

# Sosial tilbaketrekning hos barn og mødres symptomer på angst og depresjon

*Er det en sammenheng?*

**Shelly Esteé Kissell og Regine Norgreen Larsen**



Hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

19.04.2012



© Shelly Esteé Kissell & Regine Norgreen Larsen  
2012

Sosial tilbaketrekning hos barn og mødres symptomer på angst og depresjon: Er det en sammenheng?

Shelly Esteé Kissell & Regine Norgreen Larsen

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Representralen, Universitetet i Oslo

# Sammendrag

**Forfattere:** Shelly Esteé Kissell og Regine Norgreen Larsen

**Tittel:** Sosial tilbaketrekning hos barn og mødres symptomer på angst og depresjon: Er det en sammenheng?

**Veileder:** Anne Inger Helmen Borge

Forskning har vist at det er hensiktsmessig å dele sosial tilbaketrekning hos barn i to underkategorier, sjenanse og sosial uinteresse. Få studier har undersøkt om potensielle risikofaktorer som påvirker barns sosiale tilbaketrekning har ulik betydning for de to underkategoriene. I denne studien var et av formålene å undersøke om barns sosiale tilbaketrekning er et stabilt fenomen over tid, om det finnes forskjeller i grad av stabilitet for sjenanse og sosial uinteresse og om det finnes kjønnsforskjeller. Det andre formålet med studien var å undersøke om mødres symptomer på angst og depresjon har en sammenheng med barns sosiale tilbaketrekning, om det er forskjeller mellom sjenanse og sosial uinteresse og forskjeller mellom kjønnene. I forbindelse med dette undersøkte vi også stabiliteten i mors symptomer.

Studien anvender data fra forskningsprosjektet "The matter of the first friendship" ledet av Anne Inger Helmen Borge. Studien anvender et longitudinelt design med mødre og lærere som informanter for 510 barn. Lærernes responser på Child Social Preference Scale (CSPS) blir brukt som mål på barnas sosiale tilbaketrekning. Skalaen har to delskalaer som skiller mellom sjenanse og sosial uinteresse. Som mål på mødres psykiske plager ble det anvendt selvrapporterte svar på åtte utsagn hentet fra Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25). Analysemetoder som blir anvendt er korrelasjonsanalyse, krysstabellanalyse og standard multippel regresjonsanalyse.

Resultatene viser at både barnas sosiale tilbaketrekning og mødres symptomer på angst og depresjon er stabile over tid. Det er små forskjeller mellom sjenanse og sosial uinteresse. Gutter har en tendens til å vise en sterkere sammenheng på skalaen som helhet og

delskalaene, i forhold til jentene. Mødres symptomer på angst og depresjon ved første måletidspunkt har ingen sammenheng med barns sosiale tilbaketrekning målt samtidig, men har en sammenheng med jentenes skårer på delskalaen som målte sjenanse to år senere. Mødres symptomer på angst og depresjon ved andre måletidspunkt har en svak sammenheng med barnas sjenanse målt samtidig. Mødres symptomer på angst og depresjon ser ikke ut til å ha en sammenheng med barns sosiale uinteresse. Dermed kan det se ut som om videre forskning bør ta høyde for at potensielle risikofaktorer som kan øke sannsynligheten for sosial tilbaketrekning hos barn kan ha ulik betydning for sjenanse og sosial uinteresse. Det er også verdt å merke seg at det kan være forskjeller mellom kjønnene i hvilken grad de påvirkes.



# Forord

Vi vil rette en stor takk til vår veileder Anne Inger for hennes uvurderlige støtte og gode råd og innspill under hele prosessen. Vi vil også takke henne for muligheten til å kunne anvende det spennende datamaterialet i ”The matter of the first friendship” og for at hun ville dele sin kunnskap med oss.

Jeg vil takke min familie og venner for all støtte og tålmodighet under denne prosessen. Jeg vil spesielt takke min mor Mette og mormor Ester-Marit for kontinuerlig støtte og oppmuntring. Takk for at dere har stilt opp og hatt troen på meg når jeg har trengt det som mest.

Takk til min familie og venner for all støtte underveis i denne prosessen. Jeg vil spesielt takke mine foreldre Ulf og Alice for deres omtanke og gode råd. Tusen takk for at dere alltid har hatt troen på meg.

Kjære Øyvind, du er min klippe. Takk for at du alltid stiller opp for meg og gir meg ubetinget støtte. Det betyr alt. Tusen takk.

Vi vil også takke Renate for hennes tålmodighet og kokkekunnskaper og for at hun har gitt oss mange morsomme avbrekk underveis i skrivingen.

Shelly & Regine

Storoborg, 19 april 2012





# Innholdsfortegnelse

Innledning .....	1
Introduksjon .....	1
Aleneatferd hos barn – konseptualisering og terminologi .....	2
Aktiv isolasjon og sosial tilbaketrekning .....	3
Begrepsavklaring .....	4
Sosial uinteresse .....	5
Sjenanse .....	7
Sjenanse i et utviklingsperspektiv .....	9
Hvorfor skille mellom sosial uinteresse og sjenanse? .....	10
Stabilitet .....	11
Biologi og tilknytning .....	12
Overkontrollerende og overbeskyttende foreldre .....	13
Barnehage og skole .....	14
Forholdet til lærere .....	15
Forhold til jevnaldrende .....	15
Vennskap .....	17
Kjønnforskjeller .....	17
Hva med sosial uinteresse? .....	18
Mors psykiske helse, tilknytning og foreldrestil .....	19
Sammenhengen mellom mors psykiske helse, inhibering og sosial tilbaketrekning .....	21
Oppsummering .....	23
Formål med studien .....	24
Forskningsspørsmål .....	25
Metode .....	28
Design .....	28
Informanter .....	29
Valg av informanter .....	30
Måleverktøy .....	31
Sosial tilbaketrekning .....	31
Mors psykiske helse .....	33
Statistiske analyser .....	35

Korrelasjonsanalyse .....	35
Krysstabellanalyse .....	36
Regresjonsanalyse.....	37
Preliminære analyser .....	37
Resultater .....	40
Stabilitet og barns sosiale tilbaketrekning .....	40
Stabilitet for CSPA Total på gruppenivå.....	41
Stabilitet for CSPA Sjenanse og CSPA Sosial uinteresse på gruppenivå .....	41
Kjønnforskjeller og stabilitet i barnas sosiale tilbaketrekning .....	43
Ingen kjønnforskjeller i CSPA Total på gruppenivå .....	44
Stabilitet og mors symptomer på angst og depresjon .....	46
Sammenheng mellom mors selvrapporterte symptomer på angst og depresjon og barnas sosiale tilbaketrekning, sosiale uinteresse og sjenanse .....	47
Ingen sammenheng mellom mors psykiske helse ved første måletidspunkt og de tre lærervurderte barnevariablene målt samtidig .....	47
Mors psykiske helse ved andre måletidspunkt viser en sammenheng med delskalaen CSPA Sjenanse målt samtidig.....	48
Mors psykiske helse ved første måletidspunkt viser en sammenheng med delskalaene CSPA Total og CSPA Sjenanse målt to år senere .....	48
Kjønnforskjeller og sammenhengen mellom mors psykiske helse og barnas sosiale tilbaketrekning.....	49
Ingen kjønnforskjeller for CSPA Total.....	49
Kjønnforskjeller for CSPA Sjenanse .....	49
Diskusjon .....	51
Stabilitet .....	52
Barna viste lav til moderat stabilitet over tid i deres sosial tilbaketrukne atferd, og små forskjeller i grad av sammenheng over tid for delskalaene .....	52
Guttene viste en tendens til sterkere sammenheng over tid i sosial tilbaketrukket atferd sammenlignet med jentene .....	53
Mors psykiske helse var stabil over tid.....	53
Sammenhengen mellom mors symptomer på angst og depresjon og barns sosiale tilbaketrekning.....	54
Mors psykiske helse ved første måletidspunkt hadde ingen sammenheng med barnas sosiale tilbaketrekning målt samtidig .....	54

Mors psykiske helse ved andre måletidspunkt viser en svak sammenheng med barns sjenanse målt samtidig .....	55
Mors psykiske helse over tid har sammenheng med jentenes sjenanse .....	56
Hva med sosial uinteresse? .....	59
Metodiske styrker og begrensninger ved studien .....	59
Styrker .....	59
Begrensninger .....	60
Veien videre .....	61
Konklusjon .....	61
Referanseliste .....	63

Figur 1: Figur som illustrerer en oversikt over begrep brukt i litteraturen om aleneatferd hos barn og hvordan de henger sammen (Rubin og Coplan, 2010) .....	3
Figur 2: Transaksjonsmodell over sosial tilbaketrekning (Rubin et al.,2009) .....	13
Tabell 1: Alle utsagnene hentet fra CSPA .....	32
Tabell 2: Gjennomsnittelig korrelasjon mellom ledd og Cronbach's Alpha for målinger av barns sosiale tilbaketrekning ved hjelp av CSPA .....	33
Tabell 3: Åtte ledd hentet fra Hopkins Symptom Checklist. Mødrene svarte på om de i løpet av de siste to ukene hadde vært plaget med følgende påstander: .....	34
Tabell 4: Gjennomsnittelig korrelasjon mellom ledd og Cronbach's Alpha for målinger av mors depresjon ved hjelp av åtte ledd hentet fra HSCL-25 .....	35
Figur 3: Fordeling av totalskårer på mors symptomer på angst og depresjon ved andre måling .....	38
Figur 4: Fordelingen av skårer på CSPA Total .....	39
Tabell 5: Bivariate korrelasjonskoeffisienter mellom variablene over tid i studien (n=273) ...	40
Tabell 6: Krysstabell - stabilitet for barnas CSPA Total på gruppenivå over tid (n=339) .....	41
Tabell 7: Krysstabell - stabilitet for barnas CSPA Sjenanse på gruppenivå over tid (n=354) ..	42
Tabell 8: Bivariate korrelasjonskoeffisienter mellom barnevariablene i studien for hvert kjønn (n=339) .....	43
Tabell 9: Krysstabell - kjønnsforskjeller i barnas CSPA Total over tid (n= 339) .....	44
Tabell 11: Krysstabell for å undersøke stabilitet ved mors selvrapporterte symptomer på angst og depresjon over tid (n=336) .....	47
Tabell 12: Korrelasjonskoeffisienter mellom mors psykiske helse og de lærervurderte barnevariablene ved begge måletidspunkt (n=396) .....	47
Tabell 13: Resultater fra standard multippel regresjonsanalyse for jenters CSPA Sjenanse (n=156) .....	50



# Innledning

## Introduksjon

Forskning på barns sosiale utvikling har en lang og rik historie i psykologisk forskning. Behovet for sosial kontakt er en medfødt egenskap som kommer til uttrykk allerede fra fødselen av. Det nyfødte barnet søker å få tilfredstilt sine grunnleggende behov for næring, omsorg og beskyttelse hos sine omsorgsgivere. Etter hvert som barnet blir eldre og opplever større frihet og selvstendighet, søker det kontakt med andre barn og jevnaldrende. Forskere har vært opptatte av hvordan barn lærer seg å samhandle med andre barn og hvilken betydning dette har for barns generelle utvikling. Samtidig som man har vært opptatt av hvordan barn mestrer sin sosiale hverdag, har man også vært opptatt av barn som strever med sosiale interaksjoner og samspill med andre. Hvorfor trekker noen barn seg unna sosiale situasjoner med jevnaldrende? Hvilke faktorer kan påvirke barns sosiale tilbaketrekning? Hvilke konsekvenser kan aleneatferd få?

I de aller fleste barnehager og skoleklasser vil man finne barn som tilbringer mye tid alene og som viser engstelse og usikkerhet i samhandling med andre. Disse barna har fått mange navn og har blitt omtalt som de stille, de usynlige, de ensomme og de sære. Aleneatferd har vist seg å være et heterogent begrep som varierer i både uttrykk, form og betydning avhengig av situasjon, kontekst og bakenforliggende årsaker og prosesser. Foreldre har en viktig medvirkende rolle i utviklingen av barns sosiale kompetanse. Forskere har vært opptatte av karakteristikk ved barnet, ved omsorgsgiver og relasjonen dem imellom. Etter hvert har forskere også i større grad sett på lærere og skolens betydning. Fokuset har i første omgang dreid seg om i hvor stor grad lærere er i stand til å gjenkjenne aleneatferd hos barn, hvilke holdninger lærere har til barn som er sosialt tilbaketrukket og hvordan de håndterer denne typen atferden i en hektisk skolehverdag.

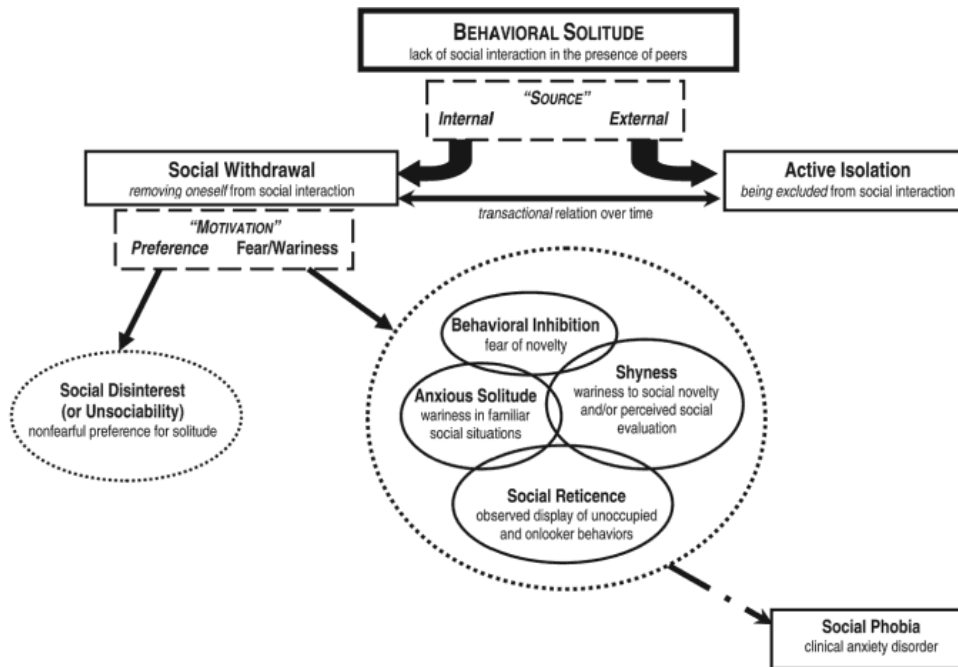
Målet med denne oppgaven har vært å undersøke aleneatferd hos barn og få større kunnskap om hvorvidt det finnes en sammenheng med mors psykiske helse.

## **Aleneatferd hos barn – konseptualisering og terminologi**

Foreldre, lærere, forskere og klinikere har alle vært opptatt av barn som unngår kontakt med andre i sosiale situasjoner. Forskere har ikke nødvendigvis vært opptatte av aleneatferden i seg selv, men hvilke underliggende prosesser den sosiale tilbaketrekningen kan være et uttrykk for (Rubin, Coplan & Bowker, 2009). Forskning på dette området har vært preget av uklar konseptualisering og en rekke dårlig definerte begrep som har blitt brukt om hverandre (Rubin & Coplan, 2010). Ulike forskere har vært opptatte av forskjellige aspekter ved sosial tilbaketrekning. Noen har sett på sosial tilbaketrekning som et uttrykk for individuelle forskjeller i temperament og personlighetstrekk (Buss & Plomin, 1984; Kagan, 1994), andre har vært opptatt av ulike motivasjonelle prosesser (Asendorpf, 1990), noen har hatt fokus på interpersonlige prosesser (Rubin & Coplan 2004), og andre har igjen vært opptatt av den observerbare atferden knyttet til barnets isolering og eksklusjon og/eller avvisning fra gruppen (Boivin, Hyymel & Bukowski, 1995; Gazelle & Ladd, 2003). Forskere har også satt aleneatferd i forbindelse med utviklingen av ulike psykopatologiske lidelser (Vasa, Carolino & Pine, 2006).

At forskere har brukt ulike teoretiske og metodologiske rammeverk illustrerer kompleksiteten ved aleneatferd hos barn, men har også bidratt til forvirring og uklarheter i forhold til hvordan man kan forstå aleneatferd og hvordan man kan skille mellom de mange ulike begrepene i de forskjellige studiene.

Figur 1: Figur som illustrerer en oversikt over begrep brukte i litteraturen om aleneatferd hos barn og hvordan de henger sammen (Rubin og Coplan, 2010)



## Aktiv isolasjon og sosial tilbaketrekning

Rubin og Asendorpf (1993) var de første som forsøkte å rydde opp i de ulike begrepene som ble benyttet. En oppdatert versjon av dette arbeidet ble gjengitt i Rubin og Coplan (2010). Figur 1 illustrerer hovedpunktene i dette arbeidet. Aleneatferd (behavioral solitude) er et vidt begrep og omfavner alle typer atferd der barn tilbringer tid alene i nærvær med andre jevnaldrende. Rubin (1982) antydte at det i hovedsak er to kilder som ligger til grunn for aleneatferd - interne og eksterne. Under eksterne kilder finner vi aktiv isolasjon (active isolation). Med dette menes det at barnet blir aktivt avvist eller ekskludert fra jevnaldergruppen. Barnet tilbringer altså ikke tid alene av eget ønske, men i mangel på en tilgjengelig lekekamerat. På den andre siden, under interne kilder plasserer Rubin sosial tilbaketrekning (social withdrawal). Dette begrepet refererer til barn som selv isolerer seg og trekker seg bort fra jevnaldrende. Sosial tilbaketrekning er dermed et resultat av interne faktorer i barnet som angst, sosial frykt, negativt selvbilde eller en selvoppfattelse av dårlige

sosiale evner og strevsomme sosiale relasjoner (Rubin & Asendorpf, 1993). I ettertid har man spekulert i om dette skillet er så skarpt som det først kunne se ut. Det kan være slik at barn som i utgangspunktet trakk seg unna jevnaldergruppen etter hvert blir aktivt avvist av de andre barna fordi de er mindre attraktive som lekekamerater (Coplan, Prakash, O'Neil & Armer, 2007). Dermed vil det over tid bli mer utfordrende å skille de to hovedgruppene av aleneatferd fra hverandre. Dette betyr i midlertidig ikke at det uviktig å skille mellom ulike formene for aleneatferd.

Sosial tilbaketrekning kan i beste fall ses på som et paraplybegrep som beskriver aleneatferd i en eller annen form forårsaket av ulike underliggende prosesser (Rubin et al., 2009). Mange forskere har konsentrert seg om sosial tilbaketrekning som et resultat av sosial frykt, angst, usikkerhet og andre affektive og kognitive bidragsyttere i unngåelsen av sosial samhandling med andre barn. I den forbindelse har det dukket opp flere relaterte begrep som både er forskjellige, men som også i stor grad overlapper hverandre (Rubin & Coplan., 2010). Eksempler på begrep som blir brukt er atferdsinhibering (behavioral inhibition), sosial tilbakeholdenhet (social reticence), angstfylt ensomhet (anxious solitude) og sjenanse (shyness). Andre barn holder seg borte fra sosiale interaksjoner fordi de mangler en sterk motivasjon til å være sammen med andre (Asendorpf, 1990). Sosial tilbaketrekning hos barn som ikke er et resultat av frykt og angst ble av Asendorpf (1993) beskrevet som usosiabilitet og av Coplan og kollegaer (2004) som sosial uinteresse.

## **Begrepsavklaring**

I denne studien vil vi ta utgangspunkt i definisjonen til Rubin og Asendorpf (1993) der de beskriver sosial tilbaketrekning som ”en konsistent form for aleneatferd, over tid og over situasjoner, i møte med kjente og eller ukjente jevnaldrende”. Når dette begrepet blir brukt videre i teksten, vil vi forstå det som å omfatte både sjenanse og sosial uinteresse.



Sjenanse vil forstås som ” en reservert atferd og engstelighet i møte med nye sosiale stimuli og /eller forlegen atferd i situasjoner med opplevd sosial evaluering (Asendorpf, 1991; Croizer, 1995).

I vår studie benytter vi oss av begrepet sosial uinteresse og forstår det som ”et uttrykk for individuelle forskjeller i preferansen for å være alene og holde på med aktiviteter på egenhånd” (Coplan & Weeks, 2010a).

### **Sosial uinteresse**

Sammenlignet med sjenanse og sosial tilbaketrekning finnes det relativt få studier som har undersøkt sosial uinteresse hos barn. Dette gjør at det er vanskelig å trekke noen sikre konklusjoner om hvilke affektive, kognitive og atferdsmessige fenomener som kjennetegner disse barna. Likevel har det de siste tiårene begynt å danne seg et bilde av et prototypisk sosialt uinteressert barn, og man har med dette kunne tillate seg å trekke noen tentative konklusjoner.

Fra et motivasjonelt perspektiv tenker man seg at sosialt uinteresserte barn er mindre sammen med jevnaldrende fordi de har en lav tilnæringsmotivasjon. Samtidig har de ikke en sterk aversjon mot sosial interaksjon på grunn av en lav unngåelsesmotivasjon (Asendorpf, 1990). Dette betyr at barn som er sosialt uinteresserte uttrykker en preferanse for å være alene. Sosial uinteresse skiller seg derfor fra sjenanse ved at denne preferansen ikke kan forklares ut ifra følelser av frykt og engstelse eller et behov for å unngå ubehagelige sosiale situasjoner. Hos barn som er sosialt uinteresserte er tiden alene positivt verdsatt og noe annet enn kun det å tolerere eller akseptere at man leker for seg selv (Coplan & Weeks, 2010a).

