity*» (Brooks & Goldstein 2005:19).

Beskyttelsesfaktorenes funksjon defineres slik: «*Protective factors moderate the effects of individual vulnerabilities or environment hazards so that the adaptational trajectory is more positive than would be case if the protective factors were not operational*» (Masten, Best & Garmezy 1991: 426).

Da beskyttelsesfaktorene først ble identifisert gjennom blant annet studiene i avsnitt 6.4.1, trodde forskerne først at det kun var kvaliteter ved barnet, som positive personlighetstrekk og selvtillit, som gjorde at de skilte seg ut. Etterhvert forstod de at det var faktorer også utenfor barnet som bidro til den positive utviklingen. Gjennom de ulike studiene, blant annet Kauaistudien, ble det identifisert tre hovedområder som må være tilstede for resiliens:

attributter ved barnet, aspekter ved familiene og karakteristikker ved det større sosiale miljøet. (Luthar, Cicchetti & Becker 2000:544). Resiliensforskningen viser da at beskyttelsesfaktorer, på samme måte som risikofaktorer, kan være både *indre og personlige* og *ytre og sosiale*, og de kan deles inn i tre hovedområder: *individ, familie og samfunn* (Waaktaar & Christie 2000, Borge 2003).

Innenfor nyere resiliensforskning har forskerne skiftet fokus fra kun å identifisere beskyttelsesfaktorer til å forstå de underliggende beskyttelsesprosesser. I stedet for kun å studere hvilke barn, familier og miljøfaktorer som er involvert i resiliens, prøver man å forstå *hvordan* de prosessene bidrar til positiv utvikling (Luthar, Cicchetti & Becker 2000: 544). Man må altså forstå hvordan variablene gjensidig påvirker hverandre for å gi beskyttelse mot risikoprosesser, noe som gjenspeiler den dynamiske naturen til resiliens. Resiliensforskere har i tillegg identifisert at på samme måte som kumulativ risiko, det vil si tilstedeværelsen av flere stress og risikofaktorer som øker et individs sjanse for skjevutvikling, vil beskyttelsesfaktorer som opptrer sammen øke sjansen for et positivt utfall. Dette kalles kumulativ beskyttelse og defineres slik: «*The presence of multiple protective factors in an individual's life* (Brooks & Goldstein 2005:19).

Studiene av resiliens viser til en lang rekke faktorer innenfor de tre hovedområdene, *individ, familie og samfunn*. De faktorene som er blitt identifisert gjennom studier vil i det kommende avsnittet kategoriseres innenfor disse hovedområdene. En slik kategorisering gjør det lettere å få en systematisk oversikt over de ulike faktorene når jeg senere skal undersøke om de finnes i de utvalgte opplæringsprogrammene i satsingen «Psykisk helse i skolen».

6.5.1 Individuelle, familiære og samfunnsbaserte beskyttelsesfaktorer

Individuelle beskyttelsesfaktorer er medfødte ressurser som blant annet kjønn (det å være jente), fravær av sykdom og defekter, og positive personlighetstrekk som et lett temperament. Individuelle beskyttelsesfaktorer innebærer også å inneha gode intellektuelle evner, sosiale ferdigheter, troen på mestring og egne evner, mestringsevner og følelse av mening og sammenheng i livet (Borge 2003:52). De individuelle beskyttelsesfaktorene nevnt her er gjenkjennelige i Kauaistudien, Isle of Wight og Ghattostudien.

Resiliensforskningen viser at et lett, sosialt og utadvent temperament innebærer minimal risiko for individet og virker beskyttende, da det å inneha et slikt temperaments trekk gjør det lettere å skape gode, støttende og nære relasjoner med andre mennesker, noe som er viktig for en positiv utvikling (Borge 2003:50). Imidlertid vil ikke et lett temperament være gunstig i alle kontekster, noe som tas opp i avsnitt 6.5.3 *Beskyttelsesfaktorer som kultur og kontekstavhengig*.

Studien «Trivsel og oppvekst – barndom og ungdomstid» trekker frem, i likhet med Waaktaar og Christie (2000), sosiale ferdigheter eller sosial kompetanse som en viktig beskyttelsesfaktor mot utvikling av psykiske vansker. Sosiale ferdigheter defineres som «*Lært atferd som setter en person istand til å samhandle effektivt med andre og unngå sosialt uakseptable responser*» (Trivsel og oppvekst – barndom og ungdomstid, FHI Rapport 2007:5, s 56). Sosiale ferdigheter/sosial kompetanse handler om samarbeidsevne, høflighet, empati og vennskapskompetanse. Slike ferdigheter gjør barn istand til å skape gode relasjoner til andre mennesker, som igjen virker beskyttende mot negativ utvikling.

Tre andre viktige individuelle beskyttelsesfaktorer er troen på mestring og egne evner, det å føle mening og sammenheng i livet, og evnen til å mestre, det vil si å kunne bruke ulike strategier i møte med vanskeligheter.

Det er grunnleggende for en resilient utvikling at barn føler at de mestrer den risikosituasjonen de er i. Vellykket mestring fører til en opplevelse av kontroll, og dersom et individ føler at de har kontroll over sitt eget liv og klarer å håndtere stresset de opplever, er dette med på å beskytte dem mot skjevutvikling. Mestring og mestringsstrategier er nært knyttet til begrepet *Self-efficacy* av Albert Bandura, som er forventning om mestring og troen på egne evner. Dette begrepet hører til under generell kognitiv og sosial læringsteori. Et sentralt element i teorien om *Self-efficacy* er individets positive reaksjons forventning, det vil si forventningen om å kunne takle problemene når de kommer. I situasjoner som virker truende, opplever mennesker med høy *self-efficacy* en følelse av å ha kontroll over situasjonen. Det å inneha slike evner reduseres stress og sårbarheten for psykiske vansker, og vil dermed fremme psykisk helse. Dersom et individ ikke innehar denne evnen, og møter belastninger eller problemer, øker risikoen for at denne påkjenningen fører til stress og psykiske vansker (Sosiale risikofaktorer, psykisk helse og forebyggende arbeid, FHI Rapport 2006:2, s 7 og Crain 2000:202). Høy *Self-efficacy* virker altså beskyttende på individet i den

forstand at mennesker med høy Self-efficacy opplever en følelse av kontroll i risikosituasjoner, og de forventer at de selv er i stand til å håndtere stresset og risikoen på en positiv måte gjennom bruk av ulike mestringsstrategier. I både teorien om mestring og Self-efficacy ser vi at ikke bare evnen til å håndtere situasjoner, og troen på at man kan håndtere dem er viktig, men at opplevelsen av kontroll er en viktig beskyttelsesfaktor.

Det å føle mening og sammenheng i livet er en annen viktig beskyttelsesfaktor. Det er lettere for barn å håndtere situasjoner på en rasjonell måte dersom de ser en mening med det som skjer, at de klarer å integrere en hendelse i en sammenheng som gir mening, og at de ikke tror at hendelsen er deres egen skyld. Dette gir barna en følelse av kontinuitet i livene sine, noe som er en viktig del av resilience. Kontinuitet, mening og sammenheng i livet tas nærmere opp i avsnitt 6.7 som omhandler helsebringende faktorer (Waaktaar & Christie 2000:20).

Familiære beskyttelsesfaktorer er blant annet et godt foreldre-barn samspill i spedbarnsalderen, altså en trygg tilknytning mellom barn og foreldre. Det er viktig med klare grenser på barn og foreldrerollene, men samtidig er kommunikasjonen mellom partene god. Foreldre som fungerer som beskyttelsesfaktorer viser tegn på fleksibilitet og tilpasning, de gir barna sine muligheten til å kunne uttrykke følelser, samtidig som det er klare regler, grenser og struktur i hjemmet. De viser varme og omsorg ovenfor barna, og foreldrene viser interesse for og deltagelse i barnas liv. Med andre ord, foreldrene har en autoritativ foreldrestil. Det virker i tillegg beskyttende på barnet dersom foreldrene er enige i hva som er de grunnleggende verdiene i livet, og at de prioriterer riktig ovenfor barna sine. Sterke slektsbånd, enten det er til foreldre, søsken, besteforeldre eller andre familiemedlemmer, er også med på å fungere beskyttende. Det er dessuten viktig at minst én av foreldrene fungerer bra psykisk. Dersom foreldrene har vanskeligheter med å oppdra barna sine på egenhånd, vil det å ha foreldre som tillater hjelp fra andre også virke beskyttende (alternative omsorgsgivere) (Waaktaar & Christie 2000:22). Werner & Smith, Rutter, Anna Freud samt forskerne fra Ghattostudien fant alle disse faktorene i sine studier.

Samfunnsbaserte beskyttelsesfaktorer er faktorer som finnes i omgivelsene og bidrar til emosjonell støtte og stimulerende nettverk for det utsatte barnet. Viktige beskyttelsesfaktorer er for det første minst én betydningsfull voksen som har fulgt barnet gjennom oppveksten. Ofte er dette alternative omsorgsgivere som lærere og andre voksne

utenom familien. For det andre er gruppetilhørighet med prososiale jevnaldrende og vennskap en viktig beskyttelsesfaktor. Det er i tillegg viktig at den samfunnsstrukturen som omgir barnet er med på å støtte opp om barnets mestringsstrategier, som for eksempel et oppmuntrende og forsterkende skolemiljø (Waaktaar & Christie 2000:23). Av studiene i avsnitt 6.4.1 er de ovennevnte faktorene gjenkjennelige i Rutters Isle of Wight-studie og Werner og Smiths studie fra Kauai.

Oppsummert kan man si at alle studiene av resilience viser til tre hovedområder som fungerer som beskyttelsesfaktorer:

- 1) Attributter ved individet som i hovedsak utløser positiv respons fra omgivelsene, eksempelvis positive personlighetstrekk som et lett temperament
- 2) Positiv sosialiseringsspraksis innenfor familien med et støttende familiemiljø og godt familiesamhold
- 3) Et eksternt miljø i form av venner, naboer og samfunn, i praksis som et støttesystem som styrker og forsterker et barns mestringsstrategier.

Som oppsummeringen viser er individets mulighet til å oppnå sosial støtte en viktig beskyttelsesfaktor. Derfor fremheves *sosial støtte* som en av de viktigste faktorene som bidrar til en positiv utvikling blant barn og unge i risiko. Jeg ønsker derfor å trekke fram sosial støtte, i form av *sosiale relasjoner*, som den gjennomgående viktigste beskyttelsesfaktoren innenfor resilience. Vi finner den igjen i alle hovedområdene innenfor resilience: i individet, innenfor familien og i de ytre omgivelsene. Dette underbygges både hos Rutter & Garmezy og Urie Bronfenbrenner:

«It appears that most of the stressors which provoke psychiatric disorder involve some form of loss or disappointment on the one hand or disturbed interpersonal relationship on the other»(Rutter & Garmezy 1983:15).

Urie Bronfenbrenner: *«In order to develop normally, a child requires progressively more complex joint activity with one or more adults who have an irrational emotional relationship with the child. Somebody's got to be crazy about that kid. That's number one. First, last, and always»* (Hentet fra Graham Vimpanis foredrag: *Developing resilience in young children*, Paediatrics & Child Health, University of Newcastle).

I kapittel 7 vil sosial støtte og sosiale relasjoner, sammen med de andre faktorene som fremmer psykisk helse, bli brukt som grunnlag for analysen av opplæringsprogrammene i skolesatsingen «Psykisk helse i skolen».

