

Opplevd stigma ved forebyggende tiltak i skolen

Barns opplevelse av stigmatisering ved deltakelse i et indikert forebyggende tiltak

Eva Gjertsen Nordal og Martine Hauglie Andersen

Innlevert som hovedoppgave ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo
Høst 2023

PSYC6100
30 studiepoeng



Sammendrag

Forfattere: Eva Gjertsen Nordal og Martine Hauglie Andersen.

Tittel: Opplevd stigma ved forebyggende tiltak i skolen. Barns opplevelse av stigmatisering ved deltakelse i et indikert forebyggende tiltak.

Veiledere: Hovedveileder Kristin D. Martinsen (Psykologisk institutt, UiO) og biveileder Dag Erik Eilertsen (Psykologisk institutt, UiO).

Bakgrunn og formål: Indikerte forebyggende tiltak i skolen er en mulig tilnærming til å identifisere, og tilby tidlig hjelp til barn og unge med psykiske vansker. Mulig stigma blir imidlertid trukket frem som en negativ side ved gjennomføring av indikerte tiltak i skolen. Det er lite forskning på hvordan slike forebyggende tiltak i skolen oppleves av barn. Formålet med denne studien var å undersøke om norske barn opplevde stigmatisering ved å delta i et indikert forebyggende tiltak rettet mot engstelige og triste barn. Individuelle karakteristikk ved barna som rapporterte stigma ble undersøkt og om stigma hadde effekt på tiltaket. Barnas brukerfornøydhets og endring i mestring av følelser ble også undersøkt. Utgangspunktet for denne studien var data innsamlet i Tidlig Intervensjon – Mestrende barn studien (TIM-studien).

Metode: TIM-studien var en klustret randomisert kontrollert studie med randomisering til tiltak og kontrollgruppe på skolenivå. I denne studien ble intervensjonsarmen av studien analysert. Utvalget bestod av 265 barn i aldersgruppen 8 til 12 år med forhøyet selvrapporert tristhet og/eller engstelse, som deltok i Mestrende barn-grupper. Selvrapporert stigma, brukerfornøydhets og mestring av følelser ble undersøkt gjennom evalueringsskjemaet ACE. Tristhet og engstelse ble målt gjennom spørreskjemaet Short Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ) og Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC). Våre hovedhypoteser var at barna ville rapportere lite stigma, men at stigmarapportering ville være høyere hos gutter, eldre barn og på små skoler. En annen hypotese var at stigma ville påvirke symptombedring negativt. Høy rapportert brukerfornøydhets og økt mestring etter tiltaket var også forventet, og at dette ville ha en negativ sammenheng med opplevd stigma.

Resultat: Barna rapporterte lite opplevd stigma. Hos barn som rapporterte stigma ble det ikke identifisert statistisk signifikante individuelle karakteristikk, men det var en statistisk signifikant forskjell mellom skolene med hensyn til rapportert stigma. Selvrapporert stigma og klassetrinn hadde statistisk signifikant effekt på symptombedring ved depresjon, hvor stigma hadde en negativ effekt og klassetrinn en positiv effekt. Det var også en statistisk

signifikant negativ sammenheng mellom stigma og brukerfornøydhhet, samt mellom stigma og mestring. Barna rapporterte høy brukerfornøydhhet og økte mestringsferdigheter, hvor jenter og yngre barn var mest fornøyde med tiltaket. Det ble også påvist en statistisk signifikant positiv sammenheng mellom brukerfornøydhhet og mestring. Økt mestring var positivt korrelert med symptombedring ved depresjon.

Konklusjon: Studiens resultater indikerer at barna hadde positivt utbytte av Mestrende barn-tiltaket, i form av høy brukerfornøydhhet og økt mestring. Opplevd stigma var ikke et alvorlig problem ved dette tiltaket, da rapporteringen av stigma var lav. Nyten ved å delta i et indikert forebyggende tiltak synes å veie opp for skadepotensialet ved stigma.

Forord

Vi vil først og fremst rette en stor takk til våre veiledere Kristin D. Martinsen og Dag Erik Eilertsen, som i hele denne prosessen har bidratt med verdifull kunnskap, nyttige tilbakemeldinger og tankevekkende drøftinger. Takk for deres engasjement, tid og interesse for denne hovedoppgaven.

En spesielt stor takk må rettes til Kristin D. Martinsen og alle de flotte personene ved RBUP Øst og Sør, RKBU Midt-Norge og RKBU Nord, som har utviklet Mestrende Barn-tiltaket og delt disse dataene med oss. Vi er takknemlige for at vi har fått muligheten til å ta del i dette viktige prosjektet.

Vi begynte denne prosessen med en interesse for arbeid med barn, og har underveis utviklet vår forståelse og interesse for skolen som en viktig arena for forebygging av psykiske lidelser. Når vi med dette runder av seks år med studier, oppleves det som meningsfylt å ha brukt vårt siste studieår på å utforske hvordan man kan styrke det psykiske helsetilbudet rettet mot barn.

Til slutt en hjertelig takk til familie og venner som har støttet oss i denne prosessen. Det er godt å kjenne kraften i samhold.

Hva likte du best i programmet?

«Vi lærte oss å mestre det vi frykter og strategier som kan hjelpe oss gjennom livet»

Hva likte du minst i programmet?

«At noen ertet meg fordi jeg var med (...) i TIM. Hvorfor er du med, har du et problem eller? Er du annerledes og ikke klarer å takle deg selv? Kom over det etter hvert, jeg mestret det.»

Andre kommentarer

«Dere burde fortsette med TIM. Før jeg startet var jeg veldig redd og engstelig, nå kan jeg være alene hjemme og jeg får sove om kveldene»

- Utvalgte sitater fra ulike barn som deltok i Mestrende Barn-tiltaket

Innholdsfortegnelse

1. Introduksjon	1
1.1 Stigma.....	2
1.1.1 Operasjonalisering av stigma.....	2
1.1.2 Stigma og psykisk helse	3
1.1.3 Stigma og unge med psykisk lidelse.....	4
1.2 Psykisk helse blant barn og unge	6
1.2.1 Forekomst og forløp	6
1.2.2 Komorbiditet ved angst og depresjon	7
1.2.3 Stress-sårbarhetsmodellen	8
1.3 Forebyggende tiltak.....	8
1.3.1 Universelle, selekterte og indikerte tiltak	8
1.3.2 Forebyggende tiltak og opplevd stigma.....	10
1.4 Mestrende barn-tiltaket	12
1.4.1 Om Mestrende barn-tiltaket.....	12
1.4.2 Transdiagnostisk tilnærming	13
1.4.3 Kognitiv atferdsterapi	13
1.4.4 Om opplevd stigma, brukerfornøydhhet og mestring.....	14
1.5 Formål med studien	15
2. Metode	17
2.1 Prosedyre.....	17
2.2 Utvalg	18
2.3 Måleinstrumenter	18
2.3.1 Multidimensional Anxiety Scale for Children.....	18
2.3.2 Short Mood and Feelings Questionnaire	19
2.3.3 ACE – Stigma, brukerfornøydhhet og mestring.....	20
2.4 Statistiske analyser	21
2.4.1 Deskriptive analyser	22
2.4.2 Enveis variansanalyse (ANOVA).....	22
2.4.4 Regresjonsanalyser	23
2.4.5 Statistisk styrke.....	23

3. Resultater	24
3.1 Karakteristikk ved utvalget	24
3.2 Forsknings spørsmål 1: Hvordan opplever barna et indikert tiltak i skolesammenheng?... 25	25
3.2.1 Rapportering av opplevd stigma.....	25
3.2.2 Rapportert brukerfornøydhet	26
3.2.3 Rapportert endring i mestring av følelser	27
3.3 Forsknings spørsmål 2: Hva karakteriserer barna som eventuelt opplevde stigma?.....	27
3.3.1 Forskjeller avhengig av kjønn	27
3.3.2 Forskjeller avhengig av alder	28
3.3.2 Forskjeller i symptombilde.....	29
3.3.3 Forskjeller mellom skoler	30
3.4 Forsknings spørsmål 3: Har selvrapportert stigma en innvirkning på utfall av tiltaket?	31
3.5 Forsknings spørsmål 4: Er det en sammenheng mellom opplevd stigma, brukerfornøydhet og mestring?	32
4. Diskusjon	33
4.1 Diskusjon av funn.....	34
4.1 Styrker og begrensninger	40
4.1.1 Utvalg og studiedesign	40
4.1.2 Måleinstrumenter	41
4.2 Implikasjoner for praksis og anbefalinger for videre forskning.....	42
5. Konklusjon	44
Referanser	46

1. Introduksjon

Psykiske lidelser regnes som den største årsaken til tap av helse blant barn, unge og voksne i Norge (Bruun et al., 2018). Flere studier tyder på at psykiske lidelser ofte debuterer i ung alder og kan ha et langvarig forløp inn i voksenlivet (Bruun et al., 2018; Kovacs & Lopez-Duran, 2010; Pine, 2007). Dette understreker behovet for å tidlig forebygge utvikling av psykiske vansker. Samtidig er det økende dokumentasjon som indikerer at utsatte barn og unge ikke oppdages tidlig nok (Møller, 2018), og det er et gap mellom barn som viser symptomer på psykiske vansker og de som mottar psykisk helsehjelp (Heiervang et al., 2007). Befolkningsstudier i Norge viser at omtrent 7 prosent av barn i førskole- og skolealder opplever symptomer forenlige med en psykisk lidelse, samtidig som kun 5 prosent i alderen 0 til 17 år behandles i psykisk helsevern (Skogen et al., 2018).

Forebyggede tiltak i skolen har blitt foreslått som en mulig løsning for å tidlig fange opp og tilby hjelp til barn med symptomer på psykiske vansker. Helsedirektoratet (2014) og Folkehelseinstituttet (Skogen et al., 2018) foreslår at skolen bør ha en sentral, aktiv og integrerende rolle i arbeid med psykisk helse. Samtidig foreligger det et behov for mer forskning på hvordan man bør utvikle og gjennomføre forebyggende intervensjoner for barn i skolesammenheng (Rapee et al., 2006; Ștefan & Miclea, 2012). Et sentralt spørsmål er da hvordan barn opplever å delta i slike tiltak, og om det er vanskelig for barn å motta hjelp på skolen. Et mulig problematisk aspekt ved indikerte tiltak i skolen kan være at barna opplever å bli stigmatisert ved å delta i slike tiltak (Bowers et al., 2013).

Hensikten med denne hovedoppgaven er å undersøke om barn i en norsk populasjon rapporterer opplevd stigma ved deltakelse i et indikert forebyggende tiltak rettet mot triste og engstelige barn. Oppgaven vil også se nærmere på hva som karakteriserer barna som eventuelt opplever stigma og om stigma påvirker utfall av tiltaket i form av endring i symptomer. Til slutt vil oppgaven også se nærmere på barnas rapporterte brukerfornøydhets og opplevelse av mestring i forbindelse med tiltaket, og om det finnes en sammenheng mellom brukerfornøydhets, mestring av følelser og opplevd stigma.

Hovedoppgaven vil benytte data innsamlet i forbindelse med Tidlig Intervensjon – Mestrende barn studien (TIM-studien), som undersøkte effektene av Mestrende barn- tiltaket (Martinsen et al., 2017a; Patras et al., 2016). Denne oppgaven kan bidra til økt kunnskap og forståelse av betydningen av opplevd stigma ved deltakelse i indikerte tiltak i skolesammenheng, og med det bidra til hvordan slike tiltak bør gjennomføres i skolen.

1.1 Stigma

1.1.1 Operasjonalisering av stigma

Forskning på stigma har økt betydelig de siste tiårene, og er et viktig tema innenfor både sosiologi og psykologi (Link & Phelan, 2001). Begrepet stammer fra gresk og betyr «merke» eller «sårmerke», hvor det opprinnelig ble brukt om kutt eller brennmerker påført en kropp for å merke at vedkommende var en slave, kriminell eller forræder (Goffman, 1963). I nyere tid har definisjonen og betydningen av stigma fått en mindre kroppslig og mer abstrakt betydning. Innenfor sosialpsykologi blir stigmatisering brukt om prosessen med å merke noen negativt i en sosial sammenheng (Malt, 2020). Dette kan for eksempel være gjennom å hevde at medlemmer av en minoritetsgruppe har en bestemt karakteristikk, eller å tilegne et individ en negativ kvalitet som gjør at han eller hun skiller seg fra gruppen.

Sosiologen Erving Goffman definerer stigma som «the situation of the individual who is disqualified from full social acceptance» (Goffman, 1963, s. 4). Ifølge Goffman etablerer samfunnet ulike sosiale kategorier, der mennesker attribueres ulike egenskaper avhengig av den kategorien de plasseres i. Kategoriene formes av sosial kontekst, eksempelvis basert på kjønn, alder eller yrke. De sosiale kategoriene kan føre til at andre vil ha forventninger om gitte egenskaper og verdier hos vedkommende. Dette gjør at man i møte med andre lettere kan interagere ved å lene seg på normative forventninger knyttet til personens sosiale kategori. For eksempel kan man ha en automatisk forventning om verdier og egenskaper hos en psykolog, selv om man møter vedkommende utenfor psykologkontoret. Psykologen kan i kraft av den sosiale kategorien attribueres visse egenskaper, for eksempel å være empatisk, tålmodig og høflig. Når en person viser seg å ha andre egenskaper enn det man forventer – i negativ forstand, hevder Goffman (1963) at vår oppfatning av personens verdi reduseres. Denne attribusjonen kalles stigma. For eksempel kan det vise seg at psykologen er uhøflig mot andre, som fører til at man endrer sin oppfatning av vedkommende. Stigma, slik Goffman (1963) bruker det, refererer dermed til en attribusjon som er sosialt diskrediterende, vedvarende og som påvirker oppfatningen av en person i sin helhet.

En videre forståelse av stigma, presentert av Crocker og kollegaer (1998), trekker frem at stigma oppstår når en person har, eller antas å ha, karakteristikk tilhørende en sosial identitet som blir devaluert i en bestemt sosial kontekst. For eksempel kan en tenke seg at en person med synlige tatoveringer og piercinger blir devaluert i en sosial kontekst hvor konservative verdier står sentralt. Stigma kan da oppstå som en følge av karakteristikkene knyttet til den sosiale identiteten forbundet med tatoveringer og piercinger. Stigma har av Link og Phelan (2001) videre blitt konseptualisert som bestående av fire underliggende

komponenter: 1) Merkelapper, hvor mennesker som skiller seg fra normen blir gitt en merkelapp, 2) Negative stereotypier, hvor negative karakteristikk ved mennesker blir videreført til generaliserte forestillinger om en hel gruppe, 3) Personer som skiller seg fra normen blir plassert i avgrensede kategorier, for å skape et skille mellom «oss» og «dem», og 4) Tap av status og diskriminering av mennesker som skiller seg ut. Stigma kan oppstå når alle de fire komponentene interagerer med hverandre samtidig.

Hvorvidt et individ oppfatter seg selv som stigmatisert av samfunnet betegnes som stigma-bevissthet (Pinel, 1999). Høyere stigma-bevissthet øker risikoen for å internalisere stigmatisering, det vil si at individet selv devaluerer sin sosiale identitet og attribuerer de negative stereotypene til seg selv (Corrigan et al., 2006; Pinel, 1999).

1.1.2 Stigma og psykisk helse

Flere teorier kan gi innsikt i forholdet mellom stigma og psykisk helse. Corrigan og Watson (2002) presenterer en tredelt sosial-kognitiv modell av stigma knyttet til mental helse for å belyse hvordan mennesker med psykisk lidelse opplever stigma både fra samfunnet (offentlig stigma) og fra seg selv (internalisert stigma). Innenfor både offentlig stigma og internalisert stigma konseptualiseres stigma som sammensatt av tre sammenhengende konstrukter: stereotyper, fordommer og diskriminering. Ved offentlig stigma mener Corrigan og Watson (2002) at mennesker med psykisk lidelse ofte blir assosiert med en negativ stereotyp, som fører til at andre har fordommer og negative tanker om vedkommende, og at de blir holdt utenfor og diskriminert, og på denne måten blir stigmatisert. Internalisert stigma innebærer at individet selv går gjennom denne prosessen, hvor de attribuerer negative stereotyper til seg selv og sier seg enige i fordommene, som kan resultere i lav selvfølelse og unngåelse (Corrigan & Watson, 2002). Se detaljert oversikt i Figur 1 nedenfor.

Figur 1

Sammenligning av offentlig stigma og selvstigma.

Offentlig stigma	
Stereotyper	Negative tanker om en gruppe mennesker (f.eks farlige, inkompetente, svake)
Fordommer	Tanker om individet, og/eller negativ emosjonell reaksjon overfor individet (f.eks sinne, frykt)
Diskriminering	Atferdsmessig respons til fordommene (f.eks unngåelse, uvilje til å leie ut leilighet, ikke tilby stilling)
Selvstigma	
Stereotyper	Negative tanker om selvet (f.eks svak, inkompetent)
Fordommer	Tanker om seg selv, negativ emosjonell reaksjon (f.eks lav selvfølelse, lav selvtilitt)
Diskriminering	Atferdsmessig respons på fordommene (f.eks unngå å søke på bestemt jobb eller leilighet)

Merk: Fra «Understanding the impact of stigma with mental illness» av P. W. Corrigan & A. C. Watson, 2002, *World Psychiatry*, 2002 Feb; 1 (1) s. 16-20. Copyright World Psychiatry Association.

Becker et al. (2005) belyser gjennom sin stempingsteori hvordan sosiale reaksjoner kan påvirke atferden til et individ. Når individer stemples som avvikere fra samfunnets sosiale normer, kan de som en konsekvens av dette utvikle varige avviksmønstre. Dette kan påvirke individets identitet, sosiale deltakelse og selvbilde (Becker et al., 2005). Internalisert stigma, eller selvstigma, øker videre sannsynligheten for å utvikle atferd som kan oppfattes negativt av andre og som videre kan forsterke stereotypen ytterligere. Dette kan for eksempel være i form av unnvikelsesatferd eller fiendtlighet (Pinel & Bosson, 2013). På denne måten kan stigma og selvstigma forsterke hverandre.

1.1.3 Stigma og unge med psykisk lidelse

Det er begrenset med studier som undersøker i hvilken grad barn og unge under 18 år med psykiske lidelser opplever stigmatisering fra andre (Kaushik et al., 2016; McKeague et al., 2015). Studier utført på voksne indikerer at psykisk lidelse ofte er assosiert med flere negative konsekvenser, slik som sosial tilbaketrekning og lavere sosial kompetanse (Chang et al., 2018). I tillegg kan individer med psykiske vansker ofte ha høy grad av selvstigma, hvor de er mer utsatt for å føle seg flau, skyldig og mindre verdt sammenlignet med de uten psykiske vansker (Dinos et al., 2004). Samtidig er det ikke nødvendigvis slik at barn opplever stigmatisering på samme måte som voksne.

Det siste tiåret har det blitt vanligere å snakke om psykiske plager, hvor det observeres en klar tendens til at unge nå oppfatter psykiske plager som «den nye normalen» (Hermann et al., 2022; Rolandsgard et al., 2023). Samtidig peker de på et behov for økt kunnskap om psykiske vansker for å redusere stigmatisering (Hermann et al., 2022). Studier har på den andre siden vist at unge med psykiske plager opplever å bli stigmatisert både av voksne og andre jevnaldrende (Kaushik et al., 2016). De opplever også mer stigmatisering enn barn med andre vansker, slik som for eksempel lærevansker eller fysiske utfordringer (Kaushik et al., 2016). En studie av Bellanca og Pote (2013) undersøkte stigmatiserende holdninger knyttet til ADHD, psykisk lidelse og lærevansker hos barn i alderen 7-11 år. Barna fikk høre en vignett som beskrev enten et barn med ADHD, depresjon eller lærevansker, eller et barn uten vansker. Resultatet viste at barna hadde flere negative holdninger og mindre velvilje overfor barn med ADHD, depresjon og lærevansker enn mot barn uten vansker. Barna viste også generelt flere negative attribusjoner til ADHD og depresjon, enn de viste mot lærevansker. I samme studie fant de videre at alder hadde en statistisk signifikant innvirkning på velvilje, hvor de yngre barna (7-9 år) viste høyere grad av velvilje overfor alle fire vignetter enn eldre barn (9-11 år). Dette tyder på at stigmatisering kan være påvirket av utvikling, hvor alder kan synes å være av betydning for barns vurderinger av andre. En nyere studie av barn og stigma knyttet til overvekt, fant imidlertid at barn allerede i barnehagen attribuerte negative karakteristikk og stereotyper til jevnaldrende med overvekt (Pont et al., 2017). Stigmatiserende holdninger kan med andre ord oppstå i tidlig alder.