Det er stort sett enighet om at det viktigste kjennetegnet ved sosial uinteresse er barnas uttrykte preferanse for å være alene og å holde på med aktiviteter på egenhånd. Asendorpf (1990) hevdet at disse barna var mer interesserte i lekene enn det de var i å leke med andre.

Coplan (2000) spekulerte i om sosialt uinteresserte barn hadde ”objekt-orienterte” personligheter fremfor ”person-orienterte” personligheter (Jennings, 1975). Gazelle og Spangler (2009) fant at den sosiale uinteressen hos åtte år gamle barn ikke nødvendigvis kunne forklares ut ifra et fokus på objekter, men heller en mangel på fokus på det eksterne. Dette omfattet både andre mennesker og leker. I stedet spekulerte de i om barnas fokus var på sine egne tanker og følelser fremfor på omgivelsene.

Det har blitt hevdet at sosial uinteresse hos barn kommer til uttrykk via en type alenelek som kalles ”solitary-passive play” (Coplan, 2000; Rubin & Asendorpf, 1993). Denne formen for aleneatferd består av stille utforskning av objekter og /eller konstruktive aktiviteter gjort alene i nærværet av andre (Rubin, 1982). Det ble først antatt at denne formen for lek var positiv, mye fordi man ikke kunne observere assosiasjoner mellom denne formen for lek og noen form for sosio-emosjonell mistilpasning. Dermed ble alenelek ansett som en atferdsmarkør for sosial uinteresse (Coplan & Weeks, 2010b; Rubin & Asendorpf, 1993). Det har senere blitt spekulert i om også sjenerte barn holder på med denne typen alenelek i et forsøk på å løse konflikten mellom de ulike motivasjonelle prosessene. Denne antakelsen støttes blant annet av Asendorpf (1991) og Henderson, Marshall, Fox og Rubin (2004) som antydte at alenelek var en strategi sjenerte barn bruker for å håndtere følelser av ubehag i sosiale situasjoner. Dermed er kanskje ikke denne typen lek en atferdsmarkør som kun gjelder for sosialt uinteresserte barn.

Basert på forskningen som finnes ser det ut til at på tross av at sosialt uinteresserte barn kan oppleve noen utfordringer i sine relasjoner til jevnaldrende, så opplever de yngste barna i førskolealder verken følelser av ensomhet, negative følelser om seg selv eller engstelighet. Disse slutningene støttes av blant annet studier fra Asendorpf og Meier (1993), Coplan og kollegaer (2004) og Harrist, Zain, Bates, Doge og Pettit (1997). Ingen av disse studiene fant noen indikasjoner på at sosial uinteresse i tidlig barndom kunne assosieres med emosjonelle vanskeligheter. I en annen studie sammenlignet man sosialt uinteresserte seks - til åtteåringer med jevnaldrende som ikke var sosialt tilbaketrukket. Resultatene som tok utgangspunkt i foreldre- og lærervurderte variabler for internaliserende problemer, selvrapportert ensomhet og selvrapportert skolevegning, viste ingen forskjeller mellom gruppene. De sosialt

uinteresserte barna rapporterte faktisk om høyere trivsel på skolen, sammenlignet med jevnaldrende som ikke var sosialt tilbaketrukket (Coplan & Weeks, 2010b).

Selv om sosialt uinteresserte barn sjeldnere tar initiativ i sosiale situasjoner og tilbringer mye tid alene, betyr ikke dette nødvendigvis at disse barna har dårligere sosiale ferdigheter enn andre barn. I en studie fant man at sosialt uinteresserte barn viste de beste informasjonsprosesseringssevnene og viste færrest tegn på sosiale problemer (Harrist et al., 1997). Asendorpf og Meier (1993) fant at selv om sosialt uinteresserte barn tilbrakte mindre tid på å snakke med jevnaldrende, var det ingen forskjell når det gjaldt verbal deltakelse i selve samtalen sammenlignet med andre barn.

Generelt finnes det få studier som har undersøkt sosial uinteresse direkte. Derfor vet man lite om de potensielle konsekvensene dette medfører barnet både på kort- og langsikt. Man har også lite kunnskap om hvilke spesifikke faktorer som kan øke risikoen for at et barn blir sosialt uinteressert utover faktorer ved barnet som gener og temperament.

## **Sjenanse**

Sjenanse er den formen for sosial tilbaketrekning som har blitt undersøkt mest. De fleste studier har undersøkt barn i skolealder og har ofte tatt utgangspunkt i relativt små utvalg. Årsakene til dette kan være sammensatte. En mulig forklaring på hvorfor det ikke er gjort flere studier på barn under fem år kan være tilgangen til barna. Norge er et relativt unikt land med hensyn til hvor mange barn som går fast i barnehage over flere år. En annen mulig forklaring kan være at det finnes få godt validerte måleverktøy for denne aldersgruppen. Atferdsobservasjoner alene har begrenset verdi fordi det er mye som tyder på at det er vanskelig å knytte spesifikke atferdsmønstre til den ene eller den andre formen for sosial tilbaketrekning (Henderson et al., 2004).

Tar man utgangspunkt i tofaktormodellen til Asendorpf (1990), kan sjenerte barns sosiale tilbaketrekning ses på som et resultat av en konflikt mellom høy tilnæringsmotivasjon og høy unngåelsesmotivasjon. Som en løsning på denne konflikten trekker barnet seg unna sine jevnaldrende. Dette betyr altså at sjenerte barn har et ønske om å leke og interagere med andre barn, men blir hemmet av sin egen frykt og engstelse i sosiale situasjoner.

Et viktig fokus i forskningen på sjenanse har vært å forstå det ut ifra temperamentstrekk og biologiske faktorer (Buss & Plomin, 1984; Kagan, 1994). Temperament kan forstås som individuelle forskjeller i atferdstrekk som opptrer tidlig i livet og som er konsistente over tid og situasjoner (Spinrad et al., 2004). Kagan og kollegaer bygget på temperamentsforskningen og var opptatte av sped- og småbarns reaksjoner i møte med ukjente stimuli. Kagan definerte barn som viste fryktreaksjoner og tilbaketrukket atferd i disse situasjonene som ”atferdsinhiberte”, og at disse barna var mer inhiberte og reaktive enn andre barn (Kagan, 1999). Kagan observerte at barn som var atferdsinhiberte da de var 21 måneder gamle viste mer frykt, var mer forsiktige og hadde en raskere hjerterytme da de var fire år gamle, sammenlignet med barna som ikke var inhiberte (Kagan, 1987). Kagan har senere blitt kritisert for at han brukte begrepet ”atferdsinhibering” synonymt med sjenanse. Atferdsinhibering omfatter aktsomhet og tilbaketrekning knyttet til både sosiale og ikke-sosiale stimuli, mens sjenanse kun er knyttet til sosiale stimuli (Schmidt & Buss, 2010). Sjenanse er på den måten et mer presist begrep og er bedre egnet til å predikere sosial tilbaketrekning hos barn. En studie fant at inhibering i forhold til sosiale stimuli var en bedre prediktor for førskolebarns sosiale tilbaketrekning to år senere, enn inhibering knyttet til ikke-sosiale stimuli (Rubin, Stewart, Hastings, Henderson & Chen 1997). Schmidt og Buss (2010) har argumentert for at Kagan og hans kollegaer målte frykt fremfor sjenanse. Begrepene overlapper noe, men sjenanse reflekterer en engstelse i sosiale situasjoner og omfatter i større grad de emosjonelle og kognitive elementene av det å være bevisst seg selv i sosiale situasjoner enn det atferdsinhibering gjør.

Andre forskere har vært mer opptatt av de affektive komponentene ved sjenanse. Eisenberg, Fabes og Murphy (1995) studerte sjenanse i et emosjonsreguleringsperspektiv og fant at sjenanse hos barn var knyttet til høy grad av negativ emosjonalitet og lav emosjonsregulering.

Croizer (2010) har senere også argumentert for at sjenanse er et resultat av utviklingen av følelser som skam og forlegenhet, og at det er dette som fører til større grad av sosial tilbaketrekning.

I studier som har undersøkt hvordan barns sjenanse kommer til uttrykk i deres atferd, har man funnet at dette varierer med alder. Hos yngre barn vises sjenanse i hovedsak i form av engstelse i møte med nye mennesker og situasjoner (Croizer, 2002). I studier av litt eldre barn hvor man har observert dem under frilek, kunne sjenanse assosieres med høyere grad av iakttakelse av andres lek fra sidelinjen, parallellt i nærheten av andre eller å forbli uaktivisert (Coplan et al., 2004; Coplan, Girardi, Findlay & Frohlick, 2007). I sosiale situasjoner vil sjenerte barn også initiere kontakt med jevnaldrende i mindre grad enn barn som ikke er sjenerte, de bruker lenger tid enn andre barn på å initiere samtaler med andre, og de snakker mindre (Asendorpf & Meier, 1993; Coplan & Arbeau, 2008; Croizer & Perkins, 2002). Når sjenerte barn først er i en samtale, viser de sjeldnere øyekontakt, deres uttalelser er kortere og mindre omstendelige. De har også en tendens til å ta mer på sin kropp og ansikt (Croizer, 2002). Til sammen kan disse studiene indikere at sjenerte barn har dårligere sosiale ferdigheter enn andre barn. I en studie som kan støtte en slik antakelse fant man at sjenerte barn i mindre grad var vellykkede i å nå sine sosiale mål. De søkte oftere sosiale mål som hadde lavere kostnad knyttet til seg, for eksempel ”kan du se på dette?” fremfor sosiale mål med høyere kostnad som ”kan jeg leke med deg?” (Stewart & Rubin, 1995).

### **Sjenanse i et utviklingsperspektiv**

Som nevnt tidligere kommer barns sjenanse til uttrykk på forskjellige måter etter som hvor gamle de er. Croizer (2002) fremhevet at for voksne innebærer sjenanse elementer av selvbevissthet, bekymring for sosial evaluering og frykt for å dumme seg ut foran andre. Små barn har ikke tilstrekkelig utviklede kognitive og emosjonelle systemer for at deres sjenanse skal omfatte disse elementene. Derfor er det rimelig å anta at forskjellige aspekter ved sjenanse er viktige ved ulike tidspunkt og at dette kommer til uttrykk i barns atferd etter hvert som de utvikler seg.

Forskning tyder på at fundamentet for sjenanse allerede er lagt før barnet blir født. Forskning på temperament og personlighet har argumentert for at det finnes en biologisk predisposisjon for atferdsinhibering hos spedbarn (Kagan, Snidman, Zentner & Peterson, 1999) og at dette kan være en tidlig forløper til sjenanse (Fox, Henderson, Rubin, Calkins & Schmidt, 2001). Blant annet har man funnet at inhiberte barn oftere har hemisfærisk asymmetri i hjernen (Fox, Schmidt, Calkins, Rubin & Coplan, 1996), at de utskiller et stresshormon når de opplever sosialt stressende situasjoner (Spangler & Schieche, 1998) samt at de har økt aktivitet i amygdala (Schmidt & Fox, 1998). Til sammen kan disse funnene indikere at inhiberte barn er svært sensitive for nye og ukjente stimuli og at de ofte kan oppleve intense og negative emosjonelle reaksjoner. For å unngå ubehag trekker barnet seg tilbake fra nye og ukjente situasjoner. Rubin og Coplan (2010) hevdet at etter hvert som barn blir noe eldre vil disse responsene i større grad knyttes til situasjoner med nye og ukjente personer. Når barnet i større grad lærer å ta andres perspektiv og blir mer bevisst på sitt eget selv i sosial samhandling med andre, vil sjenanse begynne å omfatte følelser av skam, forlegenhet og bekymring for hva andre barn tenker om en selv. Når barnet begynner i barnehagen og spesielt på skolen, opplever mange av barna ubehag i sosiale situasjoner til og med etter at de har blitt vant med de nye omgivelsene. Dette kan føre til at barnet trekker seg unna de andre og uttrykker engstelse og usikkerhet i form av observerbar atferd som sosial tilbakeholdenhet. Jevnaldrende kan oppleve at denne type atferd går imot normen og de sjenerte barna kan bli upopulære lekekamerater og avvist av jevnaldergruppen. Dette kan resultere i dårligere selvfølelse og tro på egne sosiale ferdigheter. Dette kan igjen føre til unngåelse av nye situasjoner og begrenser tilegnelsen av nye sosiale ferdigheter. Dette kan påvirke barnets selvpersepsjon, noe som kan ytterligere forverres av at både foreldre, lærere og andre barn stempler disse barna som ”sjenerte” (Croizer, 2010).

### **Hvorfor skille mellom sosial uinteresse og sjenanse?**

Som det har blitt beskrevet over er det hensiktsmessig å skille mellom sosial uinteresse og sjenanse fordi man gjennom forskning har fått indikasjoner på at disse formene for sosial tilbaketrekning skyldes ulike underliggende prosesser (Asendorpf, 1990). Flere studier viser at både foreldre (Coplan, et al., 2004), lærere (Harrist et al., 1997) og til og med små barn (Coplan et al., 2007) kan skille mellom sosial uinteresse og sjenanse hos barn i skolealder. På

grunn av ulike underliggende prosesser og ulike atferdsuttrykk er det rimelig å anta at forskjellige faktorer som øker sjansen for sosial tilbaketrekning hos barn kan påvirke sjenanse og sosial uinteresse i ulik grad. Dette kan ha betydning for hvordan man kan forstå barna som viser aleneatferd og kan få betydning for hvilke tidlige tiltak som er hensiktsmessige å iverksette for å støtte barna i deres utvikling.

Likevel finnes det relativt få studier som har skilt mellom sjenanse og sosial uinteresse, og spesielt i forhold risikofaktorer. Empirien som finnes om potensielle risikofaktorer har fokusert på aleneatferd på grunn av fryktreaksjoner og engstelse eller at man ikke har skilt mellom ulike former for aleneatferd i det hele tatt (Coplan et al., 2009). Det er derfor stort behov for mer differensiert empiri i forhold til hvilke risikofaktorer som kan øke sannsynligheten for enten sjenanse eller sosial uinteresse.

## **Stabilitet**

Forskning viser at barns predisposisjon til å trekke seg unna i sosiale situasjoner kan være et resultat av variasjoner i gener og oppvekstmiljø. I ulike studier har man funnet at atferdsinhibering, sjenanse, sosial tilbakeholdenhet og sosial tilbaketrekning er moderat stabilt hos barn fra tidlig barndom til tidlig voksen alder (Caspi Harrington, Milne, Amell, Theodore & Moffitt, 2003; Denissen, Asendorpf & van Aken, 2008). Generelt har man funnet at barn som befinner seg i ekstremgrupper viser størst stabilitet på tvers av alderstrinn (Asendorpf, 1989; Forham & Stevenson-Hinde, 1999). Det er usikkert om denne graden av stabilitet også gjelder sosial uinteresse. Det finnes noen studier som har undersøkt stabilitet for lignende begrep, og her har man funnet moderate sammenhenger over tid (Buss & Plomin, 1984, Kagan, 1998).

I tillegg til temporal stabilitet har Schneider og kollegaer vist at sosialt tilbaketrukne barn og ungdom unngår sine jevnaldrende på tvers av situasjoner og kontekst både på skole, hjemme og i større forsamlinger (Schneider et al, 1998, 2000).

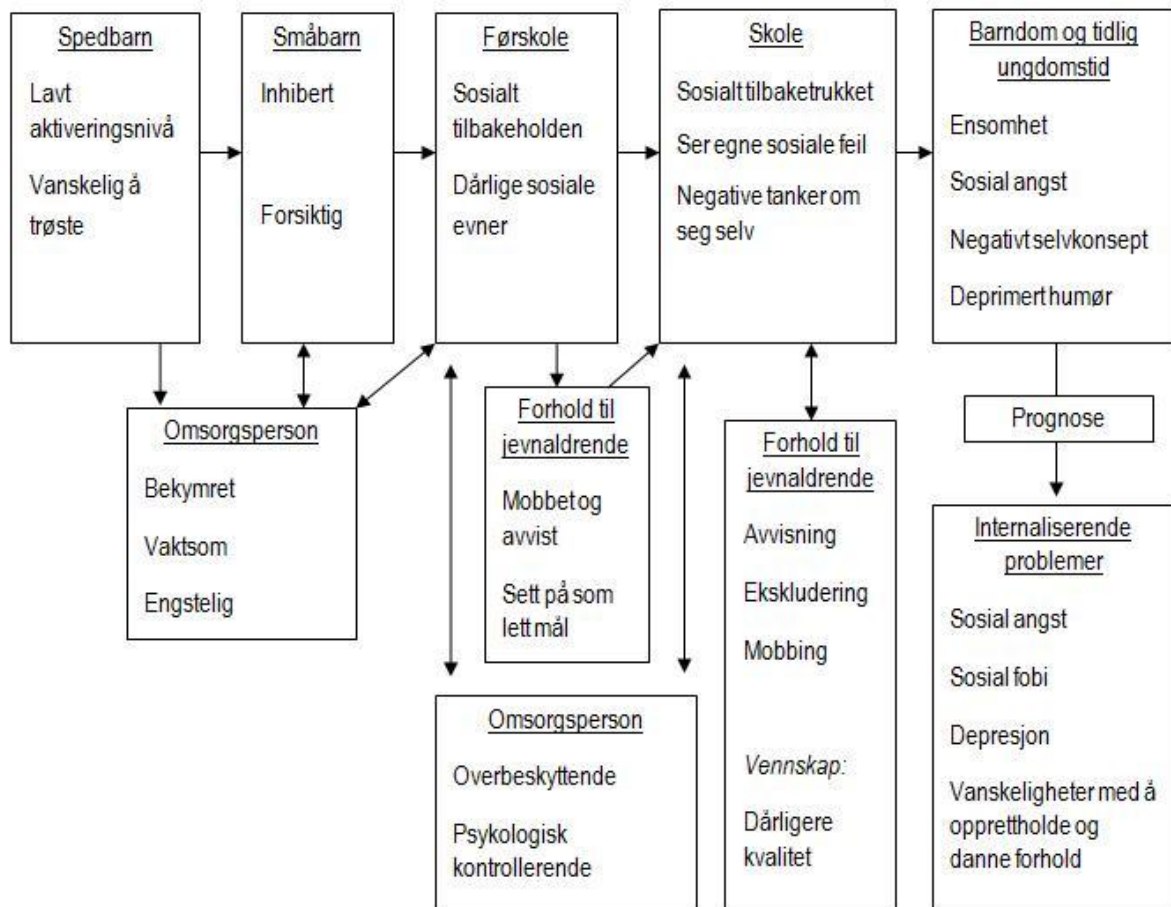
## Biologi og tilknytning

Forskning tyder på at det kan være et biologisk grunnlag for sosial tilbaketrekning, og i de senere årene har forskere i økt grad vært opptatt av å utforske de biologiske og fysiologiske fundamentene (Rubin & Coplan, 2004). Som nevnt tidligere kan det være en biologisk opprinnelse til atferdsinhibering hos spedbarn (Kagan et al., 1999) og dette har blitt funnet å kunne være en tidlig forløper til sosial tilbaketrekning (Fox et. al., 2001). Atferdsindikatorer hos barn kan ha et underliggende biologisk grunnlag og dette kan utløse bestemte reaksjoner hos foreldre (Rubin et al., 2009). De sosiale responsene fra foreldrene kan igjen påvirke barnet på en slik måte at fysiologisk baserte disposisjoner og atferden som følger av disse, blir opprettholdt eller modifisert. (Rubin et al., 2009; Degnan & Fox, 2005). For eksempel kan atferdsinhiberte barn med en lav terskel for aktivering gjøre det vanskelig for foreldrene å trøste dem. Foreldrene kan tenke at disse barna er sårbare og trenger beskyttelse og har dermed en tendens til å være overbeskyttende ovenfor barna. Denne overbeskyttelsen sammen med barnets temperament kan opprettholde atferdsinhibering eller sosial tilbaketrekning (Rubin et al., 2009). Dette viser at interaksjonen mellom foreldre og barn er en kompleks prosess og den legger også grunnlaget for hvor sikker tilknytningen mellom foreldre og barn blir allerede i første leveår. Forskere har vist at en sikker tilknytning predikerer sosial kompetanse, mens en usikker tilknytning predikerer både eksternaliserende atferd som aggresjon, og internaliserende atferd som sosial tilbaketrekning (Shamir-Essakow, Ungerer & Rapee, 2005).

I en studie av Erickson, Sroufe og Egeland (1985) fant de at barn med usikker og angstfylt tilknytning var mer sosialt tilbaketrukket og viste dårligere sosial kompetanse i interaksjon med jevnaldrende. Det har også vist seg at hvor sikker tilknytningen er har mer å si for senere sosial kompetanse hos barn som skårer høyt på atferdsinhibering, enn for dem som skårer lavere (Bohlin, Hagekull & Andersson, 2005). Altså ser det ut til at tilknytningen og hvordan foreldre forholder seg til inhiberte barn har noe å si for barnas videre utvikling av sosial tilbaketrekning.