6.5.2 Skole som beskyttelsesfaktor

Kapittel 5, som omhandlet stress og risiko, avdekker at det finnes mange barn og unge i norsk skole som er utsatt for risikofaktorer. På en annen side har mange barn og unge, enten de er utsatt for risiko eller ikke, indre og/eller ytre beskyttelsesfaktorer som hjelper dem i å håndtere situasjoner som får dem ut av balanse. Det er som nevnt tidligere en kombinasjon av barnets sårbarhet og tilstedeværelsen av risiko- og beskyttelsesfaktorer som spiller inn (i forhold til psykisk helse). De barna som er utsatt for risiko, men mangler tilstedeværende beskyttelsesfaktorer, kan få en skjevutvikling. Resiliensforskningen viser at konstant tilstedeværelse av flere beskyttende faktorer skaper trygghet, balanse og kontinuitet i livet til utsatte barn. Derfor er det viktig at *skolen* kan bidra i å hjelpe de risikoutsatte ved å fremme mestring og gode mestringstrategier, styrke sosial kompetanse og ferdigheter, samt hjelpe dem i å skape gode relasjoner til medelever og lærere. Skolen får da en kumulativ effekt, da den kan være én av flere beskyttelsesfaktorer i et risikoutsatt barns liv, som bidrar til å øke sjansen for et positivt utfall.

6.5.3 Beskyttelsesfaktorer som kultur og kontekstavhengig

Et viktig aspekt ved resiliens er at *beskyttelsesfaktorene ikke alltid virker beskyttende i alle kulturer og kontekster*. Dette grunner i at resiliens ikke er statisk, absolutt og universelt, men dynamisk, relativt og kontekstavhengig.

Resiliensforskningen viser at en beskyttelsesfaktor kan virke i noen situasjoner og ikke i andre, og et eksempel er temperament. Et lett (sosialt og utadvent) temperament virker beskyttende, mens et vanskelig temperament kan utløse negative reaksjoner fra omgivelsene, og innebærer dermed større risiko for barnet. Imidlertid har resiliensforskningen også vist at

et vanskelig temperament kan beskytte barn snarere enn å svekke dem. Dette står i motsetning til temperament og resilience som noe «fast» og universelt.

Et eksempel kan hentes fra en undersøkelse av den nederlandske forskeren Martin deVries der han studerte Masaibarn i Saharaørkenen i Øst-Afrika i 1974 (Borge 2000:51). Masaiene var utsatt for en tørkekatastrofe og spedbarnsdødeligheten var stor. Primært antok man at Masaibarna med et vanskelig temperament hadde en langt vanskeligere livssituasjon enn barn med et lett temperament, og at disse barna ville få problemer med å overleve under slike risikable forhold. Resultatene var det motsatte av hva som var forventet: *den høyeste dødeligheten var blant barna med et lett temperament*. Årsaken til dette var at barna med et vanskelig temperament tiltrakk seg oppmerksomhet gjennom sutring og gråt og fikk dermed melk eller annen næring, noe som bidro til redusert dødelighet.

Eksempelet viser at resilience er kontekstavhengig, og at det er viktig å reservere seg mot totale og statiske måter å oppfatte effekten av beskyttelsesfaktorer på. Et vanskelig temperament vil ikke virke beskyttende for et barn i andre kontekster, men her ble de sett og dermed prioritert. deVries fremhever også kultur som en faktor som spiller inn i resilience (Borge 2003:51). Masaiene verdsetter aggresjon og pågåenhet hos småbarn. I deres kultur er det vanlig at flere voksne opptre som omsorgsgivere på samme tid og griper inn dersom en baby gråter. En kombinasjon av barnets temperament og kulturens syn på barnets atferd bidro i dette tilfellet til at barna med vanskelig temperament hadde størst sjanse for å overleve

6.6 Oppsummering resilience

Som vi har sett har studiene av resilience utviklet seg gjennom tre bølger av forskning i løpet av de siste 30 årene (Brooks & Goldstein 2005:18).

Den første forskningbølgen ga god initialinnsikt i selve fenomenet resilience, basiskonsepter og metodologi, og fokuserte på individet. Forskerne ble interessert i hva som skilte barna med positiv utvikling fra de som ikke hadde det. Man drøftet faktorer som virket beskyttende på barnet i dets møte med motgang, altså beskyttelsesfaktorer. Barna ble ofte kalt

uovervinnelige eller usårbare, noe som henspiller på kun indre kvaliteter og personlige trekk ved barnet som grunnlag for resilience (Anthony & Cohler 1987). Dette gir dessverre inntrykk av at noen er 100% motstandsdyktige mot påvirkninger og belastninger. En slik oppfatning er feil da det er *grader av sårbarhet hos barn*, noe man ble oppmerksomme på under den andre bølgen av forskning. I den første forskningsbølgen trodde man dessuten at det kun var kvaliteter ved barnet som gjorde at de skilte seg ut. Etterhvert forstod man at det var faktorer også utenfor barnet som bidro til utviklingen. Utvidet forskning på området førte til at tre hovedområder ble identifisert og må være tilstede for resilience: *Attributter ved barnet, aspekter ved familiene og karakteristikk ved det større sosiale miljøet* (Luthar, Cicchetti & Becker 2000:544).

Den andre bølgen bragte derimot med seg en mer dynamisk syn på resilience. Forskerne begynte å se på resilience som en prosess og fokuserte på interaksjonen mellom kvaliteter både ved individet, familien og miljøet som grunnlag for resilient utvikling. Barn ble ikke lenger sett på som uovervinnelige og man forstod at barn hadde grader av sårbarhet som i møte med risiko bidro til ulike utviklingsveier. Barn og unges psykiske tilstand er altså et resultat av et komplisert samspill mellom barnets individuelle sårbarhet og faktorer i omgivelsene, både sosiale relasjoner og det fysiske miljøet barn og unge vokser opp i.

Det er imidlertid viktig å presisere at selv om resilience er knyttet til positiv tilpasning hos risikobarn, kan kunnskapen vi har om resilience anvendes på alle barn og unge i forebyggende tiltak eller satsinger som nettopp «Psykisk helse i skolen». Det bringer oss til den tredje bølgen av forskning.

Den tredje bølgen av forskning, som vi er inne i nå, har fokus på å bruke kunnskapen fra resilienceforskningen i forebyggende intervensjoner, gjennom å forsøke å forandre utviklingsveier. *Intervensjon* refererer til mer spesifikk handling, som for eksempel introdusering av et program i skolen eller for en gruppe for å fremme psykisk helse. *Universell intervensjon* skal fremme psykisk helse hos alle, og tiltaket «Psykisk helse i skolen» faller inn i denne kategorien. *Selektiv intervensjon* har som mål å hindre psykiske vansker hos en spesifikk risikogruppe, for eksempel et støtteprogram for elever som har opplevd mobbing. *Indicated (eng.) intervensjon* handler om å hjelpe personer som viser forstadier til psykiske vansker, som for eksempel program for barn med atferdsvansker.

Resilience refererer altså til en dynamisk prosess som innebærer positiv tilpasning innenfor en kontekst som innebærer motgang. Implisitt i denne beskrivelsen ligger det to betingelser:

- 1) Eksponering for betydningsfull trussel eller motgang
- 2) Oppnåelse av positiv tilpasning til tross for stort angrep på utviklingsprosessen (Luthar, Cicchetti & Becker 2000:543).

Resilienceprosessen består av en rekke biologiske, psykologiske og sosiale faktorer som over tid sammen bidrar til adekvat fungering. Disse faktorene deles inn i tre hovedområder: karakteristikker ved barnet, aspekter ved familien og ytre omgivelser. Resilience handler om å mestre utover det som er vanlig ubalanse. Det handler om å bruke mestringsstrategier i møte med stress og risiko og å gjenopprette balansen som var tilstede før man ble eksponert for en trussel mot egen utvikling. Kjennetegnene på resilience er da for det første en kontrollert håndtering av påkjenninger, *mestring*. For det andre er resilience avhengig av personlige og sosiale faktorer, *beskyttelsesfaktorer*. Det siste kjennetegnet på resilience er at resilienceprosesser tar tid, *det kan utvikles på et senere tidspunkt enn når påkjenningen fant sted* (Borge 2007:15).

Innledningsvis i kapitlet skrev jeg at for å kunne redegjøre for hvilke faktorer som fremmer psykisk helse, ville jeg vise til resilienceforskningen og begrepet resilience, samt Aaron Antonovskys perspektiv på helse. Jeg har til nå redegjort for resilience og beskyttelsesfaktorer og prosesser. I det påfølgende avsnittet vil jeg belyse Aaron Antonovskys perspektiv på helse som omhandler helsebringende faktorer. Dette er faktorer som i likhet med beskyttelsesfaktorer fremmer psykisk helse hos individer og virker forebyggende mot psykiske vansker. Etter redegjørelsen av helsebringende faktorer kommer et avsnitt om konseptet «Wellness» av Emory Cowen, som sammenfatter hovedfokus i avhandlingen: reduksjon av dysfunksjon og patologi og fremming av funksjoner som bidrar til helse og velvære hos barn og unge.

6.7 Helsebringende faktorer

Mennesker utsettes for påkjenninger, både kroppslige, psykiske, sosiale, av ulik grad og varighet. Mange blir syke av disse påkjenningene mens andre forblir friske. Ifølge Aaron Antonovsky er en del av forklaringen at vi har ulik «motstandskraft», noe resilienceforskningen også viser til. Den andre delen av forklaringen er antakelsen om i hvilken grad vi opplever tilværelsen som *sammenhengende*, noe den blir dersom den gjøres *forståelig, håndterbar og meningsfull*. Dette bringer oss inn på begrepet «*Sense og Coherence*» eller «*Følelse av Sammenheng*».

Aaron Antonovsky (1923-1994) var en israelsk professor i medisinsk sosiologi som stilte seg spørsmålet: *Hva er det som virker helsebringende?* Han var opptatt av hva som bidrar til å gjøre mennesker friske, framfor hva som virker sykdomsfremkallende. Man går altså fra patologi, studiet av sykdommer og deres forløp, og over til det Antonovsky betegner som det salutogenetiske synssettet, det vil si hva som virker helsebringende. Selve ordet «*Salutogenese*» er dannet av det latinske ordet *salus*, som betyr helse eller sunnhet, og det greske ordet *genesis*, som betyr opprinnelse eller tilbedelse (Gjærum, Grøholdt & Sommerschild 1998:50).

I boken *Stress, Health and Coping* (1979), presenterte han sin salutogenetiske modell som fokuserer på helsens opprinnelse. Antonovsky hevder at når mennesker stilles ovenfor en stressor (stressende situasjon eller hendelse) leder dette til en spenningstilstand som må håndteres (Antonovsky 2005:16). Hvorvidt resultatet blir sykdom, helse eller noe midt i mellom, kommer an på hvor vellykket håndteringen av denne spenningen er. Den salutogenetiske modellen fokuserer på det som ligger under og fremkaller helse, det vil si de faktorene som leder til en vellykket håndtering av spenningstilstanden.

Antonovsky tar avstand fra en inndeling mellom syk og frisk, og ønsker heller å se på den salutogenetiske modellen som en kontinuum med dimensjonene helse og sykdom på hver sin side. Målet for alle mennesker er å være så langt opp mot helsedelen som mulig, og spørsmålet man prøver å finne svar på er *hva* som får mennesker over til denne siden. Med andre ord: hvilke faktorer bidrar til at mennesker opprettholder posisjonen på helsesiden, eller hva kan bidra til å få dem dit? Ifølge Antonovsky er svaret hvordan en håndterer ulike stressorer (mestring) og menneskers motstandskraft.

I arbeidet med å utvikle modellen, studerte Antonovsky det han kaller generelle motstandsressurser. Han hevder alle mennesker har generaliserte motstandsressurser som tas i bruk for å håndtere ulike stressorer og spenningstilstanden de opplever (Antonovsky 2005:16). Slike motstandsressurser kan være både penger, selvstyrke, kulturell stabilitet, sosial støtte og lignende. Gjennomgangen av disse ressursene bidro til utviklingen av begrepet «Sense of Coherence» (SOC) eller «Følelse av Sammenheng» på norsk, og hans første definisjon av SOC var:

«En global hållning som uttrycker i vilken utsträckning man har en genomgripande och varaktig men dynamisk tillit till att ens inre och yttre värld är förutsägbar, och att det finns en hög sannolikhet för att saker och ting kommer att gå så bra som man rimligen kan förvänta sig» (Antonovsky 2005:17).