Stigma knyttet til psykiske vansker kan føre til at unge føler på skam og flauhet, at de distanserer seg fra andre jevnaldrende og at de unngår å snakke om vanskene sine (Ferrie et al., 2020; Kaushik et al., 2016; Radez et al., 2021). Stigma har også blitt assosiert med bekymring for å være annerledes og å ikke passe inn, samt høyere psykisk symptomtrykk hos unge (Ferrie et al., 2020; Silke et al., 2016). Silke et al., (2016) trekker frem hvordan Corrigan og Watson (2002) sin tredelte forståelse av stigma og selvstigma ved psykiske lidelse også kan være aktuell for unge. Unge kan bli utsatt for stereotyper, hvor det finnes flere negative oppfatninger knyttet til psykiske vansker (Rose et al., 2007; Svirydzenka et al., 2014). For eksempel viser flere studier at unge assosierer psykiske vansker med lavere intelligens (DeLuca, 2020). Unge kan også ha fordommer knyttet til psykiske vansker, hvor de oppfatter unge med psykiske plager som farlige eller at vanskene skyldes livsstil (Kaushik et al., 2016; Svirydzenka et al., 2014). Dette kan i sin tur føre til diskriminering, distansering og mobbing (Ferrie et al., 2020; Kaushik et al., 2016; Silke et al., 2016).

Videre kan stigmatisering og selvstigma påvirke hvordan barn og unge forholder seg til behandling av psykiske vansker. For eksempel identifiserte Radez et al., (2021) stigma som en av hovedgrunnene til at unge ikke oppsøker hjelp for psykiske vansker. En metaanalyse fant en positiv sammenheng mellom alvorlighetsgraden av psykiske vansker og selvstigma, og en negativ sammenheng mellom oppfølging av behandling og selvstigma (Livingston & Boyd, 2010). I tillegg kan selvstigma ha innvirkning på den terapeutiske effekten i behandling, hvor behandling sannsynligvis forbedres dersom terapeuten samtidig jobber med selvstigma forbundet med psykisk lidelse (Huang & Lin, 2015; Yanos et al., 2010). Sistnevnte er imidlertid studier på voksne med psykiske vansker. Det er usikkert om det samme funnet gjelder i forbindelse med behandling av hos barn og unge.

1.2 Psykisk helse blant barn og unge

1.2.1 Forekomst og forløp

Psykiske lidelser er utbredt i befolkningen, inkludert blant barn og unge (Skogen et al., 2018). Atferdsforstyrrelser, samt depresjon- og angstlidelser er mest prevalent i aldersgruppen (Bruun et al., 2018). Psykiske vansker kan ha en stor innvirkning på barn og unges livskvalitet, i tillegg til at det øker risiko for utvikling av psykiske lidelser (Bruun et al., 2018). Videre tyder flere studier på at psykiske lidelser ofte debutterer i ung alder og kan ha et langvarig forløp inn i voksenlivet (Bruun et al., 2018; Kovacs & Lopez-Duran, 2010; Pine, 2007).

Angst og depresjon er som nevnt utbredte lidelser blant barn og unge (Bruun et al., 2018). Angst inkluderer flere ulike diagnoser i diagnosesystemet ICD-10, hvor symptomer kan variere avhengig av den spesifikke angstlidelsen. Generelle symptomer på angst kan imidlertid være opplevelse av intens frykt, fysiske symptomer som f.eks. muskelspenninger, hjertebank og skjelving, samt unngåelse av fryktfremkallende situasjoner. Ved depresjon kan sentrale symptomer ifølge ICD-10 eksempelvis være senket stemningsleie, tap av glede eller interesse, redusert energinivå og følelse av verdiløshet (World Health Organization, 2004).

Det er i høy-inntektsland beregnet at angst har en internasjonal forekomst på 5.2 prosent hos personer under 18 år (Bruun et al., 2018; Steinsbekk et al., 2022), mens det i norske utvalg estimeres at mellom 2.5 og 5.8 prosent i aldersgruppen 4 til 14 år opplever symptomer forenlig med angstlidelse (Bøe et al., 2021). Hos barn er det få kjønnsforskjeller i forekomst av angstlidelser, men i ungdomsårene observeres det høyere forekomst hos jenter enn gutter (Bruun et al., 2018; Steinsbekk et al., 2022). For depresjon er det beregnet en internasjonal forekomst på 1.3 prosent i aldersgruppen 4 til 16 år i høy-inntektsland (Barican

et al., 2022). Befolkningsstudier av norske barn mellom 4 til 17 år tyder på at mellom 0.1 og 2.7 prosent angir depresjonssymptomer (Bruun et al., 2018; Bøe et al., 2021). Depresjon øker fra 4- til 14-årsalderen, og er mer utbredt hos jenter enn gutter gjennom ungdomsårene (Bruun et al., 2018; Steinsbekk et al., 2022). Hos ungdommer i aldersgruppen 16 til 19 år er mellom 1 og 3 prosent diagnostisert med depresjon, mens det hos yngre ungdommen og barn er en relativt lav forekomst (Bruun et al., 2018).

Andelen barn og unge som diagnostiseres med angstlidelser og depresjon i spesialisthelsetjenesten er lav sammenlignet med forekomstundersøkelser av lidelsene i samme aldersgruppe i befolkningen (Bang et al., 2018; Bruun et al., 2018). Det er derfor sannsynlig at mange barn og unge med symptomer på angst og depresjon ikke blir diagnostisert eller behandlet i spesialisthelsetjenesten.

1.2.2 Komorbiditet ved angst og depresjon

Angst og depresjon opptrer ofte samtidig, og har med andre ord en høy grad av komorbiditet (Cummings et al., 2014; Garber & Weersing, 2010). Epidemiologiske studier har tidligere vist at mellom 15 til 75 prosent av barn og unge med depresjon har en komorbid angstlidelse, hvilket også regnes som gjeldende i dag (Angold et al., 1999; Melton et al., 2016). Hos barn med angstlidelser er det imidlertid vist en generelt lavere forekomst av komorbid depresjon, med tall som varierer mellom 10 til 15 prosent (Cummings et al., 2014). Samtidig forekomst av angst og depresjon kan i denne aldersgruppen likevel kompliseres av variasjon i barnas symptomuttrykk, og noen kan ha mer uttalte symptomer enn andre. Dette kan gjøre det mer utfordrende å stille en presis diagnose (Melton et al., 2016).

Høy komorbiditet ved psykiske lidelser er assosiert med negative konsekvenser for individuelt funksjonsnivå og for utvikling over tid (Cummings et al., 2014). Tidligere studier viser eksempelvis økt risiko for utvikling av skolevansker, fysiske helseproblemer, økt suicidrisiko, redusert generell fungering og dårligere utfall ved behandling (Melton et al., 2016). Ved komorbid angst og depresjon kan prognosen i tillegg være dårligere enn dersom barnet kun har én av lidelsene. Eksempelvis er det i forbindelse med komorbide psykiske lidelser hos barn og unge funnet høyere risiko for tilbakefall, lenger sykdomsforløp og økt behov for helsehjelp (Knight, 1989; Melton et al., 2016).

Angst og depresjon er ulike psykiske tilstander som antas å dele flere underliggende risikofaktorer og mekanismer (Middeldorp et al., 2005; Tiller, 2013). Eksempler på fellesfaktorer ved angst og depresjon er forstyrrelser i kognisjon, vansker med

emosjonsregulering, tendens til unngåelse eller tilbaketrekning fra aktiviteter, samt redusert evne til problemløsning og bruk av mestringsstrategier (Kendall et al., 2014).

Lidelsesspesifikke behandlinger benytter ofte lignende intervensjoner for å behandle angst og depresjon hos både barn og voksne, for eksempel gjennom arbeid med kognitiv restrukturering og mestringsstrategier (Kendall et al., 2014; Powers et al., 2017). Flere teorier kan bidra til å belyse de underliggende mekanismene og risikofaktorene ved angst og depresjon. Et eksempel på en slik teori er stress-sårbarhetsmodellen (Zubin & Spring, 1977).

1.2.3 Stress-sårbarhetsmodellen

Stress-sårbarhetsmodellen er en teori som viser til at psykiske vansker kan utvikles som en konsekvens av samspillet mellom individuell sårbarhet og stress (Zubin & Spring, 1977). Teorien om stress-sårbarhet ble fremmet tidlig, men regnes fremdeles som gjeldende i forståelsen av utvikling av psykiske lidelser i dag (Ménard et al., 2017; Nestler, 2014; Nievergelt et al., 2015). Ifølge modellen har alle individer ulik grad av sårbarhet for utvikling av sykdom. Individuell sårbarhet kan eksempelvis være i form av biologisk/genetisk eller ervervet sårbarhet for stress og utvikling av sykdom. Utvikling av en gitt sykdom kan trigges av stress, der mengden eller intensiteten av stress som kreves for å utløse sykdommen avhenger av individets grad av sårbarhet. Stress har med andre ord en antatt aktiverende effekt på individuelle predisponerende sårbarhetsfaktorer. Angst og depresjon kan ifølge modellen tenkes å dele en predisposisjon, for eksempel genetisk sårbarhet, som i møte med stress kan føre til uttrykk av angst, depresjon eller begge deler (Axelson & Birmaher, 2001; Martinsen et al., 2019).

Angst og depresjon kan basert på en slik forståelse potensielt være egnet for intervensjoner som tar sikte på å behandle begge tilstandene samtidig. En foreslått tilnærming for å tidlig adressere psykiske vansker hos barn er forebyggende tiltak (Helsedirektoratet, 2014). Forebygging tar sikte på å identifisere og adressere risikofaktorer på et tidlig tidspunkt, før symptomer på psykiske vansker blir mer alvorlige og utvikler seg til diagnostiserbare psykiske lidelser.

1.3 Forebyggende tiltak

1.3.1 Universelle, selekterte og indikerte tiltak

Det er et økende fokus på forebygging av psykiske lidelser som angst og depresjon (Helsedirektoratet, 2014; Skogen et al., 2018). I 2012 vedtok Stortinget samhandlingsreformen, som er en reform av norske helse- og sosialtjenester. Et av målene

ved reformen var å redusere belastningen på spesialisthelsetjenesten, for eksempel ved å tilby tjenester gjennom primærhelsetjenesten eller andre kommunale ressurser (Stortinget, 2012). Dette kan for eksempel innebære forebyggende tiltak rettet mot psykiske vansker hos barn og unge. Forebygging kan gjennomføres på tre ulike nivåer, som kan deles inn i universelle, selekterte og indikerte tiltak. Tiltaksnivåene har ulike målgrupper, som fremhever behovet for varierende grad av intensitet, kompleksitet og individuell tilpasning ved ulike formål.

Universelle tiltak

Universelle tiltak omfatter alle i befolkningen eller hele befolkningsgrupper, uten at man i forkant har identifisert den enkeltes risikonivå eller behov (Skogen et al., 2018). Et eksempel kan være et forebyggende tiltak som utføres på en skole eller i en hel klasse, i stedet for med utvalgte elever. Et eksempel på et universelt tiltak som gjennomføres i skolen kan være tiltak mot mobbing, slik som Olweus-programmet (Olweus, 2004). Universelle tiltak har først og fremst et bredt omfang, og har med dette potensial for stor samfunnseffekt. En fordel ved dette er at universelle tiltak i mindre grad synliggjør de individene med behov for forebygging (Rapee et al., 2006). På den andre siden kan universelle tiltak ha svakere effekter på individnivå, enn for eksempel selekterte eller indikerte tiltak (Skogen et al., 2018).

Selekterte tiltak

Tiltak på selektert nivå blir gjennomført med grupper som på grunnlag av miljøbaserte og individbaserte helsefaktorer har forhøyet risiko for å utvikle vansker. Et eksempel på en slik gruppe kan være pårørende til psykisk syke personer, som selv kan være i økt risiko for å utvikle psykiske helseproblemer på grunn av deres potensielle omsorgsbyrde og eksponering for stress (Skundberg-Kletthagen et al., 2015). Selekterte tiltak kan ha god effekt på både individnivå og gruppenivå. Samtidig vil effekten slike tiltak har på forekomst i hele samfunnet avhenge av hvor stor risikogruppen er (Skogen et al., 2018).

Indikerte tiltak

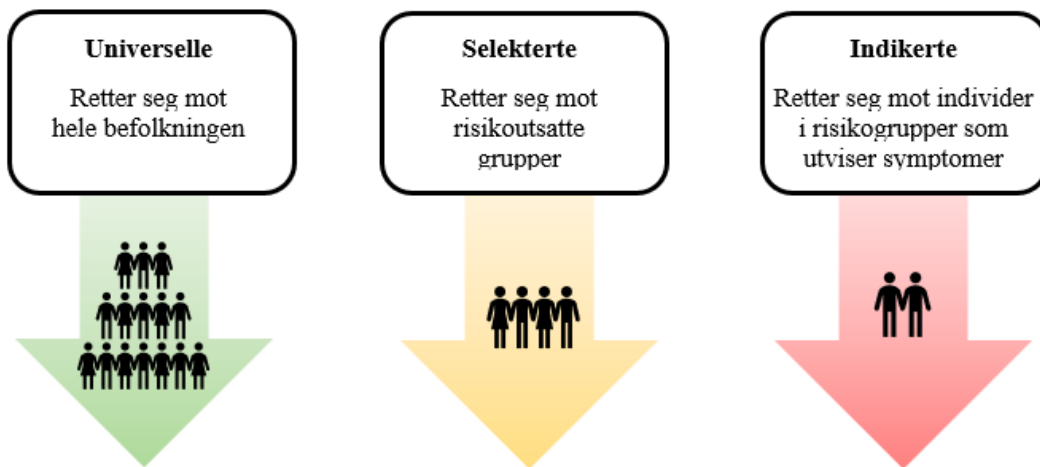
Indikerte tiltak omfatter mindre grupper av utvalgte individer som viser indikasjoner på vansker. For eksempel kan det være individer med symptomer på angst eller depresjon, men som ikke nødvendigvis møter kriteriene for en psykisk diagnose. Et eksempel på et indikert tiltak kan være sorggrupper for personer som har opplevd nært tap.

Indikerte tiltak har ofte god effekt på individnivå, og kan forebygge utvikling av mer alvorlige vansker på sikt. På den andre siden kan slike tiltak være av mindre betydning for

folkehelsen, siden det kun er få utvalgte som får tiltaket (Skogen et al., 2018). En annen mulig ulempe kan være at det er en økt risiko for at deltakerne i et indikert tiltak føler seg mer synlige for de andre som ikke deltar i gruppen, som innebærer større risiko for opplevd stigmatisering (Rapee et al., 2006). Se Figur 2 nedenfor med oversikt over de ulike tiltaksnivåene innenfor forebygging.

Figur 2:

Illustrasjon av universelle, selekterte og indikerte tiltaksnivå (egen figur).



1.3.2 Forebyggende tiltak og opplevd stigma

Forebyggende tiltak i skolesammenheng kan ha en forebyggende effekt mot utvikling av angst og depresjon hos barn og unge (Stockings et al., 2016). Indikerte tiltak i skolesammenheng kan i denne forbindelse være særlig virkningsfulle og kostnadseffektive (Lee et al., 2017). På samme tid kan potensiell opplevd stigma ved deltakelse i slike tiltak av flere grunner representere et mulig problem.

Et sentralt perspektiv i forbindelse med forebygging er at tiltak skal gjøre mer nytte enn skade. De etiske prinsippene for nordiske psykologer understreker at psykologer har ansvar for å beskytte mot og forhindre skadelige intervensjoner (Norsk Psykologforening, 1998). Stigma kan uavhengig av intervensjoner medføre betydelig psykisk stress og emosjonell belastning hos den enkelte, særlig ved internalisering av en negativ selvoppfattelse som har oppstått som følge av opplevd stigmatisering (Ferrie et al., 2020). Opplevd stigma kan også være en mulig prediktor for dårligere behandlingsutfall (Moos, 2012), med blant annet redusert behandlingsoppfølging ved selvstigma (Carrara & Ventura, 2018).

Dersom opplevd stigma ved deltakelse i et tiltak fører med seg negative implikasjoner som stress, skam og sosial utstøting, kan det være risiko for at de negative effektene overgår de positive effektene av tiltaket (Rapee et al., 2006). Et annet problematisk aspekt kan være at man ikke fanger opp barna med behov for hjelp hvis de opplever hjelpen som mulig stigmatiserende (Bowers et al., 2013).

Videre er barn og unge er i en utviklingsfase hvor sosial status og relasjoner til jevnaldrende er av økende betydning, som kan medføre økt bevissthet for hvordan en oppfattes og vurderes av andre (Gruenenfelder-Steiger et al., 2016). Skolen kan i tillegg representere et sosialt mikrosystem med begrenset mulighet for å være anonym (Rapee et al., 2006). I Mestrende barn- tiltaket ble barna tatt ut av klasserommet i mindre grupper i skoletiden (Martinsen et al., 2017a), hvor det kunne være synlig for resten av klassen hvilke barn som deltok i Mestrende barn-grupper (Martinsen et al., 2017a).

Forskning viser at både objektiv og subjektiv opplevd sosial støtte fra jevnaldrende er relatert til utvikling av identitet og selvfølelse hos barn (Gruenenfelder-Steiger et al., 2016). Sosial støtte er i tillegg vist å kunne være en potensiell beskyttende faktor hos barn og unge med psykiske vansker (Roach, 2018). Samtidig er negative sosiale interaksjoner som utestenging og mobbing fra jevnaldrende assosiert med dårligere psykisk helse (Birkeland et al., 2022; Ryu Takizawa et al., 2014). En norsk studie viser det samme, hvor det ble funnet en sammenheng mellom klassemiljø og negativt sosialt samspill, der et utrygt sosialt miljø var assosiert med økt risiko for krenkelser og mobbing (Ertesvåg & Roland, 2014). Barn i skolealder er med andre ord i en utviklingsfase der deres sosiale miljø representerer en betydningsfull faktor for utvikling av selvfølelse, identitet og psykisk helse. Ved gjennomføring av forebyggende tiltak hos barn og unge kan det dermed være særlig viktig å vurdere det mulige skadepotensialet ved opplevd stigma.

Det er en begrenset mengde forskning som undersøker graden av opplevd stigma ved deltakelse i ulike former for forebyggende tiltak. Rapee og kolleger undersøkte i 2006 selvrapportert opplevd stigma og brukerfornøydhet hos barn og unge som deltok i ett av to forebyggende tiltak mot depresjon i skolesammenheng. Deltakerne mottok enten et universelt eller indikert tiltak. I den aktuelle studien ble det funnet statistisk signifikante, svake forskjeller i opplevd stigma mellom de to tiltakene, der opplevd stigma ble rapportert som noe høyere i det indikerte tiltaket. Opplevd stigma var i større grad relatert til individuelle faktorer som å være gutt og ha eksternaliserende symptomer. Samtidig ble det i det indikerte tiltaket rapportert høyere grad av brukerfornøydhet (Rapee et al., 2006).