**Figur 2: Transaksjonsmodell over sosial tilbaketrekning (Rubin et al.,2009)**



### Overkontrollerende og overbeskyttende foreldre

Som nevnt over har foreldre til inhiberte spedbarn en tendens til å være overbeskyttende og bekymret for barnet sitt, og det er en assosiasjon mellom overkontrollerende og overbeskyttende foreldre og sosialt tilbaketrukne barn. Som illustrert ved Figur 2 er det flere faktorer ved foreldre som kan påvirke utviklingen av sosial tilbaketrekning, deriblant overbeskyttende foreldre. Foreldre som er overbeskyttende har en tendens til å overstyre situasjoner for barna sine, begrense barnets atferd og begrense barnas aktiviteter. Som et resultat av dette kan biologisk disponerte atferdsinhiberte barn som oppdras av overbeskyttende foreldre kanskje ikke utvikle nødvendige mestringsstrategier og problemløsningsstrategier i deres interpersonlige relasjoner (Rubin et al., 2009). I ytterste konsekvens har overbeskyttende foreldre blitt linket til utviklingen av sosial angst, hvor sosial tilbaketrekning og inhibering er atferdsindikatorer (Hudson & Rapee, 2001). Sosialt

tilbaketrukne barn kan også forårsake foreldrenes overbeskyttelse og overkontrollering, i likhet med at inhiberte spedbarn får foreldre til å være mer overbeskyttende. Hastings og Rubin (1999) fant en direkte sammenheng da de gjorde en studie av barns sosiale tilbaketrekning og foreldrenes overkontrollering. På bakgrunn av dette antas det at når noen foreldre ser barna sine som sosialt tilbakeholdne og sårbare forsøker de å støtte barna ved å begrense barnas sosiale atferd. (Rubin et al., 2009). Rubin & Mills (1990) fant også at mødrene til sosialt tilbaketrukne barn var mer opptatt av å være direkte og styrende i læringen av sosiale ferdigheter til barna, noe som kan beskrives som overkontrollerende. Disse metodene foreldrene bruker tenkes at forsterker det sosialt tilbaketrukkede barnets følelse av usikkerhet og resulterer i en opprettholdende sirkel med barnets hjelpeløshet og foreldrenes overkontroll og overbeskyttelse (Wood, McLeod, Sigman, Hwang & Chu, 2003). Å la barnet unngå fryktede sosiale situasjoner kan hindre barnet fra å tilegne seg nødvendig sosial kompetanse på det gjeldende utviklingsnivået (Rubin et al., 2009).

## **Barnehage og skole**

Sosialt tilbaketrukne og sjenerte barn går inn i skolemiljøet med en predisposisjon til å reagere på denne sosiale settingen med usikkerhet og frykt (Kagan, 1997). Denne implikasjonen kan få konsekvenser for tilpasningen i barnehagen og på skolen. Skolesituasjonen kan være spesielt stressende for sjenerte barn fordi en stor gruppe med jevnaldrende sammen med akademiske krav stiller krav til verbal deltagelse (Coplan & Arbeau, 2008). Sosial tilbaketrekning har en tendens til å være mest ekstrem i ukjente situasjoner og det har derfor blitt antydning at den vil være mest synlig i skoleaktiviteter som involverer grupper. Sjenerte barn snakker mindre til både jevnaldrende og i klasserommet enn de andre barna og dette kan indikere at de opplever noe sosial angst når de skal snakke spesielt foran en gruppe (Rimm-Kaufman et al., 2002). Dette støttes av studie gjort av Crozier og Hostettler (2003) hvor de blant annet fant at sjenanse påvirket testresultatene i større grad da de sjenerte barna ble testet ansikt til ansikt i forhold til anonyme gruppesettinger. Samlet sett har det vært noe ulike funn i forhold til språkferdighetene til sjenerte barn (Crozier & Perkins, 2002; Coplan & Armer, 2005) og det kan tyde på at vanskelighetene noen sjenerte barn viser i forhold til språk kanskje kan reflektere en frykt for å snakke heller enn dårlige språkferdigheter. Uavhengig av årsaker kan man tenke seg at sjenerte barns tendens til å

snakke mindre vil få konsekvenser både for forholdet til jevnaldrende i sosiale situasjoner og i forhold til hvordan de oppfattes av lærere

### **Forholdet til lærere**

Det har blitt antydnet at sjenerte og sosialt tilbaketrukne barn ikke legges så mye merke til av lærere (Rimm- Kaufman et al., 2002). Studier kan tyde på at lærere faktisk oppfatter sjenanse som et problem (Arbeau & Coplan, 2007). Hughes og Coplan (2010) testet om det var forskjeller i hvordan lærerne oppfattet sjenerte barns ferdigheter, i forhold til faktiske ferdigheter på standardiserte tester. De fant at sjenanse var negativt relatert til hvordan lærerne ville bedømt matematikk og leseferdigheter, men at sjenanse ikke var relatert til lave skårer på standardiserte tester av leseferdigheter og matematikk. De spekulerer i om sjenerte barns ferdigheter blir inhibert i visse kontekster og om det er en type "bias" som påvirker lærernes persepsjoner av sjenerte barns ferdigheter. Studien viste at dette kan dreie seg om engasjement i timene og at lærerne oppfatter dem som dårligere akademisk sett fordi sjenerte barn har en tendens til å snakke mindre. Dette kan bli en selvoppfyllende profeti hvor sjenerte barn ikke forventes å gjøre det bra akademisk sett og dermed lever opp til de forventningene. På bakgrunn av dette kan vi si at sosialt tilbaketrukne barn som begynner i barnehagen og på skolen kan møte på flere utfordringer i denne overgangen i forhold til andre barn. Dersom miljøet hjemme preges av overkontrollerende foreldre og engstelse for barnet vil ikke barnehagen og skolen være steder hvor barnet kan slippe unna, men heller møte på flere utfordringer. Vi kan tenke oss at dette også vil gjelde for det sosiale samspillet med jevnaldrende.

### **Forhold til jevnaldrende**

Sosialt tilbaketrukne og sjenerte barn kan møte på vanskeligheter i forhold til jevnaldrende, noe som kanskje delvis har en sammenheng med forholdet til foreldrene hjemme. I en studie av Rydell, Bohlin og Thorell (2005) fant de at tilknytningen til foreldre og sjenanse kan vise seg å predikere barns interpersonlige forhold på skolen. Barn med usikker tilknytning hadde færre positive lærerforhold og viste mindre kompetanse med jevnaldrende enn barn med

sikker tilknytning. Sjenerte barn hadde også mindre sikre forhold til lærere og lavere kompetanse til jevnaldrende i forhold til sosialt initiativ, sammenlignet med barn som ikke var sjenerte. Når sjenerte barn interagerer med jevnaldrende virker de å være mindre sosialt kompetente enn andre barn (Bohlin et al., 2005). De har negativ selvpersepsjon, opplever ensomhet og depressive symptomer (Gazelle & Ladd, 2003) og har også større sannsynlighet for å oppleve direkte avvisning (Nelson, Rubin & Fox, 2005). I tillegg blir sjenerte barn også mer mislikt enn sine jevnaldrende (Gazelle & Ladd, 2003). Denne assosiasjonen mellom sosialt tilbaketrukket barn og avvisning fra jevnaldrende øker med alder (Ladd, 2006). Gruppen av barn som trekker seg tilbake sosialt har blitt ansett også å være i høy risiko for mobbing (Hanish & Guerra, 2004). Dette kan være fordi sjenerte barn som trekker seg tilbake sosialt gir en oppfattelsen av å være lette mål og virker emosjonelt svake (Rubin, Wojslawowicz, Rose-Krasnor, Booth-LaForce & Burgess, 2006). Fordi sosial tilbaketrekning og unngåelse er strategier som ofte brukes for å takle mobbing kan det oppstå en ond sirkel hvor det sosialt tilbaketrukne barnet mobbes og dette øker barnets tilbaketrekning fra det sosiale, noe som igjen fører til videre mobbing (Gazelle & Rudolph, 2004).

Det kan være slik at sjenanse og sosial tilbaketrekning blir spesielt negativt for jevnaldrende med alder. Noen studier har vist at sjenerte og sosialt tilbaketrukne barn ikke ser ut til å bli avvist av sine jevnaldrende ved tidlig alder (Pedersen, Vitaro, Barker & Borge, 2007, Hart et al., 2000), mens en studie av Gazelle & Ladd (2003) viste at sjenerte barn kunne bli ekskludert av jevnaldrende allerede fra barnehagen av. Det er likevel enighet blant disse forskerne at den sosiale ekskluderingen kan forverres over tid. Derfor har det blitt spekulert i om denne typen atferd først blir fremtredende for de jevnaldrende på et senere tidspunkt. Atypisk atferd blir mer fremtredende for jevnaldrende med tiden og dette kan forklare hvorfor assosiasjonen mellom sosial tilbaketrekning av avvisning fra jevnaldrende øker med alder (Ladd, 2006). Senere i barndommen og i tidlig ungdomstid blir flere av de sosialt tilbaketrukne og sjenerte barna avvist av sine jevnaldrende. (Boivin et al., 1995). Dette er en risikofaktor som øker med tiden og dette er spesielt viktig fordi forskere har vist at sosial tilbaketrekning er relativt stabilt over tid fra barndom til tidlig voksen alder (Degnan, Henderson, Fox & Rubin, 2008; Caspi et al., 2003).

## Vennskap

Pedersen og kollegaer (2007) fant at barn som tidlig viste tegn til sjenanse og sosial tilbaketrekning dannet et mindre antall vennskap enn andre barn. Likevel fant Rubin og kolleger (2006) at sosialt tilbaketrukne barn hadde like stor sannsynlighet som andre barn for å danne stabile bestevennskap. Dette kan bety at det kanskje er mindre angstfremkallende for disse barna å forholde seg til en jevnaldrende av gangen i forhold til større grupper, noe som er i tråd med forskning (Ladd & Burgess, 1999). I studien til Rubin og kollegaer (2006) viste det seg at sosialt tilbaketrukne barn som har en bestevenn blir ansett som mer sosiale enn sosialt tilbaketrukne barn som ikke har en bestevenn. Likevel indikerte ikke resultatene noen signifikante forskjeller mellom gruppene da det kom til nivå av mobbing. Dette kan bety at de antatte likhetene i atferd mellom sosialt tilbaketrukne barn og deres bestevenn minsker fordelene ved å ha vennskap og den beskyttende faktoren vennskap i seg selv er (Hodges, Boivin, Vitaro & Bukowski, 1999). To barn som potensielt ikke har det bra med seg selv og den sosiale verdenen rundt kan føre til en økning av internaliserende problemer (Rose, 2002). Samlet sett kan vi tegne et bilde av at sosialt tilbaketrukne og sjenerte barn kan oppleve flere utfordringer og problemer i forhold til jevnaldrende enn andre barn. De har større sannsynlighet for å bli mobbet og avvist, noe som kan bli en ond sirkel for disse barna.

## Kjønnsforskjeller

Det er lite som tyder på at det eksisterer kjønnsforskjeller i forekomsten av sjenanse og sosial tilbaketrekning i barndommen og ungdomstiden (Rubin et al., 2009). Likevel virker kjønn å spille en rolle når det kommer til utfall. Sjenanse og sosial tilbaketrekning ser ut til å være sterkere assosiert med negative utfall for gutter enn for jenter (Gazelle & Ladd, 2003) og det har blitt foreslått at dette funnet reflekterer en større aksept for sjenanse hos jenter enn hos gutter i vestlige kulturer (Rubin & Coplan, 2004). Det kan være slik at sosialt tilbaketrukne og sjenerte gutter går på tvers av det som vanligvis blir forventet av det mannlige kjønn, som selvsikkerhet og interpersonlig dominanse. I tillegg kan måten gutter leker på, ofte i store grupper, være vanskelig å forholde seg til for en sosialt tilbaketrukket gutt. Jenter kan leke oftere i mindre grupper og være enklere for en sosialt tilbaketrukket jente å forholde seg til (Gazelle & Ladd, 2003). Coplan og kolleger (2004) fant at lærere assosierte sjenanse med å

bli ekskludert av jevnaldrende, men kun for gutter. De spekulerer i om det er mulig at selv små barn responderer mer negativt til sjenerte gutter, enn til sjenerte jenter. Foreldre kan også vurdere sosial tilbaketrekning og sjenanse forskjellig avhengig av kjønn og respondere på det på ulike måter. Selv om det er vanskelig å si om disposisjonelle faktorer leder til ulike foreldreresponser eller om ulik foreldrestil leder til ulike sosiale profiler for gutter i motsetning til jenter, så er konklusjonen at sosialt tilbaketrukte gutter blir oppfattet annerledes og har større sannsynlighet for å bli avvist og sosialt ekskludert, enn jenter (Rubin et al., 2009).

### **Hva med sosial uinteresse?**

Forskning på sosial tilbaketrekning og risikofaktorer har i stor grad dreiet seg rundt sjenanse. Sosialt tilbaketrekning har i liten grad vært nyansert, det er derfor uvisst om mange av risikofaktorene som gjelder for sjenanse også kan gjelde for sosial uinteresse. Forskerne ser på disse begrepene som relativt uavhengige av hverandre i voksenalder (Bruch, Rivet, Heimberg, Hunt & McIntosh, 1999). Det er lite litteratur på risikofaktorer for sosial uinteresse i barndommen (Coplan & Armer, 2007), men sosial uinteresse er ansett for å være relativt ufarlig i tidlig barndom (Rubin & Coplan, 2004). Asendorf og Meier (1993) fant at selv om sosialt uinteresserte barn deltok i færre samtaler med jevnaldrende, så snakket de like ofte som de jevnaldrende da de først deltok i samtaler, i motsetning til sjenerte barn. I studien til Coplan og kollegaer (2004) fant de at sosialt uinteresserte barn ikke var forbundet med at de hadde det dårligere med seg selv. Likevel kan det tyde på at sosial uinteresse i barndommen ikke er så ufarlig som det man først antok. Sosial uinteresse var negativt relatert til prososial atferd og positivt relatert til avvising fra jevnaldrende. En mulig tolkning kan være at de sosialt uinteresserte barnas mangel på sosialt initiativ blir tolket som at de er lite vennskapelige. I en annen studie fant de at dersom barn fikk velge, ønsket de heller å leke med et sjenert barn enn et sosialt uinteressert barn (Coplan et al., 2007). Dersom det er tilfelle at sosialt uinteresserte barn blir avvist av jevnaldrende, vil dette være en risikofaktor med langtidseffekter også i forhold til mobbing (Hanish & Guerra, 2004). Flere langtidrisikofaktorer for sosial uinteresse er lite kjent (Coplan & Armer, 2007) og de fleste empiriske funnene har ikke skilt ut sosial uinteresse fra sjenanse (Coplan et al., 2004). Leary, Herbst og McCrary (2003) mente at høy preferanse for ensomhet ikke nødvendigvis er en

indikator på dårlig tilpasning blant voksne. De fant at personer som liker å gjøre aktiviteter alene og til hvilken grad de trives med å være alene, henger mer sammen med en sterk orientering til ensomhet enn et svakt ønske om sosial interagering. Det vil si at personer som trives med å være alene velger det ut fra et ønske om å være alene. Det er behov for mer forskning på sosial uinteresse for å bedre forstå hvilke risikofaktorer som ligger til grunn.

### **Mors psykiske helse, tilknytning og foreldrestil**

Fra det vi vet om betydningen av tilknytning, foreldrestil og risikofaktorer for sosialt tilbaketrukkne barn, kan vi tenke oss at det kan være personlighetstrekk eller karakteristikk ved mor som kan virke negativt inn på utviklingen av sosial tilbaketrekning hos barn. Depresjon er en utbredt psykisk lidelse og en av fem kvinner vil oppleve en depresjon i løpet av livet (Martins & Gaffan, 2000) og i tillegg er det mange foreldre som har subkliniske symptomer på depresjon (Cummings, Keller & Davies, 2005). Forskning har vist at symptomer på depresjon kan påvirke mors kapasitet til å være en god omsorgsperson (Rubin & Mills, 1990) fordi karakteristikk ved depresjon som triste følelser, tap av energi og interesse, lav selvfølelse, dårlig konsentrasjon og irritabilitet gjør det vanskelig for foreldre å være sensitive og responsive til barnas behov, samt å være gode rollemodeller (Gotlib & Goodman, 2002). Forskning linker mors depresjon direkte til redusert sensitivitet og respons til barnet (Paulson, Dauber & Leiferman, 2006), til mors negative persepsjon av normal atferd (Murray, Fiori-Cowley, Hooper & Cooper, 1996), at mødre kan oppfattes fysisk og emosjonelt utilgjengelige (Radke-Yarrow, Cummings, Kuczynski & Chapman, 1985) og at de dermed ikke har evnen til å møte barnets sosiale og emosjonelle behov (Goodman & Gotlib, 1999). Lyons-Ruth, Lyubchik, Wolfe & Bronfman (2002) fant også at deprimerte mødre gjorde færre aktiviteter sammen med barna sine, ble lettere irritert og hadde vanskeligere for å holde på daglige rutiner. I en studie av Radke – Yarrow og kollegaer (1985) fant de at depresjon minsket sannsynligheten for en sikker tilknytning mellom mor og barn. Som nevnt tidligere har barn med en usikker tilknytning til omsorgspersonen større sannsynlighet for internaliserende atferd som sosial tilbaketrekning, enn barn med en sikker tilknytning (Shamir-Essakow et. al, 2005; Ungerer & Rapee, 2005). En mindre sensitiv og lite responderende foreldrestil øker sannsynligheten for en usikker tilknytning (Lyons-Ruth et al., 2002). Studier som har funnet signifikante sammenhenger mellom depresjon og usikker

tilknytning har stort sett blitt utført med kliniske utvalg hvor depresjonen har vært varig (DeMulder & Radke-Yarrow, 1991, Frankel & Harmon, 1996; Martins & Gaffan, 2000). Den store barnehagestudien som pågår ved National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) brukte selvrapporteringsskjemaer på normalutvalg og fant ingen signifikante sammenhenger, bortsett fra på mors rapporterte lave sensitivitet og lave respondering i interaksjon med lav kvalitet på omsorg. Dette gjorde at barna hadde mindre sannsynlighet for å ha en sikker tilknytning (NICHD, 1997). Samlet sett kan vi konkludere med at det er en assosiasjon mellom usikker tilknytning mellom deprimerede mødre og deres barn, og at denne usikre tilknytningen kan skyldes karakteristikkene ved mor som kjenner depresjon. Blant disse karakteristikkene er bekymring, engstelse og lavere respons og sensitivitet til barnet.

Studier tyder på at mors personlighetstrekk også kan ha en sammenheng med oppdragelsesstil og barnets temperament. Trekk ved barna kan påvirke hvordan foreldrene forholder seg til dem, men forskerne har også vært opptatt av trekk ved mødre som kan påvirke barna. For eksempel har mødre som skårer høyt på nevrotisme en tendens til å være mer overbeskyttende (Clark, Kochanska & Ready, 2000) og barns sosiale tilbaketrekning som nevnt er i direkte assosiasjon med overbeskyttede foreldrestil. (Coplan et. al, 2004). Personer som skårer høyt på nevrotisme karakteriseres som emosjonelt ustabile, nervøse, usikre og viser mer angst og bekymring. Nevrotisme har også vist seg å kunne være en delt komponent i både depresjon og angstlidelser (Weinstock & Whisman, 2006). I en studie av Coplan, Reichel og Rowan (2009) fant de en positiv assosiasjon mellom mors nevrotisme og overbeskyttende foreldrestil ved at de økte med høyere nivåer av barnets sjenanse. Man kan tenke seg at sjenerte barn oftere viser sosial angst og at dette igjen øker angstfylte mødres allerede eksisterende tendens til å overvurdere trusler og fare i barnets miljø (Lindhout et al., 2006). Denne tolkningen antyder at det å ha et sjenert barn kan lede til økt overbeskyttelse hos nevrotiske mødre (Coplan et. al, 2009).

Det er interessant at familiemiljøet som oppstår av en nevrotisk og overbeskyttende forelder ser ut til å være spesielt maladaptivt for sjenerte barn. Blant disse barna fant Coplan, Arbeau og Armer (2008) at sjenanse var sterkere assosiert med internaliserende problemer. Ettersom nevrotiske mødre har større sannsynlighet for å oppleve og å uttrykke ubehag og negativ affekt i samspill med barnet, kan barn som opplever dette føle seg utrygge og modellere



mødrenes atferd i sine egne sosiale interaksjoner. I tillegg kan mødre med mye angst unngå sosiale situasjoner som de opplever som stressende. Dette betyr at deres barn ikke vil få muligheten til å oppleve og å mestre for eksempel gruppeaktiviteter (Hastings, Nuselovici, Rubin & Cheah, 2010). Coplan og kollegaer (2008) spekulerer i om familiemiljøet skapt av angstfylte og overbeskyttende foreldre også forverrer sjenerte barns respons til skolemiljøet. Disse sjenerte barna utvikler kanskje ikke adekvate mestringsstrategier og forverrer vanskelighetene som sjenerte barn allerede opplever ved å starte i barnehagen. Dette ser ut til å øke risikoen for å utvikle angst og internaliserende problemer, og gjør også at de har dårligere forhold til jevnaldrende på skolen.

