



Uio • Universitetet i Oslo

# Ungdoms kognitive emosjonsreguleringsstrategier under Covid-19-pandemien

*En undersøkelse av et representativt utvalg i alderen 12  
til 16 år*

Raymond B. Stangenes

Profesjonsstudiet i psykologi

30 studiepoeng

Psykologisk institutt

Samfunnsvitenskapelig fakultet

Dato 02.11.2021

## Sammendrag

**Forfatter:** Raymond B. Stangenes

**Tittel:** Ungdoms kognitive emosjonsreguleringsstrategier under COVID-19-Pandemien

**Veileder:** Gertrud S. Hafstad (hovedveil.), Krister W. Fjermestad (biveil.)

**Bakgrunn.** Hensikten med denne hovedoppgaven var for det første å undersøke hvilke kognitive emosjonsreguleringsstrategier (KER strategier) en normalpopulasjon av norske ungdommer bruker, under COVID-19-pandemien (problemstilling en). For det andre var et tilleggs fokus å undersøke hvordan disse KER strategiene er relatert til psykisk helse under COVID-19-pandemien (problemstilling to). Emosjonsregulering antas å ha en nøkkelrolle i utvikling av resiliens og risiko for psykopatologi i barndom og ungdomstiden. Det eksisterer et nåværende kunnskapshull i hvilke KER strategier norsk ungdom bruker, og hvilken sammenhengen bruken av KER strategier har med psykisk helse.

**Metode.** Denne hovedoppgaven er basert på spørreskjema, som inneholdt mål på kognitive emosjonsreguleringsstrategier samt psykisk helse. Utvalget bestod av 3575 norske ungdommer. For å undersøke problemstillingen en ble det utført deskriptiv analyse av bruken av KER strategier, og en independent sample t-test for å undersøke kjønnsforskjeller. For å undersøke problemstilling to ble det utført korrelasjonsanalyse og multippel regresjonsanalyse for å undersøke sammenhengen mellom KER strategier på psykisk helse.

**Resultater.** Funnene som fremkommer av problemstilling en fant generelt at de mer hensiktsmessige KER strategiene (*sette i perspektiv, planlegging*) ble rapportert oftere brukt enn de mer uhensiktsmessige (*katastrofetenkning, bebreidelse av andre*). Unntaket var rapportering av strategien *grubling* som hadde et relativt høyt gjennomsnitt, sammenlignet med de andre uhensiktsmessige KER strategiene. KER strategien som ble mest brukt på tvers av kjønn var *aksept*, mens KER strategien som ble rapportert minst brukt var *katastrofetenkning*. Funnene viste også en signifikant kjønnsforskjell i bruken av alle KER strategiene, med unntak av *bebreidelse av andre* og *aksept*. Funnene som fremkommer av problemstilling to, fant at alle KER strategiene hadde en signifikant sammenheng med rapportering av psykisk helse, med unntak av *bebreidelse av andre* og *aksept*. KER strategiene som hadde sterkest sammenheng med psykisk helse var strategiene *katastrofetenkning, selvbebreidelse* og *grubling*.

## **Abstract**

**Author:** Raymond B. Stangenes

**Title:** Adolescents cognitive emotion regulation strategies under The COVID-19-Pandemic

**Supervisor:** Gertrud S. Hafstad (primary), Krister W. Fjermestad (secondary)

**Background.** The purpose of this thesis was first to research which cognitive emotion regulation strategies (CER strategies) a normal population of Norwegian adolescents use under the COVID-19-pandemic (thesis question one). Second, an additional focus was to understand how these CER strategies are related to mental health during the COVID-19-pandemic (thesis question two). Emotion regulation is assumed to have a key role in the development of resiliency and risk for psychopathology during childhood and adolescence. It currently exists a knowledge gap in which CER strategies that Norwegian adolescents use, and of the association between their use of these strategies and their mental health.