Videre ble det i 2016 gjennomført en pilotstudie av Mestrende barn-tiltaket (Martinsen et al., 2016), hvor det blant annet ble undersøkt i hvilken grad barna i gruppen rapporterte opplevd stigma, brukerfornøydhets og endring i mestring av følelser. I pilotstudien ble det funnet at barna rapporterte høy brukerfornøydhets, hvor gjennomsnittssvarene på spørsmålene varierte mellom $\bar{X}=8.3 - 9.5$ på en skala fra 1-10. De rapporterte også lav opplevd stigma, hvor gjennomsnittlige svar på stigmarelaterte spørsmål varierte mellom $\bar{X}=1.1 - 1.7$. Videre opplevde barna også økt mestring av følelser gjennom programmet ($\bar{X}=4.4$ i forkant av tiltaket til $\bar{X}=9.7$ i etterkant, som vil indikere en gjennomsnittlig økning på 5.3). Barna som deltok i programmet anbefalte også programmet sterkt til andre barn ($\bar{X}=9.3$) (Martinsen et al., 2016).

Ved vurdering av nytte- og skadepotensiale ved forebyggende tiltak kan skadepotensialet, i denne forbindelse opplevd stigma, anses som akseptabelt dersom den selvopplevde totale nytteverdien er betydelig større. En slik vurdering innebærer en grundig undersøkelse av eventuelle risikofaktorer og langsiktige virkninger av tiltaket. Opplever barn i et forebyggende tiltak for eksempel noe stigma, men samtidig høy grad av symptomlette, mestring og brukerfornøydhets, kan skadepotensialet vurderes som akseptabelt.

1.4 Mestrende barn-tiltaket

1.4.1 Om Mestrende barn-tiltaket

Utgangspunktet for denne studien er data innsamlet i forbindelse forskningsprosjektet Tidlig intervensjon - Mestrende barn (TIM-studien) (Patras et al., 2016), som undersøkte effektene av tiltaket Mestrende barn (Martinsen et al., 2017a). Mestrende barn er et indikert forebyggende tiltak rettet mot barn og unge i risiko for å utvikle angst og depresjon. Tiltaket ble gjennomført i skolen i skoletiden på totalt 36 barneskoler i Sør/Øst-, Midt- og Nord-Norge (Martinsen et al., 2017a). Se punkt 2.1 og 2.2 for ytterligere informasjon om prosedyre og utvalg. TIM-studien fant at Mestrende barn-tiltaket førte til statistisk signifikant reduksjon i selvrappporterte symptomer på angst og depresjon blant deltakerne, sammenlignet med kontrollgruppen. Foreldrene rapporterte også en statistisk signifikant nedgang i symptomer på depresjon i tiltaksgruppen (Martinsen et al., 2019).

Barna som deltok i tiltaket møttes i små grupper en time to ganger ukentlig over ti uker, med totalt 20 møter. Gruppemøtene ble avholdt på deltakernes respektive skoler og inneholdt psykoedukasjon og erfaringsbasert læring om følelser, problemløsning, mestringsstrategier, avspenning, regulering, eksponering/atferdseksperimenter, aktivitetsøkning og arbeid med å få et mer differensiert selvbylde. Parallelt med gruppemøtene

ble det gjennomført syv foreldregrupper der barnas foreldre fikk lære om Mestrende barn-tiltaket og hvordan de kunne støtte barnet sitt. På fire av disse møtene deltok også barnet (Patras et al., 2016).

1.4.2 Transdiagnostisk tilnærming

Mestrende barn-tiltaket (Martinsen et al., 2017a) har en transdiagnostisk tilnærming til forebyggende psykisk helsearbeid, som vil si at tiltaket retter seg mot felles underliggende sykdomsmekanismer på tvers av symptomatologi, her symptomer på angst og depresjon (Dalglish et al., 2020). Eksempler på transdiagnostiske intervensjoner kan være psykoedukasjon om symptomer, problemløsningsstrategier og arbeid med mestringsferdigheter.

Tiltaket er videre utformet slik at ulike intervensjoner fleksibelt kan tilpasses det enkelte barns utfordringer (Martinsen et al., 2017a). Eksempelvis kan et mulig fokus for barn som strever med tristhet være å arbeide med interpersonlige utfordringer og konflikter, mens et engstelig barn kan arbeide med hvordan en møter angstfremkallende situasjoner. Intervensjonene i tiltaket er med andre ord tilpasset barnets individuelle mål og utfordringer (Martinsen et al., 2016).

1.4.3 Kognitiv atferdsterapi

Tiltaket er forankret i prinsipper fra kognitiv atferdsterapi. Det inkluderer komponenter fra behandlingsprogrammet Action for barn med depresjon (Stark et al., 2006), og Mestringskatten for engstelige barn (Kendall, 2006). Kognitiv atferdsterapi er en behandlingsmetode med fokus på arbeid med endring av maladaptive tankemønstre og atferd, introdusert i behandling av voksne av psykologen Aaron T. Beck på 1960-tallet (Beck, 1964). Behandlingsformen er vist seg å være effektiv ved behandling av både angst og depresjon hos barn og unge (Oud et al., 2019; Sigurvinsdóttir et al., 2020).

Kognitiv restrukturering er et eksempel på en transdiagnostisk intervensjon som benyttes i tiltaket (Martinsen et al., 2016), som tar sikte på å arbeide med å endre maladaptive kognisjoner på tvers av symptomatologi. Maladaptive kognisjoner, eller uhensiktsmessige tankemønstre, kan forstås som opprettholdende sykdomsmekanismer ved både angst og depresjon. Et eksempel på en maladaptiv kognisjon kan være negative tanker om seg selv, andre og omverdenen, som kan ha en forsterkende effekt på følelser av frykt, tristhet og håpløshet (Kendall et al., 2014). I Mestrende barn-tiltaket vil kognisjoner som arbeides med ved kognitiv restrukturering være forskjellig avhengig av barnets dominerende symptomer.

Hos barn med depressiv symptomatologi kan et tentativt fokus være å arbeide med kognisjoner knyttet til grubling rundt tidligere hendelser eller negativt selvsnakk, mens det hos et barn med engstelig symptomatologi eksempelvis kan være å arbeide med katastrofetanker i møte med angstfremkallende situasjoner (Martinsen et al., 2016; Martinsen et al., 2017a).

Andre eksempler på kognitive intervensjoner som benyttes i Mestrende barn-tiltaket er eksponering og atferdseksperimenter. Eksponering kan være et særlig fokus i tiltaket for barn med forhøyet engstelse, hvor barnet gradvis arbeider med å eksponere seg for fryktfremkallende situasjoner. Videre kan atferdseksperimenter i ulike former hjelpe barna med å utfordre maladaptive antakelser de har, for eksempel antakelser om egen verdi eller hvordan man oppfattes av andre (Martinsen et al., 2017a).

1.4.4 Om opplevd stigma, brukerfornøydhet og mestring

Opplevd stigma

I etterkant av deltakelse i Mestrende barn-tiltaket (Martinsen et al., 2017a) ble deltakerne i intervensjonsgruppen bedt om å vurdere deres grad av opplevd stigma, brukerfornøydhet og endring i mestring av følelser som følge av deltakelse i tiltaket. Stigma ble undersøkt gjennom spørsmål knyttet til ulike dimensjoner ved opplevd stigmatisering. Barna ble spurt om de opplevde å bli flau, ertet av andre eller kritisert hjemme som følge av deltakelse i tiltaket (Martinsen et al., 2016; Patras et al., 2016). Se punkt 2.3.3 for ytterligere informasjon om ACE-evalueringsskjemaet og målet på opplevd stigma.

Brukerfornøydhet

I tråd med Norsk psykologforening sin prinsipperklæring fra 2007 om evidensbasert psykologisk praksis skal psykologiske intervensjoner være tilpasset klienters ønsker (Norsk Psykologforening, 2007). Brukerfornøydhet er med dette en sentral dimensjon i forbindelse med utvikling og gjennomføring av forebyggende tiltak. Brukerfornøydhet gir ingen indikasjoner på om tiltak fører til bedring i rapporterte vansker, men representerer et aspekt som handler om deltakernes subjektive opplevelse av tiltaket. Ved å måle brukerfornøydhet kan positive eller negative erfaringer som ikke fanges opp gjennom utfallsmål synliggjøres. Å undersøke brukerfornøydhet kan med andre ord gi viktig innsikt i hvordan tiltaket ble opplevd av deltakerne, på tross av eventuell opplevd stigma og endring av symptomer.

I forbindelse med TIM-studien (Patras et al., 2016) ble brukerfornøydhet målt ved å spørre barna om de opplevde å lære mye av tiltaket, om det var hjelpsomt for å håndtere

problemer de har, om det var morsomt og om de var fornøyde, samt om de ville ha anbefalt programmet til andre. Se punkt 2.3.3 for mer informasjon om ACE-evalueringsskjemaet og målet på brukerfornøydhet.

Mestring

Mestring er en tredje dimensjon som måles i forbindelse med barnas evaluering av Mestrende barn-tiltaket (Patras et al., 2016). Med mestring siktes det til barnas subjektive opplevelse av mestring av følelser før og etter tiltaket, begge målt retrospektivt. I motsetning til utfall av tiltaket, som er målt som symptombedring i angst og depresjon fra før til etter tiltaket, er mestring et eget selvrapporeringsmål. Mestring kan i likhet med brukerfornøydhet gi innsikt i barnas opplevelse av tiltaket og synliggjøre aspekter ved tiltaket som ikke fanges opp gjennom utfallsmål.

Ved å undersøke deltakernes rapporterte opplevelse av stigma, brukerfornøydhet og mestring av følelser kan eventuelle sammenhenger mellom disse aspektene utforskes. Mulige sammenhenger kan være av betydning for videre tiltaksutvikling og gjennomføring, særlig i forbindelse med vurdering av potensielle skade- og nytteeffekter ved forebyggende tiltak. På samme måte er det interessant å undersøke om eventuell opplevd stigma påvirker barnas rapportering av brukerfornøydhet, mestring og utfall.

1.5 Formål med studien

Denne hovedoppgaven vil undersøke hvorvidt norske barn som deltok i et indikert forebyggende tiltak rettet mot angst og depresjon rapporterte om å oppleve stigma. I tillegg vil den se nærmere på hvor fornøyde barna var med tiltaket, og om de opplevde en positiv endring i mestring av følelser. Å undersøke barns selvrapporterte opplevelse av stigma, og å se nærmere på om noen barn eventuelt er spesielt utsatt for å oppleve stigma, vil være en viktig del av å utvikle virkningsfulle tiltak for denne aldergruppen. Det er i denne forbindelse også viktig å undersøke om stigma kan påvirke utfall av tiltaket i form av symptombedring. Et formål med denne studien er å bidra til at tiltaksutviklere og andre som arbeider med implementering av tiltak for barn og unge kan få økt kunnskap om betydningen av opplevd stigma i forebyggende arbeid.

Vi har følgende forskningsspørsmål:

1. Hvordan opplever barna et indikert tiltak i skolesammenheng, i form av selvrapportert opplevd stigma, brukerfornøydhet og endring i mestring av følelser?

2. Hva karakteriserer barna som eventuelt rapporterer opplevd stigma? Herunder:
 - a. Er det forskjeller avhengig av kjønn, alder og symptomatologi?
 - b. Er det forskjell mellom skolene?
3. Har selvrapportert stigma en innvirkning på barnas symptombedring etter tiltaket?
4. Er det en sammenheng mellom opplevd stigma, brukerfornøydhet og mestring?

Basert på presentert forskning og teori har denne studien tatt utgangspunkt i flere hypoteser som vil testes. I tråd med tidligere studier av barn og unge med psykiske vansker og stigma (Kaushik et al, 2016; Bellanca & Pote, 2013; Ferrie et al, 2020; Radez et al., 2021; Silke et al., 2016), forventer vi å finne at barna vil rapportere om noe stigma. Samtidig, basert på tidligere studie av stigma ved tiltak i skolesammenheng (Rapee et al., 2006), forventer vi at rapporteringen av stigma vil være lav.

Vi forventer videre at opplevd stigma vil være relatert til individuelle karakteristikk hos barna. I en tidligere studie er det funnet at gutter rapporterer om mer stigma (Rapee et al., 2006). Basert på studien av Bellanca og Pote (2013), som fant at yngre barn viste høyere grad av velvilje ovenfor barn med psykisk lidelse enn eldre barn, forventer vi også å finne at stigma øker ved økt alder. Dette kan sammenfalle med at barn befinner seg i en utviklingsfase der relasjoner og sosial status har økende betydning (Gruenenfelder-Steiger et al., 2016), hvor økt alder dermed kan føre til høyere bevissthet knyttet til identitet og følelse av å være annerledes. I tillegg til individuelle faktorer ved barna forventer vi at skolens størrelse har betydning for rapportert stigmatisering. Slik som Rapee et al. (2006) og Bowers et al. (2013) trekker frem kan skolen være en arena med lite mulighet for anonymitet, som potensielt kan øke risikoen for stigma ved gjennomføring av indikerte tiltak. Skoler med få elever kan mulig innebære mindre mulighet for anonymitet enn ved større skoler, og vi har dermed en hypotese om at barn på små skoler vil rapportere om høyere grad av opplevd stigma. Vi forventer videre at opplevd stigma vil være relatert til individuelle karakteristikk hos barna.

Tidligere studier har videre funnet at stigma kan være en mulig prediktor for dårligere utfall ved tiltak (Moos, 2012) og studier av voksne har funnet at selvstigma kan ha en negativ innvirkning på den terapeutiske effekten i behandling (Huang & Lin, 2015; Yanos et al., 2010). På bakgrunn av dette forventer vi at stigma vil ha en negativ effekt på utfallet av tiltaket, i form av redusert symptombedring.

Vi har også en hypotese om at høyere grad av opplevd stigma vil være relatert til lavere brukerfornøydhet og redusert endring i mestring av følelser. Med andre ord forventer vi at stigma vil ha en negativ effekt på hvordan tiltaket oppleves og hvor mye barna får ut av det.

Samtidig har vi en hypotese om at brukerfornøydhet ved tiltaket vil være høyt, i samsvar med tidligere studier fra Rapee (2006) og Martinsen (2016). På bakgrunn av at intervensjonen blant annet baserer seg på kognitiv atferdsterapi, som er vist effektiv ved behandling av angst og depresjon hos barn og unge (Oud et al., 2019; Sigurvinsdóttir et al., 2020), forventer vi videre at barna opplever en positiv endring i mestring av følelser etter å ha gjennomført tiltaket.

2. Metode

2.1 Prosedyre

Tidlig intervensjon – Mestrende barn (TIM)-studien ble utført som en klynge-randomisert studie i tidsrommet 2013-2016 (Patras et al., 2016). Studien var klynge-randomisert ettersom randomisering til intervensjon- og kontrollgruppe foregikk på skolenivå, fremfor individnivå. Barna ble dermed tilordnet tiltaksgruppe basert på hvilken skole de gikk på. Inklusjonskriteriene for skoler var at det skulle være minst en full klasse på hvert klassetrinn, for at det skulle være mulig å rekruttere et tilstrekkelig antall deltakere til hver Mestrende barn-gruppe. Videre måtte hver gruppe bestå av minimum tre og maksimum syv skoleelever per skole hvert semester (Patras et al., 2016). På bakgrunn av dette ble 36 skoler fra syv forskjellige områder i Norge inkludert. Skolene ble matchet etter demografi, skolestørrelse og geografi, deretter tilfeldig tildelt til Mestrende barn-intervensjon eller kontrollgruppe, som mottok normal oppfølging gjennom skolehelsetjenesten (Martinsen et al., 2019; Patras et al., 2016).

Rekruttering av deltakere til Mestrende barn-tiltaket ble gjort i flere trinn, ettersom målgruppen for intervensjonen var barn med forhøyet nivå av angst og depresjonssymptomer. Barn og foreldre ved de inkluderte skolene ble informert om formålet med studien. Foreldre måtte så gi samtykke for at deres barn kunne delta i studien. Barn med samtykke fra begge foreldre fylte så ut selvrappport-mål på tristhet og engstelse. De som oppfylte inklusjonskriteriene for deltakelse ble invitert med i studien (Patras et al., 2016).

Selvrappport-målene som ble brukt for å måle barnas symptomer på henholdsvis angst og depresjon var Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC) (March et al., 1997) og Short Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ) (Angold et al., 1995b). For å bli inkludert i studien måtte barna skåre minst ett standardavvik over forventet gjennomsnittlig skåre på angst (MASC: jenter $\bar{X}=46$, $SD=15$; gutter $\bar{X}=39$, $SD=15$) (March et al., 1997; Olason et al., 2004), depresjon (SMFQ: $\bar{X}=3.8$, $SD=3.6$) (Angold et al., 1995b; Rhew et al., 2010) eller både angst og depresjon. Grunnlaget for hva TIM-studien regnet som gjennomsnittlige skårer

og grenseverdi for deltakelse ble bestemt ved å bruke gjennomsnittlige skårer på MASC og SMFQ fra tidligere studier med andre utvalg (Olason et al., 2004; Rhew et al., 2010).

Ekksklusjonskriterier for deltakelse var elever hvor det ble vurdert at vedkommende ikke kunne nyttiggjøre seg en gruppebasert intervensjon, slik som ved alvorlig kognitiv nedsettelse eller utviklingshemming. Dette ble vurdert individuelt i hvert enkelt tilfelle (Martinsen, 2019).

2.2 Utvalg

Deltakerne i TIM-studien var barn i alderen 8 til 12 år som går på 3. til og med 6. trinn med forhøyet selvrapportert tristhet og engstelse. Utvalget i TIM-studien bestod av totalt 795 barn, med 291 barn som deltok i intervensjonen og 430 barn i kontrollgruppen. Fra pre-intervensjon til post-intervensjon var det noe frafall av deltakere begge grupper, henholdsvis 25 fra intervensjonsgruppen og 2 fra kontrollgruppen, slik at det var 266 barn i intervensjonsgruppen og 428 barn i kontrollgruppen ved oppfølging etter intervensjonen (T2) (Martinsen et al., 2019). 265 av barna i intervensjonsgruppen besvarte spørsmål knyttet til opplevd stigma, brukerfornøydhet og mestring gjennom evalueringsskjemaet ACE (Rapee et al., 2006), se også måleinstrumenter under punkt 2.3.3. I våre analyser vil vi kun undersøke barna i intervensjonsarmen av TIM-studien som besvarte evalueringsskjemaet ACE.

I denne studien består således utvalget av 265 barn som går i 3. til 6. trinn. 3. trinn tilsvarer aldersgruppen 8 til 9 år, 4. trinn tilsvarer 9 til 10 år, 5. trinn tilsvarer 10 til 11 år og 6. trinn tilsvarer 11 til 12 år. Deskriptive analyser viste at det er flest jenter i utvalget (63.8%). Kjønnfordelingen er gjeldende i alle klassesertrinn (64.1% på 4. trinn, 61.1% på 5. trinn, og 62.2% på 6. trinn). Det var en betydelig overvekt av jenter på 3. trinn (91.7%). Flest deltakere var i aldersgruppen 10 til 11 år/5. trinn (42.6%), etterfulgt av 9 til 10 år/4. trinn (38.9%), 11 til 12 år/6. trinn (14%), og til slutt 8 til 9 år/3. trinn (4.5%).

Skoler er i denne studien delt inn i tre grupper basert på antall elever på hver skole, for å undersøke om størrelsen på skolen kan utgjøre en forskjell i opplevd stigma, brukerfornøydhet og mestring av følelser. «Liten skole» referer til skoler med mellom 100-299 elever, «middels skole» referer til skoler med mellom 300-499 elever og «stor skole» er skoler med 500 eller flere elever.