SOC er et kognitivt begrep som består av tre komponenter; *forståelighet, håndterbarhet og mening* (på svensk; begripelighet, hanterbarhet, meningsfullhet) (Antonovsky 2005:43).

Forståelighet utgjør selve kjernen i definisjonen og handler om i hvilken grad mennesker opplever indre og ytre stimuli som fornuftig og forståelig. Det vil si at den informasjon man møter har sammenheng, struktur og er tydelig, framfor kaotisk, uordnet, uventet, uforklarlig osv. Dersom ett menneske har en høy følelse av forståelighet, forventer de seg at stimuli de møter i framtiden er forutsigbare. Hvis stimuli kommer som en overraskelse kan man forklare eller ordne det på en rasjonell måte.

Håndterbarhet er den andre komponenten i SOC. Håndterbarhet handler om i hvilken grad man opplever å ha ressurser som kan hjelpe en med å håndtere de stimuli man møter. Disse ressursene kommer i form av andre mennesker, eller de er under ens egen kontroll. Det er viktig å merke seg at håndterbarhet handler om tiltro til egne evner, eller *Self efficacy*, som ble tatt opp i forbindelse med individuelle beskyttelsesfaktorer i avsnitt 6.5.1.

Mening er den tredje komponenten og kan betraktes som et motivasjonskomponentet. Denne komponenten dreier seg om å føle at livet har mening eller noe er viktig og har betydning for deg. Mens de andre to komponentene er mer kognitive, handler meningskomponentet mer om emosjoner.

De tre komponentene utgjør tilsammen «Sense of Coherence», eller «Følelse av Sammenheng», og er den faktoren som bidrar til menneskers helse. Begrepet ble tidligere sett på som en helhet, men etter en revisjon ser Antonovsky at begrepets tre komponenter heller forholder seg til hverandre og må spesifiseres hver for seg i en definisjon. Han omdefinerte begrepet, og endte opp med denne definisjonen av «Sense of Coherence»:

«Känslan av sammanhang är en global hållning som uttrycker i vilken utsträckning man har en genomträngande och varaktig men dynamisk känsla av tillit till att (1) de stimuli som härrör från ens inre och ytre värld under livets gång är strukturerade, förutsägbare och begripliga, (2) de resurser som krävs för att man skall kunna möta de krav som dessa stimuli ställer på en finns tillgängliga, och (3) dessa krav är utmaningar, värda investering och engagemang» (Antonovsky 2005:46).

Antonovsky hevder altså at alle mennesker har en indre forståelsesmodell av verden, og at følelsen av sammenheng i livet er avgjørende for hvorledes vedkommende mestrer stress og risiko. Mennesker vil føle sammenheng i livet dersom de forstår situasjonen og de opplever å ha de nødvendige ressursene til å møte krav fra både den indre og ytre verden. En del av ressursene er iboende egenskaper, andre finnes i personer i miljøet, slik som med beskyttelsesfaktorer i resilience. Når det gjelder utfordringene man møter bør de være motiverende for individet slik at det føles meningsfylt å engasjere seg i dem. En vellykket håndtering av en spenningstilstand gir altså mennesker en følelse av sammenheng i livet. Med andre ord: et individs følelse av sammenheng er et resultat av individets mestring av tilværelsen.

Det finnes komponenter i Antonovskys begrep «Sense og Coherence», som i følge ham selv samsvarer med funnene fra Kauai-studien til Werner og Smith. Antonovsky har gjengitt sitater i boken «Hälsans Mysterium» (2005) som viser til likhetene. I den tredje boken om barna fra Kauai skriver Werner og Smith:

«Samtidigt fanns det andra som också var sårbara- utsatta för fattigdom, biologiske riskfaktorer och instabilitet i familjen, och som hadde uppfostrats av föräldrar med föga utbildning eller allvarliga psykiska problem- men som förblev oövervinnliga och utvecklades till kompetenta och självständiga unge vuxna... Denna rapport är en

redogjölse för vårt sökenda efter rötterna till deras motståndskraft, efter källan till deras styrka» (Antonovsky 2005:76).

Werner og Smith tar her opp det salutogenesiske spørsmålet. De to tidligere utgivelsene deres tok ikke opp beskyttelsesfaktorer eller helsebringende faktorer, men hadde fokus på problemene/risikoen og forbindelsen mellom disse og negativ utvikling, altså et patogenesisk syn.

Ytterligere sitater fra rapporten til Werner og Smith viser likheter til SOC;

«...mer av indre kontroll-lokus, en mer positiv självbild och en mer omhändertagende, ansvarskännande och prestasjonsinriktad hållning til livet...en känsla av sammanhang i livet och en förmåga att använda sig av olika informella möjligheter till stöd» (Antonovsky 2005:76-77).

« I hemmet fanns struktur och regler men samtidigt ett utrymme att utforska och mer fysisk rörlighet...släktingar, kamrater och äldre bildade ett informellt nätverk av människor i olika åldrar med likartade övertygelser och värderingar. Och hos vilka det motståndskraftiga barnet sökte råd och stöd i samband med kriser och större rollförändringar» (Antonovsky 2005:77).

SOC's tre komponenter kan sammenlignes med funn fra Kauai på denne måten:

- Forståelighet -> struktur og regler
- Håndterbarhet -> indre kontroll-lokus
- Mening -> nettverk som deler verden og overbevisninger

Helsebringende faktorer er viktige for denne avhandlingen fordi de, i likhet med beskyttelsesfaktorene som ble identifisert gjennom resilienceforskningen, er faktorer som fremmer psykisk helse, holder mennesker friske og opprettholder deres posisjon på den friske delen av kontinuumet syk-frisk. Både resilienceforskningen og Antonovskys «Følelse av Sammenheng» eller SOC har et salutogenesisk syn på helse, og ikke et patologisk som tidligere var gjeldende innenfor risikoforskning og medisinsk forskning. «Følelse av Sammenheng» og helsebringende faktorer kan dermed sees parallelt med resilience og beskyttelsesfaktorer, spesielt individuelle beskyttelsesfaktorer som mestring av tilværelsen

og troen på egne evner. Det vi ser etter redegjørelsen av Antonovskys helsebringende faktorer, er at kunnskap om helsebringende faktorer kan, lik kunnskap om beskyttelsesfaktorer innenfor resilience, anvendes i både helsebringende og forebyggende tiltak og tiltak for å fremme psykisk helse, slik som «Psykisk helse i skolen».

Det blir aktuelt i denne sammenheng å undersøke om i programmene i «Psykisk helse i skolen» er basert på helsebringende faktorer eller Følelse av Sammenheng. Dette drøftes i kapittel 7, avsnitt 7.2.

6.8 «Wellness»

Slik jeg selv forstår begrepet psykisk helse, det vil si hva som bør være målet i forhold til egen psykisk helse og hvordan dette kan oppnås, faller inn under begrepet og konseptet «Wellness» av den tidligere psykologiprofessor ved Rochester University, Emory Cowen (1926-2000). Oversatt til norsk får vi begrepet «Velvære».

I forbindelse med begrepet «Wellness» finner jeg det nødvendig å på nytt vise til min definisjon eller forståelse av begrepet psykisk helse:

Et individ har evnen til å forbli frisk og føle velvære, og unngå psykiske plager og lidelser til tross for møte med motgang. Man har god sosial fungering, deriblant givende relasjoner til andre mennesker. Individet er istand til å nå sitt potensiale, enten gjennom jobb, skole eller som medlem av det samfunnet han eller hun lever i.

Begrepet «Wellness» sammenfatter det som er fokus i min avhandling, nemlig reduksjon av dysfunksjon og patologi, og fremming av funksjoner som bidrar til helse og velvære hos barn og unge.

«Wellness» handler om utviklingen av sunne systemer, både personlige og i omgivelsene, som fremmer velvære og reduserer dysfunksjon hos individet. Velvære og dysfunksjon er i et «Wellness framework» to forskjellige utfall av sammenrelaterte utviklingsprosesser. Det er hva eller hvilke faktorer som påvirker individet som bidrar til utfallet, enten positivt eller et

negativt (Wyman, Sandler, Wolchnik & Nelson 2000:136). Dette kan sammenlignes med resilience, der et individ i møte med risiko enten utvikler patologi eller har en resilient utvikling.

Innenfor et «Wellness framework» legger man vekt på interaksjonen mellom barnet i familien og akademiske settinger, voksne utenfor hjemmet og med jevnaldrende, noe som henspiller til resilience (Brooks og Goldstein 2005:4).

Rammen rundt konseptet «Wellness» dreier seg om å sette kunnskapen om hva som fremmer helse inn i systemer og programmer, og vektlegger tre ting (Wyman, Sandler, Wolchnik & Nelson 2000:136-137):

- 1) Programmene må være basert på stadig ny forskning og evaluering
- 2) De må settes inn tidlig i utviklingsforløpet for å virke forebyggende
- 3) De må foregå i hverdagssettinger hvor barna utvikler seg, som for eksempel skole.

Cowen ser på resilience som en del av det han kaller «Wellness», noe som kan tyde på at resilienceforskningen kan være grunnlag for hvilke faktorer Cowen anser fremmer helse og velvære hos barn og unge.

Konseptet «Wellness» vektlegger at velvære ikke bare er fravær av patologi, mens også tilstedeværelsen av aldersadekvat kompetanse i en gitt kulturell kontekst, noe som blant annet er satt som kriterier for resilience (Wyman, Sandler, Wolchnik & Nelson 2000:148).

Vil satsingen «Psykisk helse i skolen» kunne oppfylle kriteriene til konseptet «Wellness»? For å svare på dette diskuteres følgende i kapittel 7, avsnitt 7.3:

- *Er kunnskapen om hva som fremmer psykisk helse satt inn i systemer og programmer?*
- *Er kunnskapen som brukes i konstruksjonen av programmene basert på resilience/helsefremmende faktorer?*
- *Brukes nyere forskning, og blir den stadig evaluert?*

- *Er skolen og tiltaket «Psykisk helse i skolen» en riktig setting for fremming av psykisk helse hos barn og unge?*
- *Blir tiltaket satt inn tidlig nok i utviklingsforløpet for å ha optimal forebyggende effekt på barn og unge?*

6.9 Avslutning kapittel 6

Som det er blitt vist til i dette kapittelet, gjennom redegjørelse og drøfting av begrepet resilience og Antonovskys helsebringende faktorer, er det man karakteriserer som *beskyttelsesfaktorer og helsebringende faktorer*, årsaker som medvirker til å fremme psykisk helse hos barn og unge. Avhandlingen har til nå svart på problemstillingens første del: *«Hvilke faktorer fremmer psykisk helse hos barn og unge»*. Det påfølgende kapittelet skal svare på problemstillingens andre del: *«I hvilken grad ivaretar opplæringsprogrammene i «Psykisk helse i skolen» disse faktorene sett i lys av resilienceforskningen?»*

Videre i kapittel 7 diskuteres følgende for å kunne svare på andre del av problemstillingen: *Bidrar «Psykisk helse i skolen», gjennom de faktorene vi har sett fremmer psykisk helse, til å skape psykisk velvære og redusere risikofaktorer hos barn og unge? Er faktorene vektlagt i de ulike programmene i satsingen? I hvilken grad er de ivaretatt? På hvilken måte?*

De faktorene som vektlegges videre i drøftingen er:

- *Mestring*, en kontrollert håndtering av påkjenninger og *Self-efficacy*, forventning om mestring og troen på egne evner
- *Sosiale ferdigheter*
- *Sosial støtte og sosiale relasjoner*, de viktigste beskyttelsesfaktorene innenfor resilience
- *«Følelse av Sammenheng»*, hvorvidt et individ oppfatter en hendelse som forståelig, håndterbar og meningsfull

7.0 ANALYSE AV SKOLESATSINGEN

«PSYKISK HELSE I SKOLEN»

Ved å ha både *belyst, drøftet, og sett i sammenheng* begrepene risiko, stress og resilience (med mestring, beskyttelsesfaktorer samt helsebringende faktorer) har jeg svart på første del av problemstillingen: «*Hvilke faktorer fremmer psykisk helse hos barn og unge*».