**Method.** This thesis is based on questionnaires, that contained measures on CER strategies, and psychological health. The sample consisted of 3575 Norwegian adolescents. To investigate thesis question one, a descriptive analysis of the use of CER strategies was performed, and an independent sample t-test was used to research gender differences. To investigate thesis question two, a Pearsons correlational analysis was used to investigate the association between CER strategies and mental health, and a multiple regression analysis was performed to predict the effect of CER strategies on mental health.

**Results.** Addressing thesis question one, the results of the descriptive analysis found in general that the more adaptive CER strategies (put into perspective, planning and others) was reported more often to be used, than the more maladaptive strategies (catastrophizing, blaming others and others). The exception was the reporting of the CER strategy rumination, that had a significant higher mean, compared to the other maladaptive strategies. The CER strategy that was most used for both genders was acceptance, while the CER strategy that was reported least used was catastrophizing. It was a significant gender difference in the use of all CER strategies, except blaming others and acceptance. Addressing thesis question two, the results showed that all the CER strategies had a significant association with psychological health, with the exceptions of blaming others, and acceptance. The CER strategies that had the strongest association with psychological health, was catastrophizing, self-blame and rumination.

## Forord

Jeg vil benytte forordet for først etablere min rolle i denne hovedoppgaven, samt takke viktige personer for deres bidrag til min reise gjennom en av profesjonsstudiumets hardeste perioder, hovedoppgaveskrivingen. Jeg vil først takke Gertrud S. Hafstad på NKVTS, min hovedveileder for å få tilgang på data fra COPE YOUTH-studien som jeg kunne bruke til min hovedoppgave på emosjonsregulering hos ungdom. Og ikke minst, for den varme, men akademisk profesjonelle veiledningen av min hovedoppgave prosess. Og ikke minst takk til Else-Marie Augusti (eksperten på emosjonsregulering hos barn- og ungdom i mine øyne), for gode faglige innspill. Jeg vil takke min biveileder Krister W. Fjermestad for ufattelig kompetent, realistisk innspill til min hovedoppgave, noe som jeg personlig mener at gjorde Hovedoppgaven min mer “juicy”. Jeg vil også takke min mor, Myrna B. Stangenes for å ha hjulpet meg finansielt i innspurten av hovedoppgaven, noe som krevde at jeg ikke kunne bedrive inntektsgivende arbeid i like stor grad. Jeg vil også takke min gode venn, medstudent, og kollega Marit Bredesen for uunnværlig psykososial støtte og faglige innspill gjennom denne tøffe tiden. Jeg vil også takke mine venner i dansemiljøet som fikk meg til å dra til Gøteborg for å danse Bachata, og ikke minst alle mine dansevenner jeg har danset med, og som har vært der for meg i mine gleder og sorger i denne perioden. Jeg vil også takke Bård N. Skreien, Marko S. Stangenes og min bestevenninne Nora Braathu, for at dere tok dere tid til å hjelpe meg med å gå gjennom hovedoppgaven min, slik at jeg kunne gjøre den bedre. Til sist vil jeg også takke mine venner og medstudenter på studenthuset Schultz, som har hjulpet meg med å holde motet oppe, og et smil om munnen på selv de mørkeste stundene i oppgaveskrivingen. Dere har alle beriket meg, og vært uunnværlige på hver deres måte. Og dette har hjulpet meg til å lære meg, og forstå mer om hva emosjonsregulering egentlig er, og at verden kan berikes ved hjelp av mer kunnskap på hvordan vi kan regulere oss bedre alene, og sammen med andre, slik at vi kan leve i en tilstand av “optimal” fungering. For den som leser denne oppgaven, finn en aktivitet i livet ditt som hjelper deg å prosessere og nedregulere negative emosjoner, men samtidig oppregulerer de positive emosjonene. For meg har pardans vært en uunnværlig kilde til emosjonsregulering i løpet av studietiden, og oppgaveskrivingen.