2.3 Måleinstrumenter

2.3.1 Multidimensional Anxiety Scale for Children

Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC) er et standardisert spørreskjema som benyttes for vurdering av angstsymptomer og identifikasjon av

angstlidelser hos barn og ungdom fra 8 til 19 år (March et al., 1997; Villabø et al., 2012). Spørreskjemaet tar sikte på å måle emosjonelle, kognitive, fysiske og atferdsmessige symptomer på angst. MASC samsvarer med flere symptomklustre relatert til angst i DSM-IV, slik som sosial fobi, separasjonsangst og generalisert angst (American Psychiatric Association, 1994; March et al., 1997).

Spørreskjemaet består av 39 spørsmål som måler fire ulike angstdimensjoner. Svaralternativene er rangert på en Likert-skala med fire punkter, med verdier på 0, 1, 2 og 3, der 0= «Aldri», 1= «Noen ganger», 2= «Ofte» og 3= «Alltid». Gjennomsnittsskårer for MASC ble beregnet ved å summere råskårer på de 39 spørsmålene i spørreskjemaet. Den totale angstsåren kan variere mellom 0-117 poeng, der høyere skåre indikerer høyere grad av angstsymptomer. Videre ble endringsskårer for angst operasjonalisert som differansen mellom barnas gjennomsnittlige skårer på angstsymptomer før tiltaket (T1) og deres gjennomsnittlige skårer etter tiltaket (T2). Endringsskåren er dermed et mål på symptombedring.

Forskning indikerer at MASC er i stand til å gi forutsigbare og pålitelige målinger av angstsymptomer hos barn og unge (March et al., 1999). MASC har blant annet vist en høy test-retest reliabilitet (0.78-0.93 ved 3 uker og 3 måneder) i ulike utvalg (March et al., 1999; March et al., 1997), hvilket gir grunn til å anta at verktøyet gir stabile målinger over tid. I denne studien finner vi en høy estimert reliabilitet ved Cronbachs alfa ($MASC^{T1} \alpha = .84$ og $MASC^{T2} \alpha = .92$) (Cronbach, 1951). Det er også dokumentert en god prediktiv og diskriminant validitet, som kan tyde på at MASC kan differensiere mellom ulike tilstandsbilder (Baldwin & Dadds, 2007; Martinsen et al., 2017b). Dette ble også funnet i en klinisk studie utført i et norsk utvalg (Villabø et al., 2012).

MASC kan betraktes som en refleksiv indeks, som vil si at symptomene som måles reflekterer angst som et underliggende konstrukt. Hver angstdimensjon- og subskala tar sikte på å måle ulike underliggende dimensjoner av angst. Vurderinger av verktøyets latente faktorstruktur i TIM-studien og i denne studien støtter den originale fire-faktorstrukturerte modellen foreslått av March og kolleger i 1997 (March et al., 1997), på tvers av kjønn og alder (Martinsen et al., 2017b).

2.3.2 Short Mood and Feelings Questionnaire

Short Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ) er et spørreskjema som benyttes for å måle depressiv symptomatologi hos barn og unge fra 8 til 18 år, i forbindelse med klinisk praksis og epidemiologisk forskning (Angold et al., 1995b). Spørreskjemaet måler symptomer på depresjon i samsvar med kriterier fra DSM-III og DSM-IV for depressiv lidelse (American

Psychiatric Association, 1980, 1994; Angold et al., 1995a; Angold et al., 1995b; Sund et al., 2001), og er kortversjonen til Mood and Feelings Questionnaire (MFQ) (Angold et al., 1987). SMFQ har 13 spørsmål selektert fra et utvalg av 30 items fra MFQ (Angold et al., 1995b).

Spørreskjemaet består av 13 utsagn, med svaralternativer rangert på en Likert-skala med tre punkter. Svaralternativene er rangert med verdier på 0, 1 og 2, der 0= «Ikke riktig», 1= «Noen ganger riktig» og 2= «Riktig» og hvor barnet selv rapporterer deres opplevelse de siste to ukene. Gjennomsnittsskårer for SMFQ ble beregnet ved å summere barnets råskårer til en totalskåre, som kan variere fra 0 til og med 26 poeng. Høye skårer indikerer større grad av depressiv symptomatologi, mens en lavere skåre indikerer lavere grad av depressivitet. Videre ble symptombedringsskårer for depresjon operasjonalisert som differansen mellom barnas gjennomsnittlige skårer på depresjon før tiltaket (T1) og deres gjennomsnittlige skårer etter gjennomført tiltak (T2).

SMFQ er et hyppig anvendt måleinstrument for å kartlegge depresjon hos barn og unge, og er et nyttig verktøy ved prospektive studier fra barndom til sen ungdomsalder (Turner et al., 2014). Forskning indikerer at SMFQ skiller mellom personer med depresjon og uten depresjon i den generelle befolkningen (Angold et al., 1995b; Costello & Angold, 1988). Det er i tillegg dokumentert en generelt høy reliabilitet ved måleinstrumentet ((Angold et al., 1995b; Espada et al., 2022; Sharp et al., 2006). I denne studien finner vi en høy Cronbachs alfa (SMFQ^{T1} α = .83, og SMFQ^{T2} α = .86) (Cronbach, 1951).

SMFQ kan betraktes som en refleksiv indeks, hvilket vil si at de ulike symptomene som måles antas å reflektere depresjon som et underliggende konstrukt. Dette er i tråd med empirisk evidens som indikerer at depresjon kan forstås som et endimensjonalt fenomen (Aggen & Kendler, 2005). Vurderinger av måleinstrumentets faktorstruktur indikerer en endimensjonal faktorstruktur, der depresjonssymptomer synes å representere en enkeltdimensjon som varierer fra mindre til mer alvorlige symptomer (Angold et al., 1995a; Sharp et al., 2006).

2.3.3 ACE – Stigma, brukerfornøydhet og mestring

Deltakernes opplevelse av stigma, brukerfornøydhet og endring i mestring av følelser ved deltakelse i Mestrende barn-tiltaket ble målt gjennom den norske oversettelsen av evalueringsskjemaet ACE – Stigma og brukerfornøydhet, utviklet av Rapee og kolleger (Rapee et al., 2006). Med «ACE» siktes det til intervensjonen som opprinnelig ble undersøkt i Rapees studie «The Adolescents Coping with Emotions» (ACE) (Wignall et al., 1998). ACE-

evalueringsskjemaet ble administrert til barna som deltok i Mestrende barn-grupper etter at de hadde gjennomført tiltaket (Patras et al., 2016).

Evalueringsskjemaet består av 10 spørsmål, med svaralternativer rangert på en Likert-skala hvor svaralternativene varierer fra 1 til 10, der 1= «Ikke i det hele tatt» og 10= «Veldig mye». Tre av spørsmålene handler om i hvilken grad deltakerne opplevde stigma, operasjonalisert som hvorvidt de følte seg flau av å delta i gruppe, ble erter av andre og om de ble kritisert hjemme. De resterende syv spørsmålene omhandler brukerfornøydhets og mestring av følelser (Rapee et al., 2006). I tillegg til de 10 spørsmålene er det inkludert tre åpne spørsmål der barnet kan fortelle hva de likte best og minst ved programmet, samt eventuelle øvrige kommentarer (Patras et al., 2016).

Opplevd stigma, brukerfornøydhets og mestring kan betraktes som tre ulike skalaer ved ACE-måleinstrumentet, og totalskårene lages ved å summere barnas råskårer på spørsmålene tilhørende de tre respektive skalaene. Ved opplevd stigma vil en høy sumskåre indikere høyere grad av opplevd stigma hos barnet. Videre vil en høy sumskåre på brukerfornøydhets indikere høyere grad av tilfredshet ved deltakelse i programmet. Mestringsmålet består av to spørsmål som handler om i hvilken grad barnet opplevde å mestre følelser før og etter intervensjonen, begge rapportert etter barna hadde fullført tiltaket. De to spørsmålene relatert til mestring ble kombinert til en differanseskåre (vurdering etter intervensjon minus vurdering før intervensjon), der en høyere skåre indikerer større grad av opplevd mestring av følelser hos barnet. I denne studien ble det estimert en høy indre konsistens ved Cronbachs alfa ved skalaen brukerfornøydhets, $\alpha=.86$ (Cronbach, 1951). Opplevd stigma og mestring kan betraktes som skalaer som ikke måler latente underliggende felles fenomener. Av denne grunn er det lite hensiktsmessig å estimere reliabilitet i form av Cronbachs alfa ved disse skalaene.

Målet på opplevd stigma i ACE-evalueringsskjemaet betraktes i denne studien som en formativ indeks. Målet består av tre spørsmål som ikke nødvendigvis korrelerer med hverandre, men som sammen kan representere ulike kvalitative aspekter ved opplevd stigma (Patras et al., 2016; Rapee et al., 2006).

2.4 Statistiske analyser

Analyser i denne studien ble gjort i IBM SPSS Statistics versjon 27. I forkant av statistisk analyse ble dataene gjennomgått for potensielle manglende verdier. Datasettet består av komplette data for 265 barn.

På grunn av strukturen i TIM-studien (Patras et al., 2016) der randomisering til intervensjon- eller kontrollgruppe skjedde på skolenivå og barna ble rekruttert deretter, kunne

det være passende med en multinivå-modell i våre analyser. Imidlertid ble det i en studie av Martinsen (2016) med samme utvalg som denne studien funnet at en multinivå-modell med skole inkludert som eget nivå var ustabil. Av den grunn ble ikke skole inkludert som et eget nivå (Martinsen et al., 2016) og på bakgrunn av dette blir det heller ikke utført multinivå analyse i denne studien.

2.4.1 Deskriptive analyser

Deskriptive analyser ble gjennomført for å undersøke barnas rapportering av opplevd stigma, brukerfornøydhet og endring i mestring av følelser ved deltakelse etter Mestrende barn-intervensjonen (forskningsspørsmål 1). Totalskårer for opplevd stigma, brukerfornøydhet og mestring ble undersøkt, i tillegg til enkeltspørsmålene som utgjør hver skala i ACE-evalueringskjemaet. På bakgrunn av barnas gjennomsnittlige totalskårer ble det laget et histogram for å illustrere fordelingen av barnas skårer på opplevd stigma.

2.4.2 Enveis variansanalyse (ANOVA)

Enveis variansanalyse (ANOVA) ble benyttet for å undersøke hvilke karakteristikk man finner hos barn som rapporterer stigma (forskningsspørsmål 2). Dette ble undersøkt med enveis-variensanalyse for å teste for statistisk signifikante gruppeforskjeller i gjennomsnittssvar på spørsmålene i ACE-evalueringskjemaet, og de tre skalaene om opplevd stigma, brukerfornøydhet og mestring av følelser. Spørsmålene og skalaene fungerte som avhengige variabler. Analysene ble utført med variablene kjønn, klassetrinn, skolestørrelse og symptombilde som uavhengige variabler. Enveis variansanalyse ble i tillegg benyttet for å vurdere i hvilken grad variasjonen i opplevd stigma kunne forklares av hvilken skole barna tilhørte.

2.4.3 Korrelasjonsanalyser

Det ble vurdert om det var en sammenheng mellom opplevd stigma, brukerfornøydhet og endring i mestring av følelser, og symptombedring på angst og depresjon (forskningsspørsmål 3). Dette ble undersøkt med en bivariat korrelasjonsanalyse (Pearson r) med variablene opplevd stigma, brukerfornøydhet og mestring, og symptombedringskårene for angst og for depresjon. Ved Pearson r betraktes korrelasjoner mellom 0.1-0.3 som svake, 0.3-0.5 som moderate og 0.501 for sterke (Cohen, 1992).

Det ble også benyttet en bivariat korrelasjonsanalyse for å undersøke samvariasjon mellom variablene opplevd stigma, brukerfornøydhet og mestring (forskningsspørsmål 4).

2.4.4 Regresjonsanalyser

For å videre undersøke innvirkningen av opplevd stigma på barnas symptombedring ved tiltaket (forsknings spørsmål 3) ble det utført en multippel regresjonsanalyse. Ved å benytte multippel regresjonsanalyse kunne vi kontrollere for eventuelle konfunderende effekter av andre uavhengige variabler, og øke den statistiske styrken ved å inkludere andre relevante uavhengige variabler i forklaringsmodellen I regresjonsanalysen fungerte opplevd stigma, kjønn og klassetrinn som uavhengige variabler og symptombedring for angst (MASC) (March et al., 1997) og depresjon (SMFQ) (Angold et al., 1995b) som avhengige variabler.

2.4.5 Statistisk styrke

Den statistiske styrken i denne studien er estimert for enkle standardiserte differanser mellom gjennomsnitt (Cohens d) og bivariante korrelasjoner (Cohen, 1992). Gitt et forkastningsnivå for H_0 på $p < .05$ (.05 sannsynlighet for type I feil), vil man ved et utvalg av 265 observasjoner ha 91% sannsynlighet for å avdekke middels sterke effekter ($r > 0.20$) i populasjonen. Den statistiske styrken er lav for svakere effekter ($r < 0.10$), med kun 37% sannsynlighet. Øvrig beregning av statistisk styrke er rapportert i tabell 1.

Tabell 1

Statistisk styrke for standardiserte mål for effektstørrelse (Cohens d , r og r^2) ved $N=265$ og to ulike nivåer (.05 og .01) for forkastning av H_0 om ingen effekt i populasjonen.

<i>Cohens standard</i>	<i>d</i>	<i>r</i>	<i>r²</i>	<i>p < .05</i>	<i>p < .01</i>
Sterke	0.90	0.41	0.17	1.00	1.00
	0.80	0.37	0.14	1.00	1.00
	0.70	0.33	0.11	1.00	1.00
	0.60	0.29	0.08	1.00	0.99
Middels	0.50	0.24	0.06	0.98	0.92
	0.40	0.20	0.04	0.91	0.77
	0.30	0.15	0.02	0.69	0.45
Svake	0.20	0.10	0.01	0.37	0.17
	0.10	0.05	0.00	0.13	0.04

Merk. Effektstørrelsene er beregnet ved hjelp av Cohens d . Fra «A power primer» av J. Cohen, Copyright 1992 American Psychological Association.

2.5 Etiske betraktninger

TIM-studien, som denne studien benytter data fra, er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (2013/1909/REK Sør-Øst).

Dataen som er samlet inn i forbindelse med denne studien omhandler opplysninger fra barn om sensitive temaer som stigmatisering og psykiske vansker. Barnas foreldre har gitt

informert samtykke til innsamling av data. For å sikre konfidensialitet og personvern ble barna som deltok i studien utstyrt med en unik studie-ID. Koblingsnøkkelen mellom barnas studie-ID og personopplysninger ble oppbevart separat fra datasettet i en kryptert fil i sikker sone ved RBUP Øst og sør (Patras et al., 2016). Resultater fra studien er analysert og presentert på gruppenivå. Barna er dermed ikke gjenkjennelige gjennom publisering. Alle statistiske analyser ble gjennomført i sikker sone ved RBUP Øst og sør.

Videre er det viktig at resultater fra denne studien ikke bidrar til økt stigmatisering av gruppen som undersøkes eller bidra til frykt for å delta i liknende forebyggende tiltak. Det er viktig å gjøre en grundig undersøkelse av de eventuelle konsekvensene av stigma, snarere enn å unngå å iverksette forebyggende tiltak basert på empirisk ubegrunnet frykt for stigma. Ved å forske på barns opplevelse av stigma ved deltakelse i indikerte tiltak i skolen kan fremtidige forebyggende tilbud rettet mot barn styrkes.

3. Resultater

3.1 Karakteristikk ved utvalget

Utvalget bestod av komplette data (ingen manglende skårer) for 265 barn. Jentene rapporterte statistisk signifikant høyere symptomer på angst ($\bar{X}=67.58$, $SD=12.82$) enn guttene ($\bar{X}=62.35$, $SD=13.20$). Effekten av klasstrinn var statistisk signifikant for depresjonsskårene (T1 depresjon). Dette skyldes sannsynligvis at det var lavere rapportering av depresjon blant barna på 3. trinn ($\bar{X}=9.75$, $SD=5.53$) og 4 trinn ($\bar{X}=9.20$, $SD=4.49$), enn på 5. trinn ($\bar{X}=11.26$, $SD=5.26$) og 6. trinn ($\bar{X}=11.08$, $SD=5.95$). Resultatene er rapportert i tabell 2.

Tabell 2

Enveis variansanalyser av T1-skårer for angst og depresjon fordelt etter kjønn og klassetrinn (N=265).

	Angst ^{T1}					Depresjon ^{T1}				
	\bar{X}	SD	df	F	p	\bar{X}	SD	df	F	p
Totalt	65.69	13.18				10.37	5.16			
Kjønn			1	9.95	0.002			1	0.16	0.690
Gutter	62.35	13.20				10.20	4.92			
Jenter	67.58	12.82				10.46	5.30			
Klassetrinn			3	0.47	0.705			3	3.24	0.023
3. trinn	61.83	10.05				9.75	5.53			
4. trinn	65.50	13.41				9.20	4.49			
5. trinn	66.40	13.87				11.26	5.26			
6. trinn	65.69	13.18				11.08	5.95			

Merk. $p < 0.05$ er uthevet i fet tekst. Skårer innhentet gjennom ACE-evalueringsskjema om opplevd stigma, brukerfornøydhet og mestring (Rapee et al., 2006), MASC-spørreskjema om angst (March, 1997) og SMFQ-spørreskjema om depresjon (Angold, 1995). $p < 0.05$ er uthevet i fet tekst. Skårer innhentet gjennom ACE-evalueringsskjema om opplevd stigma, brukerfornøydhet og mestring

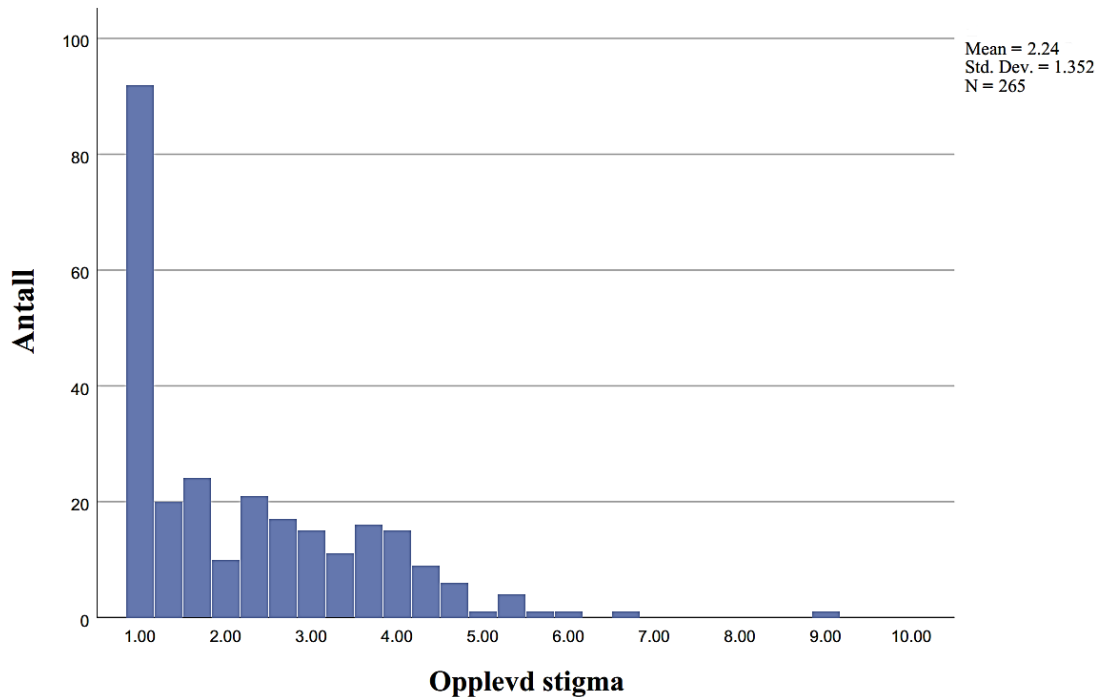
3.2 Forskningsspørsmål 1: Hvordan opplever barna et indikert tiltak i skolesammenheng?