Jeg skal nå svare på andre del av problemstillingen;

«*I hvilken grad ivaretar opplæringsprogrammene i «Psykisk helse i skolen» disse faktorene sett i lys av resilienceforskningen?*»

For å kunne svare på andre del av problemstillingen analyseres tre av opplæringsprogrammene i «Psykisk helse i skolen» i forhold til de utvalgte beskyttelsesfaktorene identifisert gjennom resilienceforskningen. Disse faktorene er: *mestring, høy grad av Self-efficacy, sosiale ferdigheter, sosial støtte, gode sosiale relasjoner og Følelse av sammenheng (SOC)*.

Følgende diskuteres gjennom kapittelet: *Bidrar «Psykisk helse i skolen», gjennom de faktorene vi har sett fremmer psykisk helse, til å skape psykisk velvære og redusere risikofaktorer hos barn og unge? Er faktorene vektlagt i de ulike programmene i satsingen? I hvilken grad er de ivaretatt? På hvilken måte?*

Kapittelet innledes med opplæringsprogrammene i skolesatsingen «Psykisk helse i skolen» som har blitt valgt ut for en videre analyse. De programmene er «*Zippys venner*», «*Alle har en psykisk helse*» og lærerprogrammet «*Hva er det med Monica*». Jeg vil undersøke om de faktorene vi fra forskning vet fremmer psykisk helse er vektlagt i programmene, i hvilken grad de er vektlagt og på hvilken måte. Deretter følger en utdypet analyse av psykisk helse som satsingsområde i norsk skole. Kapittelet avsluttes med en analyse av skolesatsingen «Psykisk helse i skolen» i forhold til konseptet «Wellness» av Emory Cowen.

Informasjon om selve satsingen «Psykisk helse i skolen» og bakgrunns materialet til drøftingen av oppbyggingen og de teoretiske perspektivene til de tre programmene i dette kapittelet, bygger på hjemmesiden til «Psykisk helse i skolen» samt brosjyrene og opplæringsmateriale til de enkelte programmene i satsingen.

7.1 Analyse av de utvalgte opplæringsprogrammene i «Psykisk helse i skolen»

Som det er blitt vist til i kapittel 4 består skolesatsingen «Psykisk helse i skolen» av seks ulike opplæringsprogrammer rettet mot å bedre barn og unges psykiske helse. Disse programmene heter: «Zippys venner», «Alle har en psykisk helse», «VIP» -Veiledning og informasjon om Psykisk helse», «STEP-ungdom møter ungdom», «Venn 1.no» og «Hva er det med Monica?».

Opplæringsprogrammene som er valgt ut for videre analyse blant de seks eksisterende programmene er: «Zippys venner», rettet mot barn i alderen 6-8 år, «Alle har en psykisk helse» laget for elever på ungdomsskolen, og lærerprogrammet «Hva er det med Monika» rettet mot lærere på ungdomsskolen og videregående skole.

7.1.1 «Zippys venner»

«Zippys venner» er opplæringsprogrammet rettet mot de yngste i grunnskolen, barn i alderen 6-8 år. Programmet kommer opprinnelig fra England, der det heter «Zippy Friends», og er utviklet av Partnership for Children. Organisasjonen «Voksne for Barn» har lisens på programmet i Norge.

Programmet er delt inn i seks moduler fordelt på 24 leksjoner, og går kontinuerlig over ett helt skoleår. Temaene i modulene er *følelser, kommunikasjon, vennskap, konfliktløsning, forandring og tap, og mestring*. Det er lærerne som gjennomfører programmet med elevene i klassen. De får opplæring i programmet i forkant og veiledning underveis. Til hver undervisningstime følger en detaljert lærerveiledning. Skolehelsetjenesten og PP-tjenesten deltar i gjennomføringen og/eller gir veiledning til lærerne som har ansvaret for programmet.

«Zippys venner» har som hovedmål å forebygge emosjonelle vansker ved å stimulere til bedre mestring og håndtering av dagliglivets problemer, det vil si *stressmestring*. Konkrete mål er:

-
- Å utvikle barnas sosiale ferdigheter
 - Gjøre dem bedre i stand til å identifisere og snakke om følelser
 - Bedre deres kommunikative evner
 - Utvikle vennskapsferdigheter og konfliktløsningsferdigheter
 - Lære dem å takle forandringer og tap og støtte andre barn som har det vanskelig.

Disse målene gjenspeiles i modulenes 6 ulike temaer.

Programmet er basert på historier om pinnedyret Zippy og vennene hans. I historiene møter Zippy ulike problemer, og det er opp til barna å finne løsningsforslag til problemene han møter. Det legges vekt på overføring av læring ved gjentakelse av læringserfaringer i ulike situasjoner, og programmet stimulerer til samspill og dialog, samt at barna skal dele opplevelser og erfaringer. Aktiviteten i timene varierer mellom historiene om Zippy, tegning, rollespill, øvelser, lek og samtale.

Programmet «Zippys venner» er forankret i teori og empiri om tidlig forebygging og styrking av barns motstandskraft, og sentralt står mestringsteorien til Lazarus og Folkman (1984).

Tanken med «Zippys venner» er å gi små barn redskaper og handlingsalternativer slik at de kan takle dagligdagse utfordringer allerede tidlig i livet. Mestring av tilværelsen er en viktig del av programmet og det fokuseres på *mestring og mestringsstrategier* som redskap og handlingsalternativer for å håndtere utfordringer i dagliglivet. Programmet retter seg mot å lære barn oppgaveorienterte og emosjonsorienterte mestringsstrategier, da det er disse strategiene som effektivt reduserer stress. Følelsesorienterte mestringsstrategier kommer til syne gjennom at programmet vektlegger det å identifisere og snakke om følelser.

Oppgaveorienterte mestringsstrategier kommer til syne gjennom at programmet legger vekt på ulike måter å håndtere problemer på. Dette er i tråd med både resiliensforskningen hvor mestring er en viktig beskyttelsesfaktor, og Antonovskys helsebringende faktorer hvor opplevelse av følelse av sammenheng handler om mestring av tilværelsen.

Programmet vektlegger at mestringsstrategier ikke fungerer like godt for alle. De fungerer heller ikke like godt i alle situasjoner. Dessuten vil få og manglende evner til fleksibel og

varierte bruk av mestringsstrategier øker risikoen for psykiske vansker. Derfor er det viktig å ha et stort og variert utvalg av strategier, i tillegg til å ha evne til å bruke dem fleksibelt.

Hvor godt mennesker mestrer problemer er ofte avhengig av i hvilken grad de får *sosial støtte* fra andre. Denne støtten kan være enten emosjonell som trøst og omsorg eller praktisk som råd og hjelp. «Zippys venner» legger stor vekt på dette aspektet ved mestring. Sosial støtte fra jevnaldrende og gode sosiale relasjoner er viktige momenter i programmet. Dette er i igjen i tråd med resiliensforskningen hvor sosial støtte og sosiale relasjoner er en viktige beskyttelsesfaktorer mot å utvikle psykiske vansker.

Programmet «Zippys venner» er effektevaluert i en pilotstudie med 6 førskoleklasser i Litauen og 6 førsteklasse i Danmark. Programmet ble innført i de seks førsteklasse i Danmark, det vil si de fungerte som tiltaksgruppe, mens førskoleklassene i Litauen fungerte som kontrollgruppe. Fordelingen av gutter og jenter var tilnærmet lik i de to gruppene, og barna ble matchet på kjønn, alder og sosial status. Deltakelse i «Zippys venner» viste til tydelig bedring på mestring og ulike sosiale ferdigheter. Det var en økning av ferdigheter som samarbeid, positiv selvhevdelse, selvkontroll og empati, og en økning i antall positive mestringsstrategier som det å snakke med andre. Samtidig som det viste seg å være en reduksjon av problematferd og i antall negative mestringsstrategier, som det å skrike eller bite negler. Førskolebarna i Litauen ble fulgt opp da de begynte på skolen for å se hvordan de tilpasset seg skolesituasjonen. Sammenlignet med en kontrollgruppe som ikke hadde gjennomført programmet «Zippys venner», viste barna bedre tilpasning i første klasse enn barna i kontrollgruppen. De innordnet seg lettere skolens rutiner og regler, fikk lettere venner, gledet seg mer til å gå på skolen og håndterte konflikter på en bedre måte.

«Zippys venner» har i Norge blitt evaluert av Sosial og helsedepartementet og Utdanningsdirektoratet, og ble ansett som et positivt tiltak. Denne evalueringen er imidlertid gjort på bakgrunn av studiene i Danmark og Litauen. For at vi skal kunne få en fullverdig evaluering av programmet brukt på norske barn, er programmet per idag under evaluering gjennom en studie som blir utført av Regionsenteret for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør.

7.1.2 «Alle har en psykisk helse»

«Alle har en psykisk helse» er programmet utviklet for elever i ungdomsskolen. Det omfatter alle trinnene, 8, 9 og 10 klasse. Rådet for psykisk helse står bak programmet og undervisningstilbudet er tilpasset læreplanens generelle del.

Formålet til «Alle har en psykisk helse» er:

- Forebygge psykiske vansker hos ungdom
- Bidra til å utfordre unges holdninger og deres fordommer overfor psykisk helse og psykiske lidelser
- Skape åpenhet og trygghet slik at de unge tør å snakke om psykisk helse og følelser
- Gi ungdom økt kunnskap om de ulike delene av hjelpeapparatet og om hvor de kan få hjelp

Målet med programmet «Alle har en psykisk helse» er å gjøre eleven tryggere både på egen og andres psykiske helse. Hensikten er å øke elevens innsikt i hva man skal gjøre når man møter vanskeligheter, hvordan man kan hjelpe andre som har problemer og gi elevene kunnskap om hvor man kan få hjelp. Det presiseres at det i programmet vektlegges at læreren kun skal være veileder og ikke terapeut, og i tillegg at programmet ikke er ment å være behandlende, men forebyggende. Dette er for øvrig noe som er gjeldende for alle programmene i «Psykisk helse i skolen».

På ungdomsskolen er programmet delt i inn tre temaer, som alle bygger på hverandre, og det er ett tema for hvert trinn. Temaer og struktur varierer i forhold til elevenes alder, skolesituasjon og forhåndskunnskap. I 8. klasse er det stram struktur, mens i 9. og 10. klasse gis elevene mer frihet. For at elevene skal få fullt utbytte av programmet bør de følges i riktig rekkefølge. Programmet består hovedsaklig av prosjektarbeid.

Første året på ungdomsskolen er temaet «*Selvopplevelse og identitet*». Her skal elevene bli bevisste på hvilke vansker de kan møte i det nye miljøet på ungdomsskolen, samt hvilke nye krav og forventninger som stilles. I dette prosjektarbeidet vil elevene også få en innføring i

tre delingen av begrepet psykisk helse, slik at ungdommene får en helhetlig forståelse av begrepet.

I 9. klasse skal elevene gjennomgå temaet «*Annerledeshet og ensomhet*». Dette temaet hjelper ungdommene forstå hvordan elever som ikke har klart å finne seg til rette på ungdomsskolen og som føler de ikke passer inn, har det.

Siste tema er «*Frykt for det ukjente*» og gjennomgås i 10. klasse. Det ukjente er her spesifisert som ungdommenes framtid. På dettes stadiet av programmet «Alle har en psykisk helse» er ungdommene på vei mot videregående skole. Der møter de igjen nye krav og forventninger. De skal nå, gjennom det siste temaet, øke sin bevissthet og forståelse for egen og andres psykiske helse, og vil dermed føle seg tryggere i møte med det ukjente.