# Innholdsfortegnelse

<i>1 Innledning</i> .....	7
1.1 Ungdomstiden som en sårbar tid .....	9
1.2. Emosjonsregulering .....	11
1.3 Utvikling av emosjonsregulering .....	15
1.4 Kognitiv emosjonsregulering og psykopatologi .....	16
<i>Kognitiv emosjonsregulering</i> .....	16
<i>Kognitiv emosjonsreguleringsstrategier og sammenhengen med psykisk helse</i> .....	18
1.5 Problemstillingene for denne hovedoppgaven .....	21
<i>2 Metode</i> .....	22
2.1 Utvalg .....	22
2.2 Prosedyre .....	22
2.3 Spørreskjemaene .....	23
<i>Måleskalaene</i> .....	23
2.4 Etske forskningshensyn .....	24
<i>Informert samtykke</i> .....	24
<i>Ivaretagelse</i> .....	25
2.5 Statistiske analyser .....	26
<i>3 Resultater</i> .....	26
3.1 Deskriptiv analyse, korrelasjoner og t-test av kjønnsforskjeller .....	27
3.2 Multipel regresjonsanalyse .....	29
<i>4 Diskusjon</i> .....	29

4.1 Hvilke kognitive emosjonsregulerings strategier bruker norsk ungdom?.....	33
<i>Generell bruk av kognitive emosjonsregulerings strategier</i> .....	33
Kjønnforskjeller i bruk av kognitive emosjonsreguleringsstrategier.....	34
4.2 Sammenhengen mellom emosjonsregulerings strategier og psykisk helse.....	36
4.3 Etske forskningshensyn .....	40
4.4 Implikasjoner for behandling og forebyggende arbeid .....	42
4.5 Styrker og begrensninger ved studien og veien videre.....	42
4.6 Konklusjon.....	43
<i>5 Referanser</i> .....	44
<i>6. Appendix</i> .....	56

## 1 Innledning

Det siste året har vært preget av store samfunnsmessige endringer som har påvirket hverdagen for de fleste av oss som følge av Covid-19-pandemien. Frykten for å få og spre Covid-19 viruset og store inngripende endringer fra myndighetene i form av smitteverns tiltak og psykososiale og økonomiske konsekvenser som krevende familie relasjoner, sosial isolasjon og ensomhet, arbeidsledighet og finansielle tap kan har ført til økt stress og negative psykologiske effekter hos befolkningen (Brooks et al., 2020). Slike omstendigheter setter ikke bare samfunnet, men hvert individs evne til å håndtere stress og ubehagelige følelser på prøve, ettersom hverdagsrutinene og sosiale strukturerer som vanligvis beskytter mot psykiske plager, forsvinner (Danese et al., 2020). Det er flere grupper av samfunnet som er spesielt utsatte i denne perioden, blant annet barn og unge. En studie på norsk ungdom, primært i Oslo-regionen, har vist at ungdommene rapporterte økt ensomhet og medfølgende redusert livskvalitet kort tid etter skole nedstengningen i 2020, noe som indikerer at pandemien har en psykososial konsekvens på dem (Bakken et al., 2020; Riiser et al., 2020; Soest et al., 2020). Studier har vist at utsatte grupper av barn og unge er særlig utsatte, noe både utenlandske og norske studier bekrefter (Lehmann et al., 2021; Racine et al., 2021). Samtidig fant en norsk studie at normalpopulasjonen av ungdom, som først ble antatt å være mer psykologisk robuste, rapporterte økning i symptomer på internalisering over tid, sammenlignet med høy risiko ungdom, definert som de som rapporterte høyere nivåer av symptomer på internalisering ved første måletidspunkt. Lehman og kolleger fant at lav risiko ungdommene rapporterte en markant økning av internaliserende psykiske plager over 9 måneder, mens høy risiko gruppen hadde mer stabile nivåer av symptomer på internalisering. Disse funnene peker på en potensiell «bredere» trend i økning av psykiske helseplager, som ikke kun rammer de ungdommene som har det vanskeligst, som tidligere antatt, men også blant normalpopulasjonen av ungdom . Disse vanskene kan ses i sammenheng at særlig ungdomstiden er karakterisert som en stormfull og sårbar periode med endringer på flere områder i deres liv (Magson et al., 2021). De store endringene som skjer i ungdomstidens, kombinert med graden av smitteverntiltak, kan gjøre ungdommer særlig utsatt for negativ psykososial utvikling ved eksponering for overveldende, inngripende og vedvarende stress. Det er kjent at psykopatologi som angst og depresjon er vanlig i ungdomstiden (C. M. Cummings et al., 2014), at de debuterer i ungdomstiden (Kessler et al., 2007) , og ofte debuterer sammen (C. M. Cummings et al., 2014). Forskning har vist at utvikling av symptomer på angst og depresjon kan ha negative psykososiale og akademiske konsekvenser