3.2.1 Rapportering av opplevd stigma

Slik det fremkommer i Tabell 3 rapporterte barna lite opplevd stigma ($\bar{X}=2.24$, $SD=1.35$). Figur 3 gir en visuell framstilling av barnas gjennomsnittsskåre på opplevd stigma og figuren viser at majoriteten av barna fikk en gjennomsnittsskåre på 2 eller lavere på alle tre spørsmålene ($n=146$, 55.1%), tilsvarende ingen eller lite opplevd stigma. Svært få av barna rapporterte høyere skåre enn 5 ($n=9$, 3.5%).

Figur 3

Fordeling av skårer på opplevd stigma ($N=265$).



Skårer innhentet gjennom ACE-evalueringsskjema om opplevd stigma, brukerfornøydhhet og mestring (Rapee et al., 2006).

Det observeres en forskjell mellom enkeltspørsmålene som sammen utgjør målet på opplevd stigma, det vil si spørsmål 5, 6 og 7. Barna rapporterte gjennomsnittlig høyere på spørsmål 5, om de opplevde å føle seg flau over deltakelse i tiltaket ($\bar{X}=3.14$, $SD=2.59$), enn på spørsmål 6, om de ble ertet for å delta i tiltaket ($\bar{X}=1.56$, $SD=1.42$) eller 7, om de ble kritisert hjemme ($\bar{X}=2.03$, $SD=2.06$).

3.2.2 Rapportert brukerfornøydhhet

Som det fremgår av tabell 3 rapporterte barna i snitt høy brukerfornøydhhet ($\bar{X}=7.92$, $SD=2.03$) og generelt høye gjennomsnittlige skårer på enkeltspørsmålene som utgjør brukerfornøydhhet. Dette gjaldt spørsmålene om hvor mye de har lært (spm. 1: $\bar{X}=7.71$, $SD=2.49$), hvor bra programmet var for å hjelpe de med å takle problemer (spm. 2: $\bar{X}=7.34$, $SD=2.49$), hvor morsomt programmet var (spm. 3: $\bar{X}=8.20$, $SD=2.30$), hvor fornøyd de var med å bli valgt ut til programmet (spm. 4: $\bar{X}=8.16$, $SD=2.56$) og om de ville anbefale programmet til andre (spm. 10: $\bar{X}=8.18$, $SD=2.78$).

3.2.3 Rapportert endring i mestring av følelser

Endring i mestring av følelser ble målt ved å vurdere differansen mellom mestring av følelser før barna var med i mestringsgruppe (spm. 8: $\bar{X}=4.56$, $SD=2.44$), og mestring av følelser etter å ha gjennomført programmet (spm. 9: $\bar{X}=7.78$, $SD=2.29$). Den gjennomsnittlige differanseskåren var $\bar{X}=3.22$, med noe variasjon i barnas svar ($SD=3.03$). Resultatene er rapportert i tabell 3.

Tabell 3

Gjennomsnittlige skårer på spørsmål om brukerfornøydhet, mestring og opplevd stigma (N=265).

ACE-spørsmål	\bar{X}	SD
1. Hvor mye har du lært av programmet?	7.71	2.49
2. Hvor bra har programmet vært for å hjelpe deg med å takle problemer du har?	7.34	2.49
3. Hvor morsomt var programmet?	8.20	2.30
4. Hvor fornøyd var du med å bli valgt ut til mestringsgruppe?	8.16	2.56
5. Var det på noen måte flaut å være med på mestringsgruppe?	3.14	2.59
6. Ble du ertet fordi du var med i mestringsgruppe?	1.56	1.42
7. Ble du kritisert eller fikk du noe problemer hjemme fordi du var med i mestringsgruppe?	2.03	2.06
8. Hvordan greide du å mestre følelser før kurset startet?	4.56	2.44
9. Hvordan greier du å mestre følelser etter du har gjennomført kurset?	7.78	2.29
10. Vil du anbefale dette programmet til andre?	8.18	2.78
Opplevd stigma	2.24	1.35
Brukerfornøydhet	7.92	2.03
Endring i mestring	3.22	3.03

Skårer innhentet gjennom ACE-evalueringsskjema om opplevd stigma, brukerfornøydhet og mestring (Rapee et al., 2006).

3.3 Forskningsspørsmål 2: Hva karakteriserer barna som eventuelt opplevde stigma?

3.3.1 Forskjeller avhengig av kjønn

Tabell 4 viser barnas selvrapporterte opplevelse av stigma, brukerfornøydhet og mestring fordelt etter kjønn. Det var en statistisk signifikant kjønnsforskjell i brukerfornøydhet ($p=.036$), hvor jenter rapporterte å være mer fornøyde med tiltaket ($\bar{X}=8.12$, $SD=1.86$) enn gutter ($\bar{X}=7.57$, $SD=2.27$). På spørsmål om barna ville anbefale programmet til andre (spm. 10) var det en statistisk signifikant forskjell ($p=.005$) mellom kjønnene, hvor jenter ($\bar{X}=8.54$, $SD=2.40$) svarte omtrent ett poeng høyere enn gutter ($\bar{X}=7.55$, $SD=3.27$).

Videre rapporterte gutter noe høyere opplevd stigma ($\bar{X}=2.32$, $SD=1.35$) enn jenter ($\bar{X}=2.20$, $SD=1.35$), men forskjellen var ikke statistisk signifikant.

Tabell 4

Enveis variansanalyse av skårer for opplevd stigma, brukerfornøydhet og mestring fordelt etter kjønn (N=265).

	Totalt		Kjønn		Jenter		F	p
	\bar{X}	SD	Gutter \bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ACE01	7.71	2.50	7.33	2.60	7.92	2.42	3.44	0.065
ACE02	7.34	2.49	7.15	2.58	7.46	2.44	0.95	0.331
ACE03	8.20	2.31	7.97	2.45	8.33	2.22	1.47	0.227
ACE04	8.16	2.56	7.86	2.94	8.33	2.31	2.04	0.154
ACE05	3.14	2.60	3.06	2.59	3.18	2.61	0.12	0.730
ACE06	1.56	1.42	1.72	1.49	1.47	1.39	1.91	0.168
ACE07	2.03	2.07	2.17	2.10	1.95	2.05	0.66	0.418
ACE08	4.56	2.44	4.82	2.55	4.41	2.37	1.72	0.191
ACE09	7.78	2.29	7.59	2.41	7.89	2.22	1.05	0.307
ACE10	8.18	2.78	7.55	3.27	8.54	2.40	7.99	0.005
Opplevd stigma	2.24	1.35	2.32	1.35	2.20	1.35	0.46	0.500
Brukerfornøydhet	7.92	2.03	7.57	2.27	8.12	1.86	4.43	0.036
Endring mestring	3.22	3.04	2.77	3.15	3.48	2.95	3.36	0.068

Merk. $p < 0,05$ er uthevet i fet tekst. Skårer innhentet gjennom ACE-evalueringsskjema om opplevd stigma, brukerfornøydhet og mestring (Rapee et al., 2006).

3.3.2 Forskjeller avhengig av alder

Alder var i undersøkelsen kartlagt gjennom barnas klassetrinn. Det var en statistisk signifikant forskjell mellom klassetrinnene når det gjaldt generell brukerfornøydhet ($p=.005$), med statistisk signifikante forskjeller knyttet til spørsmål om hvor mye barna lærte (spm. 1: $p=.025$), om hvor bra programmet var for å hjelpe barna med å takle problemer de har (spm. 2: $p=.004$), om hvor morsomt programmet var (spm. 3: $p=.001$) og om hvor fornøyde barna var med å bli valgt ut til mestringsgruppe (spm. 4: $p=.006$) som utgjør samlemålet for brukerfornøydhet. Brukerfornøydhet sank ved økende alder, hvor 3. trinn var mest fornøyd med tiltaket ($\bar{X}=8.48$, $SD=1.22$), deretter 4. trinn ($\bar{X}=8.18$, $SD=2.04$) og 5. trinn ($\bar{X}=7.97$, $SD=1.84$). 6. trinn var minst fornøyd med tiltaket ($\bar{X}=6.8$, $SD=2.46$).

Det var ingen statistisk signifikante forskjeller i opplevd stigma mellom trinnene ($p=.709$). Trinnet som rapporterte om høyest grad av opplevd stigma var 5. trinn ($\bar{X}=2.34$, $SD=1.33$). 3. trinn rapporterte lavest grad av opplevd stigma ($\bar{X}=1.94$, $SD=1.27$).

Når det gjelder endring i mestring var det ingen statistisk signifikante forskjeller i endringsskårene mellom klassetrinnene ($p=.096$). Det var imidlertid en statistisk signifikant forskjell mellom trinnene ($p=.001$) når det gjaldt spørsmål om mestring av følelser etter gjennomført tiltak (spm. 9), der 4. trinn rapporterte høyest mestring ($\bar{X}=8.17$, $SD=2.27$), deretter 5. trinn ($\bar{X}=7.89$, $SD=2.04$) og 3. trinn ($\bar{X}=7.58$, $SD=2.31$). 6. trinn rapporterte lavest på spørsmål 9 ($\bar{X}=6.43$, $SD=2.64$). Resultatene er rapportert i Tabell 5.

Tabell 5

Enveis variansanalyse for skårer for opplevd stigma, brukerfornøydhets og mestring fordelt etter klassetrinn (N=265).

	Klassetrinn								F	p
	3	SD	4	SD	5	SD	6	SD		
ACE01	8.50	1.98	8.06	2.57	7.64	2.37	6.70	2.62	3.18	0.025
ACE02	7.67	2.43	7.73	2.49	7.39	2.35	6.03	2.59	4.52	0.004
ACE03	9.58	1.44	8.50	2.43	8.15	2.06	7.05	2.51	5.31	0.001
ACE04	9.58	1.44	8.35	2.51	8.23	2.47	6.97	2.90	4.25	0.006
ACE05	3.00	2.76	2.80	2.47	3.42	2.78	3.24	2.30	1.09	0.356
ACE06	1.17	0.39	1.68	1.67	1.58	1.35	1.27	1.05	1.07	0.363
ACE07	1.67	1.56	2.11	2.09	2.01	2.14	2.00	1.99	0.18	0.912
ACE08	5.33	2.39	4.80	2.72	4.39	2.28	4.19	2.07	1.19	0.313
ACE09	7.58	2.31	8.17	2.27	7.89	2.04	6.43	2.64	5.69	0.001
ACE10	7.08	3.68	8.27	2.79	8.42	2.49	7.57	3.21	1.56	0.200
Opplevd stigma	1.94	1.27	2.19	1.45	2.34	1.33	2.17	1.18	0.46	0.709
Brukerfornøydhets	8.48	1.22	8.18	2.04	7.97	1.84	6.86	2.46	4.38	0.005
Mestring	2.25	3.49	3.38	3.28	3.50	2.83	2.24	2.64	2.13	0.096

Merk. $p < 0.05$ er uthevet i fet tekst. Skårer innhentet gjennom ACE-evalueringsskjema om opplevd stigma, brukerfornøydhets og mestring (Rapee et al., 2006).

3.3.2 Forskjeller i symptombilde

Det ble ikke funnet statistisk signifikante sammenhenger mellom symptombilde og opplevd stigma (angst $r = -0.01$, $p = .856$; depresjon $r = 0.03$, $p = .680$), brukerfornøydhets (angst $r = -0.61$, $p = .319$; depresjon $r = -0.06$, $p = .371$) og mestring (angst $r = 0.05$, $p = .453$; depresjon $r = 0.08$, $p = .175$).

3.3.3 Forskjeller mellom skoler

Forskjeller mellom skoler

Det ble gjennom enveis variansanalyse (ANOVA) undersøkt om variasjonen i rapportering av opplevd stigma kunne forklares av hvilken skole de tilhørte. Resultatene viste en statistisk signifikant effekt av hvilken skole barnet gikk på ($F[16]=1.878, p=.023$). R^2 er 0.108, som betyr at 10,8% av variasjonen i stigma kunne forklares av skole.

Forskjeller mellom skolestørrelsene

Det var en statistisk signifikant ($p=.019$) forskjell mellom skolene på spørsmål om barna opplevde tiltaket som morsomt (spm. 3), hvor barna på små skoler i gjennomsnitt vurderte tiltaket som mindre morsomt ($\bar{X}=7.32, SD=2.60$) enn barna på middels store skoler ($\bar{X}=8.49, SD=2.12$) og store skoler ($\bar{X}=8.21, SD=2.32$). Generell opplevd stigma, brukerfornøydhets og endring av mestring varierte lite mellom skolestørrelsene, og forskjellene var ikke statistisk signifikante. Resultatene er rapportert i Tabell 6.

Tabell 6

Skårer på opplevd stigma, brukerfornøydhets og mestring fordelt etter skolestørrelse (N=265).

	Skolestørrelse				F	p		
	Liten	SD	Middels	SD				
ACE01	7.63	2.48	7.76	2.41	7.68	2.62	0.05	0.949
ACE02	7.66	2.36	7.19	2.65	7.40	2.36	0.58	0.558
ACE03	7.32	2.60	8.49	2.12	8.21	2.31	4.04	0.019
ACE04	7.90	2.63	8.19	2.47	8.24	2.65	0.26	0.772
ACE05	2.90	2.32	2.92	2.54	3.47	2.74	1.48	0.229
ACE06	1.37	1.45	1.58	1.39	1.60	1.46	0.45	0.640
ACE07	1.93	1.88	1.86	1.91	2.25	2.28	1.06	0.348
ACE08	4.61	1.99	4.86	2.57	4.21	2.42	2.05	0.131
ACE09	7.85	2.21	7.80	2.37	7.75	2.26	0.04	0.965
ACE10	8.02	2.85	8.34	2.65	8.08	2.92	0.33	0.720
Opplevd stigma	2.07	1.36	2.12	1.28	2.44	1.41	2.01	0.136
Brukerfornøydhets	7.71	2.17	7.99	2.00	7.92	2.03	0.30	0.741
Mestring	3.24	2.63	2.93	2.85	3.54	3.36	1.11	0.331

Merk. $p<0,05$ er uthevet i fet tekst. Skårer innhentet gjennom ACE-evalueringsskjema om opplevd stigma, brukerfornøydhets og mestring (Rapee et al., 2006).

3.4 Forskningsspørsmål 3: Har selvrapportert stigma en innvirkning på utfall av tiltaket?

Korrelasjon mellom opplevd stigma, brukerfornøydhet, mestring og symptomendring

Det var en statistisk signifikant negativ sammenheng mellom symptombedring ved depresjon og opplevd stigma ($r = -0.13, p = .036$). Det var i tillegg en statistisk signifikant sammenheng mellom depresjon (SMFQ) og mestring ($r = 0.13, p = .030$). Det var ingen statistisk signifikante korrelasjoner mellom opplevd stigma og utfall hos barn med angst ($r = -0.08, p = .207$).

Korrelasjonene er rapportert i Tabell 7. Effekten av selvrapportert stigma (x) på utfall ved depresjon (y) er visualisert i Figur 4, gjennom et scatterplot med tilpasset regresjonslinje ($y = 3.5 - 0.52 * x, R^2 = 0.017, p = .036$).

Tabell 7

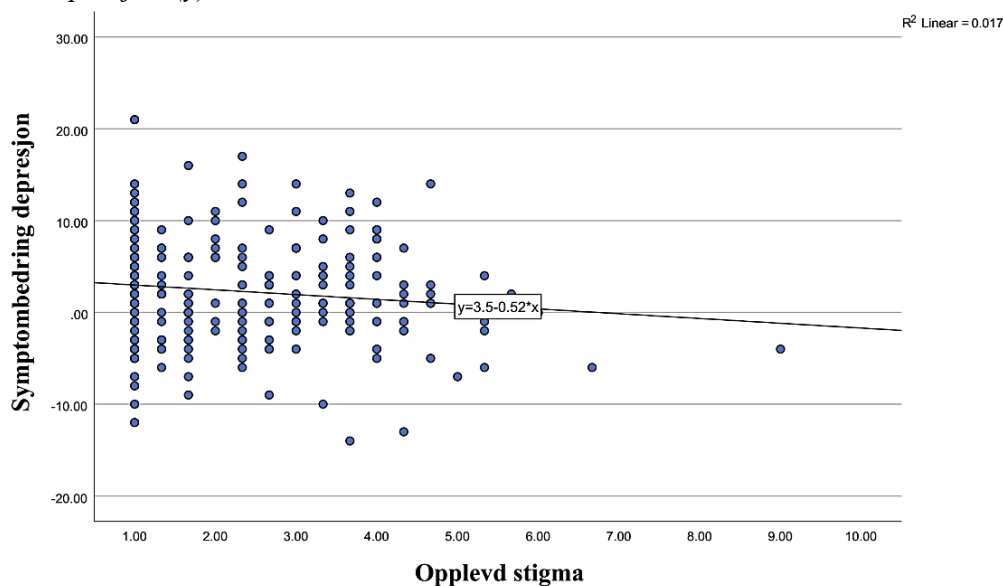
Korrelasjoner mellom symptombedringsskårer ved angst (MASC) og depresjon (SMFQ) og opplevd stigma, brukerfornøydhet og mestring.

	Opplevd stigma	Brukerfornøydhet	Mestring
Symptombedring angst	-0.08	0.02	-0.01
Symptombedring depresjon	-0.13	0.08	0.13

Merk. Statistisk signifikante korrelasjoner er uthevet i fet tekst. Skårer innhentet gjennom ACE-evalueringsskjema om opplevd stigma, brukerfornøydhet og mestring (Rapee et al., 2006), MASC-spørreskjema om angst (March, 1997) og SMFQ-spørreskjema om depresjon (Angold, 1995).

Figur 4

Scatterplot med tilpasset regresjonslinje av effekten av opplevd stigma (x) på symptombedring ved depresjon (y).



Skårer innhentet gjennom ACE-evalueringsskjema om opplevd stigma, brukerfornøydhet og mestring (Rapee et al., 2006), MASC-spørreskjema om angst (March, 1997) og SMFQ-spørreskjema om depresjon (Angold, 1995).

Multipel regresjonsanalyse av symptombedring avhengig av opplevd stigma, kjønn og klasstrinn

Det var en statistisk signifikant negativ effekt av opplevd stigma ($\beta = -0.14, p = .026$) på bedring av depresjonssymptomer, ved kontroll for kjønn og klasstrinn. Det fremkom i tillegg en statistisk signifikant positiv effekt av klasstrinn ($\beta = 0.15, p = .014$) på bedring av depresjonssymptomer, da vi kontrollerte for effekten av stigma og kjønn. For endring av angstsymptomer fremkom det ingen statistisk signifikante effekter. Resultatene er rapportert i Tabell 8.

Tabell 8

Multipel regresjonsanalyse av symptombedring ved angst og depresjon avhengig av opplevd stigma, kjønn og klasstrinn (N=265).

	Effekt	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Angst	Intercept	14.83	4.99		2.97	0.003
	Stigma	-1.11	0.80	-0.08	-1.39	0.166
	Kjønn	-2.77	2.25	-0.07	-1.23	0.219
	Trinn	2.64	1.40	0.11	1.88	0.061
Depresjon	Intercept	2.67	1.53		1.74	0.083
	Stigma	-0.55	0.25	-0.14	-2.24	0.026
	Kjønn	-0.53	0.69	-0.05	-0.77	0.442
	Trinn	1.06	0.43	0.15	2.46	0.014

Merk. $p < 0.05$ er uthevet i fet tekst. Skårer innhentet gjennom ACE-evalueringsskjema om opplevd stigma, brukerfornøydhet og mestring (Rapee et al., 2006), MASC-spørreskjema om angst (March, 1997) og SMFQ-spørreskjema om depresjon (Angold, 1995).