Oppsummert kan vi si at mors symptomer på depresjon og angst kan ha en påvirkning på tilknytningen mellom mor og barn og på mors sensitivitet og respons til barnet.

Karakteristikker som bekymring, engstelse, nevrotisisme og overkontrollering har vist seg å ha en sammenheng med utviklingen av sosial tilbaketrekning og dette er karakteristikker som kan være mer utbredt hos mødre med symptomer på angst og depresjon.

### **Sammenhengen mellom mors psykiske helse, inhibering og sosial tilbaketrekning**

Med tanke på at det kan være karakteristikker ved depresjon og angst i mødre som kan påvirke utviklingen av sosial tilbaketrekning og opprettholdelsen av den, har noen forskere sett på sammenhengen mellom disse. Kochanska (1991) undersøkte assosiasjonene mellom mors depresjon og barnets inhibering til ukjente omgivelser og ukjente voksne. Hun argumenterer for at tidligere forskning har funnet en sammenheng mellom mors psykopatologi og barns inhibering, for eksempel ble det i en studie funnet høyere prevalens hos barn med foreldre som hadde agorafobi eller panikkelidelse (Rosenbaum et al., 1988). Hun spekulerte i om deprimerte mødres relative mangel på motivasjon eller ferdighet til å fasilitere barnets adaptive atferd mot et ukjent stimuli kan være en bidragsyter til barns økte inhibering (Kochanska, 1991). Hun fant at mors depresjon kan være en risikofaktor for barns atferdsinhibering for ukjent stimuli. Depresjon hadde en større assosiasjon med barnas inhibering enn bipolar lidelse hadde og hvorvidt depresjonen var nylig hadde også en større påvirkning på barnas inhibering. Til en viss grad kan man også spekulere i om depresjon gjør

morsrollen mindre konsistent dersom depresjonen er episodisk. Det er derfor større sannsynlighet for at deprimerte mødre oppfattes som uforutsigbare, noe som ble bekreftet i en studie av Letourneau, Salmani og Duffett-Leger (2010). De fant at mors depresjon negativt påvirker foreldrerollen over tid og at gjentakende depresjon hos mor påvirket foreldrerollen mer negativt enn en enkeltepisode, noe som er verdt å merke seg ettersom mange depressive episoder vil være gjentakende (Belsher & Costello, 1988; Suijaa, Aluojab, Kaldaa & Maaros, 2011).

I en studie av Rubin, Both, Zahn-Waxler, Cummings og Wilkinson (1990) fant de at mors depresjon var assosiert med barns sosiale tilbaketrekning. Barna til de deprimerte mødre hadde en større sannsynlighet for å leke for seg selv enn barna av de friske mødre. De hadde også en større tendens til å trekke seg bort fra de andre barna i leken, involvere seg mindre i fantasilek og henvende seg mer til mor. Denne tilbaketrekningen ble altså sett i situasjoner med familiære jevnaldrende, noe som indikerer at det ikke bare gjelder i ukjente situasjoner eller med ukjente voksne slik Kochanska (1991) rapporterte om i sin studie. Rubin og kollegaer (1991) spekulerte også i om barna til de deprimerte mødre ville vist enda tydeligere tegn på sosial tilbaketrekning dersom situasjonen involverte ufamilære jevnaldrende og mor ikke var tilstede. Denne spekulasjonen ble testet av Kochanska og Radke–Yarrow (1992). De fant ingen forskjeller som kunne tilskrives mors depresjon i sin studie av inhiberte barn i interaksjon med ufamilære jevnaldrende, selv om problemer med sosial tilpasning hos barn av foreldre med depresjon har blitt indikert tidligere (Downey & Coyne, 1990). Av sine resultater indikerte Kochanska og Radke –Yarrow (1992) at mors depresjon kan assosieres med sosial tilbaketrekning og passivitet hos barn i interaksjon med jevnaldrende de har et forhold til. De spekulerer i om mors depresjon kanskje ikke har noe å gjøre med barnas mer temporære interaksjon med ukjente jevnaldrende.

I en nyere studie av Rosenbaum g kollegaer (2000) fant de at barn med foreldre som hadde både panikkelidelse og depresjon hadde spesielt større risiko for atferdsinhibering. I denne studien var det et lavt antall som kun var deprimerte og et lavt antall av panikkelidelse og de argumenterte derfor for at dette er to komorbide lidelser slik at det ikke ville gitt mening å separere de to gruppene. I tillegg var de opptatt av at det er behov for mer forskning for å kunne si noe mer om depresjon hos foreldre og forholdet til atferdsinhibering hos barn. På

bakgrunn av dette kan det se ut til at studier tyder på at det er en sammenheng mellom mors psykiske plager og barns inhibering og sosiale tilbaketrekning. Mer forskning er nødvendig for å forstå mekanismene som bidrar til sammenhengen mellom mors personlige karakteristikk som kan være en følge av psykiske plager og barns sannsynlighet for å bli sosialt tilbaketrukne.

## **Oppsummering**

Oppsummert tegner dette et bilde av at sosial tilbaketrekning bør forstås som et samlebegrep av flere ulike former for aleneatferd og at det er hensiktsmessig å skille mellom sjenanse og sosial uinteresse. Forskning har i hovedsak fokusert på sosial tilbaketrekning og sjenanse, og det er gjort få studier som har undersøkt sosial uinteresse direkte. Sosial tilbaketrekning og sjenanse har vist seg å ha en moderat til høy stabilitet fra barndom til tidlig voksenalder. Utviklingen av sosial tilbaketrekning påvirkes av en rekke faktorer, blant annet temperament og biologiske faktorer, tilknytning, foreldrestil og karakteristikk ved omsorgsgiver.

Egenskaper ved barnet vil kunne påvirke hvordan foreldrene responderer. I tillegg vil foreldrekarakteristikk og valg av foreldrestil få en betydning for tilknytningsforholdet. Denne tidlige og viktige relasjonen mellom omsorgsgiver og barn vil kunne påvirke barnets sosiale kompetanse og relasjoner til andre senere i livet. Psykopatologi hos omsorgsgiver har vist seg å ha en sammenheng med kvaliteten på tilknytningen og grad av overbeskyttelse. Symptomer på angst og depresjon hos voksne er utbredt i befolkningen og er en risikofaktor i barnas sosiale utvikling. Det vil derfor være viktig å undersøke om det kan være en sammenheng mellom symptomer på psykopatologi hos omsorgsgivere og barns sosiale tilbaketrekning. Sosial tilbaketrekning hos barn har vist seg å kunne få en rekke negative utfall både i forhold til senere internaliserende problemer og relasjoner til jevnaldrende. Bedre kunnskap om risikofaktorer i utvikling av sosial tilbaketrekning hos barn kan gi økt forståelse av disse barnas hverdag. I tillegg har det vært lite forskning på de ulike formene for sosial tilbaketrekning, spesielt finnes det lite differensiert forskning på risikofaktorer for sosial uinteresse.

## Formål med studien

I denne studien var vårt første hovedmål å undersøke om sosial tilbaketrekning er et stabilt fenomen hos førskolebarn. Få studier har undersøkt sosial tilbaketrekning hos barn som går i barnehage i et longitudinelt perspektiv. Vi benyttet data fra to måletidspunkt med to års mellomrom. Som litteraturgjennomgangen har vist er det hensiktsmessig å skille mellom to underkategorier av sosial tilbaketrekning blant annet basert på ulike motivasjonelle prosesser. Vi ønsket derfor å undersøke om det var forskjeller i grad av stabilitet for sosial uinteresse og sjenanse hos barn. Forskning har også vist at sosialt tilbaketrukne gutter i større grad enn jenter opplever negative konsekvenser som resultat av aleneatferd. I tillegg undersøkte vi derfor om det fantes kjønnsforskjeller i grad av stabilitet for sosial tilbaketrekning og underkategoriene sosial uinteresse og sjenanse.

Vårt andre hovedmål var å undersøke om mors selvrapporterte symptomer på angst og depresjon hadde en sammenheng med barns sosial tilbaketrekning. Mødres psykiske helse har vist seg å ha betydning for barns utvikling gjennom utallige studier (se for eksempel Cummings & Davies, 1994; Kaitz & Maytal, 2005; Cummings et al, 2005; LeTourneau et al., 2010). Forskning har vist at usikker tilknytning mellom mor og barn og en overbeskyttende foreldrestil øker sannsynligheten for at et barn kan streve i sosiale situasjoner og trekke seg unna jevnaldrende (Hudson & Rapee, 2001; Rubin et al., 2009). Forskning har også vist at det sannsynligvis er en sammenheng mellom karakteristikk ved mor og mødres psykiske helse og tilknytning og foreldrestil. Likevel finnes det få studier som har undersøkt sammenhengen mellom mors psykiske helse og barns sosiale tilbaketrekning direkte.

For å kunne svare på om det fantes en sammenheng ønsket vi først å undersøke om mors symptomer på angst og depresjon var stabilt over den aktuelle toårs perioden. Vi ønsket å finne ut om mors symptomer på angst og depresjon ved første måletidspunkt hadde sammenheng med barns sosial tilbaketrekning målt samtidig, om mors symptomer på angst og depresjon ved andre måletidspunkt hadde en sammenheng med barns sosiale tilbaketrekning målt samtidig og om mors symptomer på angst og depresjon ved første

måletidspunkt hadde sammenheng med barns sosial tilbaketrekning målt to år senere ved andre måletidspunkt. Etter som litteraturgjennomgangen har vist at sjenanse og sosial uinteresse sannsynligvis er uttrykk for ulike underliggende prosesser, er det interessant å finne ut om det finnes forskjeller i graden av sammenheng med mors psykiske helse. I tillegg ønsket vi å undersøke om det fantes kjønnsforskjeller også her.

## **Forskningsspørsmål**

1. Er sosial tilbaketrekning hos barn et stabilt fenomen over to år?
  - Finnes det forskjeller i grad av stabilitet for underkategoriene sosial uinteresse og sjenanse?
  - Finnes det kjønnsforskjeller i grad av stabilitet for sosial tilbaketrekning, sosial uinteresse og sjenanse?

I mange av studiene som har undersøkt stabilitet i aleneatferd hos barn har man i liten grad skilt mellom de ulike formene for sosial tilbaketrekning (Rubin et al., 2009). Flere studier har funnet en moderat stabilitet hos barn fra førskolealder til tidlig voksen alder (Caspi et al., 2003; Denissen et al., 2008). Dette gjelder spesielt for ekstremgrupper (Asendorpf, 1989; Fordham & Stevenson-Hinde, 1999). Vårt utvalg er hentet fra en normalpopulasjon, så det er rimelig å anta at vi vil finne noe lavere stabilitet. Det finnes få studier som har undersøkt sosial uinteresse. Det er derfor usikkert hvilket nivå av stabilitet man kan forvente. Studier har vist at gutter i større grad enn jenter opplever negative konsekvenser knyttet til sosial tilbaketrekning (Gazelle & Ladd, 2003). Det kan være rimelig å anta at vi vil finne at gutter sammenlignet med jenter viser høyere grad av stabilitet.

2. Er mødres selvrapporterte symptomer på angst og depresjon stabile over to år?

Forskning viser at kvinner systematisk viser flere angst- og depresjonslignende plager sammenlignet med menn (Kringlen et al., 2001). I tillegg er mange depresjoner gjentakende

Belsher & Costello, 1988; Kessing & Andersen, 1999; Suija et al., 2011). Det er derfor rimelig å anta at mors selvrapporterte symptomer på angst og depresjon vil være relativt stabile.

3. Finnes det en sammenheng mellom mors selvrapporterte symptomer på angst og depresjon og barns sosiale tilbaketrekning, sosiale uinteresse og sjenanse?
  - Har mors symptomer på angst og depresjon ved første måletidspunkt sammenheng med barns sosiale tilbaketrekning, sosiale uinteresse og sjenanse målt samtidig?
  - Har mors symptomer på angst og depresjon ved andre måletidspunkt sammenheng med barns sosiale tilbaketrekning, sosiale uinteresse og sjenanse målt samtidig?
  - Har mors symptomer på angst og depresjon ved første måletidspunkt sammenheng med barns sosiale tilbaketrekning, sosiale uinteresse og sjenanse målt to år senere, ved andre måletidspunkt?

Tidligere studier som har sett på sammenhengen mellom mors psykiske helse og barns inhibering og sosiale tilbaketrekning har funnet en sammenheng (Rosenbaum et. al, 2000; Kochanska, 1991; Rubin et al., 1991). Disse studiene hadde færre deltagere enn vi har i vår studie og brukte ikke normalpopulasjoner. Derfor er det vanskelig å trekke noen slutninger i forhold til hva vi vil finne, men dersom vi finner noen sammenhenger mellom mors psykiske helse og barns sosiale tilbaketrekning i vår studie vil det være interessant fordi få studier har sett på dette med et lignende utvalg.

4. Har kjønn betydning for grad av sammenheng mellom mors symptomer på angst og depresjon og barns sosiale tilbaketrekning, sosiale uinteresse og sjenanse?

Sjenanse og sosial tilbaketrekning ser ut til å være sterkere assosiert med negative utfall for gutter enn for jenter (Gazelle & Ladd, 2003) og på bakgrunn av dette kan det være slik at risikofaktorer vil påvirke gutter i større grad enn det vil gjøre hos jenter. Dermed kan det

tenkes at vi vil se tendenser til dette i våre resultater ved at gutters sjenanse og sosiale tilbaketrekning har en sterkere sammenheng med mors psykiske helse.

# Metode

Denne studien ble gjennomført som en del av et større forskningsprosjekt, ”The matter of the first friendship”. Prosjektet ble ledet av professor Anne Inger Helmen Borge ved Psykologisk Institutt i Oslo i samarbeid med forskere fra Universitetet i Montreal, Canada, Universitetet i Bern, Sveits og Queensland Teknologiske Universitet i Australia. Prosjektet hadde som formål å undersøke hvordan barns vennskap og jevnalderrelasjoner hadde betydning for atferdsmessig, emosjonell og sosial tilpasning. Det ble benyttet et longitudinelt, multiinformant og multimetodisk design. Det ble gjennomført totalt fire målinger over en fire års periode fra 2006 til 2009. Hver vår ble barnet, familien og førskolelærer (senere lærer) benyttet som informanter. Intervju, tester og spørreskjema ble brukt ved datainnsamlingen.

Norges Forskningsråd finansierte forskningsprosjektet og det ble godkjent av Regional Etisk Komité for medisinsk forskningsetikk (REK sør), Personvernforbundet ved Universitetet i Oslo og Datatilsynet, ved søknad til Norges Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste i Bergen.

## Design

I vår studie valgte vi et longitudinelt design og brukte informasjon hentet fra mødre og lærere, som fylte ut hvert sitt spørreskjema. Vi benyttet oss av data fra to måletidspunkt (år én og år tre i det opprinnelige prosjektet) med to års mellomrom. Årsaken til dette var at vi ønsket å undersøke sammenhengen mellom mors psykiske helse og barns sosiale tilbaketrekning over tid, samt å finne ut om de ulike fenomenene var stabile i den aktuelle perioden. Ved år fire i den opprinnelige studien opplevde man at mange av barna og deres familier uteble fra datainnsamlingen og utvalget ble derfor betydelig mindre. Vi valgte derfor å bruke år tre fra den opprinnelige studien for å beholde det longitudinelle designet, men likevel beholde et forholdsvis stort utvalg. Heretter vil vi referere til måletidspunktene (år én og år tre) som første og andre måletidspunkt i denne studien.



I vår studie var vi i hovedsak opptatt av fire variabler som ble målt både ved det første måletidspunktet og det andre. Den første variabelen var mors selvrapporterte symptomer på angst og depresjon, også kalt "Mors psykiske helse". De tre andre variablene var lærernes vurderinger av barnas aleneatferd, og var mål på sosial tilbaketrekning, sosial uinteresse og sjenanse. I tillegg brukte vi kjønn og alder som variabler i enkelte av analysene våre.

Foresatte og lærere ble bedt om å respondere på et spørreskjema. Av barna ble det gjennomført et intervju og ulike tester. I denne studien benyttet vi kun mødre og lærere som informanter. Mødre fylte ut et spørreskjema med spørsmål som forsøkte å kartlegge blant annet sosiale og psykologiske forhold ved omsorgsgiverne, barna og familien, samt familiens sosioøkonomiske status (SØS). Lærerne fylte ut en kortere versjon av et tilsvarende skjema, med spørsmål som forsøkte å kartlegge sosiale og psykologiske forhold rundt barnet i barnehagen og på skolen. Spørreskjemaet bestod av internasjonalt anvendte og anerkjente kartleggingsinstrumenter.

## **Informanter**

Deltakerne i studien ble rekruttert fra barnehager i to distriktskommuner på Østlandet. I forkant av hver måling ble det sendt ut et informasjonsbrev til barnas foresatte. I brevet ble det gitt en beskrivelse av formålet ved undersøkelsen og hvordan informasjonen skulle innhentes, samt en forespørsel til foresatte om deltakelse for seg selv, eget barn og lærer. Det var til sammen 32 barnehager i de to kommunene og alle samtykket til å delta i undersøkelsen for å rekruttere foresatte og barn. Utvalget i vår studie bestod av lærerrapporteringer om 510 barn og tilhørende rapporteringer om mødrenes psykiske helse. Av disse barna var 272 jenter (53,3%) og 238 gutter (46,7%) ved første måletidspunkt. Aldersspennet ved første måling var fra 2 år til 6 år (gjennomsnittsalder = 4,3, SD = 1,2). Noen få av familiene hadde en annen etnisk bakgrunn enn norsk. I analysene benyttet vi oss av "listwise eksklusjon". Dette betød at kun de barna der alle spørsmålene var besvart på de aktuelle variablene fra mødre og lærere var med i analysene. Antall barn i utvalget varierte derfor noe fra analyse til analyse. Antallet vil bli oppgitt for hver analyse.

## Valg av informanter

Ettersom flesteparten av de foresatte som svarte på spørreskjemaene var barnas biologiske mødre, valgte vi å fokusere på denne gruppen og ekskluderte fedre, adoptivforeldre og steforeldre for å unngå potensielt forstyrrende tredjevariabler knyttet til dette.

Både mødrene og lærerne svarte på spørsmål om barnas aleneatferd. Forskning har vist at både foreldre (Coplan et al., 2004) og lærere (Harrist et al., 1997) har evnen til å skille mellom ulike former for sosial tilbaketrekning hos barn. Vi valgte å benytte læreres vurdering av barnets aleneatferd fordi vi ønsket et mest mulig objektivt mål på barnas sosiale tilbaketrekning. Lærere observerer barn utenfor hjemmet og uten foreldrenes tilstedeværelse. Dessuten kan det være slik at lærere i større grad har mulighet til å observere barna i sosial samhandling med jevnaldrende, enn det mødrene sannsynligvis har. Det er også et poeng at mødrenes psykiske helse potensielt kunne ha påvirket måten de vurderte sine barn på. Vi valgte altså derfor å benytte oss av lærernes vurderinger av barna for å styrke påliteligheten av funnene i størst mulig grad.

Enkelte forskere har hevdet at lærere ikke legger merke til barn som er sosialt tilbaketrukket og at de oppmuntrer til stille, reservert og føyelig atferd som et ledd i å bevare roen i klasserommet (Rimm-Kaufman et al., 2002). Nyere forskning viser derimot det motsatte, og viser at sosialt tilbaketrukket atferd hos barn blir lagt merke til av lærere, og at de ser på sjenanse som et problem (Arbeau & Coplan, 2007). Coplan og Prakash (2003) fant at sosialt tilbaketrukne barn utvikler relasjoner til sine lærere som er preget av mer avhengighet og mindre nære bånd sammenlignet med andre barn og at lærere opplever tilbaketrukket atferd i sosiale situasjoner som alvorlig. Det ser også ut til at lærere kan bedømme sjenerte barn som mindre intelligente (Hughes & Coplan, 2010) Til sammen betyr dette at lærere kan skille mellom ulike typer for sosial tilbaketrekning og at de legger godt merke til hvilke barn som er sosialt tilbaketrukne.

## Måleverktøy

### *Sosial tilbaketrekning*

For å undersøke barnas tilbaketrekning i sosial situasjoner med jevnaldrende benyttet vi lærernes vurderinger på Child Social Preference Scale (CSPS). CSPS ble utviklet av Coplan og kollegaer (2004) for å måle sosial tilbaketrekning og differensiere mellom sjenanse og sosial uinteresse hos barn i samspill med andre jevnaldrende. Spørsmålene i CSPS fokuserer på barns motivasjon til å leke med andre og bygger derfor på tidligere forskning relatert til sjenanse, sosial uinteresse og sosiabilitet og de motivasjonelle prosessene som ligger bak (Asendorpf, 1990).