for ungdommen det gjelder, om de forblir ubehandlet (Compas et al., 2017; Fergusson & Woodward, 2002; Lougheed & Hollenstein, 2012). Noen forskere mener at denne debuten skyldes forstyrrelse i ungdommens utvikling, som igjen kan forstyrre ungdommens evne til emosjonsregulering 02.11.2021 13:54:00. Flere studier har argumentert for at emosjonsregulering er en potensiell transdiagnostisk faktor i utvikling av psykopatologi, samt i forebygging og behandling av psykopatologi hos ungdom (Fernandez et al., 2016; Schäfer et al., 2017). Forstyrret emosjonsregulering, i form av emosjonsdysregulering, kan derfor også forstås som en risikofaktor for negativ utvikling (Moltrecht et al., 2021; Schäfer et al., 2017). Den samme meta-analysen viste også at det mangler studier som undersøker emosjonsregulering hos barn- og ungdom, noe som peker på det nåværende kunnskapshullet på emosjonsreguleringsfeltet (Moltrecht et al., 2021). Kognitiv emosjonsregulering (KER) (Garnefski et al., 2001) er et aspekt ved emosjonsregulering som blir et av denne hovedoppgavens kjernefokus. Studier har vist at KER har en sammenheng med psykopatologi hos barn, ungdom og voksne (Garnefski et al., 2001, 2006; Garnefski & Kraaij, 2018). Forskingsfunn tyder også på at KER strategier kan teoretisk inndeles i mer hensiktsmessige og uhensiktsmessige strategier. Studier har vist at denne kategoriseringen av KER strategiene har en sammenheng med psykisk helse, noe som underbygges av flere studier (Garnefski et al., 2001; Garnefski & Kraaij, 2007, 2018; Gross, 1998; Moltrecht et al., 2021; Werner & Gross, 2010). Aktuelt er det grunn til å mistenke at ungdommers behov for hensiktsmessig emosjonsregulering har økt under pandemien, ettersom de i større grad har vært utsatt for grove forstyrrelser i hverdagslige rutiner med tanke på skole, fritidsaktiviteter, kontakt med jevnaldrende, og de har blitt utsatt for et potensielt mangfold av nye stressorer (eksempelvis smittefrykt, sosial distansering, økt usikkerhet og uforutsigbarhet og generelt mer uavklart hverdag) og/eller eskalering av gamle stressorer (eksempelvis hjemme konflikter, ensomhet, utilgjengelige foreldre, nettmobbing med mer) (Bakken et al., 2020; Lehmann et al., 2021; Magson et al., 2021). Ikke minst har mange ungdommer blitt frarøvet nære vennerelasjoner, og vi vet at kontakt med jevnaldrende står som en viktig kilde til emosjonsregulering i ungdomsalderen (Casey et al., 2010).