3.5 Forskningsspørsmål 4: Er det en sammenheng mellom opplevd stigma, brukerfornøydhet og mestring?

Det var en statistisk signifikant negativ sammenheng mellom opplevd stigma og brukerfornøydhet ($r = -0.15, p = .019$). Det ble også funnet en statistisk signifikant negativ sammenheng mellom opplevd stigma og mestring ($r = -0.13, p = .032$). I tillegg ble det observert en statistisk signifikant positiv sammenheng mellom brukerfornøydhet og mestring ($r = 0.45, p < .001$). Korrelasjonene er rapportert i Tabell 9.

Tabell 9

Korrelasjoner mellom opplevd stigma, brukerfornøydhet og mestring (N=265).

	Opplevd stigma	Brukerfornøydhet	Mestring
Opplevd stigma	1.00	-0.15*	-0.13*
Brukerfornøydhet	-0.15*	1.00	0.45**
Mestring	-0.13*	0.45**	1.00

Merk. * $p < .05$, ** $p < .01$. Skårer innhentet gjennom ACE-evalueringsskjema om opplevd stigma, brukerfornøydhet og mestring (Rapee et al., 2006), MASC-spørreskjema om angst (March, 1997) og SMFQ-spørreskjema om depresjon (Angold, 1995). * $p < .05$, ** $p < .01$. Skårer innhentet gjennom ACE-evalueringsskjema om opplevd stigma, brukerfornøydhet og mestring

4. Diskusjon

Hensikten med denne studien var å undersøke om norske barn opplevde stigmatisering ved å deltakelse et indikert forebyggende tiltak i skolen rettet mot symptomer på angst og depresjon.

I vår studie fant vi at barna i gjennomsnitt opplevde lite stigmatisering. Dette er i tråd med vår innledende hypotese om at barna ville oppleve noe stigma, men at dette ville være i lav grad. Vi hadde i tillegg en hypotese om at opplevelsen av stigma ville være relatert til individuelle karakteristikk, og det er således forsøkt å identifisere ulike forskjeller i selvrapportert stigma. En deskriptiv, ikke signifikant, kjønnsforskjell hvor gutter rapporterte om noe høyere grad av opplevd stigma sammenlignet med jenter ble observert. Det ble ikke funnet statistisk signifikante forskjeller mellom barnas alder og stigma, eller symptombilde ved oppstart rapportert stigma. Basert på disse resultatene svekkes vår hypotese om at gutter og eldre barn opplever mer stigmatisering.. Videre ble det ikke funnet statistisk signifikant forskjell i rapportert stigma avhengig av symptombilde i form av angst eller depresjon ved oppstart av tiltaket. Dette kan antyde at barnas innledende vansker ikke var av betydning for senere rapportering av stigma.

I tillegg til individuelle faktorer ved barna, forventet vi at skole kunne være av betydning for grad av opplevd stigmatisering. I denne forbindelse ble det funnet en statistisk signifikant variasjon mellom skolene med hensyn til barnas rapportering av stigma. Ved undersøkelser av eventuelle forskjeller mellom skolestørrelsene i barnas rapportering av stigma, ble det imidlertid ikke funnet statistisk signifikante forskjeller. Det sistnevnte funnet svekker vår hypotese om at rapportert stigma ville være høyere på små skoler.

Videre hadde vi en hypotese om at opplevd stigma ville ha en negativ effekt på utfallet av tiltaket, i form av lavere eller negativ symptombedring. Denne hypotesen fant vi til dels støtte for, ettersom det var en statistisk signifikant negativ sammenheng mellom opplevd stigma og bedring av depressive symptomer. Det ble ikke funnet en statistisk signifikant korrelasjon mellom selvrapportert stigma og symptomer på angst.

Et annet sentralt funn var en statistisk signifikant negativ sammenheng mellom stigma og brukerfornøydhet, samt mellom stigma og endring i mestring av følelser. Dette støtter vår hypotese om at barna med høy grad av selvrapportert stigma også var mindre fornøyd med tiltaket, og at de opplevde mindre endring i mestring av følelser gjennom tiltaket.

Samtidig hadde vi en hypotese om at barna generelt ville rapportere om høy brukerfornøydhet og en positiv endring i mestring av følelser etter å ha gjennomført tiltaket, som blir støttet av funnene gjort i denne studien. Det ble i tillegg påvist en statistisk signifikant positiv sammenheng mellom brukerfornøydhet og mestring av følelser. Det ble videre funnet en statistisk signifikant korrelasjon mellom økt mestring av følelser og bedring av depressive symptomer, samt en positiv effekt av økt alder på bedring av depressive symptomer. Det var også en statistisk signifikant forskjell mellom jenter og gutters opplevelse av tiltaket, hvor jenter i snitt var mer fornøyd med tiltaket enn gutter. I relasjon til dette ville jenter i større grad enn gutter anbefale tiltaket til andre. Det fremkom videre en statistisk signifikant forskjell i alder, hvor brukerfornøydhet sank med økende alder. Det vil si at 3. trinn var mest fornøyd med tiltaket, mens 6. trinn var minst fornøyd.

4.1 Diskusjon av funn

Ett av studiens hovedfunn var at barna i liten grad rapporterte om opplevd stigma etter deltakelse i tiltaket. Dette funnet støtter som nevnt vår innledende hypotese. Tidligere studier har vist at stigma knyttet til psykiske vansker blant annet er assosiert med å bekymre seg for å være annerledes og å ikke passe inn (Ferrie et al., 2020), Radez et al., 2021). Skolen kan også representere et sosialt mikrosystem der muligheten for anonymitet er begrenset (Bowers et al., 2013; Rapee et al., 2006). Det er derfor nærliggende å tenke at et indikert tiltak gjennomført i skolen innebærer en risiko for at barn kan oppleve stigma. Unge med psykiske vansker er i tillegg utsatt for å føle på skam og flauhet (Ferrie et al., 2020; Radez et al., 2021). I vår studie svarte imidlertid barna i gjennomsnitt at det opplevde ingen eller lite flauhet av å være med i tiltaket. Tidligere studier tyder videre på at barn kan oppleve stigmatiserende holdninger eller reaksjoner fra andre barn fra tidlig alder, hvor blant annet unge kan ha fordommer knyttet til psykiske vansker (Kaushisk et al., 2016), og generelt utviser lite velvilje ovenfor andre barn

med psykiske vansker (Bellanca & Pote, 2013). Barna som deltok i mestringsgruppen rapporterte imidlertid ikke om å ha opplevd stigmatiserende holdninger fra andre, slik som å ha blitt ertet eller at de har fått problemer eller reaksjoner hjemme.

At barna i liten grad opplevde stigma stemmer godt overens med tidligere studier gjennomført i lignende utvalg (Rapee, 2006; Martinsen, 2016). Det er mulig at psykiske vansker har blitt et mer normalt samtaleemne blant barn og unge (Hermann et al., 2022; Rolandsgard et al., 2023). Som en følge av dette kan det være at barna ikke opplevde det som særlig flaut å være med i et indikert tiltak for symptomer på angst og depresjon, ei heller at de ble ertet eller fikk reaksjoner hjemme. Stigma, slik både Goffman (1963) og Crocker og kollegaer (1998) definerer det, kan oppstå som en følge av at et individ blir devaluert og diskreditert i en sosial kontekst. Økt bevissthet knyttet til psykiske plager blant barn og unge kan føre til normalisering i den sosiale konteksten, i dette tilfellet klassemiljøet.

På den andre siden har stigma blitt trukket frem som en av hovedårsakene til at unge ikke oppsøker hjelp for psykiske vansker (Radez et al., 2021). I tillegg kan det være en risiko for at man ikke fanger opp barna med behov for hjelp, dersom de opplever hjelpen som mulig stigmatiserende (Bowers et al., 2013). Deltakelse i programmet fordret at barna selv var villige til å delta i tiltaket, og på denne måten oppsøke hjelp. Det er mulig at barn som opplever stigmatisering knyttet til psykiske plager eller som oppfatter en risiko for stigma ved deltakelse, ikke ønsker å delta og dermed ikke blir fanget opp av slike tiltak.

Det fremkom samtidig spredning i rapportering av stigma i studien, hvor enkelte barn rapporterte om høyt nivå av opplevd stigma. Til tross for at denne gruppen var liten, vil det være viktig å forstå hvem disse barna var og hvordan stigmatiseringen de rapporterte om spilte inn på selvopplevd nytte av tiltaket. Rapee et al. (2006) fant blant annet at gutter opplevde mer stigmatisering enn jenter ved tiltak i skolen. Vi fant i vår studie imidlertid ikke en statistisk signifikant forskjell mellom kjønnene når det gjaldt selvrapportert stigma. Rapee et al. (2006) undersøkte derimot stigma ved både universelle og indikerte tiltak, samt inkluderte en bredere symptomatologi med eksternaliserende symptomer i tillegg til engstelse og tristhet. Vår studie hadde i tillegg en overvekt av jenter (63.8%), mens Rapee et al. (2006) hadde en jevnere kjønnsfordeling. Det er mulig at disse forskjellene i symptomatologi og utvalg førte til at Rapee et al. (2006) fanget opp et fenomen som ikke kom frem i vår studie. Rapee et al. (2006) sin studie er også gjennomført i 2006. I løpet av de siste 15 årene har psykiske vansker blitt et mer utbredt samtaleemne blant barn og unge, og det kan ha skjedd en betydelig kulturell endring i barns forhold til psykiske vansker (Hermann et al., 2022; Rolandsgard et al., 2023).

Vi hadde innledningsvis en hypotese om at selvrapportert stigma ville være høyere ved mindre skoler, ettersom skoler med få elever kan innebære mindre mulighet for anonymitet (Bowers et al, 2013). Det ble i denne studien ikke funnet en statistisk signifikant effekt av skolestørrelse på stigma, hvilket svekker vår hypotese. Vi fant imidlertid en statistisk signifikant variasjon i opplevd stigma mellom skolene. Dette vil si at den skolen barna gikk på kunne forklare noe av variasjonen i selvrapportert stigma. Dette er et interessant funn, ettersom det indikerer at noen av barna opplevde stigma og at det fantes noe ved skolene som førte til variasjon i rapporteringen. Årsaken til dette er imidlertid ukjent. Det er mulig at det fantes aspekter ved skolemiljøet som gjorde at elevene på noen skoler rapporterte høyere nivåer av stigma. Det har tidligere blitt funnet en sammenheng mellom klassemiljø og negative sosiale samspill blant elever, hvor utrygge skolemiljø er blitt assosiert med økt risiko for krenkelser og mobbing (Ertesvåg & Roland, 2014). Negative sosiale samspill med jevnaldrende er videre assosiert med dårligere psykisk helse hos barn og unge (Birkeland et al., 2022; Takizawa et al., 2014). Det er mulig at det var forskjeller i trygghet i skolemiljøet mellom de forskjellige skolene, som videre kan ha ført til noe av variasjonen som ble observert i barnas opplevelse av stigma. Det ble i denne studien imidlertid ikke gjennomført undersøkelser ved skolene som kunne gi informasjon om barnas trivsel eller om skolens sosiale miljø. En annen mulighet er at det kan ha vært variasjon i hvordan hver skole informerte om og gjennomførte tiltaket. Unge med psykiske vansker kan som nevnt være utsatt for å bekymre seg for å være annerledes eller ikke passe inn (Ferre et al., 2020; Radez et al., 2021), og barna som deltok i tiltaket befant seg i en kontekst hvor de kunne oppleve å bli bemerket eller vurdert av andre. Det kan for eksempel være at noen skoler gjennomførte tiltaket på en måte som gjorde at barna følte seg mer synlige, for eksempel da barna gikk til Mestrende barn-gruppe eller gikk glipp av enkelte skoletimer. Måten skolen informerte om tiltaket før barna ble rekruttert kan også tenkes å ha vært av betydning. Blant annet kan sosial støtte være en beskyttende faktor for barn og unge med psykiske vansker (Roach, 2018). En positiv fremstilling av tiltaket på forhånd kan være med på å skape større aksept og mindre stigma for deltakerne. Det er behov for mer informasjon om hvordan hver skole har gjennomført tiltaket og skolemiljøet for å kunne fastslå hva som gjør at opplevd stigmatisering varierer mellom skolene.

Et viktig funn ved denne studien var at opplevd stigma påvirket barnas symptombedring ved deltakelse. Det ble funnet en statistisk signifikant sammenheng mellom opplevd stigma og bedring for barna med symptomer på depresjon, hvor høyere grad av selvrapportert stigma gav lavere symptombedring. Gjennom multipl regressjonsanalyse kom

det i tillegg frem at den negative effekten av stigma på bedring av depresjonssymptomer ikke bedre kunne forklares av kjønnsforskjeller eller variasjon i alder. Dette styrker funnet om at stigma hadde en betydning for symptombedring. Det ble ikke funnet en statistisk signifikant effekt av stigma på bedring av angstsymptomer. Dette støtter til dels vår opprinnelige hypotese om at opplevd stigma kan ha en innvirkning på utfall av tiltaket. Det samsvarer også godt med tidligere forskning som indikerer at stigmatisering kan ha en negativ innvirkning på behandlingsutfall (Moos, 2012). Det kan være flere mulige årsaker til at stigma påvirket utfall av tiltaket for barna med depressive symptomer. Tidligere studier har funnet at opplevd stigma kan føre til økt symptomtrykk hos unge med psykiske vansker (Ferrie et al., 2020; Silke et al., 2016). Selvstigma er spesielt assosiert med økt alvorlighetsgrad av psykiske symptomer (Livingston & Boyd, 2010). Barna i Mestrende barn-tiltaket rapporterte i høyere grad å være flau over deltakelse i tiltaket, enn opplevelsen av å bli ertet eller kritisert hjemme. Dette kan forstås som et uttrykk for høyere selvstigma enn offentlig stigma. Dersom høyere grad av selvstigma fører til økt symptomtrykk kan det tenkes å videre påvirke behandlingsresponsen, her sett i forbindelse med redusert symptombedring ved depressive symptomer. Det er imidlertid ikke funnet statistisk signifikante forskjeller mellom symptomatologi ved oppstart og selvrappotering av stigma. Det vil si at det ikke er slik at de barna som rapporterte om stigma hadde et høyere symptomtrykk i utgangspunktet, slik litteraturen indikerer (Ferrie et al., 2020; Silke et al., 2016; Livingston & Boyd, 2010). Et interessant og sentralt spørsmål er da hva som førte til at disse barna fikk mindre symptombedring, og hvorfor vi kun fant dette hos barna med depressive symptomer. Det er mulig at barn med depresjon i større grad opplever større konsekvenser av selvstigma enn barn med angst. Symptomatologien ved depresjon kan i større grad betraktes som sammenfallende med selvstigma enn symptomatologien ved angst. Selvstigma innebærer en devaluering av ens selvbildet og sosiale identitet (Corrigan & Watson, 2002). I likhet med dette er dårlig selvtillit, selvbilde og mindreverdighetsfølelse tilleggssymptomer ved depresjon, i henhold til diagnosesystemet ICD-10 (World Health Organization, 2004). Det er mulig at barn med symptomer på depresjon i større grad enn barn med symptomer på angst internaliserer en negativ opplevelse av stigma, som videre kan øke en allerede eksisterende depressiv symptomatologi. Det er også mulig at barn med depressive symptomer er mer sårbare for å oppleve stress og ubehag ved opplevd stigmatisering. I tråd med stress-sårbarhetsmodellen kan stress tenkes å føre til forverring av allerede eksisterende symptomer (Zubin & Spring, 1977).

Det er også mulig at opplevd stigma kan påvirke behandlingsmotivasjonen til barna. Opplevelse av stigmatisering kan tenkes å redusere motivasjon for deltakelse i et forebyggende tiltak, som videre kan føre til at barna i lavere grad tilegner seg den kunnskapen og ferdighetene som skal til for å oppnå symptomlette. Dette samsvarer med forskning som indikerer at det er en sammenheng mellom opplevelse av selvstigma og behandlingsoppfølging fra pasienten sin side (Livingston & Boyd, 2010).

Det ble i denne studien også funnet en statistisk signifikant negativ sammenheng mellom stigma og brukerfornøydhet, og mellom stigma og endring i mestring av følelser. Dette støtter vår hypotese om at stigma kan påvirke hvordan barna opplever tiltaket, og indikerer at de barna som har opplevd stigma også har vært mindre fornøyd med tiltaket og opplevd mindre endring i mestringsmekanismer. Dette kan bygge opp under at barna som har rapportert om å være flau over deltakelse i tiltaket, eller som har opplevd reaksjoner fra andre, også har hatt mindre behandlingsmotivasjon og dermed fått mindre nytte av tiltaket.

På den andre siden rapporterte barna selv om en generell positiv endring i mestring av følelser etter å ha gjennomført tiltaket. Dette tyder på at de opplever å ha lært noe av tiltaket. Det sammenfaller også godt med resultatet av TIM-studien, som fant at tiltaket førte til en statistisk signifikant reduksjon i selvrappporterte symptomer på angst og depresjon (Martinsen et al., 2019). Vi fant i vår studie i tillegg en statistisk signifikant sammenheng mellom bedring i mestring av følelser og bedring i depresjonssymptomer, som indikerer at barna som hadde en subjektiv opplevelse av å mestre følelser bedre, også opplevde en symptombedring av depressive plager. Kognitiv atferdsterapi, som Mestrende barn-tiltaket er basert på, fokuserer på å endre maladaptive tankemønstre og atferd (Beck, 1964). Kognitiv restrukturering er en av flere intervensjoner som brukes i tiltaket (Martinsen et al., 2016), hvor hensikten er å nettopp endre uhensiktsmessige tankemønstre. Økte mestringsferdigheter kan eksempelvis tenkes å hjelpe barna med mer effektiv følelsesregulering i møte med stressende situasjoner, som videre kan bidra til å redusere symptomer på depresjon. Videre fant vi en statistisk signifikant effekt av klassetrinn/alder på symptombedring ved kontroll for kjønn og stigma, hvor økt alder hang sammen med økt bedring av depressive symptomer. Dette kan indikere at eldre barn i større grad forstod og nyttiggjorde seg intervensjonene.

Vi finner i denne studien også at barna generelt syntes å være fornøyd med tiltaket, hvor de i snitt rapporterte om høy brukerfornøydhet. Dette funnet sammenfaller også godt med en tidligere studie av Rapee et al. (2006), som fant at det ved indikerte tiltak ble rapportert om høyere brukerfornøydhet enn ved universelle tiltak. Det ble funnet en særlig høy gjennomsnittsskåre på spørsmål om programmet har vært morsomt, om de var fornøyd

med å bli valgt ut til programmet og om de vil anbefale programmet til andre. Innholdet i tiltaket opplevdes med andre ord som relevant og morsomt av barna. En fordel ved indikerte tiltak er at det ofte omfatter mindre grupper, og at det dermed kan gjøres mer personlig og tilpasses den individuelle behov og interesser. Ved Mestrende barn-tiltaket var de ulike intervensjonene tilpasset det enkeltes barn mål og utfordringer, og opplevdes dermed trolig som interessant og viktig for barnet. At barna var fornøyde med å bli valgt ut til å delta i tiltaket peker i tillegg på at de opplevde det som positivt å få være med i mestringsgruppe, og at de fleste barna ikke følte seg mer synlige for andre som ikke deltok i tiltaket, noe som har blitt trukket frem som en mulig ulempe ved indikerte tiltak (Rapee et al., 2006). Det var noe variasjon i målet på brukerfornøydhets. Blant annet fant vi at barna ved store og middels store skoler vurderte programmet som statistisk signifikant morsommere enn det barna ved små skoler gjorde. Det er imidlertid ikke slik at størrelsen på skolen har en betydning for størrelsen på mestringsgruppen, og denne forskjellen kan mulig skyldes miljøvariasjoner ved skolene.