Overgang fra barneskolen til ungdomsskole eller fra ungdomsskolen til videregående skole kan være en risikofaktor for å utvikle psykiske vansker, da denne overgangen innebærer store forandringer for barna. Programmene ønsker å sette barna i stand til å håndtere disse overgangene på en positiv måte. Ungdommene skal lære seg å bruke ulike mestringsstrategier i møte med det ukjente. Med programmene forsøker man øke deres forståelse for andres følelser, altså øke barnas refleksjon. Det er et mål å alminneliggjøre psykiske vansker, slik at barn kan få det syn at de som sliter er vanlige barn, de er ikke unormale.

«Alle har en psykisk helse» har Aaron Antonovskys salutogenesiske modell på *mestring* som teoretisk utgangspunkt. Den salutogenesiske modellen til Antonovsky forutsetter at alle individer har generaliserte motstandsressurser som kontinuerlig tas i bruk for å håndtere påkjenninger i hverdagen. Det som er avgjørende for hvordan mennesker greier oss i møte med disse påkjenningene, er vår «Følelse av Sammenheng» eller «Sense of Coherence». For å kunne oppnå en følelse av sammenheng i tilværelsen må man være i stand til å *kunne forstå situasjonen man møter, ha tro på at vi kan finne fram til løsninger på problemet, samt finne god mening i å forsøke og finne fram til løsninger*. Dersom et individ innehar disse tre grunnleggende forutsetningene og oppnår en følelse av sammenheng, vil man kunne føle at en har innvirkning på sitt eget liv.

Det er en målsetting med programmet at ungdomsskoleelevene med systematisk arbeid og tilrettelegging vil kunne oppnå følelse av sammenheng i de tilfeller de møter vansker relatert

til psykisk helse. Gjennomgang av temaene i «Alle har en psykisk helse» skal kunne bidra til økt trygghet for de elevene som allerede har psykiske vansker, og for de elevene som kjenner noen som har det, enten i familie eller blant venner. For de elevene det gjelder, vil det kunne oppleves som frigjørende å få snakke om vanskene via et opplegg i skolen, uten at de trenger blottlegge seg.

Det salutogenesiske perspektivet på mestring brukes altså som rettleiding for at ungdommene kan få en bedre forståelse for egen og andres situasjon, styrke de unges tro på at man kan finne løsninger, og samtidig finne god mening i å forsøke å finne fram til løsninger.

«Alle har en psykisk helse» blir effektevaluert av psykologisk institutt ved Universitetet i Tromsø. Denne evalueringen ble igangsatt i 2005 og skal til sammen gå i tre deler over tre år. Evalueringen vil bli ferdig i løpet av 2008.

7.1.3 «Hva er det med Monica?»

«Hva er det med Monica» er utviklet av Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning, og er rettet mot lærere på ungdomsskolen og videregående skole. Programmet består av foredrag av ulike fagfolk innenfor psykisk helse og pedagogikk. «Hva er det med Monica» skal gi lærere økt kunnskap og forståelse om både psykisk helse og psykiske vansker, og samtidig gi lærere trygghet til å hjelpe ungdom som sliter med psykiske plager og lidelser. Programmet vil også gi lærerne verktøy til å implementere kunnskap om psykisk helse og psykiske vansker i undervisningen. Lærerne vil få innføring i ulike plager og lidelser for å kunne oppdage symptomene tidlig og være istand til å hjelpe elevene, enten gjennom samtaler eller bidra til at de kommer i kontakt med hjelpeinstanser. Dette programmet gir lærerne innsikt i hvordan de kan være en støtte for barn og unge som sliter. Det er imidlertid viktig å huske at læreren ikke har en terapeutisk rolle. De kan samtale med eleven, men må henvise en elev til fagfolk dersom eleven har store vansker som læreren ikke kan hjelpe til med å løse. Det er heller ikke målet til tiltakene i «Psykisk helse i skolen» å være behandlende, de skal være forebyggende.

For elever som sliter vil en lærer i noen tilfeller være en uvurderlig støtte dersom eleven ikke mottar støtte hverken hjemme eller blant venner. Læreren vil i et slikt tilfelle kunne fungere som en beskyttelsesfaktor for eleven, og kunne være den faktoren som klarer å beskytte eleven mot skjevutvikling. Flere studier, blant annet Kauaistudien til Werner og Smith (1977,1982, 1992, 2001) vektlegger lærerens rolle i resilient utvikling. En lærers betydning for et barns utvikling viser til viktigheten av sosial støtte for en resilient utvikling.

Viktigheten av lærere som *sosial støtte* for elever støttes opp av flere nyere forskningsprosjekter, deriblant en doktorgradavhandling av Anne Marie Undheim (2008) utført ved NTNU. Et av hovedfunnene i hennes avhandling er at manglende støtte fra lærer kan føre til at elever i ungdomsskolen, da spesielt jenter som er mer sårbare enn gutter i denne alderen, utvikler symptomer på depresjon. Hun vektlegger viktigheten av at en lærer som oppdager symptomer kan medvirke til hjelp for den aktuelle eleven. En annen studie som viser at gode forhold mellom lærer og elev hjelper unge med depresjoner er en studie utført av professorene Edvin Bru og Terje Arnfinn Murberg ved Universiteter i Stavanger. Studien er utført blant 200 elever ved en videregående skole i Stavanger. Hovedfunnene i denne studien viser at læreren kan spille en viktig rolle når det gjelder å motvirke psykiske vansker blant elevene. Av elever som rapporterte om emosjonelle vansker, var tendensen til bedring større blant elever som opplevde god støtte fra læreren.

I den nye Stortingsmeldingen av 19 Juni 2008, *St.mld. nr. 31 Kvalitet i skolen*, vises det til betydningen av en god relasjon mellom lærer og elev. Spørsmålet er om læreren har ressurser til å være samtalepartner for elever som har psykiske vansker. Dersom en lærer skal være samtalepartner vektlegges det at lærere bør ha opplæring i å fange opp elever med psykiske vansker. Dette kan tiltaket «Hva er det med Monica» bidra med. Det må igjen understrekes at lærere ikke på noen måte kan ha en terapeutisk rolle ovenfor elever. Hverken Stortingsmeldingen eller «Psykisk helse i skolen» har dette som målsetting. Læreren skal være en støtte og samtalepartner i hverdagen slik at elevene har en opplevd støtte, noe som har en positiv effekt på elevenes psykiske helse. Lærere skal imidlertid være oppmerksom på faresignaler slik at de er istand til å fange opp risikobarna og henvise de til fagfolk dersom det er nødvendig.

Lærerprogrammet «Hva er det med Monica» skal effektevalueres av Sintef Helse, og forventes ferdigstilt i 2010.

7.1.4 Oppsummering av beskyttelsesfaktorene de utvalgte opplæringsprogrammene vektlegger

Analysen av «Psykisk helse i skolen» viser at de enkelte opplæringsprogrammene vektlegger følgende av de utvalgte beskyttelsesfaktorene:

- **«Zippys venner»:** Sosial støtte, sosiale relasjoner, sosiale ferdigheter, mestring med oppgaveorientert og emosjonsfokuserte mestringsstrategier
- **«Alle har en psykisk helse»:** Følelse av sammenheng, det salutogenesiske perspektivet på mestring
- **«Hva er det med Monica?»:** Sosial støtte

7.2 Utdypet analyse av psykisk helse som satsingsområde i norsk skole

I arbeidet med første del av problemstillingen stilte jeg en rekke spørsmål som er nødvendig å drøfte da de gir en utdypet analyse av psykisk helse som satsingsområde i norsk skole, og i tillegg bidrar til å svare på andre del av problemstillingen. Dette avsnittet tar opp disse spørsmålene.

Innledningsvis i avhandlingen har jeg skrevet følgende: «Det overordnede målet med «Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse. . . sammen om psykisk helse . . .» er å sikre alle barn og unge en god psykisk helse. Hovedmålene er blant annet at barn skal mestre sitt eget liv, man skal komme de i møte, deres behov skal legges til grunn for tiltak, og tiltak skal baseres på dokumentert kunnskap og forskning. Tiltak Regjeringen ønsker å iverksette gjennom strategiplanen skal ha en forebyggende profil, og samtidig virke helsefremmende. De skal ha som mål både å forebygge psykiske vansker og fremme god psykisk helse hos alle barn og unge». Er ivaretatt i skolesatsingen «Psykisk helse i skolen»?

Gjennom satsingen «Psykisk helse i skolen» oppfyller man målene fra Regjeringens strategiplan da man kommer barn og unge i møte gjennom å møte dem på deres egen arena, nemlig skolen.

Vi ser at barn og unges nivå og behov er godt tilrettelagt i satsingen, da det i utformingen av de ulike programmene er tatt hensyn til både alder og utviklingsnivå gjennom å rette de mot barn fra 6 år og opp til 18 år, fordelt på fem programmer.

Begge elevprogrammene i satsingen som jeg har valgt ut for analyse, er mestringsorienterte. Det ene programmet, «Alle har en psykisk helse» er basert på Antonovskys salutogenesiske mestringsperspektiv, mens det andre, «Zippys venner», er basert på Lazarus og Folkman mestrings-teori, basert på emosjonsfokuserte og oppgavefokuserte mestringsstrategier.

Alle programmene har et helsefremmende og forebyggende utgangspunkt, ikke behandlende. På hvilken måte fremmer og forebygger programmene psykisk helse? Dette gjør de gjennom bevisstgjøring, og de vil forsøke å vise at kunnskap om psykisk helse kan virke

forebyggende. Gjennom programmene vil man forsøke å lære barn og unge å ta vare på både egen og andres psykiske helse. Elevene skal dessuten få kunnskap om hvor de kan søke hjelp dersom de har psykiske plager, slik at de kan forsøke å unngå å utvikle en psykisk lidelse.

Programmene er beregnet for alle barn og unge i skolepliktig alder, noe som er målsettingen til Regjeringen. Hovedmålene til elevprogrammene er å gi barn og unge kunnskap om psykisk helse, hvordan de kan være til støtte for hverandre, hvordan de skal få hjelp av voksne slik at de ikke selv tar ansvar for venners vansker, samt hvor de kan søke hjelp. Programmet som er beregnet for lærere på ungdomsskolen og videregående skole, skal gi lærerne økt kunnskap om psykisk helse samt gjøre dem sikrere i hvordan de skal forholde seg til elever med psykiske vansker.

Min forståelse eller definisjon av begrepet psykisk helse, og slik det har blitt brukt og brukes i avhandlingen er: «Et individ har evnen til å forbli frisk og føle velvære, og unngå psykiske plager og lidelser til tross for møte med motgang. Man har god sosial fungering, deriblant givende relasjoner til andre mennesker, og individet er istand til å nå sitt potensiale, enten gjennom jobb, skole eller som medlem av det samfunnet han eller hun lever i». Er det denne forståelsen av psykisk helse som er vektlagt i «Psykisk helse i skolen»?

Gjennom de ulike programmene ønsker man å sette barn i stand til å mestre, derav forsøke å unngå at de utvikler psykiske vansker i møte med påkjenninger i dagliglivet. Man vil forsøke å gi barna evnen til å forbli friske og ivareta en god sosial fungering. Det legges vekt på viktigheten av sosiale relasjoner i alle programmene, da man gjennom å hjelpe og respektere andre kan skape gode vennskapsrelasjoner, en viktig beskyttelsesfaktor mot psykiske vansker.

Når det gjelder det å nå sitt potensiale, kan dårlig psykisk helse blant annet gå ut over skoleprestasjoner, noe som kan ha innvirkning på framtidig karriere og jobbmuligheter. Dersom man vil gi alle barn og unge en fullverdig utdanning og mulighet for suksess i arbeidslivet, må man starte med forebyggende tiltak i skolen, en arena hvor man når alle barn og unge. Skolen blir da en viktig arena for forebyggende og helsefremmende tiltak som for eksempel opplæringsprogrammene i «Psykisk helse i skolen».