CSPS består av 11 spørsmål hvor 7 spørsmål lader til delskalaen CSPS Sjenanse og 4 spørsmål lader til delskalaen CSPS Sosial uinteresse. Utsagn nummer 2, 5, 6, 7, 8, 10 og 11 lader til CSPS Sjenanse og utsagn nummer 1, 3, 4 og 9 lader til CSPS Sosial uinteresse. ( se tabell 1, side 32). I vår studie er begge disse delskalaene interessante og derfor har vi med alle de 11 spørsmålene i våre analyser. De 11 spørsmålene gir en total skåre, CSPS Total. Det kan argumenteres for at denne skåren tilsvarer begrepet ”sosial tilbaketrekning” slik det har blitt brukt i litteraturgjennomgangen (se figur 1, side 3 ). Riktignok er det en mer snever definisjon ettersom den består av spørsmål som lader til sjenanse og sosial uinteresse. Eksempler på utsagn i CSPS er "Barnet ”kretser” rundt andre barns lek uten å bli med i leken" som lader til CSPS Sjenanse og "det ser ut til at barnet ofte trives med å leke alene" som lader til CSPS Sosial uinteresse. Resten av utsagnene er presentert i tabell 1, side 32. Utsagnene i CSPS ble besvart på en 5-punkts likert skala hvor lav skåre indikerte lav sjenanse eller sosial uinteresse, mens høy skåre indikerte stor grad av sjenanse eller sosial uinteresse.

**Tabell 1: Alle utsagnene hentet fra CSPS**

Påstand	I liten grad	2	3	4	I stor grad
1. Det ser ut til at barnet ofte trives med å leke alene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Det ser ut til at barnet ønsker å leke med andre barn, men er noen ganger engstelig også	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Barnet er like glad i å leke for seg selv, som å leke i grupper med andre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Barnet er mest glad når han/hun leker med andre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Barnet vil avslå sosiale initiativ fra andre barn fordi han/hun er sjenert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Barnet tar ofte kontakt med andre barn for å leke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Barnet "kretser" rundt andre barns lek uten å bli med i leken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Barnet tar sjeldent initiativ til lekeaktiviteter med andre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hvis barnet får velge, foretrekker det å leke med andre barn fremfor alene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Barnet betrakter ofte andre barn i lek uten å nærme seg dem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Selv om barnet ser ut til å ønske å leke med andre, er det noen ganger engstelig for å være sammen med andre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Utsagn nr. 2, 5, 6, 7, 8, 10 og 11 lader til CSPS Sjenanse

Utsagn nr. 1, 3, 4 og 9 lader til CSPS Sosial uinteresse

### *Reliabilitet og validitet*

Coplan og kollegaer (2004) rapporterte om gode psykometriske egenskaper for CSPS. Blant annet har skalaen en reliabel faktorstruktur. Delskalaen CSPS Sjenanse har faktorladninger fra .63 til .81 og delskalaen CSPS Sosial uinteresse har faktorladninger fra .74 til .80. Begge delskalaene viser også god indre konsistens med  $\alpha = .86$  for CSPS Sjenanse og  $\alpha = .81$  for CSPS Sosial uinteresse. Korrelasjonen mellom de to delskalaene var .29 ( $p > .01$ ). Skalaene korrelerer høyt med skalaer fra andre måleverktøy som man antar måler det samme som CSPS.

CSPS er utviklet med bakgrunn i et kanadisk utvalg og var i utgangspunktet utviklet som et foreldrerapporteringsinstrument (Coplan, 2004). CSPS har blitt oversatt til norsk og har vist seg også å være et reliabelt måleverktøy med lærere som informanter i norske utvalg. Vi ønsket å sjekke reliabiliteten til skalaen med vårt eget utvalg (se tabell 2).

**Tabell 2: Gjennomsnittelig korrelasjon mellom ledd og Cronbach's Alpha for målinger av barns sosiale tilbaketrekning ved hjelp av CSPS**

	GKL	Alpha	N
CSPS Total			
T1	.403	.876	404
T3	.360	.858	406

### *Mors psykiske helse*

For å vurdere mors psykiske helse ble barnas mødre bedt om å besvare spørsmål hentet fra Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25) som er en forkortet versjon av SCL-90. HSCL-25 består av 25 spørsmål som blir benyttet for å kartlegge angst, depresjon og somatisering (Derogatis, 1974). Hopkins Symptom Checklist er den mest brukte skalaen i epidemiologisk forskning. Skjemaet er ikke direkte knyttet til psykiatiske diagnoser, men indikerer uspesifikke psykosomatiske symptomer og plager. Det anvendes 8 ledd fra denne skalaen som er sensitive for depresjon og angst (Tambs & Moum, 1993). Utsagnene ble besvart på en 4-punkts skala der mødre kunne velge mellom kategoriene "ikke plaget", "litt enig", "ganske mye plaget" og "veldig mye plaget" (se tabell 3, side 34). Lav skåre indikerte mindre alvorlige symptomer og plager knyttet til angst og depresjon mens høy skåre indikerte mer alvorlige symptomer og plager.

**Tabell 3: Åtte ledd hentet fra Hopkins Symptom Checklist. Mødrene svarte på om de i løpet av de siste to ukene hadde vært plaget med følgende påstander:**

Påstand	Ikke plaget	Litt enig	Ganske mye plaget	Veldig mye plaget
1. Stadig redd eller engstelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nervøsitet, indre uro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Følelse av håpløshet med hensyn til framtiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Nedtrykt, tungsindig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mye bekymret eller urolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Følelse av at alt er et slit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Følelse av å være anspent eller oppjaget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Plutselig frykt uten grunn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### *Reliabilitet og validitet*

I forskning på psykososiale fenomener er det ofte ønskelig å fange et vidt spekter av informasjon om psykisk helse. Likevel er det sjelden hensiktsmessig å inkludere en lang liste av spørsmål om psykisk helse i et allerede omfattende spørreskjema. Tambs og Moum (1993) viste sterke, gjennomsnittlige alpha-reliabilitetskoeffisienter på .85 etter å ha redusert antall spørsmål på HSCL-25 fra 25 til 5 utsagn for å kartlegge angst og depresjon. Kortversjonen med de fem leddene korrelerte sterkt med den globale HSCL-25 skåre ( $r=0.92$ ). Med hensyn til validitet fant de at kortversjonens validitet var avhengig av HSCL-25s validitet, og i den grad HSCL-25 måler det den er ment for, ville også kortversjonen gjøre det samme. For å sjekke reliabiliteten på skalaen i vår studie som bestod av åtte utsagn hentet fra HSCL-25, fant vi gjennomsnittlige korrelasjoner mellom ledd og Cronbach's Alpha (se tabell 4, side 35). Oppsummert tyder dette på at skalaen er et reliabelt og valid måleinstrument for å måle symptomer på angst og depresjon hos mødre.

**Tabell 4: Gjennomsnittelig korrelasjon mellom ledd og Cronbach's Alpha for målinger av mors depresjon ved hjelp av åtte ledd hentet fra HSCL-25**

		GKL	Alpha	N
<hr/>				
Depresjon				
og angst	T1	.412	.837	495
	T3	.430	.846	343

---

### **Statistiske analyser**

For å besvare spørsmålene relatert til forskningsspørsmålene og hypotesene disse baseres på, ble følgende statistiske analyser benyttet: Pearsons korrelasjonsanalyse, krysstabellanalyse og standard multipl regresjonsanalyse. Alle statistiske analyser som presenteres i denne oppgaven ble gjennomført ved hjelp av statistikkprogrammet SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows, versjon 18.0.

#### ***Korrelasjonsanalyse***

Korrelasjonsanalyse ble benyttet for å undersøke i hvor stor grad de aktuelle variablene viste noen sammenheng. Det ble benyttet Pearsons korrelasjonsanalyse både for å undersøke sammenhengen mellom mors psykiske helse og de lærervurderte variablene CSPA Total, CSPA Sjenanse og CSPA Sosial uinteresse, og om hvert fenomen var stabilt over tid. I tillegg undersøkte vi om det fantes eventuelle kjønnsforskjeller. Korrelasjonsanalysene ga også nyttig informasjon om hvorvidt det var grunnlag for videre regresjonsanalyser.

For å kunne benytte Pearsons korrelasjonsanalyse kreves det blant annet at utvalgets skårer er normalfordelt, at sammenhengen mellom variablene er lineær og at variabiliteten i skårene for variabelen på x-aksen var lik for alle verdiene av variabelen på y-aksen. I forkant av analysene kontrollerte vi for om noen av premissene ble brutt.

### ***Krysstabellanalyse***

Krysstabellanalyse ble brukt for å beskrive utvalget ytterligere. På de lærervurderte variablene CSPS Total, CSPS Sjenanse og CSPS Sosial uinteresse ble barna delt inn i grupper basert på hvor høy skåre de hadde på variablene. Et kuttepunkt ble satt basert på fordelingen av skårer og klinisk forståelse. Et viktig aspekt ved hvor kuttepunktet ble satt var størrelsen på gruppene. Få av barna ble vurdert til å vise tegn på sosial tilbaketrekning og derfor valgte vi å være liberale i inndelingen av gruppene. Tabell 4 side 39 viser fordelingen av skårene. For skalaen som helhet ble kuttepunktet satt ved 22 av 55 mulige. Dermed ble barna som viste få eller ingen tegn på sosial tilbaketrekning plassert i en gruppe og barna som viste flere og moderat til alvorlige tegn på sosial tilbaketrekning i en annen gruppe. Tilsvarende resonnement benyttet vi for delskalaene, og satte kuttepunktet for CSPS Sjenanse på 14 av 35 mulige og på 8 av 20 mulige for CSPS Sosial uinteresse. For variabelen Mors psykiske helse satte vi kuttepunktet ved 8 av 32 mulige. Som illustrert ved tabell 3 side 38 var det mange av mødrene som ikke rapporterte om symptomer og få som rapporterte om alvorlige symptomer. Derfor valgte vi å dele inn i grupper slik at mødrene som ikke rapporterte om symptomer på angst eller depresjon i det hele tatt havnet i den ene gruppen og mødre med lite til alvorlige rapporterte symptomer havnet i den andre gruppen. Det kan nevnes at det ble foretatt analyser med strengere krav slik at antall individer som havnet i gruppene med moderate til alvorlige symptomer på angst og depresjon og tegn på sosial tilbaketrekning ble lavere. Det viste seg at



vi fikk så å si de samme resultatene som vil presenteres i resultatdelen ved å bruke de kuttepunktene som er gjort rede for over.

Krysstabellanalysene ble gjennomført både for å beskrive stabiliteten i skårene på de lærervurderte variablene og variabelen på Mors psykiske helse, og for å beskrive sammenhengen mellom mors symptomer på angst og depresjon, de lærervurderte variablene og eventuelle kjønnsforskjeller. Det ble i hovedsak benyttet 2x2 krysstabellanalyser.

### ***Regresjonsanalyse***

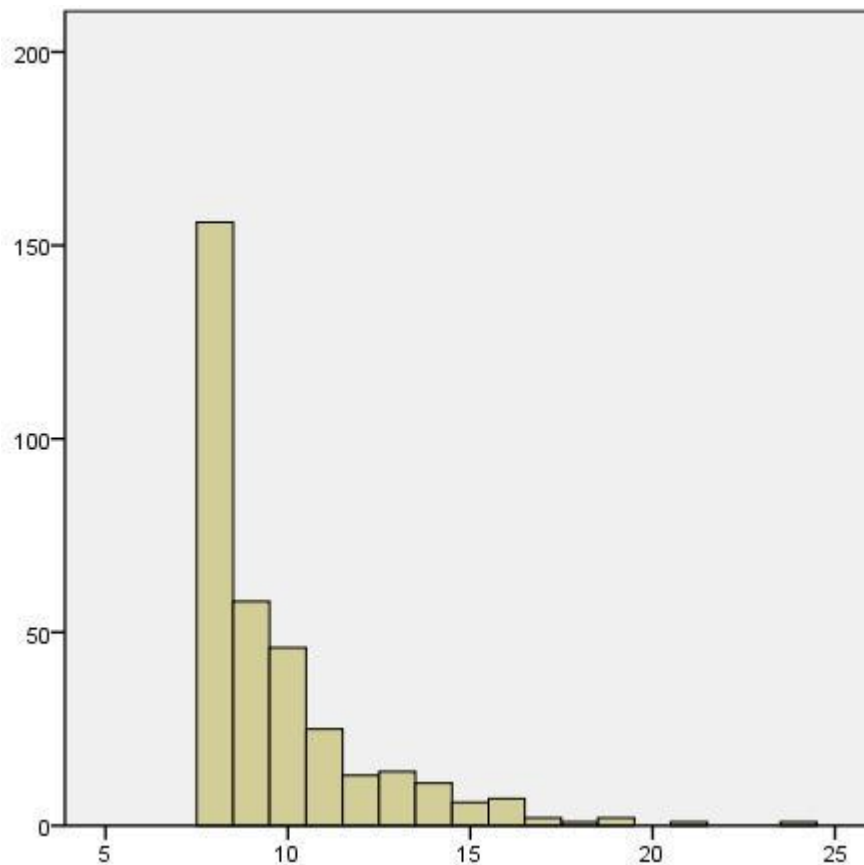
Vi gjennomførte tre standard multiple regresjonsanalyser. Formålet med disse var todelt. For det første ønsket vi å undersøke hvor mye av variansen i kriterievariabelen som kunne forklares av prediksjonsvariablene. Det andre formålet var å finne ut hvor mye av variablenes unike bidrag som bidro til den forklarte variansen. I den første regresjonsanalysen benyttet vi CSPA Total som kriterievariabel og kjønn, alder, Mors psykiske helse ved første måletidspunkt og Mors psykiske helse ved andre måletidspunkt som prediksjonsvariabler. I den andre regresjonsanalysen byttet vi ut kriterievariabelen med CSPA Sjenanse, men beholdt de samme prediksjonsvariablene. I den tredje regresjonsanalysen beholdt vi CSPA Sjenanse som kriterievariabel og brukte alder og mors psykiske helse ved begge måletidspunkter som prediksjonsvariabler kun for jenter. I forkant av regresjonsanalysene gjennomførte vi analyser for å undersøke om hvorvidt det forekom brudd på premissene om multikollinearitet og homogen varians.

### **Preliminære analyser**

Figur 3 (side 38) viser fordelingen av totalskåren til mors selvrapporterte symptomer på angst og depresjon ved andre måletidspunkt. Figuren illustrerer at få rapporterer om symptomer på

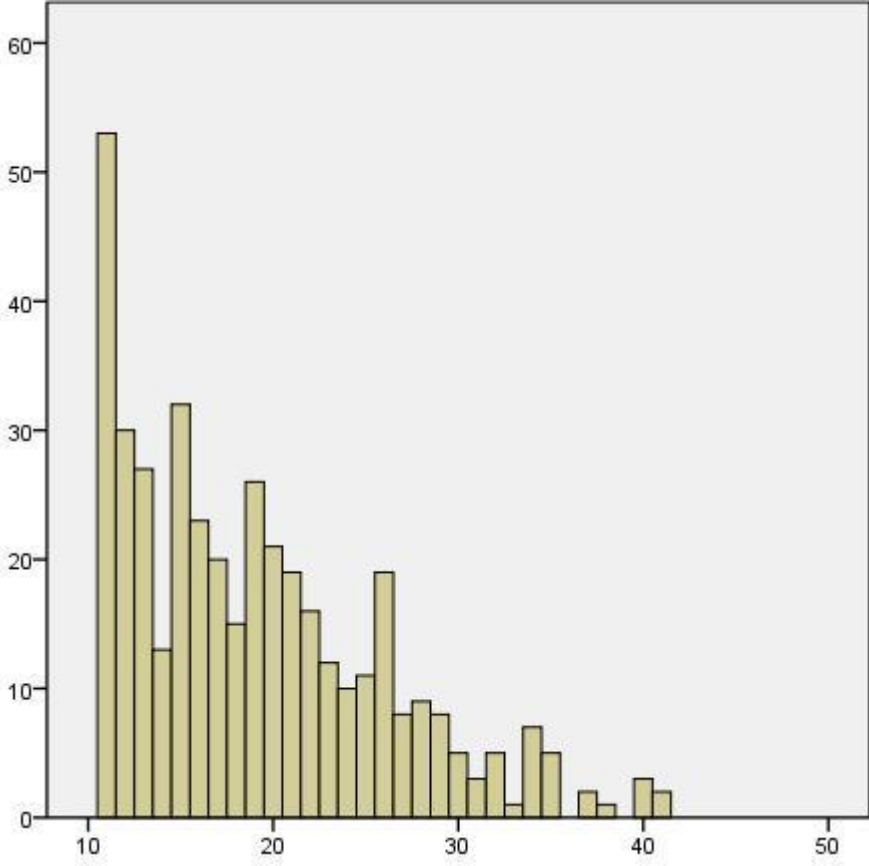
angst og depresjon. Svært få av mødrene rapporterte om alvorlige symptomer. Den samme tendensen fant vi ved første måletidspunkt.

**Figur 3: Fordeling av totalskårer på mors symptomer på angst og depresjon ved andre måling**



Figur 4 (side 39) viser fordelingen av CSPS Total for barnevariabelen ved andre måletidspunkt. Figuren illustrerer at lærerne vurderte at få av barna viste stor grad av sosial tilbaketrekning. Ingen av barna var i nærheten av maksimal skåre. Denne tendensen fant vi også ved første måletidspunkt.

Figur 4: Fordelingen av skårer på CSPA Total



# Resultater

## Stabilitet og barns sosiale tilbaketrekning

For å undersøke graden av stabilitet for de tre lærervurderte variablene CSPA Total, CSPA Sjenanse og CSPA Sosial uinteresse, benyttet vi først Pearsons korrelasjonsanalyse.

**Tabell 5: Bivariate korrelasjonskoeffisienter mellom variablene over tid i studien (n=273)**

Målt ved T1	Målt ved T3			
	1	2	3	4
1 Mors psykiske helse	.554**	.121*	.134*	.048
2 CSPA Total		.306**	.286**	.218**
3 CSPA Sjenanse			.343**	.197**
4 CSPA Sosial uinteresse				.180**

\* korrelasjon er signifikant ( $p < .05$ )

\*\* korrelasjon er signifikant ( $p < .01$ )

Som det fremgår av tabell 5 ser man at når det gjaldt totalskåren for skalaen hos barna fant vi en moderat, signifikant korrelasjon over tid ( $r = .306$ ,  $n = 273$ ,  $p < .01$ ). Delskalaen CSPA Sjenanse viste en tilsvarende moderat og signifikant korrelasjon ( $r = .343$ ,  $n = 273$ ,  $p < .01$ ), mens delskalaen CSPA Sosial uinteresse kun hadde svak stabilitet ( $r = .180$ ,  $n = 273$ ,  $p < .01$ ). Dette betyr altså at vi fant en viss stabilitet i de lærervurderte barnevariablene i den aktuelle toårs perioden. Vi fant også en forskjell i graden av stabilitet for delskalaene.

### ***Stabilitet for CSPS Total på gruppenivå***

Disse resultatene ble bekreftet ytterligere i krysstabellanalyse der barna ble delt inn i grupper basert på hvor høy skåre de hadde på de lærervurderte variablene. For å kunne undersøke dette dikotomiserte vi variabelen. Skalaen for CSPS Total hadde en minimumsverdi på 11 og en maksimumsverdi på 55. Fordi vi ønsket å se på de barna som var mest sosialt tilbaketrukket valgte vi å sette et kuttepunkt på 22, slik at vi fikk skilt mellom barna som hadde høye og lave skårer på denne skalaen.

Tabell 6 viser at av de barna som ble fordelt i gruppen som skåret høyt på skalaen ved første måletidspunkt befant fortsatt 41 % av barna seg i denne gruppen to år senere.  $X^2(df=1, N=339)= 12,0, p=.001, \phi=.195$ . Det var en signifikant forskjell mellom gruppene. Barna som var i gruppen med høye skårer ved første måletidspunkt hadde over 2 ganger større sannsynlighet for å også havne i denne gruppen to år etter, sammenlignet med barna som var i gruppen med lave skårer ved første måletidspunkt. OR= 2,3, CI (1,4-3,8).

**Tabell 6: Krysstabell - stabilitet for barnas CSPS Total på gruppenivå over tid (n=339)**

CSPS Total T1	CSPS Total T3		Total
	Høy	Lav	
Høy	41% (53)	59% (77)	38% (130)
Lav	23% (47)	77% (162)	62% (209)
<b>Total</b>	30% (100)	70% (239)	100% (339)

Høy = Skåre over 22 (av 55)

Lav = Skåre under 22 (av 55)

### ***Stabilitet for CSPS Sjenanse og CSPS Sosial uinteresse på gruppenivå***

Delskalaen for CSPS Sjenanse hadde en minimumsverdi på 7 og en maksimumsverdi på 35. Vi valgte å sette et kuttepunkt på 14, da vi ønsket å skille mellom barna som hadde lave og høye skårer. Tabell 7 side 42 viser at av barna som ble fordelt i gruppen med høye skårer ved første måletidspunkt, befant 48 % av barna seg i den samme gruppen to år senere.

$X^2 = (df=1, N=354) = 21,6, p=.000. \phi=.254$ . Det var en signifikant forskjell mellom gruppene. Barna som var i gruppen med høye skårer ved første måletidspunkt hadde 3 ganger så stor sannsynlighet for å være i den samme gruppen to år senere, sammenlignet med barna i gruppen med lave skårer ved første måletidspunkt.