Selv om det i denne studien ikke fremkom kjønnsforskjeller i opplevelsen av stigma, var det er statistisk signifikant forskjell mellom jenter og gutters opplevelse av tiltaket. Jenter hadde i snitt høyere brukerfornøydhets enn gutter, og ville i høyere grad anbefale tiltaket til andre. Vi fant også at yngre barn var mer fornøyd med tiltaket, hvor barna på 3. trinn var statistisk signifikant mer fornøyd enn barna på 6. trinn. Dette funnet kan forstås som lite sammenfallende med et annet funn i denne studien, ettersom vi også fant at økt alder hang sammen med økt bedring av depressive symptomer. På den andre siden kan dette understreke at brukerfornøydhets og symptombedring må forstås som to separate fenomen. Det vil si at barnas opplevelse av tiltaket som positivt ikke nødvendigvis førte til symptombedring. Dette støttes av at det ikke var en statistisk signifikant korrelasjon mellom brukerfornøydhets og bedring av angstsymptomer og depresjonssymptomer. Forskjellene i brukerfornøydhets kan reflektere reelle kjønnsforskjeller og aldersforskjeller, slik som at tiltakets intervensjoner opplevdes som mer positivt for jenter og yngre barn. Det var imidlertid også karakteristikk ved utvalget som muligens påvirket dette. Blant annet rapporterte barna på 3. trinn og 4. trinn om statistisk signifikant lavere grad av depressive symptomer ved oppstart enn 5. trinn og 6. trinn. Depresjon kan blant annet føre til interesse- og gledesløshets, tap av energi, samt redusert konsentrasjon og oppmerksomhet (World Health Organization, 2004) som kan ha påvirket hvordan barna opplevde tiltaket. Hvis de yngre barna i utgangspunktet hadde et mindre symptomtrykk ved oppstart kan dette ha påvirket deres brukerfornøydhets.

Til slutt ble det funnet en statistisk signifikant positiv sammenheng mellom barnas selvrappporterte økning i mestringsferdigheter og brukerfornøydhets. Dette støtter vår hypotese

om at det finnes en sammenheng mellom brukerfornøydhet og mestring av følelser. Denne sammenhengen kan forstås på flere måter. På en side er det mulig at barna som opplevde å være mer fornøyd med tiltaket også var mer motiverte for å lære seg og ta i bruk mestringsferdigheter underveis. Samtidig er det mulig at barna som opplevde økt mestring av følelser også var mer fornøyd med tiltaket alt i alt.

4.1 Styrker og begrensninger

4.1.1 Utvalg og studiedesign

Det er både styrker og begrensninger ved denne studien. Utvalgsstørrelsen er tilfredsstillende ($N=265$), hvilket er en klar styrke ved studien. Høy utvalgsstørrelse i studier kan bidra til å redusere tilfeldig variasjon i data og risikoen for å begå type-2 feil. Den statistiske styrken i denne studien er på grunn av dette tilfredsstillende, og egnet for å oppdage moderate og sterke effekter ($r>0.20$). Den statistiske styrken er utilstrekkelig for å oppdage svake korrelasjoner ($r<0.10$), som gjør at svake gruppeforskjeller eller effekter sannsynligvis ikke avdekkes i våre analyser. Gitt vår problemstilling vil moderate til sterke effekter være av størst interesse, da svake effekter kan tenkes å ha en liten klinisk og praktisk relevans. Den statistiske styrken vurderes dermed som egnet for å oppdage effekter som kan å ha betydning for slike intervensjoner.

Videre ble studien utført i den virkelige verden, med gruppeledere som gjennomførte tiltaket i tillegg til sine vanlige arbeidsoppgaver (Patras et al., 2016). Dette gir god økologisk validitet og er en styrke, da det gir en realistisk fremstilling av hvordan tiltaket fungerer ute i praksis.

En annen styrke er at barna ble rekruttert fra syv ulike områder i Norge med skoler både fra by og landlig beliggenhet (Patras et al., 2016). Da utvalget består av barn fra ulike geografiske områder, kan funnene i studien i større grad generaliseres til en større barnepopulasjon. Studien inkluderte imidlertid bare en liten andel av den totale skolepopulasjonen ved hver skole. Dersom man hadde kartlagt alle barn på hver skole for symptomer, kunne man ha fanget opp flere barn og økt antall deltakere i studien. Dette kunne potensielt ha økt studiens generaliserbarhet, men hadde imidlertid ikke vært i tråd med etiske retningslinjer (Patras et al., 2016).

Som tidligere beskrevet har utvalget en skjev kjønnsfordeling, hvorav 63.8% er jenter. Utvalget har også en skjev fordeling av antall barn i hvert klassetrinn, med flest barn på 4. og 5. trinn, sammenlignet med 3. og 6. trinn. Jenter rapporterer også statistisk signifikant høyere symptomer på angst enn gutter ved oppstart av tiltaket. Skjevhet i gruppene i utvalget kan føre

til mindre variasjon i dataen, i form av færre observasjoner fra den aktuelle gruppen. Det er mulig at det begrenser innsikten i eventuelle sammenhenger som kan være relevante for de mindre representerte gruppene, som hos gutter eller barn på 3. og 6. trinn. Resultater kan følgelig være mer representative og generaliserbare til populasjonen for de dominerende gruppene, som jenter og barn på 5. trinn.

I denne studien har vi delt skole opp i tre ulike skolestørrelser, basert på antall elever på hver skole. Inndelingen tar ikke høyde for kontekstuelle faktorer, slik som skolens geografiske beliggenhet, ressurser eller sosioøkonomiske forhold. Innenfor gruppene med skoler av samme størrelse kan det være variasjon. For eksempel kan en liten skole i en by være annerledes enn en liten skole med landlig beliggenhet. Det er med andre ord mulig at unike egenskaper ved skoler innenfor samme størrelseskategori ikke fanges opp.

4.1.2 Måleinstrumenter

En styrke ved studien er bruken av måleinstrumentene MASC (March et al., 1997) og SMFQ (Angold et al., 1995b), som begge er standardiserte og godt validerte spørreskjema (Baldwin & Dadds, 2007; March et al., 1999; Sharp et al., 2006; Villabø et al., 2012). Det er dermed god grunn til å anta at måleinstrumentene målte tristhet og engstelse hos barna, og at resultatene som ble innhentet om dette var pålitelige og gyldige.

Innhenting av data gjennom disse spørreskjemaene er samtidig basert på selvrapporing, som kan representere en potensiell begrensning i studien. Med tanke på at barna besvarte MASC (March et al., 1997) og SMFQ (Angold et al., 1995b) som en del av rekrutteringsprosessen, er det en mulighet for at dette kan ha ført til skjevheter i deres selvrapporing. Både skolene og barna visste på forhånd om de var del av tiltaks- eller kontrollgruppen, noe som muligens kan ha påvirket rekrutteringsprosessen. For noen barn kan det ha vært en motivasjon for å delta i tiltaket, som kan ha ført til overrapportering av tristhet og/eller engstelse. På en annen side kan det også ha vært tilfeller der barn valgte å underrapportere symptomer. Det er mulig at barna kan ha ønsket å gi sosialt akseptable svar, og dermed unngikk å beskrive symptomer som kan føre til stigmatisering. I tillegg kan noen ha hatt utfordringer med å forstå spørsmålene i spørreskjemaene eller gjenkjenne symptomer de selv opplevde.

Evalueringskjemaet ACE er et lite validert og ikke standardisert verktøy. Dette kan potensielt utgjøre en begrensning i denne studien, ved at det kan knyttes usikkerhet til validiteten og påliteligheten av dataene som samles inn gjennom instrumentet. En av hovedbegrensningene ved evalueringskjemaet ACE er det innhenter data retrospektivt. Dette

betyr at barna blir bedt om å reflektere tilbake i tid og huske tidligere opplevelser av stigma, brukerfornøydhets og mestring. Særlig problematisk er spørsmålene knyttet til mestring, der ett av spørsmålene dreier seg om barnas mestring av følelser før deltakelse i tiltaket retrospektivt. Dette kan bidra til at barna i større grad kan gi unøyaktige eller feilaktige svar.

Videre er en annen mulig begrensning hvordan stigma operasjonaliseres og måles i evalueringsskjemaet ACE (Rapee et al., 2006). I studien er stigma målt gjennom spørsmål om barna følte seg flau over å delta i mestringsgruppen, om de opplevde å bli ertet av andre og om de fikk problemer/kritikk hjemme for å delta. Informasjonen er samlet inn gjennom egenrapportering, og kan således tenkes å representere barnas internaliserte stigma og stigma-bevissthet. Trepartsmodellen til Corrigan og Watson (2002) forstår stigma som sammensatt av separate kognitive (stereotyper), affektive (fordommer) og atferdsmessige (diskriminering) komponenter, og alle komponentene må være tilstede for å kunne utvikle en helhetlig forståelse av fenomenet (Silke et al., 2016). En opplevelse av å føle seg flau på grunn av deltakelse i programmet kan forstås som en sentral affektiv komponent, som inkluderer tanker om seg selv og negative emosjonelle reaksjoner. Det er ikke stilt spørsmål om barnas egen atferdsmessige respons, slik som om de for eksempel unngår andre. Det er heller ikke undersøkt om barna har negative tanker om selvet, altså om de er preget av stereotyper. Det kan dermed ikke fastslås at vår studie har målt selvstigma. Dette er en svakhet også Rapee et al. (2006), som utviklet spørreskjemaet trekker frem, hvor spørsmålene som omhandler opplevd stigmatisering ikke nødvendigvis dekker hele stigma-begrepet. Det eksisterer noen instrumenter for å måle selvstigma ved psykiske lidelser, slik som Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI), som inneholder fem subskalaer: fremmedgjøring, stereotyper, oppfattet diskriminering, sosial tilbaketrekning og stigma-resiliens (Hammer & Toland, 2017) eller Self-Stigma Scale-Short (SSS-S) som måler affekt, kognisjon og atferd (Mak & Cheung, 2010). Disse måler imidlertid mer en generell opplevelse av å være stigmatisert, og egner seg ikke nødvendigvis til å måle stigma knyttet til et indikert tiltak. Stigma er komplekst fenomen å måle, som kan føre til at det er vanskelig å sammenligne funn på tvers av ulike studier.

4.2 Implikasjoner for praksis og anbefalinger for videre forskning

Psykiske vansker kan potensielt ha store konsekvenser for barn og unges livskvalitet (Bruun et al., 2018). Det er viktig å forebygge utvikling av psykiske vansker tidlig hos barn og unge. Både Stortinget (2012), Folkehelseinstituttet (Skogen et al., 2018) og Helsedirektoratet (2014) har de siste årene hatt økt fokus på forebygging av psykiske vansker

blant barn og unge, og trekker frem skolen som en viktig arena. Det er samtidig et behov for å undersøke nærmere hvordan barn opplever tiltak gjennomført i skolen.

Vår studie er en av få som undersøker hvorvidt barn opplevde stigma ved et indikert forebyggende tiltak i skolen rettet mot symptomer på angst og depresjon. Å undersøke dette er en viktig del av å utvikle og gjennomføre virkningsfulle tiltak rettet mot barn. Det er sentralt at tiltak skal gjøre mer nytte enn skade, og flere trekker frem den potensielle stigmatiseringen som kan oppstå ved indikerte tiltak i skolen uten tilstrekkelig empirisk grunnlag (Rapee et al., 2006; Bowers et al., 2013). Det er viktig å gjøre grundige undersøkelser av barnas opplevelse av stigmatisering, og eventuelle konsekvensene av denne opplevelsen, snarere enn å unngå å implementere forebyggende tiltak basert på ubegrunnet frykt for skade. Indikerte tiltak kan være både virkningsfulle og kostnadseffektive, også i skolesammenheng (Lee et al., 2017). Å unngå tiltak av en slik mulig ubegrunnet frykt kan i verste fall føre til at barn ikke mottar den hjelpen de har behov for. For at det skal være realistisk å utføre effektive og virkningsfulle tiltak, er det også helt nødvendig å undersøke skadepotensialet. Ved å se nærmere på barns egen opplevelse ved indikerte tiltak i skolen kan man styrke fremtidige forebyggende tilbud.

Ett hovedfunn i vår studie er at selvrapportert stigma varierer mellom skolene, noe som indikerer at det finnes noe ved skolemiljøet som kan påvirke opplevelsen av stigmatisering. Dette kan være et interessant og viktig tema for videre forskning. Ved å se nærmere på ulike faktorer ved skolemiljøet, slik som trivsel, trygghet eller sosialt miljø, kan man få en bredere forståelse for hvordan stigma oppstår. Dette kan på sikt også være viktig for å forebygge stigma ved fremtidige tiltak.

Vår studie kan samtidig kun si noe om utvalg i en norsk barnepopulasjon, og vi vet lite om generaliserbarheten til andre populasjoner. Stigma er også her kun undersøkt med barn som har forhøyede symptomer på angst og depresjon, og funnene fra denne studien kan ikke nødvendigvis videreføres til barn med andre tilstandsbilder. Studien har også sine begrensninger og er således kun et bidrag for å forstå mer av barns opplevelse av et indikert tiltak. Det vil være forhastet å konkludere her med at stigma ikke er en utfordring ved indikerte tiltak, og det er behov for videre forskning. Fremtidige studier bør inkludere faktorer ved skolemiljøet, et bredere mål på stigmatisering, samt inkludere mål på offentlig stigma i form av reaksjoner i miljøet.

5. Konklusjon

Studiens formål var å undersøke i hvilken grad barn rapporterer opplevd stigma ved deltakelse i Mestrende barn-tiltaket – et indikert forebyggende tiltak gjennomført i skolen. Vi undersøkte om det kunne identifiseres spesifikke karakteristikk ved barna som rapporterte stigma og i hvilken grad opplevd stigmatisering kunne påvirke barnas symptombedring. Barnas rapportering av brukerfornøydhet og mestring ble også undersøkt.

Vårt hovedfunn i denne studien er at barn generelt rapporterte om å oppleve lite stigma. Dette kan indikere et skifte i hvordan barn snakker om og oppfatter psykiske lidelser, som fører til at de ikke oppfatter det som belastende å delta i slike tiltak gjennomført i skolen. Dette skiftet kan potensielt bidra til å styrke muligheten for å bruke skolen som arena for å gi tilbud til triste og engstelige barn. Vi identifiserte heller ikke karakteristikk ved barn som kunne bety at noen var mer utsatt for å oppleve stigma. Samtidig fant vi at selvrappoert stigma varierte mellom skolene, noe som indikerer at det mulig foreligger ukjente faktorer ved skolen som kan bidra til barns opplevelse av stigma. Dette understreker behovet for mer forskning på stigma i kontekst av trivsel og skolemiljø, som være av betydning for hvordan barn oppfatter tiltak.

Et annet viktig funn i denne studien var at høyere grad av stigma var relatert til lavere brukerfornøydhet og endring i mestring av følelser. Dette tyder på at opplevd stigma kan ha en betydning for barnas subjektive opplevelse av tiltaket. Stigma kan i tillegg ha en negativ innvirkning på bedring av depressive symptomer. Disse funnene fremhever viktigheten av å undersøke hvordan barn opplever tiltak i skolen, da deres opplevelse potensielt kan føre til lavere effekt av tiltak.

Samtidig er effekten av stigma på symptombedring lav, og barna har en generell positiv bedring av både tristhet og engstelse. I tillegg er det ikke kun stigma som kan påvirke symptombedring, men også mestring av følelser og alder kan ha en innvirkning på depressive symptomer. Barns opplevelse av tiltak gjennomført i skolen er med andre ord kompleks, og det er mange faktorer som kan bidra til hvordan et tiltak oppfattes utover barnets opplevelse av stigmatisering.

Funnene i denne studien bidrar til innsikt i hvordan barn opplever indikerte forebyggende tiltak i skolen. Resultatene tyder på at barn hadde godt utbytte av tiltaket, i form av høy brukerfornøydhet og økt mestring av følelser. Sett i sammenheng med resultater fra TIM-studien, som finner at barna hadde positive utfall som følge av deltakelse i Mestrende barn-tiltaket (Martinsen et al., 2017a; Martinsen et al., 2019), kan dette gi en indikasjon på at

indikerte tiltak kan være nyttig og hjelpsomme også i en skolesetting. Opplevelsen av stigma trenger ikke nødvendigvis å være et hinder for effekten av slike tiltak. Det må vurderes hvor høy grad av opplevd stigma som er akseptabelt i lys av fordelene og selvopplevd nytte ved å delta i et slikt tiltak. Nyttien ved å delta i et indikert forebyggende tiltak synes i denne studien å veie opp for skadepotensialet ved opplevd stigma. Samtidig er det behov for videre forskning for å kunne sikre at virksomme tiltak for barn og unge som strever psykisk også oppleves som positivt for de som deltar.

Referanser

- Aggen, S., & Kendler, K. (2005). DSM criteria for major depression: Evaluating symptom patterns using latent-trait item response models. *Psychological Medicine*, 35(4), 475-487. <https://doi.org/doi:10.1017/S0033291704003563>
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)*. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. American Psychiatric Association.
- Angold, A., Costello, E. J., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *J Child Psychol Psychiatry*, 40(1), 57-87. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00424>
- Angold, A., Costello, E. J., Messer, S. C., Loeber, R., & et al. (1995a). Development of a short questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents: Factor composition and structure across development. *International journal of methods in psychiatric research*, 5, 251-262.
- Angold, A., Costello, E. J., Messer, S. C., Pickles, A., Winder, F., & Silver, D. (1995b). Development of a short questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents. *International journal of methods in psychiatric research*.
- Angold, A., Costello, E. J., Pickles, E. J., Winder, F., & Silva, S. (1987). *The development of a questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents*.
- Axelson, D. A., & Birmaher, B. (2001). Relation between anxiety and depressive disorders in childhood and adolescence. *Depress Anxiety*, 14(2), 67-78. <https://doi.org/10.1002/da.1048>
- Baldwin, J. S., & Dadds, M. R. (2007). Reliability and validity of parent and child versions of the multidimensional anxiety scale for children in community samples. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46(2), 252-260. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000246065.93200.a1>
- Bang, L., Surén, P., Støle, H., Odsbu, I., Handal, M., Furu K, H., & al., e. (2018). Psykiske plager og lidelser hos barn og unge. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge. Retrieved 13.09.23, from <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/psykisk-helse/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/?term=>
- Barican, J. L., Yung, D., Schwartz, C., Zheng, Y., Georgiades, K., & Waddell, C. (2022). Prevalence of childhood mental disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis to inform policymaking. *Evid Based Ment Health*, 25(1), 36-44. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2021-300277>
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10(6), 561-571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1964.01720240015003>
- Becker, H. S., Sgaard, S. r., & Jrvinen, M. (2005). *Outsidere : studier i avvigelsessociologi*. Hans Reitzel forl.
- Bellanca, F. F., & Pote, H. (2013). Children's attitudes towards ADHD, depression and learning disabilities. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 13(4), 234-241.
- Birkeland, M. S., Skar, A.-M. S., & Jensen, T. K. (2022). Understanding the relationships between trauma type and individual posttraumatic stress symptoms: a cross-sectional study of a clinical sample of children and adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry*, 63(12), 1496-1504. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jcpp.13602>
- Bowers, H., Manion, I., Papadopoulos, D., & Gauvreau, E. (2013). Stigma in school-based mental health: perceptions of young people and service providers. *Child and Adolescent Mental Health*, 18(3), 165-170. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2012.00673.x>
- Bruun, T., Denison, E. M.-L., Gjersing, L., Husøy, T., Knudsen, A. K. S., & Strand, B. H. (2018). Folkehelse rapporten - kortversjon. Helsetilstanden i Norge 2018. In: Folkehelseinstituttet, Område for psykisk og fysisk helse.
- Bøe, T., Heiervang, E. R., Stormark, K. M., Lundervold, A. J., & Hysing, M. (2021). Prevalence of psychiatric disorders in norwegian 10-14-year-olds: Results from a cross-sectional study. *PLoS One*, 16(3), e0248864-e0248864. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248864>