«Psykisk helse i skolen» vektlegger at psykisk helse er tredelt begrep, da prosjektarbeidet i programmet «*Alle har en psykisk helse*» som er laget for 8 klasse og går over tre dager, er delt i tre undertemaer, ett for hver dag; psykisk *velvære*, *psykiske plager* og *psykiske lidelser*. Ungdommene vi får en innføring i hvert enkelt tema gjennom dette prosjektarbeidet, noe som vil gi barna helhetlig forståelse av bredden i begrepet psykisk helse.

Det ble tatt opp i kapittel tre som omhandlet psykisk helse, at dersom forebyggende tiltak skal ha best effekt, bør tiltaket tilrettelegges tiltak for alder og kjønn og ha et fokus på de mest utbredte lidelsene. Det blir dermed aktuelt å undersøke om «*Psykisk Helse i Skolen*», som er rettet mot alle barn og unge i norsk skole, er tilrettelagt når det gjelder alder, kjønn og lidelser.

«Psykisk helse i skolen» er tilrettelagt etter både nivå og behov da det er tilrettelagt etter alder. Det finnes egne programmer for elever på barneskolen, ungdomskolen og videregående skole. Programmene for elevene er ikke kjønnsspesifikke, men «Regionsenteret for barn og unges psykiske helse» som per idag holder på med effektevaluering av «Zippys venner», ønsker å se på om programmet har ulik effekt på gutter og jenter. De ulike programmene i «Psykisk helse i skolen» er heller ikke rettet mot spesifikke plager og lidelser. Derimot vil det i lærerprogrammet og det ene elevprogrammet blitt gitt en innføring i de ulike psykiske plagene og lidelsene. Lærerne vil få innføring i ulike plager og lidelser for å kunne oppdage symptomene tidlig og være istand til å hjelpe elevene enten gjennom samtaler, eller hjelpe dem med å komme i kontakt med hjelpeinstanser. «Alle har en psykisk helse» gir ungdommene en innføring i de vanligste psykiske plagene og lidelsene for å få kunnskap om hvordan de kan mestre de, samt avmystifisere og fjerne fordommer og foruttagelser om personer med psykiske vansker.

Angst, depresjon og atferdsvansker er de lidelsene som opptrer hyppigst blant barn og unge. Er disse lidelsene tatt hensyn til i utarbeidelsen av «Psykisk helse i skolen»?

Angst og depresjon er emosjonelle vansker og tiltak for ungdom bør være rettet mot disse lidelsene. Hos små barn ser man oftere atferdsvansker, så tiltak mot denne gruppen bør rettes mot denne typen vansker. «Zippys venner» er rettet mot endring av problematferd og styrking av sosiale ferdigheter, altså er programmet rettet mot atferdsvansker. De fokuserer på mestringsstrategier, gjennom økning av positive strategier og nedgang av negative strategier. Ungdomsprogrammene på sin side, er rettet mot å mestre emosjonelle vansker, som frykt og ensomhet, for å forebygge psykiske vansker.

Mestring er en viktig beskyttelsesfaktor innenfor resilience, hvor oppgaveorientert og følelsesorientert mestring effektivt reduserer stress. I den sammenheng stiller jeg meg spørsmålet om disse typer mestring er vektlagt i programmene i «Psykisk helse i skolen», samt om de kombineres.

Alle aspekter i programmet «Zippys venner», som er laget for barneskolen, er konkrete og rettet mot problemer som møtes, altså er de oppgaveorienterte. Det er lagt opp til at barna skal komme med løsningsforslag på ulike problemer. Barna skal ikke unngå eller forandre noe i forhold til det de møter, men heller løse problemene. «Zippy venner» er ikke bare oppgaveorientert, men fokuserer også på følelsesorientert mestring. Programmet vektlegger at barna skal kunne snakke om følelser, vise følelser, sette seg inn i andres følelser (empati) og lignende. «Zippys venner» kombinerer altså oppgaveorientert og følelsesorientert mestring som begge er effektive stressmestringsstrategier. I programmet «Alle har en psykisk helse» for elever i ungdomsskolen, er det oppgaveorientert mestring som er vektlagt som mestringsstrategi gjennom prosjektarbeidet elevene skal jobbe med i timene.

Det er ønskelig at alle barn og unge skal være i stand til å mestre stress og risiko, samt ha gode mestringsstrategier og høy self-efficacy. Vil opplæringsprogrammene i «Psykisk helse i skolen» kunne sette barn og unge bedre istand til å mestre stress og risiko, samt fremme mestringsstrategier og Self -efficacy?

For å svare på dette må man undersøke flere ting: Er oppgaveorientert og emosjonsfokusert mestring, som er effektive mestringstrategier, vektlagt i programmene i «Psykisk helse i skolen». Kan barn og unge tilegne seg disse strategiene? Hender det at man kombinerer disse strategiene? Programmet «Zippys venner» i satsingen «Psykisk helse i skolen» legger vekt på oppgave- og emosjonsfokuserede mestringsstrategier og de har som mål at barna skal tilegne seg begge typer strategier i møte med utfordringer i dagliglivet. Programmet er blitt effektevaluert og de barna som var med i studien viste en økning i positive mestringsstrategier og nedgang i negative. Konklusjonen blir at barn kan tilegne seg begge strategiene gjennom systematisk undervisning og veiledning, altså er det mulig for «Psykisk helse i skolen» å fremme gode mestringsstrategier og sette barn og unge i bedre stand til å mestre stress og risiko.

Opplæringsprogrammene for ungdom legger opp til at de skal lære seg å ta vare på egen psykisk helse. For å være i stand til dette må ungdommene ha tiltro til egne evner (om å gjøre det). Forsøker opplæringsprogrammene å fremme Self-efficacy hos ungdom? Self-efficacy handler som nevnt om tiltro til egne evner og troen på mestring. Et sentralt element er forventningen om å kunne takle problemene når de kommer, noe som gir en følelse av kontroll av situasjonen. Self-efficacy er knyttet til Antonovskys begrep Sense of Coherence og det andre komponenten i begrepet, «Håndterbarhet». Håndterbarhet handler om i hvilken grad man opplever å ha ressurser som kan hjelpe en med å håndtere de stimuli man møter, noe som er gjenkjennelig i teorien om Self-efficacy. Programmet «Alle har en psykisk helse» er bygget på Antonovskys begrep Sense og Coherence og deriblant komponenten «håndterbarhet», og er derfor sterkt knyttet til Self-efficacy. «Alle har en psykisk helse» er ikke ferdig effektevaluert, men ved en gjennomgang av programmets oppbygging og målsetting ser det ut til at programmet i teori vil kunne fremme høy Self-efficacy hos ungdom gjennom systematisk arbeid med temaene i programmet.

7.3 Analyse av «Psykisk helse i skolen» i forhold til konseptet «Wellness»

Dette avsnittet tar opp de fem spørsmålene jeg stilte meg i forbindelse med konseptet «Wellness» i kapittel 6, og vil gi svar på følgende: *Vil opplæringsprogrammene og «Psykisk helse i skolen» kunne oppfylle kriteriene til konseptet «Wellness»?*

Er kunnskapen om hva som fremmer psykisk helse satt inn i systemer og programmer?

Kunnskapen om hva som fremmer psykisk helse er satt inn systemer og programmer gjennom skolesatsingen «Psykisk helse i skolen». Denne satsingen er delt inn i fem ulike tiltak i form av opplæringsprogrammer i psykisk helse rettet mot barn og unge i alderen 6-18 år, og ett tiltak i form av et program beregnet for lærere på ungdomsskolen og videregående skole. Satsingen «Psykisk helse i skolen» er forankret i «Regjeringens strategiplan for barn og unge», en plan som satser på forebygging og tiltak for nettopp denne gruppen.

Er kunnskapen som brukes i konstruksjonen av de utvalgte programmene basert på resiliens og beskyttelses- og helsefremmende faktorer?

Programmet «Zippys venner» sitt teoretiske utgangspunkt bygger på resiliensforskning og sentralt står Lazarus og Folkmans mestringsperspektiv. «Zippys venner» er i hovedsak basert på begrepet mestring med vekt på emosjonsorienterte og oppgaveorienterte mestringsstrategier, men de vektlegger også sosial støtte, sosiale relasjoner og sosiale ferdigheter, som alle er viktige beskyttelsesfaktorer innenfor resiliens. I «Alle har en psykisk helse» er Antonovskys helsebringende faktorer og begrepet Sense of Coherence, det vil si det salutogenesiske perspektivet på mestring, brukt som teoretisk grunnlag for utforming av programmet. Lærerprogrammet «Hva er det med Monica?» vektlegger viktigheten av sosial støtte og sosiale relasjoner som grunnlag for god psykisk helse.

Brukes ny forskning, og blir den stadig evaluert?

To av delmålene i «Regjeringens strategiplan» er økt dokumentert kunnskap gjennom forskning og oppsummering av forskning, og kunnskap som grunnlag for tiltak og tjenester. «Zippy venner» har blitt effektevaluert og de øvrige programmene skal evalueres av ulike instanser innen 2010. Da vil man kunne avgjøre hvorvidt den kunnskapen programmene er basert på, det vil si resilienceforskningen, er effektiv i praksis. Programmene bygger imidlertid på forskning og alle programmene i satsingen har klare implementeringsstrategier, med gjennomføring og målsetting for hvert enkelt program.

Er skolen og satsingen «Psykisk helse i skolen» en riktig setting for fremming av psykisk helse hos barn og unge?

Ifølge konseptet «Wellness» er skolen en riktig setting for en slik satsing, da den settes inn i en hverdagsetting hvor barn utvikler seg, noe som er kriteriene til konseptet «Wellness».

Blir tiltakene satt inn tidlig nok for å ha best forebyggende effekt på barn og unge?

Skolesatsingen har tiltak rettet mot barn allerede fra seks år, det vil si fra første klasse på barneskolen. I forhold til den kunnskapen vi har om stabilitet, årsaker og utvikling av psykiske vansker, kan programmene ha en forebyggende effekt på de fleste sosialt relaterte vansker som oppstår i barneårene og ungdomsalderen, da de retter seg mot nettopp denne aldersgruppen.

Oppsummering av analysen av skolesatsingen «Psykisk helse i skolen» i forhold til konseptet «Wellness»:

Satsingen «Psykisk helse i skolen» og de fem opplæringsprogrammene oppfyller kriteriene til konseptet «Wellness» da kunnskapen er:

- Satt inn i systemer og programmer

- Kunnskapen som brukes i konstruksjonen av programmene er basert på resilience og beskyttelsesfaktorer og helsefremmende faktorer
- De bruker ny forskning og programmene har blitt og skal effektevalueres
- Forsøket på å fremme psykisk helse er satt inn i en riktig setting, det vil si en hverdagssetting hvor barn utvikler seg
- Satsingen settes tidlig i utviklingsprosessen, det vil si på et tidspunkt som gir en god forebyggende effekt når det gjelder utvikling av psykiske vansker

8.0 Oppsummering og konklusjon

Avhandlingen har tatt sikte på å svare på følgende problemstillinger:

«Hvilke faktorer fremmer psykisk helse hos barn og unge, og i hvilken grad ivaretar opplæringsprogrammene i «Psykisk helse i skolen» disse faktorene sett i lys av resiliensforskningen?»

Problemstillingen har gjort det nødvendig å belyse og redegjøre for:

- Psykisk helse
- Risiko og stress
- Resilience, mestring og helsebringende faktorer
- Skolesatsingen «Psykisk helse i skolen».

Psykisk helse er mer enn bare fravær av psykiske plager eller en psykisk lidelse. Det handler om å jobbe mot sin best mulige tilstand av psykisk velvære, kunne tilpasse seg endringer og håndtere daglige utfordringer. Psykisk helse og velvære handler om å mestre tanker og følelser, samt å kunne ha gode sosiale relasjoner til andre mennesker. Psykisk helse er som et kontinuum, som går fra en tilstand av optimal helse, til det å ha en lidelse som kan påvirke tanker, følelser og atferd. De fleste befinner seg, i likhet med fysisk velvære, et sted på midten av kontinuumet, men tilstanden kan variere over tid.