Et resultat av de drastiske endringene med potensielt negative psykososiale konsekvenser som pandemien kan ha medført, kan ha ført til at ungdommers evne til emosjonsregulering gjennom for eksempel kognitiv selvregulering, settes på prøve. Argumentene nevnt over gir et viktig rasjonale for hvorfor det er viktig å undersøke hvilke kognitive emosjonsreguleringsstrategier (KER strategier) som ungdommer bruker, og hvordan



strategiene henger sammen med psykisk helse, under en pandemi. Det er heller ikke per dags dato utført en undersøkelse av KER strategier hos normal populasjon av norsk ungdom. Det eksisterer heller ikke studier som har undersøkt KER av ungdom under en pandemi, noe som gjør særlig denne hovedoppgaven unik og meget aktuell. Denne oppgaven fokuserer særlig på norske ungdommer, og hvordan de møter og håndterer stress gjennom bruk av KER strategier, og hvilken konsekvens dette kan ha for deres psykiske helse under en pandemi.

## 1.1 Ungdomstiden som en sårbar tid

Ungdomstiden er preget av biologiske, psykologiske og sosiale endringer som kan føre til at særlig ungdomstiden anses som en sårbar periode (Lougheed & Hollenstein, 2012; Magson et al., 2021). I løpet av denne perioden foregår det fysiske og kjemiske forandringer i hjernen fra tidlig ungdomsalder som fører til økt emosjonalitet i møte med reelle eller oppfattede stressorer (Bailen et al., 2019), samt kroppslige og hormonelle forandringer som følge av pubertet (Tetzchner, 2019). I tillegg gjenstår det kognitive systemet for selvregulering av emosjoner, underutviklet fram til tidlig voksen alder (Somerville et al., 2010). Disse forandringene samt et umodent kognitive systemet, kan føre til at ungdommens evne til å regulere emosjoner gjennom bruk av hensiktsmessige kognitive strategier (KER strategier), i møte med stress, sårbart for påvirkning (Garnefski et al., 2001; Schäfer et al., 2017; Susan J. Bradley, 2000; Zeman et al., 2006). Sosialt sett skapes det nye forventninger og utfordringer som fasiliterer til at ungdommen utvikler ferdigheter som er nødvendige for utviklingsoppgaver som identitetsdannelse og økt autonomi (Erikson, 1968). I tillegg vokser viktigheten av jevnaldrende som kilde til støtte og påvirkning (Somerville, 2013). På den andre siden kan negative interaksjoner med jevnaldrende og økt sosial sensitivitet bli en kilde til flere konflikter, avvisning og mellommenneskelig stress for ungdommen (Somerville, 2013). Samtidig kan mange ungdommer oppleve en blandet rolle i form av blandende forventninger mellom rollen som barn, og som en påbegynnende voksen (Tetzchner, 2019). Mange ungdommer opplever også stress i forbindelse med skifte av skole, samt økende krav knyttet til utdanning og det sosiale liv (Tetzchner, 2019). Det er derfor grunn til å tro at flere aspekter ved ungdomstiden kan oppleves stressende, og gjøre ungdommer mer sårbare for utvikling av psykopatologiske symptomer. Eksempelvis fant en studie at 12-15 åringer i større grad rapporterte flere hendelser med negative emosjoner, sammenlignet med 9-11 åringer (Larson & Ham, 1993). Det kan derfor antas at denne økningen i emosjonell sensitivitet, et umodent kognitivt system samt mangelfull positiv erfaring med bruk av

hensiktsmessige KER strategier, blandede roller, nye og flere krav og forventninger, utfordrer og belaster ungdommens evne til hensiktsmessig emosjonsregulering i møte med hverdagens krav og forventninger. Redusert kognitiv kontroll kan føre til en redusert bruk av hensiktsmessige KER strategier, og en økt bruk av uhensiktsmessige KER strategier, som kan ha potensielle negative psykososiale konsekvenser for ungdommen det gjelder (Garnefski et al., 2001; Schäfer et al., 2017; Susan J. Bradley, 2000; Zeman et al., 2006). Bruk av uhensiktsmessige KER strategier er signifikant knyttet til psykopatologi hos ungdommer, særlig symptomer på angst og depresjon (Garnefski et al., 2003; Garnefski & Kraaij, 2018; Schäfer et al., 2017, 2017).