- Carrara, B. S., & Ventura, C. A. A. (2018). Self-stigma, mentally ill persons and health services: An integrative review of literature. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(2), 317-324.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.11.001>
- Chang, C.-C., Lin, C.-Y., Gronholm, P. C., & Wu, T.-H. (2018). Cross-Validation of Two Commonly Used Self-Stigma Measures, Taiwan Versions of the Internalized Stigma Mental Illness Scale and Self-Stigma Scale–Short, for People With Mental Illness. *Assessment*, 25(6), 777-792.
<https://doi.org/10.1177/1073191116658547>
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World psychiatry*, 1(1), 16.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of social and clinical psychology*, 25(8), 875-884.
<https://doi.org/10.1521/jscp.2006.25.8.875>
- Costello, E. J., & Angold, A. (1988). Scales to assess child and adolescent depression: Checklists, screens, and nets. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27, 726-737. <https://doi.org/10.1097/00004583-198811000-00011>
- Crocker, J., Major, B., & Steele, C. . (1998). *The Handbook of social psychology : Vol. 2* (4th ed., Vol. 2). McGraw-Hill ; distributed exclusively by Oxford University Press.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *psychometrika*, 16(3), 297-334.
- Cummings, C. M., Caporino, N. E., & Kendall, P. C. (2014). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: 20 years after. *Psychological Bulletin*, 140, 816-845.
<https://doi.org/10.1037/a0034733>
- Dalgleish, T., Black, M., Johnston, D., & Bevan, A. (2020). Transdiagnostic Approaches to Mental Health Problems: Current Status and Future Directions. *J Consult Clin Psychol*, 88(3), 179-195. <https://doi.org/10.1037/ccp0000482>
- DeLuca, J. S. (2020). Conceptualizing adolescent mental illness stigma: Youth stigma development and stigma reduction programs. *Adolescent Research Review*, 5, 153-171.
- Dinos, S., Stevens, S., Serfaty, M., Weich, S., & King, M. (2004). Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness: Qualitative study. *Br J Psychiatry*, 184(2), 176-181. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.2.176>
- Ertesvåg, S. K., & Roland, E. (2014). Professional Cultures and Rates of Bullying. School Effectiveness and School Improvement. . *An International Journal of Research, Policy and Practice*(26(2)), 195-214.
- Espada, J. P., González, M. T., Fernández-Martínez, I., Orgilés, M., & Morales, A. (2022). Spanish Validation of the Short Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ) in Children Aged 8-12. *Psicothema*, 34(4), 610-620. <https://doi.org/10.7334/psicothema2022.54>
- Ferrie, J., Miller, H., & Hunter, S. C. (2020). Psychosocial outcomes of mental illness stigma in children and adolescents: A mixed-methods systematic review. *Children and youth services review*, 113, 104961.
- Garber, J., & Weersing, V. R. (2010). Comorbidity of anxiety and depression in youth: Implications for treatment and prevention. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17(4), 293-306.
<https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2010.01221.x>
- Goffman, E. (1963). *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Prentice-Hall.
- Gruenenfelder-Steiger, A. E., Harris, M. A., & Fend, H. A. (2016). Subjective and objective peer approval evaluations and self-esteem development: A test of reciprocal, prospective, and long-term effects. *Developmental Psychology*, 52(10), 1563-1577.
<https://doi.org/10.1037/dev0000147>
- Hammer, J. H., & Toland, M. D. (2017). Internal structure and reliability of the Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI-29) and Brief Versions (ISMI-10, ISMI-9) among Americans with depression. *Stigma and Health*, 2(3), 159.
- Heiervang, E., Stormark, K. M., Lundervold, A. J., Heimann, M., Goodman, R., Posserud, M. B., Ullebø, A. K., Plessen, K. J., Bjelland, I., Lie, S. A., & Gillberg, C. (2007). Psychiatric disorders in Norwegian 8- to 10-year-olds: an epidemiological survey of prevalence, risk

- factors, and service use. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46(4), 438-447.
<https://doi.org/10.1097/chi.0b013e31803062bf>
- Helsedirektoratet. (2014). *Samfunnsutvikling for god folkehelse : rapport om status og råd for videreutvikling av folkehelsearbeidet i Norge*. Helsedirektoratet.
- Hermann, V., Durbeej, N., Karlsson, A.-C., & Sarkadi, A. (2022). Feeling mentally unwell is the “new normal”. A qualitative study on adolescents’ views of mental health problems and related stigma. *Children and youth services review*, 143, 106660.
- Huang, W.-Y., & Lin, C.-Y. (2015). The relationship between self-stigma and quality of life among people with mental illness who participated in a community program. *Journal of nature and Science*, 1(7), e135.
- Kaushik, A., Kostaki, E., & Kyriakopoulos, M. (2016). The Stigma of Mental Illness in Children & Adolescents: A Systematic Review. *Psychiatry Res*, 243, 469-494.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.042>
- Kendall, P. C., Rodriguez, K. A. O. N., Villabø, M. A., Martinsen, K. D., Stark, K. D., & Banneyer, K. (2014). Cognitive-behavioral therapy with children and adolescents. In *Transdiagnostic treatments for children and adolescents: Principles and practice*. (pp. 161-182). The Guilford Press.
- Kendall, P. M., K; Neumer, S-P. (2006). *Mestringskatten (Coping cat) terapeutmanual: kognitiv atferdsterapi for barn med angst*. Universitetsforlaget.
- Knight, N. B. (1989). Suicidality, depression, and substance abuse in adolescence: Levy JC, Deykin EY *Am J Psychiatry* 146:1462–1467. *Annals of emergency medicine*, 19(5), 618-618.
[https://doi.org/10.1016/S0196-0644\(05\)82217-6](https://doi.org/10.1016/S0196-0644(05)82217-6)
- Kovacs, M., & Lopez-Duran, N. (2010). Prodromal symptoms and atypical affectivity as predictors of major depression in juveniles: implications for prevention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(4), 472-496. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02230.x>
- Lee, Y. Y., Barendregt, J. J., Stockings, E. A., Ferrari, A. J., Whiteford, H. A., Patton, G. A., & Mihalopoulos, C. (2017). The population cost-effectiveness of delivering universal and indicated school-based interventions to prevent the onset of major depression among youth in Australia. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(5), 545-564.
<https://doi.org/10.1017/S2045796016000469>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual review of sociology*, 27(1), 363-385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social science & medicine*, 71(12), 2150-2161.
- Mak, W. W. S., & Cheung, R. Y. M. (2010). Self-Stigma Scale--Short Form (SSS-L, SSS-S). *APA PsycTests*.
- Malt, U. (2020). *Stigmatisering*. Store norske leksikon. <https://snl.no/stigmatisering>
- March, J. S., Conners, C., Arnold, G., Epstein, J., Parker, J., Hinshaw, S., Abikoff, H., Molina, B., Wells, K., Newcorn, J., Schuck, S., Pelham, W. E., & Hoza, B. (1999). The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): Confirmatory factor analysis in a pediatric ADHD sample. *Journal of Attention Disorders*, 3(2), 85-89.
<https://doi.org/10.1177/108705479900300202>
- March, J. S., Parker, J. D. A., Sullivan, K., Stallings, P., & Conners, C. K. (1997). The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): Factor Structure, Reliability, and Validity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36(4), 554-565.
<https://doi.org/10.1097/00004583-199704000-00019>
- Martinsen, K. D., Holen, S., Neumer, S.-P., Waaktaar, T., Rasmussen, L. M. P., Kendall, P. C., & Patras, J. (2017b). The Factor Structure of MASC Youth Report in Norwegian School Children. *Journal of child and family studies*, 26(7), 1808-1816.
<https://doi.org/10.1007/s10826-017-0705-9>
- Martinsen, K. D., Kendall, P. C., Stark, K., & Neumer, S.-P. (2016). Prevention of Anxiety and Depression in Children: Acceptability and Feasibility of the Transdiagnostic EMOTION Program. *Cognitive and behavioral practice*, 23(1), 1-13.
<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.06.005>

- Martinsen, K. D., Kendall, P. C., Stark, K. D., O'Neil, K. A., & Arora, P. (2017a). *Mestrende barn: gruppeledermanual barn* (2. utg. ed.). Gyldendal akademisk.
- Martinsen, K. D., Rasmussen, L. M. P., Wentzel-Larsen, T., Holen, S., Sund, A. M., Løvaas, M. E. S., Patras, J., Kendall, P. C., Waaktaar, T., & Neumer, S.-P. (2019). Prevention of Anxiety and Depression in School Children: Effectiveness of the Transdiagnostic EMOTION Program. *J Consult Clin Psychol*, 87(2), 212-219. <https://doi.org/10.1037/ccp0000360>
- McKeague, L., Hennessy, E., O'Driscoll, C., & Heary, C. (2015). Peer Mental Health Stigmatization Scale: psychometric properties of a questionnaire for children and adolescents. *Child Adolesc Ment Health*, 20(3), 163-170. <https://doi.org/10.1111/camh.12088>
- Melton, T. H., Croarkin, P. E., Strawn, J. R., & McClintock, S. M. (2016). Comorbid Anxiety and Depressive Symptoms in Children and Adolescents: A Systematic Review and Analysis. *J Psychiatr Pract*, 22(2), 84-98. <https://doi.org/10.1097/prs.0000000000000132>
- Ménard, C., Pfau, M. L., Hodes, G. E., & Russo, S. J. (2017). Immune and Neuroendocrine Mechanisms of Stress Vulnerability and Resilience. *Neuropsychopharmacology*, 42(1), 62-80. <https://doi.org/10.1038/npp.2016.90>
- Middeldorp, C., Cath, D., Van Dyck, R., & Boomsma, D. (2005). The co-morbidity of anxiety and depression in the perspective of genetic epidemiology. A review of twin and family studies. *Psychological Medicine*, 35(5), 611-624.
- Moos, R. H. (2012). Iatrogenic effects of psychosocial interventions: treatment, life context, and personal risk factors. *Subst Use Misuse*, 47(13-14), 1592-1598. <https://doi.org/10.3109/10826084.2012.705710>
- Møller, G. (2018). *Kunnskapsgrunnlag–Metoder for tidlig identifisering av risiko hos barn og unge. Oslo: Helsedirektoratet.*
- Nestler, E. J. (2014). Epigenetic Mechanisms of Depression. *JAMA Psychiatry*, 71(4), 454-456. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.4291>
- Nievergelt, C. M., Maihofer, A. X., Mustapic, M., Yurgil, K. A., Schork, N. J., Miller, M. W., Logue, M. W., Geyer, M. A., Risbrough, V. B., O'Connor, D. T., & Baker, D. G. (2015). Genomic predictors of combat stress vulnerability and resilience in U.S. Marines: A genome-wide association study across multiple ancestries implicates PRTFDC1 as a potential PTSD gene. *Psychoneuroendocrinology*, 51, 459-471. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2014.10.017>
- Norsk Psykologforening. (1998). *Etiske prinsipper for nordiske psykologer.* <https://www.psykologforeningen.no/medlem/etikk/etiske-prinsipper-for-nordiske-psykologer>
- Norsk Psykologforening. (2007). *Evidensbasert praksis.* <https://www.psykologforeningen.no/medlem/evidensbasert-praksis>
- Olason, D. T., Sighvatsson, M. B., & Smari, J. (2004). Psychometric properties of the Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC) among Icelandic schoolchildren. *Scand J Psychol*, 45(5), 429-436. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2004.00424.x>
- Olweus, D. (2004). The Olweus Bullying Prevention Programme: design and implementation issues and a new national initiative in Norway. In *Bullying in schools: How successful can interventions be?* (pp. 13-36). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511584466.003>
- Oud, M., de Winter, L., Vermeulen-Smit, E., Boddien, D., Nauta, M., Stone, L., van den Heuvel, M., Taher, R. A., de Graaf, I., Kendall, T., Engels, R., & Stikkelbroek, Y. (2019). Effectiveness of CBT for children and adolescents with depression: A systematic review and meta-regression analysis. *European Psychiatry*, 57, 33-45. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.12.008>
- Patras, J., Martinsen, K. D., Holen, S., Sund, A. M., Adolfsen, F., Rasmussen, L.-M. P., & Neumer, S.-P. (2016). Study protocol of an RCT of EMOTION: An indicated intervention for children with symptoms of anxiety and depression. *BMC Psychol*, 4(1), 48-48. <https://doi.org/10.1186/s40359-016-0155-y>
- Pine, D. S. (2007). Research Review: A neuroscience framework for pediatric anxiety disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(7), 631-648. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01751.x>
- Pinel, E. C. (1999). Stigma Consciousness: The Psychological Legacy of Social Stereotypes. *J Pers Soc Psychol*, 76(1), 114-128. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.76.1.114>

- Pinel, E. C., & Bosson, J. K. (2013). Turning Our Attention to Stigma: An Objective Self-Awareness Analysis of Stigma and Its Consequences. *Basic and applied social psychology*, 35(1), 55-63. <https://doi.org/10.1080/01973533.2012.746593>
- Pont, S. J., Puhl, R., Cook, S. R., & Slusser, W. (2017). Stigma experienced by children and adolescents with obesity. *Pediatrics*, 140(6).
- Powers, M. B. P., de Kleine, R. A. P., & Smits, J. A. J. P. (2017). Core Mechanisms of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression. *The Psychiatric clinics of North America*, 40(4), 611-623. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.010>
- Radez, J., Reardon, T., Creswell, C., Lawrence, P. J., Evdoka-Burton, G., & Waite, P. (2021). Why do children and adolescents (not) seek and access professional help for their mental health problems? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *European child & adolescent psychiatry*, 30, 183-211.
- Rapee, R. M., Wignall, A., Sheffield, J., Kowalenko, N., Davis, A., McLoone, J., & Spence, S. H. (2006). Adolescents' reactions to universal and indicated prevention programs for depression: Perceived stigma and consumer satisfaction. *Prev Sci*, 7(2), 167-177. <https://doi.org/10.1007/s11121-006-0035-4>
- Rhew, I. C., Simpson, K., Tracy, M., Lymp, J., McCauley, E., Tsuang, D., & Stoep, A. V. (2010). Criterion validity of the Short Mood and Feelings Questionnaire and one- and two-item depression screens in young adolescents. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 4(1), 8-8. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-4-8>
- Roach, A. (2018). Supportive Peer Relationships and Mental Health in Adolescence: An Integrative Review. *Issues in Mental Health Nursing*, 39(9), 723-737. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1496498>
- Rolandsgard, N., Amengual, C. K., & Madsen, O. J. (2023). Unges forståelser av åpenhet om psykiske problemer: en kvalitativ studie. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(5), 286-296. <https://doi.org/10.52734/MUAS4377>
- Rose, D., Thornicroft, G., Pinfold, V., & Kassam, A. (2007). 250 labels used to stigmatise people with mental illness. *BMC Health Serv Res*, 7(1), 97-97. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-97>
- Ryu Takizawa, M.D., Ph.D. , Barbara Maughan, Ph.D. , and, & Louise Arseneault, Ph.D. (2014). Adult Health Outcomes of Childhood Bullying Victimization: Evidence From a Five-Decade Longitudinal British Birth Cohort. *American Journal of Psychiatry*, 171(7), 777-784. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13101401>
- Sharp, C., Goodyer, I. M., & Croudace, T. J. (2006). The Short Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ): A Unidimensional Item Response Theory and Categorical Data Factor Analysis of Self-Report Ratings from a Community Sample of 7-through 11-Year-Old Children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(3), 365-377. <https://doi.org/10.1007/s10802-006-9027-x>
- Sigurvinsdóttir, A. L., Jensínudóttir, K. B., Baldvinsdóttir, K. D., Smáráson, O., & Skarphedínsson, G. (2020). Effectiveness of cognitive behavioral therapy (CBT) for child and adolescent anxiety disorders across different CBT modalities and comparisons: a systematic review and meta-analysis. *Nordic Journal of Psychiatry*, 74(3), 168-180. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1686653>
- Silke, C., Swords, L., & Heary, C. (2016). The development of an empirical model of mental health stigma in adolescents. *Psychiatry research*, 242, 262-270.
- Skogen, J. C., Smith, O. R. F., Aarø, L. E., Siqveland, J., & Øverland, S. N. (2018). Barn og unges psykiske helse: Forebyggende og helsefremmende folkehelse tiltak. En kunnskapsoversikt. In *Mental health among children and adolescents. Health-promoting and preventive public health interventions. A summary of evidence about effects*: Folkehelseinstituttet, Område for psykisk og fysisk helse.
- Skundberg-Kletthagen, H., Hedelin, B., Wangensteen, S., & Hall-Lord, M. L. (2015). Burden, Health and Sense of Coherence among Relatives of Depressed Inpatients. *Open Journal of Nursing*, 05(03), 163-172. <https://doi.org/10.4236/ojn.2015.53020>
- Stark, K. D., Hargrave, J., Sander, J., Custer, G., Schnoebelen, S., Simpson, J., & Molnar, J. (2006). Treatment of Childhood Depression: The ACTION Treatment Program. *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures*, 169-216.

- Ştefan, C. A., & Miclea, M. (2012). Classroom Effects of a Hybrid Universal and Indicated Prevention Program for Preschool Children: A Comparative Analysis Based on Social and Emotional Competence Screening. *Early education and development*, 23(3), 393-426.
<https://doi.org/10.1080/10409289.2011.554756>
- Steinsbekk, S., Ranum, B., & Wichstrøm, L. (2022). Prevalence and course of anxiety disorders and symptoms from preschool to adolescence: a 6-wave community study. *J Child Psychol Psychiatry*, 63(5), 527-534. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13487>
- Stockings, E. A., Degenhardt, L., Dobbins, T., Lee, Y. Y., Erskine, H. E., Whiteford, H. A., & Patton, G. (2016). Preventing depression and anxiety in young people: a review of the joint efficacy of universal, selective and indicated prevention. *Psychol Med*, 46(1), 11-26.
<https://doi.org/10.1017/s0033291715001725>
- Stortinget. (2012). *Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) om Samhandlingsreformen*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-sam/nasjonal-veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf>
- Sund, A. M., Larsson, B., & Wichstrom, L. (2001). Depressive symptoms among young Norwegian adolescents as measured by the Mood and Feelings Questionnaire (MFQ). *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 10(4), 222-229. <https://doi.org/10.1007/s007870170011>
- Svirydzienka, N., Bone, C., & Dogra, N. (2014). Schoolchildren's perspectives on the meaning of mental health. *Journal of Public Mental Health*, 13(1), 4-12.
- Tiller, J. W. G. (2013). Depression and anxiety. *Medical Journal of Australia*, 199(S6), S28-S31.
<https://doi.org/https://doi.org/10.5694/mja12.10628>
- Turner, N., Joinson, C., Peters, T. J., Wiles, N., & Lewis, G. (2014). Validity of the Short Mood and Feelings Questionnaire in late adolescence. *Psychological Assessment*, 26, 752-762.
<https://doi.org/10.1037/a0036572>
- Villabø, M., Gere, M., Torgersen, S., March, J. S., & Kendall, P. C. (2012). Diagnostic Efficiency of the Child and Parent Versions of the Multidimensional Anxiety Scale for Children. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 41(1), 75-85. <https://doi.org/10.1080/15374416.2012.632350>
- Wignall, A., Rapee, R. M., Gibson, J., & Bateman, N. (1998). *ACE: Adolescents Coping with Emotions Leaders' Manual*.
- World Health Organization. (2004). ICD-10: International statistical classification of diseases and related health problems : tenth revision. In (2nd ed.). Geneva: World Health Organization.
- Yanos, P. T., Roe, D., & Lysaker, P. H. (2010). The impact of illness identity on recovery from severe mental illness. *American journal of psychiatric rehabilitation*, 13(2), 73-93.
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of abnormal psychology*, 86(2), 103.