Psykiske vansker oppstår når et individs tanker eller følelser gir ubehag i en grad som går ut over daglige aktiviteter, jobb, skole eller relasjoner til andre mennesker. Dette betyr ikke at personen har en psykisk lidelse, men dersom de er alene om vanskene kan det utvikle seg videre, og man er i risiko for å utvikle en psykisk lidelse.

Psykiske lidelser er mer alvorlige og langvarige vansker. For å kunne si at en person har en psykisk lidelse må personen bli diagnostisert av en psykolog eller psykiater og oppfylle diagnosekrav på enten DSM-IV eller ICD-10. Tilstanden krever i tillegg at man får langvarig behandling og støtte.

Mange *tanke, følelser og atferd* kan være faresignaler på at en person kan ha psykiske vansker. Tilstedeværelsen av faresignaler indikerer ikke nødvendigvis at en person har psykiske vansker, men kan være et tegn på et behov for ekstra støtte i en periode.

I dag fokuseres det mye på *forebyggende og helsefremmende tiltak* når det gjelder helse, ikke minst psykisk helse. Det handler blant annet om hvordan vi kan skaffe oss kunnskap om å tilrettelegge tiltak, hvordan vi kan forandre og forbedre vårt fysiske og sosiale miljø og hvordan vi kan styrke følelsesmessige og sosiale bånd slik at vi mestrer livets påkjenninger.

En forebyggende og helsefremmende satsing rettet mot barn og unge er skolesatsingen «*Psykisk helse i skolen*» som består av seks opplæringsprogrammer i psykisk helse, fem rettet mot elever og ett rettet mot lærere. Denne satsingen er forankret i «*Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse...sammen om psykisk helse...*» som er en del av «*Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2008*». Opptappingsplanen har som målsetting å forsøke bedre norske barn og unges psykiske helse gjennom å utvikle forskjellige forebyggende og helsefremmende tiltak, ikke bare styrke eller utvide allerede eksisterende behandlende tilbud.

Forebyggende og helsefremmende tiltak for barn og unge er blant annet basert på kunnskap fra *risiko- og resilienceforskningen*. Risiko handler om betingelser eller forhold som kan gi et individ en forhøyet sjanse for et negativt utfall, mens resilience handler om barn som har hatt en positiv utvikling og har en god psykisk helse til tross for at de har vært utsatt for stress og risikoforhold. Gjennom risiko- og resilienceforskningen har man identifisert det som kalles *risikofaktorer* og *beskyttelsesfaktorer*. Risikofaktorer er en betegnelse på forutgående betingelser assosiert med økt sannsynlighet for negative utfall, mens beskyttelsesfaktorer refererer til forutgående betingelser assosiert med reduksjon av negative utfall og økning av positive. Litteraturanalysen viser at det finnes tre hovedgrupper beskyttelses- og risikofaktorer, som i interaksjon med hverandre påvirker et barns utvikling:

- *Individuelle faktorer*
- *Familiære faktorer*
- *Samfunnbaserte faktorer*

Identifiseringen av disse faktorene, og samspillet mellom dem, har bidratt til å gi oss kunnskap om ulike utviklingsveier. Denne kunnskapen har dermed blitt en viktig bidragskilde i utviklingen av helsefremmende og forebyggende tiltak for barn og unge.

Programmene i «Psykisk helse i skolen» bygger på denne forståelsen, det vil si at et barns psykisk helse påvirkes av individuelle, familiære og samfunnsmessige forhold, og samspillet mellom disse.

For å svare på første del av problemstillingen redegjorde jeg for resilienceforskningen. Gjennom å belyse begrepet resilience kom jeg fram til hvilke faktorer som fremmer psykisk helse og forebygger psykiske vansker, altså beskyttelsesfaktorer. Avhandlingens andre del har tatt sikte på å belyse *i hvilken grad beskyttelsesfaktorene, identifisert gjennom resilienceforskningen, er ivaretatt i opplæringsprogrammene i «Psykisk helse i skolen»*. De faktorene jeg valgte ut for å analysere i hvilken grad de ble ivaretatt var:

- *Mestring og self-efficacy*
- *Sosiale ferdigheter*
- *Sosial støtte og gode sosiale relasjoner*
- *Følelse av sammenheng (SOC)*

Risikoforskningen viste at det antall risikofaktorer som var tilstede i et individs liv, korrelerte med sjansen for utviklingen av psykiske vansker. Dermed kan vi stille hypotesen: Jo høyere antall beskyttende faktorer som innlemmes i opplæringsprogrammene, desto bedre effekt vil opplæringsprogrammene ha i forebygging av psykiske vansker hos barn og unge.

Analysen kom frem til at alle de utvalgte beskyttelsesfaktorene er ivaretatt i de tre opplæringsprogrammene i «Psykisk helse i skolen», «*Zippys venner*», «*Alle har en psykisk helse*» og «*Hva er det med Monica*». En gjennomgang av programmene viser at programmene er mestringsorienterte og basert på beskyttelsesfaktorer eller Antonovskys helsebringende faktorer. I «*Zippys venner*» er sosial støtte, sosiale ferdigheter, sosiale relasjoner og mestring, med oppgaveorientert og emosjonsfokuserte mestringsstrategier, vektlagt som faktorer som fremmer psykisk helse hos barn og unge. Programmet «*Alle har en psykisk helse*» har det salutogenesiske perspektivet på mestring og begrepet Følelse av

Sammenheng som teoretisk utgangspunkt. I lærerprogrammet «*Hva er det med Monica?*» fremheves viktigheten av sosial støtte og lærerens rolle i forhold til elever med psykiske vansker.

Styrken til opplæringsprogrammene i «*Psykisk helse i skolen*» ligger i at de bidrar til å :

- Bevisstgjøre og gi barn og unge kunnskap om psykisk helse og ulike psykiske plager og lidelser, da dette ikke er allmennkunnskap og at psykiske vansker ofte kan virke skremmende og uvant
- Bryte ned fordommer, negative holdninger og mytiske forestillinger som barn og unge har om psykiske lidelser og behandlingen av disse
- Allmenngjøre psykiske plager og lidelser, slik at barn og unge ikke føler skamfølelse over å ha psykiske plager eller lidelser
- Gjøre eleven tryggere på sin egen og andres psykiske helse, slik at de oppdager faresignaler hos seg selv og andre, at de tør og føler seg motivert til å søke hjelp dersom de opplever vansker, samt at de føler seg kompetente til å stille opp for andre som sliter
- Gir barn og unge kunnskap om hjelpeapparater hvor de kan få støtte, hjelp og behandling, da ikke alle er klare over hvilke instanser de kan henvende seg til
- Gi lærere økt kunnskap om psykiske plager og lidelser, faresignaler og hvordan de skal forholde seg til elever med vansker. Dette er viktig fordi lærere kan mistolke elevens atferd som annet enn psykiske vansker, som for eksempel motivasjonssvikt, skoletrettehet eller latskap, da kunnskap om psykiske vansker er et forsømt kompetanseområde i lærerutdanningen

For å kunne avgjøre hvorvidt programmene har en dokumentert positiv effekt på barn og unges psykiske helse, må programmene effektevalueres. Effektevaluering av «*Zippys venner*» som i hovedsak baserer programmet på mestring, viser at barna etter programmets gjennomføring hadde en reduksjon av negative mestringstrategier og økning av positive. Positive mestringstrategier er strategier som hjelper barn i å håndtere vansker på en konstruktiv måte, og kan beskytte dem mot skjevutvikling. Barna hadde en økning av sosiale

ferdigheter, samarbeidsevne, selvhevdelse, selvkontroll og empati. Disse egenskapene bidro til at barna i større grad tilpasset seg forandringer, innordnet seg etter regler, hadde lettere for å få venner da de viste gode strategier i møte med nye barn, og de ble flinkere til å håndtere konflikter. Egenskapene barna tilegnet seg er alle faktorer som virker beskyttende på individets utvikling. Programmet «Zippys venner» viser seg altså å kunne ha en positiv effekt på barn når det gjelder forebygging av psykiske vansker. De resterende programmene i satsingen er under evaluering, så man kan foreløpig ikke si noe om effekten av disse, men på bakgrunn av det teoretiske grunnlaget avhandlingen baserer seg på, vet vi at vitenskapelig forskning har kommet fram til at tilstedeværelsen av flere beskyttende faktorer i et individs liv øker sjansen for en positiv utvikling. Derav kan man anta at jo flere beskyttelsesfaktorer som er tilstede i opplæringsprogrammene for barn og unge, dess bedre effekt kan programmene ha i å fremme psykisk helse hos barn og unge, og bidra til forebygging av psykiske vansker.

Opplæringsprogrammene som er rettet mot å styrke barn og unges psykiske helse er gode og effektive løsningsforslag på et økende samfunnsproblem, *men programmene kan ikke stå som eneste satsing for barn og unge*. Man kan ikke satse kun på forebygging når det gjelder psykiske vansker, og forebygging kan heller ikke være en erstatning for andre tilbud til barn og unge. Et forebyggende tiltak kan ikke erstatte behandling. Det er viktig å bevare behandlingsdelen, da et forebyggende tiltak aldri vil kunne garantere at barn og unge ikke utvikler psykiske vansker. Det er også viktig å ikke ha et utopisk syn; ved å forebygge kan man løse det økende samfunnsproblemet og redusere antall barn med psykiske vansker.

Psykiske vansker er både sosialt og arvelig relatert. De fleste psykiske vansker ikke arvelige, men forbundet med at barn og unge har vært utsatt for stress og risiko. De mest prevalente lidelsene er angst, depresjon og atferdsvansker, som alle er påvirkelige av sosiale faktorer. Ved å skape forebyggende tiltak og rette de mot alle barn og unge, gjør man de i stand til å mestre fremtidig risiko, da risiko kan oppstå når som helst i utviklingsforløpet. Når det gjelder arvelige sykdommer, vil man gjennom forebyggende tiltak ikke være i stand til å forandre det genetiske, kun forsøke å modifisere de sosiale påvirkningene slik at arvelige predisponerte sykdommer kanskje ikke manifesterer seg hos alle risikoutsatte barn og unge.

Programmene i «Psykisk helse i skolen» er rettet mot alle barn og unge, men det er etter min mening nødvendig å ha et ekstra fokus på risikobarna og barn som allerede har psykiske

vansker. Risikobarna er ekstra utsatt for å utvikle psykiske vansker, mens de barna som allerede har utviklet plager og lidelser er i behov for behandling. Dette betyr at forebyggende tiltak ikke bare bør fokusere på helsefremmende faktorer for alle, men man må i tillegg utvikle systemer i skolen som fokuserer på risikobarna og barn med plager og lidelser. Derfor bør «Psykisk helse i skolen», som skal virke forebyggende og helsefremmende for alle barn og unge, også fange opp disse utsatte gruppene. En gjennomgang av bakgrunnen for opplæringsprogrammene tyder på at skolen er oppmerksom på at mange barn som kommer til å bruke programmene, allerede har psykososiale vansker. Det legges vekt på at læreren gjennom opplæring skal bli oppmerksom på elevers vansker og henviser eleven det gjelder videre til spesialister som kan gi eleven behandling. Lærerne skal ikke selv være terapeuter for barn og unge, de er først og fremst pedagoger og veiledere.

Når det gjelder tilrettelegging av programmene for risikobarn, barn som er særlig utsatt for å utvikle psykiske vansker, er ikke dette tydelig ivaretatt. Slik programmene er tilrettelagt i dag retter de seg på lik måte til alle barn og unge. Skolen er imidlertid oppmerksom på de risikoutsatte elevene, men programmene blir ikke spesielt tilrettelagt for deres behov. Vi har heller ikke dokumentasjon på om programmene har noen virkning på risikobarn. Regionsenteret for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør, som står bak den norske evalueringen av «Zippys venner», ønsker imidlertid å studere effekten av programmet på risikobarn. Dette vil gi oss verdifull informasjon for tilrettelegging av programmer i framtiden.