En litteraturgjennomgang har vist at økning i emosjonell reaktivitet, lav emosjonsregulering og økning i mellommenneskelig stress kan gjøre ungdommer i større risiko for å utvikle mange former for psykopatologi (Rapee et al., 2019), som angst og depresjon (Laugesen et al., 2002; Zeman et al., 2006). Samtidig er symptomer på angst, depresjon og reguleringsvansker relativt vanlig i barne- og ungdomsårene, og noen tilfredsstillende kriteriene til en diagnose (Tetzchner, 2019). Videre kan symptomer på depresjon og angst ha konsekvens for ungdommers relasjon til jevnaldrende og påvirke psykososial og akademisk fungering negativt (Fergusson & Woodward, 2002; Moltrecht et al., 2021; Schäfer et al., 2017). Dette er konsekvenser som potensielt kan skape større vansker for dem senere i livet (Tetzchner, 2019). Samtidig er det ikke alle ungdommer som opplever stress og motgang, som utvikler symptomer på psykopatologi, noe som peker på at det eksisterer individuelle forskjeller i emosjonsregulering hos ungdommer (Compas et al., 2017). Evnen til å mestre stressende hendelser og regulere emosjoner, på tvers av situasjoner, virker til å spille en stor rolle i å redusere risikoen for psykopatologi i barndommen og ungdomstiden (Compas et al., 2017; McRae & Mauss, 2016; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2016). Studier har vist at KER strategier har en sammenheng med psykopatologi hos barn, ungdom og voksne (Garnefski et al., 2001, 2006; Garnefski & Kraaij, 2018). Flere studier bekrefter også at det eksisterer en sterk sammenheng mellom KER strategier og psykopatologi hos ungdom (Garnefski et al., 2001, 2002, 2003; Garnefski & Kraaij, 2018). Videre viste de samme studiene at bruken av de teoretisk definerte kategoriene hensiktsmessige og uhensiktsmessige strategiene har ulike sammenhenger med psykopatologi hos ungdom (Garnefski et al., 2001, 2002, 2003; Garnefski & Kraaij, 2018). Til tross for de potensielle konsekvensene av emosjonsregulering og emosjonsdysregulering, eksisterer det i dag ingen befolkningsstudier av norske

ungdommer, som har kartlagt deres bruk av KER strategier. Det eksisterer heller ingen studier som undersøker sammenhengen mellom KER strategier og psykisk helse under vedvarende stress, som den aktuelle pandemien kan oppleves som for ungdommene. Ved å gjøre en undersøkelse av KER hos normalpopulasjon av ungdommer, kan man i større grad forstå hvilke KER strategier ungdom bruker, og hvilken sammenheng det har med psykisk helse. Denne kunnskapen kan hjelpe oss i å forstå hvilke KER strategier norske ungdommer bruker og hvilken sammenheng det har med psykisk helse. Denne forståelsen kan hjelpe oss med å forbedre eksisterende, eller utforme mer tilpassede psykososiale forebyggende intervensjoner, oppdagelse av risikofaktorer samt behandling av ungdom, som møter ungdommen i den emosjonelle og kognitive tilstanden hen er i (Garnefski et al., 2001, 2003; Garnefski & Kraaij, 2018; Schäfer et al., 2017).

## **1.2. Emosjonsregulering**

Gross (1998) definerer emosjonsregulering som overveide og automatiske prosesser som tillater individet å påvirke hvilke emosjonelle opplevelser det har, når en har dem, og hvordan en opplever eller uttrykker disse emosjonene. Man kan derfor si at emosjonsregulering er knyttet til hvordan emosjoner blir regulert framfor hvordan emosjoner regulerer noe annet (Gross, 1998). En slik definisjon på emosjonsregulering kan derfor omfatte mange aktiviteter som regnes som å ha en emosjonsregulerings effekt. For å begrense hvilke aktiviteter som kvalifiserer som emosjonsregulering, beskriver Gross, Sheppes & Urry (2011) tre kjerneegenskaper som er felles for emosjonsregulering: 1) Måloppnåelse, 2) Valg av emosjonsreguleringsstrategier (ER), og 3) Endring av emosjoner.