**Tabell 7: Krysstabell - stabilitet for barnas CSPA Sjenanse på gruppenivå over tid (n=354)**

CSPA Sjenanse T1	CSPA Sjenanse T3		Total
	Høy	Lav	
Høy	48% (64)	52% (69)	38% (133)
Lav	24% (52)	76% (169)	62% (221)
<b>Total</b>	33% (116)	67% (238)	100% (354)

Høy = Skåre over 14 (av 35)

Lav = Skåre under 14 (av 35)

For delskalaen CSPA Sosial uinteresse fant vi ingen signifikante forskjeller mellom barna som ble fordelt i gruppene med høye og lave skårer.

## Kjønnsforskjeller og stabilitet i barnas sosiale tilbaketrekning

**Tabell 8: Bivariate korrelasjonskoeffisienter mellom barnevariablene i studien for hvert kjønn (n=339)**

Målt ved T1	Målt ved T3					
	1	2	3	4	5	6
<b>Jenter</b>						
1 CSPS Total	.302**	.272**	.242**	-	-	-
2 CSPS Sjenanse		.336**	.229**	-	-	-
3 CSPS Sosial uinteresse			158*	-	-	-
<b>Gutter</b>						
4 CSPS Total				.405**	.385**	.265**
5 CSPS Sjenanse					.411**	.231**
6 CSPS Sosial uinteresse						.239**

\* korrelasjon er signifikant ( $p < .05$ )

\*\* korrelasjon er signifikant ( $p < .01$ )

Som det fremgår av tabell 8 viste korrelasjonskoeffisientene en lav til moderat sammenheng over tid for både jentene (N=181) og guttene (N=158) på de tre lærervurderte variablene. Alle korrelasjonskoeffisientene var signifikante på  $p < .01$  bortsett fra på sammenhengen over tid for jentene på variabelen CSPA Sosial uinteresse, som var signifikant ved  $p < .05$ . Resultatene viste at guttene hadde en tendens til å ha sterkere sammenheng på de tre variablene sammenlignet med jentene.

### ***Ingen kjønnsforskjeller i CSPS Total på gruppenivå***

I krysstabellanalysene (tabell 9) fant vi lignende resultater. På skalaen CSPS Total havnet 42 % av jentene i gruppen med høye skårer ved det første måletidspunktet også i denne gruppen to år senere.  $X^2=(df=1, N= 181)= 4,5, p=.032, \phi=.172$ . Det var en signifikant forskjell mellom gruppene. Jentene som havnet i gruppen med høye skårer ved første måletidspunkt hadde over to ganger større sannsynlighet for å havne i den samme gruppen ved andre måletidspunkt sammenlignet med jentene i gruppen med lave skårer. OR= 2,1, CI (1,1-4,0).

Av guttene som havnet i gruppen med høye skårer ved første måletidspunkt var fortsatt 40 % i den samme gruppen to år senere.  $X^2=(1, N=158)=7,1, p=.008, \phi=.227$ . Det var en signifikant forskjell mellom gruppene. De som havnet i gruppen med høye skårer ved første måletidspunkt hadde nesten tre ganger større sannsynlighet for å havne i den samme gruppen to år senere, sammenlignet med guttene i gruppen med lave skårer. OR= 2,7, CI (1,3-5,6).

**Tabell 9: Krysstabell - kjønnsforskjeller i barnas CSPS Total over tid (n= 339)**

CSPS Total T1	CSPS Total T3				Total
	Høy		Lav		
	Jenter	Gutter	Jenter	Gutter	
Høy	42% (27)	40% (26)	58% (38)	60% (39)	38% (130)
Lav	25% (29)	19% (18)	75% (87)	81% (75)	62% (209)
<b>Total</b>	16% (56)	13% (44)	37% (125)	34% (114)	100% (339)

Høy = Skåre over 22 (av 55)

Lav = Skåre under 22 (av 55)

Resultatene fra krysstabellanalysene viste altså at omtrent lik prosentandel av guttene og jentene med høye skårer på CSPS Total var i samme gruppe to år etter første måling.

Resultatene fra både korrelasjonsanalysen og krysstabellanalysen viste den samme tendensen at guttene viste en noe sterkere sammenheng i sin sosiale tilbaketrekning over tid.



### ***Ingen kjønnsforskjeller i CSPA Sjenanse og CSPA Sosial uinteresse på gruppenivå***

På delskalaen CSPA Sjenanse (tabell 10) havnet 50 % av jentene i gruppen med høye skårer ved det første måletidspunktet også i gruppen med høye skårer to år senere.  $X^2 = (df=1, N=188) = 10,4, p=.001, \phi=.248$ . Det var signifikante forskjeller mellom gruppene. Jentene som havnet i gruppen med høye skårer ved første måletidspunkt hadde nesten tre ganger større sannsynlighet for å havne i samme gruppe ved andre måletidspunkt sammenlignet med jentene i gruppen med lave skårer. OR=2,9, CI (1,5-5,5).

Av guttene som havnet i gruppen med høye skårer ved første måletidspunkt var fortsatt 46 % i denne gruppen to år senere.  $X^2 = (1, N=166) = 10,526, p=.001, \phi=.265$ . Det var signifikant forskjell mellom gruppene. Guttene som havnet i gruppen med høye skårer ved første måletidspunkt hadde over tre ganger større sannsynlighet for å havne i den samme gruppen to år senere, sammenlignet med guttene i gruppen med lave skårer. OR=3,1 CI (1,6-6,1)

**Tabell 10: Krysstabell - kjønnsforskjeller på CSPA Sjenanse over tid (n=354)**

CSPA Sjenanse T1	CSPA Sjenanse T3				Total
	Høy		Lav		
	Jenter	Gutter	Jenter	Gutter	
Høy	50% (33)	46% (31)	50% (33)	54% (36)	38% (133)
Lav	25% (31)	21% (21)	75% (91)	79% (78)	62% (221)
<b>Total</b>	18% (64)	15% (52)	35% (124)	32% (114)	100% (354)

Høy = Skåre over 14 (av 35)

Lav = Skåre under 14 (av 35)

Resultatene fra krysstabellanalysene viste altså at omtrent lik prosentandel av guttene og jentene med høye skårer på CSPA Sjenanse var i samme gruppe to år etter første måling. Vi fant ingen signifikante forskjeller mellom gruppene for verken gutter eller jenter på delskalaen CSPA Sosial uinteresse. Om lag en tredjedel av både jentene og guttene som havnet i gruppen med høye skårer ved første måletidspunkt havnet også i denne gruppen to år senere.

## Stabilitet og mors symptomer på angst og depresjon

Som det fremgår av tabell 5 (side 40) viste korrelasjonskoeffisienten en sterk og signifikant sammenheng over tid for mors psykiske helse målt ved første måletidspunkt og til det andre måletidspunktet ( $r=.554$ ,  $n=273$ ,  $p<.01$ ). Altså var mors egenrapporterte svar på de åtte spørsmålene om symptomer på angst og depresjon relativt stabile i den aktuelle to års perioden.

Vi ønsket også her å benytte krystabellanalyse for å undersøke hvor mange av mødrene som oppga at de hadde symptomer på angst og depresjon ved første måletidspunkt også gjorde dette ved andre måletidspunkt. Skalaen hadde en minimumsverdi på 8 og en maksimumsverdi på 32. For å skille mellom de mødrene som skåret høyt på skalaen og de som skåret lavt, satte vi et kuttepunkt på 8. Mødrene som havnet i gruppen med lav skåre rapporterte ingen symptomer på angst og depresjon. De som havnet i gruppen med høy skåre bekreftet at de var ”litt enig”, ”ganske mye plaget” eller ”veldig mye plaget” på hvert av utsagnene i Hopkins Symptom Checklist .

Tabell 11 side 47 viser at av mødrene som skåret litt, moderat eller mye plaget på de åtte leddene ved første måling, befant 74 % ( $n= 142$ ) seg fortsatt i denne gruppen ved andre måletidspunkt to år senere.  $X^2= (df=1, N=336)= 72,9$ ,  $p=.000$ ,  $\phi=.472$ . Det var en signifikant forskjell mellom gruppene. De mødrene som oppga at de hadde symptomer ved første måling hadde nesten 8 ganger større sannsynlighet for også å rapportere om symptomer to år etter sammenlignet med de mødrene som ikke hadde symptom ved første måling.  $OR=7,9$ ,  $CI (4,8-12,9)$ .

**Tabell 11: Krysstabell for å undersøke stabilitet ved mors selvrapporterte symptomer på angst og depresjon over tid (n=336)**

Mors psykiske helse T1	Mors psykiske helse T3		Total
	Høy	Lav	
Høy	74% (142)	26% (50)	57% (192)
Lav	26% (38)	74% (106)	43% (144)
<b>Total</b>	54% (180)	46% (156)	100% (336)

Høy skåre = litt, moderat eller mye plaget

Lav skåre = Ingen symptomer

**Sammenheng mellom mors selvrapporterte symptomer på angst og depresjon og barnas sosiale tilbaketrekning, sosiale uinteresse og sjenanse**

**Tabell 12: Korrelasjonskoeffisienter mellom mors psykiske helse og de lærervurderte barnevariablene ved begge måletidspunkt (n=396)**

Mors psykiske helse	CSPS Total		CSPS Sjenanse		CSPS Sosial uinteresse	
	T1	T3	T1	T3	T1	T3
T1	.050	.108*	.030	.123*	.063	.036
T3	-	.101	-	.122*	-	.023

\* korrelasjon er signifikant( $p < 0.05$ )

***Ingen sammenheng mellom mors psykiske helse ved første måletidspunkt og de tre lærervurderte barnevariablene målt samtidig***

Tabell 12 viser at Mors psykiske helse ved første måletidspunkt ikke viste noen sammenheng med de lærervurderte barnevariablene CSPS Total, CSPS Sjenanse og CSPS Sosial uinteresse.

***Mors psykiske helse ved andre måletidspunkt viser en sammenheng med delskalaen CSPS Sjenanse målt samtidig***

Mors psykiske helse ved andre måletidspunkt viste en signifikant korrelasjon med delskalaen CSPS Sjenanse målt på samme tidspunkt ( $r=.122$ ,  $n=310$ ,  $p<.05$ ). Vi fant ingen signifikant sammenheng mellom mors psykiske helse ved andre måletidspunkt verken for CSPS Total eller CSPS Sosial uinteresse (se tabell 12, side 47).

***Mors psykiske helse ved første måletidspunkt viser en sammenheng med delskalaene CSPS Total og CSPS Sjenanse målt to år senere***

Som tabell 12 side 47 viser, fant vi svake, men signifikante korrelasjonskoeffisienter mellom mors psykiske helse ved første måletidspunkt og CSPS Total ( $r=.108$ ,  $n=396$ ,  $p<.05$ ). Det samme fant vi for delskalaen CSPS Sjenanse ved andre måletidspunkt ( $r=.123$ ,  $n=396$ ,  $p<.05$ ). Mors psykiske helse målt ved første måletidspunkt ser altså ut til å ha en sammenheng med barns sosiale tilbaketrekning og spesielt sjenanse over tid.

I krysstabellanalysene våre fant vi at mors selvrapporterte symptomer på angst og depresjon ved første måletidspunkt ikke påvirket om barna havnet i gruppen med høye eller lave skårer ved andre måletidspunkt, verken for CSPS Total eller delskalaen CSPS Sjenanse. Tilsvarende resultat fant vi for mors psykiske helse ved andre måletidspunkt og om barna havnet i gruppen med høye eller lave skårer på delskalaen CSPS Sjenanse målt samtidig.

Disse resultatene samsvarte ikke med det vi fant i korrelasjonsanalysen (se tabell 12, side 47). En forklaring på de motstridende resultatene kan være at kategoriske variabler som brukes i bivariate krysstabellanalyse generelt fanger opp mindre variasjon enn de kontinuerlige variablene som ble brukt i korrelasjonsanalysen.

## **Kjønnsforskjeller og sammenhengen mellom mors psykiske helse og barnas sosiale tilbaketrekning**

### ***Ingen kjønnsforskjeller for CSPA Total***

Da vi undersøkte den samtidige sammenhengen mellom mors psykiske helse ved første måletidspunkt og de tre lærervurderte barnevariablene for hvert kjønn, fant vi ingen signifikante sammenhenger. Tilsvarende resultat fant vi for den samtidige sammenhengen mellom mors psykiske helse og de lærervurderte barnevariablene for gutter og jenter ved andre måletidspunkt. Krysstabellanalyse med dikotomiserte variabler støttet resultatene fra korrelasjonsanalysen. Mors samtidige psykiske helse hadde ingen betydning for om barna havnet i gruppen med høye skårer eller gruppen med lave skårer, verken ved første måletidspunkt eller andre måletidspunkt.

### ***Kjønnsforskjeller for CSPA Sjenanse***

Mors psykiske helse ved første måletidspunkt viste derimot en svak, men signifikant sammenheng med delskalaen CSPA Sjenanse ved andre måletidspunkt ( $r=.145$ ,  $n=210$ ,  $p<.05$ ). Denne sammenhengen fant vi kun hos jenter. Resultatene tyder altså på at mors psykiske helse over tid har sammenheng med jentenes sjenanse, men ikke guttenes.

Vi gikk videre med en standard multippel regresjonsanalyse for å undersøke i hvilken grad mors psykiske helse ved de ulike måletidspunktene kunne forklare variansen i jentenes skårer på delskalaen CSPA Sjenanse. Resultatene i tabell 13 side 50, viste at modellen kunne forklare 5,5% ( $R^2 = .055$ ) av variansen i CSPA Sjenanse hos jenter. Modellen var signifikant ( $p<.05$ ). Resultatet viste at det var mors psykiske helse målt ved første tidspunkt som hadde mest betydning for CSPA Sjenanse hos jenter og dette støttet opp funnet fra korrelasjonsanalysen.

**Tabell 13: Resultater fra standard multippel regresjonsanalyse for jenters CSPA Sjenanse (n=156)**

	B	SE	Beta
Barnets alder	.314	.325	.076
Mors psykiske helse T1	.445	.205	.205*
Mors psykiske helse T3	.053	.199	.025

R<sup>2</sup> = .055

\*korrelasjon er signifikant ( $p < .05$ )

## Diskusjon

Et av formålene med denne studien var å undersøke om barns tilbaketrekning i sosiale situasjoner var et stabilt fenomen over en to års periode. I tillegg ville vi undersøke om det var forskjeller i grad av stabilitet på variablene som målte sjenanse og sosial uinteresse, og om det fantes kjønnsforskjeller i grad av stabilitet.

Resultatene viste at målet på barnas tilbaketrekning i sosiale situasjoner var relativt stabilt over to år. Delskalaen CSPS Sjenanse viste moderat sammenheng over tid, men delskalaen CSPS Sosial uinteresse viste svak sammenheng over tid. Guttene viste en tendens til å ha en sterkere sammenheng over tid for skalaen som helhet og for begge delskalaene, sammenlignet med jentene. Likevel er det viktig å poengtere at forskjellene mellom kjønnene var relativt små.

Et annet formål med denne studien var å undersøke om det fantes en sammenheng mellom mors selvrapporterte symptom på angst og depresjon og de lærervurderte barnevariablene CSPS Total, CSPS Sjenanse og CSPS Sosial uinteresse. For å kunne svare på dette undersøkte vi først sammenhengen over tid for mors symptomer på angst og depresjon i den aktuelle toårs perioden. Deretter undersøkte vi den samtidige sammenhengen mellom mors symptomer på angst og depresjon og de lærervurderte barnevariablene både ved første og andre måletidspunkt. Vi undersøkte også om mors symptomer på angst og depresjon ved første måletidspunkt kunne ha en sammenheng med de lærervurderte barnevariablene målt to år senere. Tilslutt undersøkte vi om det fantes kjønnsforskjeller.

Resultatene viste at mors selvrapporterte symptomer på angst og depresjon viste en sterk sammenheng over to år. Resultatene viste også blant annet at mors psykiske helse ved første måletidspunkt ikke hadde noen sammenheng med de lærervurderte barnevariablene målt samtidig. Mors psykiske helse ved andre måletidspunkt viste derimot en sammenheng med delskalaen CSPS Sjenanse målt samtidig. I et longitudinelt perspektiv fant vi at mors psykiske

helse ved første måletidspunkt hadde en sammenheng med CSPA Total og delskalaen CSPA Sjenanse ved andre måletidspunkt. Sammenhengen over tid mellom mors psykiske helse og barnas sjenanse gjaldt bare for jentene. Mors psykiske helse ved første måletidspunkt kunne forklare 5,5 % av variansen i jentenes sjenanse.

## **Stabilitet**

### ***Barna viste lav til moderat stabilitet over tid i deres sosial tilbaketrukne atferd, og små forskjeller i grad av sammenheng over tid for delskalaene***

Når det gjaldt skalaen som helhet også kalt CSPA Total, fant vi en moderat sammenheng over tid fra det første måletidspunktet og til det andre. Tilsvarende sammenheng fant vi for delskalaen CSPA Sjenanse. For delskalaen CSPA Sosial uinteresse fant vi en svak sammenheng over tid. På grunn av få studier som har undersøkt graden av stabilitet for de ulike typer sosial tilbaketrekning i en normalpopulasjon, er det vanskelig å si noe sikkert om hvor representative våre resultater er. Forskere har teoretisert om at det finnes et biologisk grunnlag for sosial tilbaketrekning hos barn og at det må forstås i sammenheng med temperament og personlighetstrekk. Temperament kan forstås som individuelle forskjeller i atferdstrekk som opptrer tidlig i livet og som er konsistente over tid og situasjoner (Spinrad et al., 2004). Gitt at sosial tilbaketrekning har et biologisk fundament og kan knyttes til temperament, er det også rimelig å forvente en viss grad av stabilitet i denne typen atferd over tid.

Når det gjelder de ulike formene for sosial tilbaketrekning, har man funnet en moderat stabilitet over tid fra tidlig barndom og til tidlig voksen alder for sjenanse. Dette gjelder spesielt for barn i ekstremgrupper (Asendorpf, 1989; Forham & Stevenson-Hinde, 1999). Det er gjort få studier som har undersøkt grad av stabilitet for barn som karakteriseres som sosialt uinteresserte. Det finnes noen studier som har undersøkt stabilitet for lignende begrep, og her har man funnet moderate sammenhenger over tid (Buss & Plomin, 1984, Kagan, 1998).



### ***Guttene viste en tendens til sterkere sammenheng over tid i sosial tilbaketrukket atferd sammenlignet med jentene***

Resultatene viste små, men likevel interessante funn i forhold til forskjeller mellom kjønnene i grad av sammenheng over tid for skalaen som helhet og for delskalaene CSPA Sjenanse og CSPA Sosial uinteresse. Hva denne forskjellen mellom kjønnene kommer av er vanskelig å svare på. En forklaring kan være at samfunnets og spesielt foreldres og læreres forventninger til hvert kjønn i forhold til atferd er forskjellig for gutter og jenter. Forskjeller i forventninger kan resultere i at gutter og jenter blir behandlet på ulike vis. En overbeskyttende foreldrestil har blitt assosiert med sosialt tilbaketrukket atferd (Rubin et al., 2009) og i en forlengelse av dette kan man spekulere i om mødre som er overbeskyttende i større grad vil være mer beskyttende ovenfor en gutt som er sosialt tilbaketrukket enn en jente, fordi det er mindre akseptabelt for en gutt å være sosialt tilbaketrukket. Dermed kan denne atferden forsterkes ytterligere hos guttene. En alternativ forklaring kan være at atferden til gutter som regel er mer voldsom og utagerende sammenlignet med jenter som ofte er mer beskjedne og forsiktige. En gutt som viser sosial tilbaketrekning er mer uvanlig og lærerne som vurderte barna kan ha lagt merke til denne atferd i større grad hos guttene enn hos jentene.

I krysstabellanalysen (tabell 10, side 45) fant vi at en større prosentandel av jentene som hadde lave skårer på hele skalaen og delskalaen CSPA Sjenanse ved første måletidspunkt havnet i gruppen med høye skårer ved andre måletidspunkt tidspunkt, enn guttene. Vi tenker at dette også kan bidra til å forklare hvorfor finner en tendens til en sterkere sammenheng over tid hos guttene.

### ***Mors psykiske helse var stabil over tid***

Resultatene viste en sterk sammenheng mellom mors selvrapporterte symptomer på angst og depresjon fra det første måletidspunktet og til det andre. Dette resultatet var ikke overraskende og stemmer godt med forskningen som finnes om kvinners psykiske helse. Depressive episoder har vist seg ofte å være gjentakende. En person som har hatt én depressiv episode har økt sannsynlighet for å oppleve en ny episode (Kessing & Andersen, 1999; Suija et al., 2011). Kvinner viser systematisk flere angst- og depresjonslignende plager sammenlignet med menn (Kringlen et al., 2001).