I forebyggende og helsefremmende tiltak er det i tillegg viktig å se på indirekte faktorer ved forebyggelse av psykiske vansker. Indirekte faktorer er «noe som virker via noe annet». Et eksempel på en indirekte faktor er foreldres psykiske vansker og hvilken innvirkning dette kan ha på barn og unges psykiske helse. Foreldres psykiske vansker er noe som påvirker barn direkte, men i dette tilfellet er det snakk om hvilke faktorer som ligger bak sykdommen, hvilke forhold gjør at foreldre utvikler symptomer på psykiske vansker, derav betegnelsen indirekte faktorer. I slike tilfeller er det nødvendig å endre foreldrenes situasjon for å bedres barnas situasjon, noe som kan minske sjansen for at barna skal utvikle psykiske vansker.

I «Psykisk helse i skolen» er ikke dette tatt hensyn til. Fokus i opplæringsprogrammene ligger i at barn skal motta støtte og hjelp, og henvises videre dersom de har et høyt symptomnivå av plager. Er det slik at en av foreldrene har psykiske vansker, vil ikke barnets

hjemmesituasjon forandre seg med mindre familien mottar hjelp. Barnet vil fremdeles være i risiko for å utvikle vansker. Med andre ord; for å kunne forebygge at barnet utvikler vansker, bør hele familien få hjelp, ikke bare barnet. I slike tilfeller er man imidlertid over i behandling og ikke forebygging. Behandling er ikke en av målsettingene til «Psykisk helse i skolen», men det at familien generelt og familiemedlemmet med psykiske vansker spesielt, får hjelp på et tilpasset nivå, kan virke forebyggende på barnet slik at han eller hun ikke utvikler psykiske vansker. For at forebyggende og helsefremmende tiltak skal ha best effekt bør de mest sannsynlig rettes mot familier, ikke bare barn og unge.

Det er i tillegg viktig å huske at opplæringsprogrammene kan fremme andre ting enn det som opprinnelig var planlagt. Det kan være uante positive konsekvenser av tiltakene.

Programmene kan vise seg å fremme klasse- eller skolesamhold, vennskap og lignende.

Dette er tatt til etterretning av «Regionsenteret for barn og unges psykiske helse» når de skal evaluere «Zippys venner», da de vil undersøke om bruken av programmet fører til et bedre sosialt miljø i klassen.

Etter min mening er «Psykisk helse i skolen» en satsing som er et kjærkomment tilskudd til skolene, lærere og barn og unge. Gjennom å innlemme beskyttelses- og helsebringende faktorer i skolehverdagen bidrar satsingen til å fremme mestring og ulike sosiale ferdigheter hos barn og unge. Dette hjelper dem i å håndtere dagliglivets utfordringer og skape gode relasjoner til andre mennesker, noe som virker beskyttende på individets utvikling og forebygger psykiske vansker. Satsingen bidrar dessuten til økt kunnskap og åpenhet om psykiske vansker både blant elevene og lærere, noe som er viktig da psykiske vansker ofte er et tabubelagt tema og kan virke fremmed og mystisk. Det er imidlertid viktig at de enkelte programmene stadig evalueres og at ny kunnskap og forskning legges til grunn for revidering av tiltakene. På den måten kan man kontinuerlig forbedre og tilrettelegge programmene, og dermed i større grad bidra til forebyggelse av psykiske vansker og bedring av barn og unges psykiske helse.

KILDELISTE

Litteratur

- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans Mysterium*. Stockholm: Bokforlaget Natur og kultur
- Anthony, E.J. og Cohler, B.J. (1987). *The Invulnerable Child*. New York: Guilford Press
- Borge, A.I.H. (2003). *Resiliens, Risiko og Sunn Utvikling*. Gyldendal Norsk Forlag AS
- Borge, A.I.H. (2007). *Resiliens i Praksis, Teori og Empiri i et Norsk Perspektiv*. Gyldendal Norsk Forlag AS
- Brooks, S. og Goldstein, R., B.(2005). *Handbook of Resilience in Children*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers
- Crain, W. (2000). *Theories of Development, Concepts and Applications*. 4th edition. NJ: Prentice-Hall, Inc.
- FHI Rapport 2003:10. *Psykiske lidelser blant barn 0-12 år*
- FHI Rapport 2006:2. *Sosiale risikofaktorer, psykisk helse og forebyggende arbeid*.
- FHI Rapport 2006:6. *Kunnskapsoppsummering om barn og unges helse*
- FHI Rapport 2007:5. *Trivsel og oppvekst – barndom og ungdomstid*
- Garnezy, N & Masten, A. (1990). *The Adaptation of Children to a Stressful World: Mastery of Fear. I: Arnold, L. E. (ed.): Childhood Stress*. New York: Wiley International.
- Garnezy, N., Rutter, M. (1983). *Stress, Coping and Development in Children*. New York: McGraw-Hill
- Gjærum, B., Grøholt, B., Sommerschild, H.(Red) (1998). *Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre*. Tano Aschehoug
- Glicker, D., M. (2006). *Learning From Resilient People: Lessons We Can Apply to Counseling and Psychotherapy*. Sage Publications, Inc.

Haggerty, R.J., Sherrod, L.R., Garmezy, N. Og Rutter, M. (1994). *Stress, Risk and Resilience in Children and Adolescents*. Cambridge: Cambridge University Press

Henry E. (2003). *Psykologisk leksikon*. 3.opplag. Oslo: Aschehoug & Co

Kvernbekk, T.(2002). *Vitenskapsteoretiske Perspektiver*. I: Lund , T.(Red). *Innføring i Forskningsmetodologi*. Oslo: Unipub

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York. Springer Publishing Company, Inc.

Luthar, S., Cicchetti, D., Becker, B., (2000). *The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work*. In: *Child Development*, May/June 2000, Volume 71, Number 3, Pages 543-562. Society for Research in Child Development, Inc.

Masten, A.,S., (2001). *Ordinary Magic, Resilience Proseses in Development*. In: *American Psychologist*, March 2001, Volume 56, No 3, Pages 227-238.

Passer, M. W. & Smith, R. E. (2003). *Psychology, the Science of Mind and Behavior*. 2nd edition. New York: McGraw-Hill

Rutter, M. (1990). *Psychosocial Resilience and Protective Mechanisms*. In: Rolf, J., Masten, A.S., Cichetti, D., Nuechterlein, K. N., & Weintraub, S., (Eds), *Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology* (pp 181-221). New York: Cambridge University Press.

Sameroff, A., Lewis, M., Miller, S. (2000). *Handbook of Developmental Psychopathology*. New York : Kluwer Academic/Plenum Publishers

Schaffer, H. Rudolph (2005). *På Barns Vegne: Psykologiske Spørsmål og Svar*. Oslo Gyldendal Akademisk.

Toth, S. L., Cicchetti.D. (1999). *Developmental Psychopatology and Child Psychoterapy*. In: *Handbook of Psychotherapies with Children and Families* (Pages 15-44). Edited by Russ and Ollendick. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers

Undheim, A., M. (2008). Doktorgradavhandling NTNU: *Short and long-term outcome of emotional and behavioural problems in young adolescents with and without reading difficulties.*

Waaktaar, T. & Christie, H. J. (2000). *Styrk Sterke Sider, Håndbok i Resiliensgrupper for Barn med Psykososiale Belastninger.* Oslo: Kommuneforlaget AS

Werner, E.E., og Smith, R.S., (1992). *Overcoming the Odds, High Risk Children from Birth to Adulthood,* NY: Cornell University Press.

Werner, E., (1982). *Vulnerable but Invincible: A Longitudinal Study of Resilient Children and Youth.* New York: McGraw-Hill

Wyman, P., A., Sandler, I., Wolchnik, S., Nelson, K., (2000). Resilience as Cumulative Competence Promotion and Stress Protection: Theory and Intervention. In: Cicchetti, D., *The Promotion of Wellness in Children and Adolescents* (pp133-184). Washington DC, US: Child Welfare League of America

Internett

FHI 2007: *De vanligste psykiske plagene og lidelsene*

URL:http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5631:0:15,2667:1:0:0:::0:0

FHI 2007: *Psykiske plager og lidelser*

URL:http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5631:0:15,2337:1:0:0:::0:0

Foreningen Voksne for Barn. *Risikoutsatte barn- tall og fakta*

URL:<http://www.vfb.no/xp/pub/venstre/gul/start>

Graham Vimpani: *Developing resilience in young children,*

URL:http://www.curriculumsupport.education.nsw.gov.au/earlyyears/assets/pdf/k_4conference/vimpani_k_4.pdf

Helsebiblioteket 1998: *Definisjoner på helse*

URL:http://www.shdir.no/helsebiblioteket/emnebibliotek/folkehelse/helsetjenester_diverse/allartikler_div/definisjoner_p_helse_69758

Helsenytt 2003. *Psykiske lidelser blant barn og unge - søk hjelp - signaler...*

URL:<http://www.helsenytt.no/artikler/psykbarn.htm>

Helsenytt 2002. *Arv, miljø og psykiske lidelser*

URL:http://www.helsenytt.no/artikler/psyk_arv.htm arv og miljø

Kunnskapsløftet

URL:<http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/tema/andre/Kunnskapsloefet/Hva-er-Kunnskapsloftet.html?id=86769>

Mental helse 2007. *Lang ventetid for psykisk syke barn*

URL:<http://www.mentalhelse.no/?module=Articles;action=Article.publicShow;ID=9264>

NOVA Rapport 6/07

URL:<http://www.nova.no/index.gan?id=15&subid=0>

Psykisk helse i skolen

URL:<http://www.psykiskhelseiskolen.no/>

Rapport fra U.S. Department of Health and Human Services

URL:<http://www.bazelon.org/issues/children/factsheets/children-fact%20sheet%20final.pdf>

R.BUP Vest 2007. *Barn i Bergen*

URL:<http://www.unifobhelse.no/index.php?Gruppe=3&Lang=nor>

Riksrevisjonen 2007. *Kunnskapsoppsummering om barn og unges psykiske helse*

URL:http://www.phis.no/postmann/dbase/bilder/statistikk_barn%20og%20unge.pdf

Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse. . . sammen om psykisk helse . . .

URL:<http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hd/bro/2003/0004/ddd/pdfv/187063-s.pdf>

Riksrevisjonens undersøkelse av tilbudet til barn med psykiske lidelser

URL:http://www.riksrevisjonen.no/NR/rdonlyres/CDBAACFA-B0C3-4219-88C4-DFC0D40FF6E0/0/Dok_3_7_2006_2007.pdf

SSB 2007. *Befolkningsstatistikk. Ekteskap og skilsmisser 2007*

URL:<http://www.ssb.no/ekteskap/>

SSB Statistisk årbok 2006. *Barn med barnevernstiltak*

URL:<http://www.ssb.no/aarbok/tab/tab-140.html>

SSB 2005. *Fattigdom i Norge. Et hovedstadsproblem*

URL:http://www.ssb.no/magasinet/slik_lever_vi/art-2005-06-16-01.html

«*Survey of the mental health of children and young people in Great Britain*» 2004

URL:<http://www.statistics.gov.uk/cci/nugget.asp?id=1229>

St.meld. Nr 31 (2007-2008) *Kvalitet i skolen*

URL:<http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/regpubl/stmeld/2007-2008/stmeld-nr-31-2007-2008-.html?id=516853&showdetailedtableofcontents=true>

U.S. Department of Health and Human Services 2000

URL:<http://www.bazelon.org/issues/children/factsheets/children-fact%20sheet%20final.pdf>

WHO 2007. *Mental Health*

URL:http://www.who.int/mental_health/en/