De preliminnære analysene våre indikerte at det var et relativt lite antall av mødrene i vårt utvalg som viste alvorlige symptomer på angst og depresjon. Vi valgte derfor å dele mødrene i grupper basert på om de rapporterte om symptomer på angst og depresjon eller om de ikke rapporterte om symptomer i det hele tatt, og bruke disse gruppene i krysstabellanalysen. Ved begge måletidspunktene havnet godt over halvparten av mødrene i gruppen med symptomer. Dette tallet kan virke noe høyt. For det første anvendte vi åtte spørsmål hentet fra Hopkins Symptom Checklist (Derogatis, 1974) som mål på mødrenes psykiske helse. Denne skalaen målte symptomer og plager som først og fremst er vanlige ved depresjon og angstlidelser, og anvendes ikke i klinisk praksis for å komme frem til en diagnose. For det andre var vi svært liberale i forhold hvor høy skåre man måtte ha for å være med i gruppen med symptomer. Vi valgte å inkludere alle mødrene som rapporterte om lave, moderate eller alvorlige symptomer. Vi ønsket med dette å undersøke om også lav eller moderat grad av symptomer på angst og depresjon hos mor hadde sammenheng med barnas sosial tilbaketrekning. Mødrene som havnet i gruppen med symptomer ved første måletidspunkt, viste en relativt høy grad av stabilitet i rapportering av symptomer over tid, da nesten tre fjerdedeler også befant seg i gruppen med symptomer to år senere. Resultatene våre indikerte altså at det var vanlig å oppleve ett eller flere symptomer på angst og depresjon, men at det ikke nødvendigvis var av alvorlig karakter.

### **Sammenhengen mellom mors symptomer på angst og depresjon og barnas sosiale tilbaketrekning**

#### ***Mors psykiske helse ved første måletidspunkt hadde ingen sammenheng med barnas sosiale tilbaketrekning målt samtidig***

Resultatene viste at det ikke fantes noen sammenheng mellom mors psykiske helse ved første måletidspunkt og barnas Sosiale tilbaketrekning. Det samme fant vi for CSPA Sjenanse og CSPA Sosial uinteresse.

Det kan være flere grunner til dette. For det første har noen spekulert i at det først er når barna blir eldre, i slutten av barneårene til begynnelsen av ungdomsårene, at man kan observere sammenhenger mellom mors psykiske helse og sosial tilbaketrekning (Kochanska & Radke-Yarrow, 1992). Senere internaliserende problemer kan se ut til å kunne predikeres av mors

psykiske helse når barna er mindre (Leve, Kim & Pears, 2005). Ved første måletidspunkt var det dessuten få av mødrene som viste alvorlige symptomer på angst og depresjon og det kan tenkes at det først er når mødrenes symptomer er på et visst nivå at det vil få betydning for barnas sosiale tilbaketrekning. De fleste barna gikk fortsatt i barnehagen ved dette måletidspunktet og gjennomsnittsalderen var litt over fire år. Sosial tilbaketrekning viser seg spesielt i situasjoner med høye krav fra omgivelsene og ettersom de fleste av barna enda gikk i barnehagen kan vi tenke oss at det ikke uttrykkes eller vises for omgivelsene før barna blir litt eldre. Ettersom vi baserte oss på lærernes vurderinger av barnas atferd vil målene våre være avhengige av at atferden vises for omgivelsene og dette kan være en mulig forklaring på hvorfor vi ikke finner en sammenheng ved dette tidspunktet. En alternativ forklaring kan også være at de voksne er mer deltagende i barnas lek og sosiale samspill i barnehagen enn de er på skolen. Tegn på sjenanse eller sosial tilbaketrekning har blitt assosiert med avvisning fra jevnaldrende i barnehagen, men det har blitt rapportert motstridende funn (Pedersen et al., 2007; Hart et al., 2000; Gazelle & Ladd, 2003). Forskerne er derimot enige om at sosial tilbaketrekning kan føre til avvisning fra jevnaldrende på skolen og i noen tilfeller til mobbing. Vi tenker oss derfor at det er enklere å oppdage sosial tilbaketrekning på skolen. Dermed kan en mulig forklaring være at tegn på sosial tilbaketrekning vil vise seg mer på skolen på grunn av økte krav til deltagelse, selvstendighet og mulig avvisning fra jevnaldrende.

### ***Mors psykiske helse ved andre måletidspunkt viser en svak sammenheng med barns sjenanse målt samtidig***

Når det gjelder mors symptomer på angst og depresjon ved andre måletidspunkt fant vi en svak sammenheng med barnas sjenanse målt ved samme tidspunkt. Som poengtert tidligere fant vi ingen sammenhenger med barnevariablene målt ved første måletidspunkt da barna var omtrent fire år. At vi finner en svak sammenheng ved andre måletidspunkt kan tenkes å være et resultat av at barna har blitt eldre. De fleste barna var i skolealder, og andre studier (Rimm-Kaufman, 2002; Coplan & Arbeau, 2008) antyder at kravene til barna blir større når de begynner på skolen. Det kreves mer i forhold til verbal deltagelse på skolen enn i barnehagen og kravene øker i forhold interaksjon med jevnaldrende. Jevnaldrelasjoner får større betydning, det sosiale presset øker og sosialt tilbaketrukne barn har økt risiko i forhold til mobbing, noe som gjør at det vil bli enklere å skille ut de barna som er sjenerte også fordi det

er økt fokus på denne problematikken på skolen. Atferden vil dermed lettere kunne observeres av andre. Lærere har en tendens til å oppfatte sjenanse som et problem og har vist god evne til å vurdere denne atferden (Harrist et al., 1997). Det er derfor økt grunn til å tro at lærere vil legge merke til denne atferden i større grad på skolen enn i barnehagen.

Vi fant ingen kjønnsforskjeller i forhold til mors psykiske helse og barnas sjenanse ved andre måletidspunkt. Vi har ingen grunn til å tro på at mors symptomer på angst og depresjon påvirker gutter og jenter i ulik grad ved dette tidspunktet.

### ***Mors psykiske helse over tid har sammenheng med jentenes sjenanse***

Våre resultater viste en sammenheng mellom mors selvrapporterte symptomer på angst og depresjon ved første måletidspunkt og barnas sosiale tilbaketrekning ved andre måletidspunkt. Etter å ha undersøkt for potensielle kjønnsforskjeller på både hele skalaen og på delskalaene fant vi at det i hovedsak var en sammenheng mellom mors psykiske helse og jentenes sjenanse to år etter. Til sammen kunne mors psykiske helse ved begge måletidspunktene forklare 5,5 % av variansen i jentenes skåre på CSPA Sjenanse. Vi fant ingen sammenheng mellom mors psykiske helse ved første måletidspunkt og CSPA Sjenanse for gutter to år senere, og ingen sammenheng med CSPA Sosial uinteresse for noen av kjønnene.

Ettersom vi ikke fant noen sammenhenger mellom mors samtidige psykiske helse og barnevariablene ved første måletidspunkt er det et interessant funn at vi fant en sammenheng over tid med jentenes sjenanse. Resultatene kan tyde på at mors psykiske helse når jentene er små kan få betydning for deres sosiale atferd senere i livet. Det er vanskelig å si med sikkerhet om det er de affektive og kognitive komponentene ved mors psykiske helse som påvirker barnets sosiale tilbaketrekning direkte eller om denne påvirkningen skjer via mors atferd. Tilknytningen mellom mor og barn er en viktig relasjon og grunnlaget for tilknytningen blir lagt tidlig i barnets liv. Forskning har vist at karakteristikk ved deprimerte mødre kan føre til en mer usikker tilknytning og denne er en av risikofaktorene i utviklingen av sosial tilbaketrekning (Shamir-Essakow et al., 2005) For eksempel har man funnet at høy sensitivitet til barnet er en viktig faktor for utviklingen av en sikker tilknytning og at deprimerte mødre i mindre grad viser denne sensitiviteten i forhold til friske mødre (Lyons-

Ruth et al., 2002; Paulson et al., 2006). I denne studien hadde vi ikke mål på tilknytning eller mors sensitivitet og vi kan bare spekulere i om det er usikker tilknytning og ikke mors psykiske helse som kan ha den største sammenhengen med sjenanse tidlig hos jenter. Det er interessant at vi ikke finner denne sammenhengen hos gutter. Det er mulig å tenke at gutter og jenter påvirkes av mors psykiske helse i ulik grad over tid. Det kan være sånn at jenter blir mer påvirket enn gutter når de er yngre og det kan tenkes at jenter er mer sensitive ovenfor mors psykiske plager og blir mer påvirket. Man kan også spekulere i om jenters og gutters sjenanse påvirker mødre på ulike måter i forhold til oppdragelse, hvilke forventninger mor har til hvert av kjønnene og i hvilken grad sjenanse blir akseptert hos gutter og jenter.

Vi fant også en samtidig sammenheng mellom mors symptomer på angst og depresjon og delskalaen CSPS Sjenanse ved andre måletidspunkt. I og med at vi også fant en svak sammenheng mellom mors psykiske helse ved første måletidspunkt og jentenes sjenanse to år senere kan vi spekulere i om det er mors psykiske symptomer over tid eller eventuelt gjentagende episoder som har betydning for jentenes sjenanse. Etersom de fleste symptomer på depresjon er tilbakevendende, tenker vi oss at sammenhengen ved det siste måletidspunktet også kan vise en tendens til at mors symptomer på angst og depresjon får økt betydning over tid. Dermed kan vi spekulere i om sjenerte jenter både påvirkes av mors psykiske helse over tid og av mors samtidige symptomer på angst og depresjon. Hos guttene derimot ser det ut til å være en tendens til at det bare er mors samtidige symptomer på angst og depresjon som har betydning for deres sjenanse. Vi kan spekulere i om dette kan være en sammenheng som også vil øke med tiden. Forskning kan tyde på det og for eksempel fant Leve og kollegaer (2005) at mors psykiske helse og barnas sjenanse ved femårs alder kunne predikere internaliserende problemer fra fem til sytten år, spesielt for jenter. Det vi har sett i våre resultater er en svak, men interessant tendens på dette. Dette er sett i et normalutvalg, men kanskje er det slik at karakteristikk som ligger til grunn for symptomer på angst og depresjon gjør utslag i forhold til barnas sjenanse likevel.

Nevrotisisme er et karaktertrekk som kan være felles for både symptomer på angst og depresjon og som kan føre til at mødre er overbeskyttende ovenfor barna sine. Dette er en risikofaktor i forhold til utviklingen av sosial tilbaketrekning og sjenanse (Rubin et al., 2009).

Ved å begrense situasjoner for barna kan det føre til at de ikke utvikler nødvendige mestringsstrategier og problemløsningsstrategier i sine interpersonlige relasjoner og trekker seg unna sosialt. Ettersom nevrotiske mødre har større sannsynlighet for å oppleve og uttrykke ubehag og negativ affekt i samspill med barnet, kan barn som opplever repetert eksponering for dette føle seg utrygge og modellere mødrenes atferd i deres egne sosiale interaksjoner. I tillegg kan mødre med mye angst unngå sosiale situasjoner som de opplever som stressende. Dette betyr at deres barn ikke vil få muligheten til å oppleve og å mestre for eksempel gruppeaktiviteter. (Hastings et al., 2010). Altså kan atferd forbundet med nevrotisisme kanskje forklare noe av sammenhengen mellom mors symptomer på angst og depresjon og barnas sosiale tilbaketrekning og sjenanse. Forskning har vist at det kan være et biologisk grunnlag for temperament (Kagan, 1999) og vi kan derfor spekulere i om at mor og barn kanskje kan ha en felles genetisk sårbarhet i forhold til sosial tilbaketrekning. Vi kan også tenke oss at denne sårbarheten kan forsterkes ytterligere ved gjensidig påvirkning mellom mor og barn.

Selv om vi har spekulert i hvilken grad mors symptomer på angst og depresjon kan påvirke barns utvikling av sjenanse og sosial tilbaketrekning er det viktig å huske på at den sammenhengen vi fant var svak. Vi kan derfor spekulere i om at dersom mødre hadde rapportert om større symptombelastning eller dersom barna hadde hatt høyere skårer på lærernes vurdering av sosial tilbaketrekning, kunne vi ha funnet en sterkere sammenheng mellom variablene. Det kan også være andre faktorer som kan påvirke utviklingen av sosial tilbaketrekning hos barn. Disse variablene har ikke vi hatt mulighet til å kontrollere for i denne studien. Andre omsorgspersoner og spesielt far har også en betydning for barna og vi tenker oss at rollen til andre omsorgspersoner kan moderere forholdet mellom mors psykiske helse og barns sosiale tilbaketrekning. De kan fungere som buffere i forhold til en mor med symptomer på angst og depresjon og minske påvirkningskraften symptomene får ovenfor barnas utvikling av sjenanse. Familiemiljøet, konfliktnivå, sosioøkonomisk status og livshendelser er faktorer som potensielt kan ha en betydning.

## **Hva med sosial uinteresse?**

Vi fant ingen sammenhenger mellom mors symptomer på angst og depresjon og delskalaen CSPS Sosial uinteresse. Dette kan bety enten at det ikke var en sammenheng med denne variabelen, eller at lærerne ikke har skilt mellom sjenanse og sosial uinteresse. Etersom vi fant en sammenheng mellom mors psykiske helse og CSPS sjenanse og ikke CSPS sosial uinteresse kan det gi grunnlag for å skille disse to gruppene og det kan bety at risikofaktorer kan påvirke de to delskalaene i ulik grad.

## **Metodiske styrker og begrensninger ved studien**

### ***Styrker***

En av styrkene ved denne undersøkelsen er at vi har benyttet longitudinelle data. Vi har fulgt den samme gruppen av individer over to år og sammenlignet de på de samme variablene ved begge måletidspunktene. Dette har gjort det mulig både å undersøke fenomenenes stabilitet, men også sammenhengen mellom variablene over tid. En annen styrke ved undersøkelsen er at vi har benyttet oss av flere datakilder. Vi brukte selvrapporterte data på mors psykiske helse og lærernes vurderinger av barnas sosiale tilbaketrekning. Det er en styrke å ha brukt et slikt multiinformant design fordi det kan hende at dersom vi hadde brukt mors vurderinger av barnas sosial tilbaketrekning, kunne deres psykiske helse potensielt ha påvirket vurderingene. En annen styrke ved å bruke lærernes vurderinger, er at flere av barna gikk fra å gå i barnehage til å begynne på skolen i løpet av datainnsamlingsperioden. Dermed er sannsynligheten stor for at for mange av barna er det ikke er den samme læreren som har vurdert deres sosiale tilbaketrekning ved begge måletidspunkt. Vi tenker oss også at lærere har større mulighet til å observere barn i samspill med jevnaldrende og dette vil styrke påliteligheten av resultatene ytterligere. Vi valgte å være strenge med hensyn til hvilke informanter som fikk delta i våre undersøkelser. Vi benyttet kun informanter der dataene var fullstendige for samtlige av variablene ved begge måletidspunktene. Til sammen er dette forhold som styrker studiens design og som bidrar til mer pålitelige resultater.

Måleinstrumentene som ble benyttet i studien er i hovedsak internasjonalt anerkjente instrumenter med god validitet og reliabilitet. Det store utvalget og det at barnehager av alle typer og størrelser ble inkludert i datainnsamlingen er med på å øke resultatenes generaliserbarhet. Det er også et poeng å fremheve at vårt utvalg var hentet ut fra en normalpopulasjon. Det har gjort at det er mulig å avdekke tidlige tegn som kan relateres til senere mistilpasning og potensielle risikofaktorer.

Det finnes begrenset med studier som har undersøkt ulike former for sosial tilbaketrekning som sjenanse og spesielt sosial uinteresse over tid. Dermed er det en faglig styrke ved denne studien at vi gjør nettopp dette.

Til tross for mange styrker ved denne studien er det også noen begrensninger som bør tas med i betraktning ved tolkningen av resultatene.

### ***Begrensninger***

En av begrensningene ved denne undersøkelsen er det store frafallet av informanter som skjer mellom det ene måletidspunktet og til det andre. Dette er en av begrensningene ved et longitudinelt design. Ulempen er at man ikke kan være sikker på at de informantene som faller fra kunne hatt betydning for resultatene. For eksempel kan det være slik at mødrene til barna som ikke deltok ved andre måling hadde høyere grad av symptomer på angst og depresjon enn de som deltok. Dessuten valgte vi å inkludere kun de informantene som hadde fullstendige data på alle variablene ved begge måletidspunktene. Dette bidro til å redusere utvalgets størrelse ytterligere.

Samtidig som det er en styrke å benytte seg av et utvalg fra en normalpopulasjon, kan det også være en begrensning. Grunnfrekvensen for både angst og depresjon blant mødre og sosial tilbaketrekning hos barna på et klinisk nivå var lav. Det vil si at relativt få hadde alvorlige symptomer blant mødrene og at få av barna ble vurdert som sosialt tilbaketrukkne i stor grad. Det kan hende at sammenhengen mellom variablene ikke vil vises i større grad før fenomenene har kommet opp på et visst nivå.



En annen begrensning ved vår undersøkelse var at det var liten variasjon i etnisk bakgrunn hos barna og deres familier. Dessuten ble datainnsamlingen gjort utelukkende i barnehager og skoler på Hadeland. Disse forholdene begrenser resultatenes generaliserbarhet og det er usikkert hvor representative de er for familier med ulik etnisk tilhørighet i en storby.

## **Veien videre**

På bakgrunn av denne studien og tidligere forskning er det et klart behov for flere longitudinelle studier som undersøker sammenhengen mellom mors psykiske helse og barns sosiale tilbaketrekning. Det hadde vært interessant med flere studier både på klinisk deprimerte og angstfulte mødre i forhold til normalbefolkningen, og sammenhengen med barns sosiale tilbaketrekning for å forstå mer om hvilke risikofaktorer ved omsorgspersoner som kan påvirke barna. Sjenanse er en risikofaktor for senere internaliserende problemer og selv om det har blitt gjort flere studier i forhold til faktorer ved omsorgspersoner som kan påvirke denne atferden er det fortsatt noe uklart hvilke mekanismer som ligger bak. Det er også få studier som har blitt gjort på sosial uinteresse. I vår studie fant vi ingen sammenhenger med denne delskalaen, men det at vi fant en forskjell i sammenhengen mellom sosial uinteresse og sjenanse i forhold til mors psykiske helse, kan indikere at det er en reell forskjell mellom barn i disse to gruppene. Det er derfor et behov for å finne ut mer om sosial uinteresse og hvilke faktorer og mekanismer som ligger bak.

## **Konklusjon**

Etter en grundig analyse av sammenhengen mellom mors symptomer på angst og depresjon og barnas tilbaketrekning i sosiale situasjoner med jevnaldrende, indikerte resultatene at begge fenomen er relativt stabile over tid og vi fant en sammenheng mellom mors psykiske helse og de lærervurderte variablene. Mors symptomer på angst og depresjon ved første måletidspunkt hadde sammenheng med barnas sosiale tilbaketrekning og jentenes sjenanse to år etter. I tillegg hadde mors symptomer på angst og depresjon sammenheng med barnas sjenanse målt samtidig ved andre måletidspunkt. Studien viste at jentene kan se ut til å bli

påvirket både av mors samtidige symptomer på angst og depresjon og mors symptomer over tid. Guttene kan derimot se ut til å bli mest påvirket av mors samtidige symptomer på angst og depresjon. Mors symptomer på angst og depresjon så ikke ut til å ha noen sammenheng med sosial uinteresse og dette kan tyde på at det er grunnlag for å skille mellom de ulike formene for sosial tilbaketrekning når man undersøker for potensielle risikofaktorer.

# Referanseliste

- Arbeau, K.A. & Coplan, R.J. (2007). Kindergarten Teacher's Beliefs and Responses to Hypothetical Prosocial, Asocial, and Antisocial Children. *Merrill - Palmer Quarterly*; 53(2), 291-318.
- Asendorpf, J.B. (1989) Shyness as a final common pathway for two different kinds of inhibition. *Journal of personality and social psychology*, 57(3), 481-492.
- Asendorpf, J. B. (1990). Beyond Social Withdrawal - Shyness, Unsociability, and Peer Avoidance. *Human Development*, 33(4-5), 250-259.
- Asendorpf, J. B. (1991). Development of inhibited children's coping with unfamiliarity. *Child Development*, 62, 1460-74.
- Asendorpf, J. B. (1993). Abnormal shyness in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 34(7),1069-1081.
- Asendorpf, J. B., & Meier, G. H. (1993). Personality Effects on Childrens Speech in Everyday Life - Sociability-Mediated Exposure and Shyness-Mediated Reactivity to Social Situations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(6), 1072-1083.
- Belsher, G. & Costello, C.G. (1988). Relapse After Recovery From Unipolar Depression: A Critical Review. *Psychological Bulletin*, 104(1), 84-96.
- Bohlin, G., Hagekull, B. & Andersson, K. (2005). Behavioral Inhibition as a Precursor of Peer Social Competence in Early School Age: The Interplay with Attachment and Nonparental Care. *Merrill-Palmer Quarterly*, 51(1), 1-19.
- Boivin, M., Hymel, S., & Bukowski, W. M. (1995). The roles of social withdrawal, peer rejection, and victimization by peers in predicting loneliness and depressed mood in childhood. *Development and Psychopathology*, 7(4), 765-785.
- Bruch, M.A., Rivet, K.M., Heimberg, R.G., Hunt, A. & McIntosh, B. (1999). Charting the Relationship Trajectories of Aggressive, Withdrawn, and Aggressive/ Withdrawn Children during Early Grade School. *Journal of Personality*, 67(2), 373-406.
- Buss, A.H., & Plomin, R. (1984) *Temperament: Early developing personality traits*. Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Buss, A.H. (1986). A theory of shyness. In W.H. Jones, J.M.Cheek, & S.R. Briggs (eds.) *Shyness: Perspectives on research and treatment* (pp.39-46). New York: Plenum Press
- Caspi, A., Harrington, H., Milne, B., Amell, J.W., Theodore, R.F. & Moffitt, T. E. (2003). Children's behavioral styles at age 3 are linked to their adult personality traits at age 26. *Journal of Personality*, 71, 495-513.

- Clark, L.A., Kochanska, G. & Ready, R. (2000). Mothers' Personality and Its Interaction With Child Temperament as Predictors of Parenting Behavior. *Journal of personality and Social Psychology*, 79(2), 274-285.
- Coplan, R. J., Rubin, K. H., Fox, N. A., Calkins, S. D., & Stewart, S. L. (1994). Being alone, playing alone, and acting alone: distinguishing among reticence and passive and active solitude in young children. *Child Development*, 65(1), 129-137.
- Coplan, R. J. (2000) Assessing nonsocial play in early childhood: Conceptual and methodological approaches. In K. Gitlin-Weiner, A. Sandgrund, & Schaefer (Eds.), *Play diagnosis and assessment* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 563-598). New York: Wiley
- Coplan, R.J. & Prakash, K. (2003). Spending time with teacher: characteristics of preschoolers who frequently elicit versus initiate interactions with teachers. *Early Childhood Research Quarterly*, 18, 143–158
- Coplan, R. J., Prakash, K., O'Neil, K., & Armer, M. (2004). Do you "want" to play? Distinguishing between conflicted shyness and social disinterest in early childhood. *Developmental Psychology*, 40(2), 244-258.
- Coplan, R.J. & Armer, M. (2005) Talking Yourself Out of Being Shy: Shyness, Expressive Vocabulary, and Socioemotional Adjustment in Preschool. *Merrill-Palmer Quarterly*, 51(1) , 20-41
- Coplan, R.J. & Armer, M. (2007). A "Multitude" of Solitude: A Closer Look at Social Withdrawal and Nonsocial Play in Early Childhood. *Society for Research in Child Development*, 1(1), 26-32.
- Coplan, R. J., Girardi, A., Findlay, L. C., & Frohlick, S. L. (2007). Understanding solitude: Young children's attitudes and responses toward hypothetical socially withdrawn peers. *Social Development*, 16 (3), 390-409.
- Coplan, R.J. & Arbeau, K.A. (2008). The Stresses of a "Brave New World": Shyness and School Adjustment in Kindergarden. *Journal of Research in Childhood Education*, 22(4), 377-389.
- Coplan, R.J., Arbeau, K.A. & Armer, A. (2008). Don't Fret, Be Supportive! Maternal Characteristics Linking Child Shyness to Psychosocial and School Adjustment in Kindergarten. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(3), 359-371.
- Coplan, R.J., Reichel, M. & Rowan, K. (2009). Exploring the associations between maternal personality, child temperament, and parenting: A focus on emotions. *Personality and Individual Differences*, 46, 241-246.
- Coplan, R. J., & Weeks, M. (2010a). Unsociability and the preference for solitude in childhood. In R.J.Coplan & K. H. Rubin (Eds.), *The development of shyness and social withdrawal*. (pp. 64- 83). New York The Guilford press

- Coplan, R. J., & Weeks, M. (2010b). Unsociability in Middle Childhood Conceptualization, Assessment, and Associations with Socioemotional Functioning. *Merrill-Palmer Quarterly-Journal of Developmental Psychology*, 56(2), 105-130.
- Crozier, W.R. (1995). Shyness and self-esteem in middle school. *British Journal of Educational Psychology*, 65(1), 85-95.
- Crozier, W. R. (2002). Shyness. *Psychologist*, 15(9), 460-463.
- Crozier, W.R. & Perkins, P. (2002). Shyness as a Factor when Assessing Children. *Educational Psychology in Practice: theory, research and practice in educational psychology*, 18(3), 239-244.
- Crozier, W.R. & Hostettler, K. (2003). The influence of shyness on children's test performance. *British Journal of Educational Psychology*, 73, 317-328.
- Crozier, W. R. (2010). Shyness and the development of embarrassment and the self-conscious emotions. In K. H. Rubin & R.J.Coplan (Eds.), *The development of shyness and social withdrawal* (pp. 23 - 41 ). New York: The Guilford Press.
- Cummings, E.M. & Davies, P.T. (1994). Maternal Depression and Child Development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(1), 73-112.
- Cummings, E.M., Keller, P.S. & Davies, P.T. (2005). Toward a family process model of maternal and paternal depressive symptoms: exploring multiple relations with child and family functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(5), 479-489.
- Degnan, K.A. & Fox, N.A. (2007) Behavioral inhibition and anxiety disorders: Multiple levels of a resilience process. *Development and psychopathology*, 19, 729-746
- Degnan, K.A., Henderson, H.A., Fox, N.A. & Rubin, K.H. (2008). Predicting social wariness in middle childhood: The moderating roles of childcare history, maternal personality and maternal behavior. *Social Development*, 17(3), 471-487.
- DeMulder, E.K. & Radke-Yarrow, M. (1991). Attachment with affectively ill and well mothers: Concurrent behavioral correlates. *Development and Psychopathology*, 3, 227-242.
- Denissen, J.J.A., Asendorpf, J.B., van Aken, M.A.G. (2008) Childhood personality predicts long-term trajectories of shyness and aggressiveness in the context of demographic transitions in emerging adulthood. *Journal of personality*, 76(1), 67-99
- Derogatis, L.R., Lipman, R.S. & Rickels, K. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report inventory. *Behavioral Science*, 19(1), 1-15.
- Downey, G. & Coyne, J.C. (1990). Children of Depressed Parents: An Integrative Review. *Psychological Bulletin*, 108(1), 50-76.

- Eisenberg, N., Fabes, R.A. , & Murphy, B. C. (1995) Relations of shyness and low sociability to regulation of emotionality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(3), 505-517.
- Erickson, M.F., Sroufe, L.A. & Egeland, B. (1985). The Relationship between Quality of Attachment and Behavior Problems in Preschool in a High- Risk Sample. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, (1-2), 147-166
- Fordham, K. & Stevenson-Hinde, J. (1999) Shyness, friendship quality, and adjustment during middle childhood. *Journal of Child psychology and psychiatry and allied disciplines*, 40, 757-768.
- Fox, N., Schmidt, L.A., Calkins, S.D., Rubin, K.H. & Coplan, R.J. (1996) The role of frontal activation in the regulation and dysregulation of social behavior during the preschool years. *Development and psychopathology* 8, 89-102.
- Fox, N., Henderson, H.A, Rubin, K. H., Calkins, S.D. & Schmidt, L. A. (2001)  
 Discontinuity of Behavioral Inhibition and Exuberance: Psychophysiological and Behavioral Influences across the First Four Years of Life. *Child Development*, 72(1), 1-21
- Frankel, K.A. & Harmon, R.J. (1996). Depressed Mothers: They Don't Always Look as Bad as They Feel. *Journal of the American Academy and Child and Adolescent Psychiatry*, 35(3), 289-298
- Gazelle, H., & Ladd, G. W. (2003). Anxious solitude and peer exclusion: A diathesis-stress model of internalizing trajectories in childhood. *Child Development*, 74(1), 257-278.
- Gazelle, H. & Rudolph, K.D. (2004). Moving toward and Away from the World: Social Approach and Avoidance Trajectories in Anxious Solitary Youth. *Child Development*, 75(3), 829-849.
- Goodman, S.H. & Gotlib, I.H. (1999). Risk for Psychopathology in the Children of Depressed Mothers: A Developmental Model for Understanding Mechanisms of Transmission. *Psychological Review*, 106(3), 458-490.
- Gotlib, I.H. & Goodman, S.H. (2002). Introduction. I Gotlib, I.H. & Goodman, S.H. (Eds.) *Children of depressed parents: Mechanisms of risk and implications for treatment*. Hentet fra PsycBOOKS.
- Hanish, L.D. & Guerra, N. (2004). Aggressive Victims, Passive Victims, and Bullies: Developmental Continuity or Developmental Change? *Merrill-Palmer Quarterly*, 50(1), 17-38.

- Harrist, A. W., Zain, A. F., Bates, J. E., Dodge, K. A., & Pettit, G. S. (1997). Subtypes of social withdrawal in early childhood: Sociometric status and social-cognitive differences across four years. *Child Development, 68*(2), 278-294.
- Hart, C.H., Yang, C., Nelson, L.J., Robinson, C.C., Olsen, J.A., Nelson, D.A. ... Wu, P. (2000). Peer acceptance in early childhood and subtypes of socially withdrawn behaviour in China, Russia and the United States. *International Journal of Behavioral Development, 24*(1), 73-81.
- Hastings, P.D. & Rubin, K.H. (1999). Predicting Mother's Beliefs about Preschool-aged Children's Social Behavior: Evidence for Maternal Attitudes Moderating Child Effects. *Child Development, 70*(3), 722-741.
- Hastings, P.D., Nuselovici, J.N., Rubin, K.H. & Cheah, C.S.L. (2010) K. H. Rubin & R.J.Coplan (Eds.), *The development of shyness and social Withdrawal*. New York: The Guilford Press.
- Henderson, H. A., Marshall, P. J., Fox, N. A., & Rubin, K. H. (2004). Psychophysiological and behavioral evidence for varying forms and functions of nonsocial behavior in preschoolers. *Child Development, 75*(1), 251-263.
- Hodges, E.V.E., Boivin, M., Vitaro, F. & Bukowski, W.M. (1999). The Power of Friendship: Protection Against an Escalating Cycle of Peer Victimization. *Developmental Psychology, 35*(1), 94-101.
- Hudson, J. L. & Rapee, R.M. (2001). Parent-child interactions and anxiety disorders: an observational study. *Behavior Research and and Therapy, 39*, 1411-1427.
- Hughes, K. & Coplan, R.J. (2010). Exploring Processes Linking Shyness and Academic Achievement in Childhood. *School Psychology Quarterly, 25*(4), 213-222.
- Jennings, K. D. (1975) People versus object orientation, social behavior, and intellectual abilities in children. *Developmental psychology, 11*, 511-519.
- Kagan, J., Reznick, J.S., & Snidman, N. (1987) The physiology and psychology of behavioral inhibition in children. *Child development, 58*, 1459-1473.
- Kagan, J. (1994). *Galen's prophecey: Temperament in human nature*. New York: Basic Books
- Kagan, J., Reznick, J.S., & Snidman, N. (1987) The physiology and psychology of behavioral inhibition in children. *Child development, 58*, 1459-1473.
- Kagan, J. (1997). Temperament and the Reactions to Unfamiliarity. *Child Development, 68*(1), 139-143
- Kagan, J., Snidman, N., Zentner, M. & Peterson, E. (1999) Infant temperament and anxious symptoms in school age children. *Development and psychopathology, 11*, 209-224.

- Kaitz, M. & Maytal, H. (2005). Interactions between anxious mothers and their infants: An integration of theory and research findings. *Infant Mental Health Journal*, 26(6), 570-597.
- Kessing, L. V., & Andersen, P.K. (1999) The effect of episodes on recurrence in affective disorder: A case register study. *Journal of Affective Disorders*, 53(3), 225-231.
- Kochanska, G. (1991). Patterns of Inhibition to the Unfamiliar in Children of Normal and Affectively Ill Mothers. *Child Development*, 62(2), 250-263.
- Kochanska, G. & Radke-Yarrow, M. (1992). Inhibition in Toddlerhood and the Dynamics of the Child's Interaction with an Unfamiliar Peer at Age Five. *Child Development*, 63(2), 325-335.
- Kringlen, E., Torgersen, S. & Cramer, V. (2001) A norwegian psychiatric epidemiological study. *Am.J.Psychiatr.* 158, 1091-98.
- Ladd, G.W. & Burgess, K.B. (1999). Charting the Relationship Trajectories of Aggressive, Withdrawn, and Aggressive/Withdrawn Children during Early Grade School. *Child Development*, 70(4), 910-929.
- Ladd, G.W. (2006). Peer Rejection, Aggressive or Withdrawn Behavior, and Psychological Maladjustment from Ages 5 to 12: An Examination of Four Predictive Models. *Child Development*, 77(4), 822-846.
- Leary, M.R., Herbst, K.C. & McCrary, F. (2003). Finding pleasure in solitary activities: desire for aloneness or disinterest in social contact? *Personality and Individual Differences*, 35, 59-68.
- Letourneau, N., Salmani, M. & Duffett-Leger, L. (2010). Maternal Depressive Symptoms and Parenting of Children From Birth to 12 Years. *Western Journal of Nursing Research*, 32(5), 662-685.
- Leve, L.D., Kim, H.K & Pears, K.C. (2005). Childhood Temperament and Family Environment as Predictors of Internalizing and Externalizing Trajectories From Ages 5 to 17. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(5), 505-520.
- Lindhout, I., Markus, M., Hoogendijk, T., Borst, S., Maingay, R. Spinhoven, P., ... Boer, F. (2006). *Child Psychiatry and Human Development*, 37(1), 89-102.
- Lyons-Ruth, K., Lyubchik, A., Wolfe, R. & Bronfman, E. (2002). Parental depression and child attachment: Hostile and helpless profiles of parent and child behavior among families at risk. I Gotlieb, I.H. & Goodman, S.H. *Children of depressed parents: Mechanisms of risk and implications for treatment*. Hentet fra PsycBOOKS.



- Martins, C. & Gaffan, E.A. (2000). Effects of Early Maternal Depression on Patterns of Infant-Mother Attachment: A Meta-analytic Investigation. *J. Child. Psychol. Psychiat.*, 41(6), 737-746.
- Murray, L., Fiori-Cowley, A., Hooper, R. & Cooper, P. (1996). The Impact of Postnatal Depression and Associated Adversity on Early Mother-Infant Interactions and Later Infant Outcome. *Child Development*, 67(5), 2512-2526.
- Nelson, , L.J., Rubin, K.H. & Fox, N.A. (2005). Social withdrawal, observed peer acceptance, and the development of self-perceptions in children ages 4 to 7 years. *Early Childhood Research Quarterly*, 20, 185–200
- NICHD Early Child Care Research Network (1997). The Effects of Infant Child Care on Infant-Mother Attachment Security: Results of the NICHD Study of Early Child Care. *Child Development*, 68(5), 860-879.
- Paulson, .F., Dauber, S. & Leiferman, J.F. (2006). Individual and Combined Effects of Postpartum Depression in Mothers and Fathers on Parenting Behavior. *Pediatrics*, 118(2), 659-668.
- Pedersen, S., Vitaro, F., Barker, E.D. & Borge, A.I.H. (2007). The Timing of Middle-Childhood Peer Rejection and Friendship: Linking Early Behavior to Early-Adolescent Adjustment. *Child Development*, 78(4), 1037-1051.
- Radke-Yarrow, M., Cummings, E.M., Kuczynski, L. & Chapman, M. (1985). Patterns of Attachment in Two- and Three-Year-Olds in Normal Families and Families with Parental Depression. *Child Development*, 56(4), 884-893.
- Rimm-Kaufman, S.E., Early, D.M., Cox, M.J., Saluja, G., Pianta, R.C., Bradley, R.H., Payne, C. (2002). Early behavioral attributes and teachers' sensitivity as predictors of competent behavior in the kindergarten classroom. *Applied Developmental Psychology*, 23, 451-470.
- Rose, A.J. (2002). Co-Rumination in the Friendships of Girls and Boys. *Child Development*, 73(6), 1830-1843.
- Rosenbaum, J.F., Biederman, J., Gersten, M., Hirshfeld, D.R., Meminger, S.R., Herman, J.B., ... Snidman, N. (1988) Behavioral Inhibition in Children of Parents With Panic Disorder and Agoraphobia. *Archives of General Psychiatry*, 45(5), 463-470.
- Rosenbaum, J.F., Biederman, J., Hirshfeld-Becker, D.R., Kagan, J., Snidman, N., Friedman, D., ... Faraone, S.V. (2000) *The American Journal of Psychiatry*, 157(12), 2002-2010.
- Rubin, K. H. (1982). Nonsocial Play in Preschoolers - Necessarily Evil. *Child Development*, 53(3), 651-657.

- Rubin, K.H. & Mills, R.S.L. (1990). Maternal Beliefs About Adaptive and Maladaptive Social Behaviors in Normal, Aggressive and Withdrawn Preschoolers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18(4), 419-435.
- Rubin, K.H., Both, L., Zahn-Waxler, C., Cummings, E.M. & Wilkinson, M. (1991). Dyadic play behaviors of children of well and depressed mothers. *Development and Psychopathology*, 3, 243-251.
- Rubin, K. H., & Asendorpf, J. B. (1993). *Social withdrawal, inhibition, and shyness in childhood – conceptual and definitional issues*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Assoc Publ.
- Rubin, K. H., Hastings, P. D., Stewart, S. L., Henderson, H. A., & Chen, X. (1997). The consistency and concomitants of inhibition: some of the children, all of the time. *Child Dev*, 68(3), 467-483.
- Rubin, K. H., & Coplan, J.R. (2004). Paying attention to and not neglecting social withdrawal and social isolation. *Merrill-Palmer Quarterly-Journal of Developmental Psychology*, 50(4), 506-534.
- Rubin, K.H., Wojslawowicz, J.C., Rose-Krasnor, L., Booth-LaForce, C. & Burgess, K.B. (2006). The Best Friendships of Shy/Withdrawn children: Prevalence, Stability and Relationship Quality. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(2), 143-157.
- Rubin, K.H, Coplan, R.J. & Bowker, J. (2009). Social withdrawal in childhood. *Annu. Rev.Psychol*, 60, 141-71.
- Rubin, K.H & Coplan R.J. (2010). Social withdrawal and shyness in childhood: History, theories, definitions and assessment. In K. H. Rubin & R.J.Coplan (Eds.), *The development of shyness and social Withdrawal*. New York: The Guilford Press.
- Rydell, A., Bohlin, G. & Thorell, L.B., (2005). Representations of attachment to parents and shyness as predictors of children's relationships with teachers and peer competence in preschool. *Attachment & Human Development*, 7(2), 187-204,
- Santesso, DL., Lewandowski, MN., Davis, JM., Schmidt, LA. (2006) Resting and affective frontal brain electrical activity (EEG) in distinguishing fearful and self-conscious shyness: Preliminary findings. In A.V. Clark (Ed.), *Psychology of moods* (pp.103-116) New York: Nova Science
- Schneider, B.H., Younger, A.J. & Freeman, P. (1998) A longitudinal exploration of the cross contextual stability of social withdrawal in early adolescence. *The Journal of Early Adolescence*, 18(4), 374-396.
- Schneider, B.H., Richard, J.F., Younger, A.J. & Freeman, P. (2000) A longitudinal exploration of the continuity of children's social participation and social withdrawal across

- socioeconomic status levels and social settings. *European Journal of Social Psychology*, 30(4), 497-519
- Schmidt, L. A., & Buss, A.H. (2010). Understanding shyness. Four questions and four decades of research. In K. H. Rubin & R.J.Coplan (Eds.) *The development of shyness and social withdrawal* (pp. 23 - 41). New York: The Guilford Press
- Schmidt, L.A. & Fox, N.A. (1998). Fear-potentiated startle responses in temperamentally different human infants. *Developmental psychobiology*, 32(2), 113-120.
- Shamir- Essakow, G., Ungerer, J.A. & Rapee, R.M. (2005). Attachment, Behavioral Inhibition, and Anxiety in preschool children. *Journal of abnormal Child Psychology*, 33(2), 131-143.
- Spangler, G. & Schieche, M. (1998) Emotional and adrenocortical responses of infants to the strange situation: The Differential function of emotional expression. *International Journal of Behavioral Development* 22(4), 681-706.
- Spangler, T., & Gazelle, H. (2009). Anxious Solitude, Unsociability, and Peer Exclusion in Middle Childhood: A Multitrait-Multimethod Matrix. *Social Development*, 18(4), 833-856.
- Spinrad, T. L., Eisenberg, N., Harris, E., Hanish, L., Fabes, R. A., Kupanoff, K. (2004). The relation of children's everyday nonsocial peer play behavior to their emotionality, regulation, and social functioning. *Developmental Psychology*, 40(1), 67-80.
- Stewart, S.L., Rubin, H.K. (1995). The social problem solving skills of anxious-withdrawn children. *Development and Psychopathology*, 7(2), 323-36.
- Suija, K., Aluoja, A., Kalda, R. & Maaros, H. (2011). Factors associated with recurrent depression: a prospective study in family practice. *Family Practice*, 28, 22-28.
- Tambs, K. & Moum, T. (1993) How well can a few questionnaire items indicate anxiety and depression? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87(5), 364-367.
- Vasa, R. A., Carlino, A. R. & Pine, D. S. (2006). Pharmacotherapy of depressed children and adolescents: Current issues and potential directions. *Biological Psychiatry*, 59(11), 1021-1028.
- Weinstock, L.M. & Whisman, M.A. (2006). Neuroticism as a Common Feature of the Depressive and Anxiety Disorders: A Test of the Revised Integrative Hierarchical Model in a National Sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(1), 68-74.
- Wood, J.J., McLeod, B.D., Sigman, M., Hwang, W. & Chu, B.C. (2003). Parenting and childhood anxiety: theory, empirical findings, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(1), 134-151.