Måloppnåelse er den første kjerneegenskapen, og innebærer at mennesker har 1) relevante mål som genererer emosjoner som motiverer til 2) regulering av emosjoner gjennom spesifikke ER strategier, for 3) å oppnå et senere utfall (eksempelvis å regulere en dysregulert emosjonell tilstand som frykt). Eksempelvis rapporteres det at mennesker ofte prøver å nedregulerer intensiteten og varigheten til negative emosjoner som sinne, tristhet og angst (eksempelvis at ungdommer bruke alkohol eller rusmidler for å dempe stresset av å ikke bli likt av andre på skolen). Og på den andre siden rapporteres det at mennesker prøver å oppregulere intensiteten og varigheten til positive emosjoner som kjærlighet, interesse og glede (eksempelvis at ungdommen deler positive nyheter i hens liv med andre jevnaldrende for å opprettholde eller øke positive emosjoner). Måloppnåelsen kan bli oppnådd gjennom å

regulere seg selv (indre emosjons regulering, eksempelvis at en ungdom hører på musikk for å roe ned etter en lang dag på skolen) eller gjennom å regulere andre, eller bli regulert av andre (ytre emosjons regulering, eksempelvis at mor trøster ungdommen som følge av at ungdommen deler dårlige opplevelser med mor). Den andre kjerneegenskapen av emosjonsregulering er bevisste eller ubevisste valg av ER strategier, med mål om å endre emosjonene i en ønsket retning. Denne kjerneegenskapen referer til de spesifikke ER strategier knyttet til å oppnå et mål. ER strategiene varierer i den grad de er bevisste eller ubevisste. Bevisste prosesser innebærer for eksempel at ungdommen prøver å se rolig ut selv om hun er engstelig ved å «dempe» uroen, før hen skal holde et foredrag foran klassen. Ubevisste prosesser innebærer, eksempelvis å kjapt flytte oppmerksomheten sin bort fra noe som er potensielt opprørende, utenfor ens bevisste oppmerksomhet eksempelvis at ungdommen tar frem mobilen for å «scrolle» på TikTok når læreren kjefter på henne. Den tredje kjerneegenskapen er endring av emosjoner. Denne kjerneegenskapen referer til konsekvensen eller utfallet av å prøve og bruke en gitt ER strategi for å oppnå et gitt emosjonsregulerings mål (Gross, 2014). Eksempelvis kan ungdommen prøve og oppnå en følelse av ro eller beredskap, avhengig av hvilke utfordringer ungdommen står ovenfor. Et mer konkret eksempel kan være at ungdommen bruker rolig musikk for å roe seg ned før skolehverdagen begynner, for å nedregulere negative følelser, og oppregulere positive følelser. Avhengig av ungdommens mål, kan emosjonsregulering øke (oppregulering av emosjoner) eller redusere (nedregulere emosjoner) latenstiden, stigningen, størrelsen, varigheten, utjevningen av den emosjonelle responsen, sammenlignet med den emosjonelle responsen om emosjonsreguleringen var fraværende (Gross, 2014). Eksempelvis kan eksempelet med ungdommens bruk av musikk før skole hverdagen begynner, virke nedregulerende for en allerede stresset ungdom som bor i et konfliktfylt hjem, har få venner på skolen. Videre kan resultatet av selvreguleringen føre til at ungdommen klarer å være mer kognitivt tilstede (med tanke på fokus og oppmerksomhet) på skolen, sammenlignet med den emosjonelle tilstanden ungdommen ville hatt, om hen ikke brukte musikk som en nedregulerende ER strategi i forkant av skolehverdagen. Dette innebærer at ulike former for emosjonsregulering kan ha ulike konsekvenser, både umiddelbart og langsiktig, avhengig av når i den emosjongsgenererende prosessen individet, bevisst eller ubevisst, benytter seg av ER strategier.

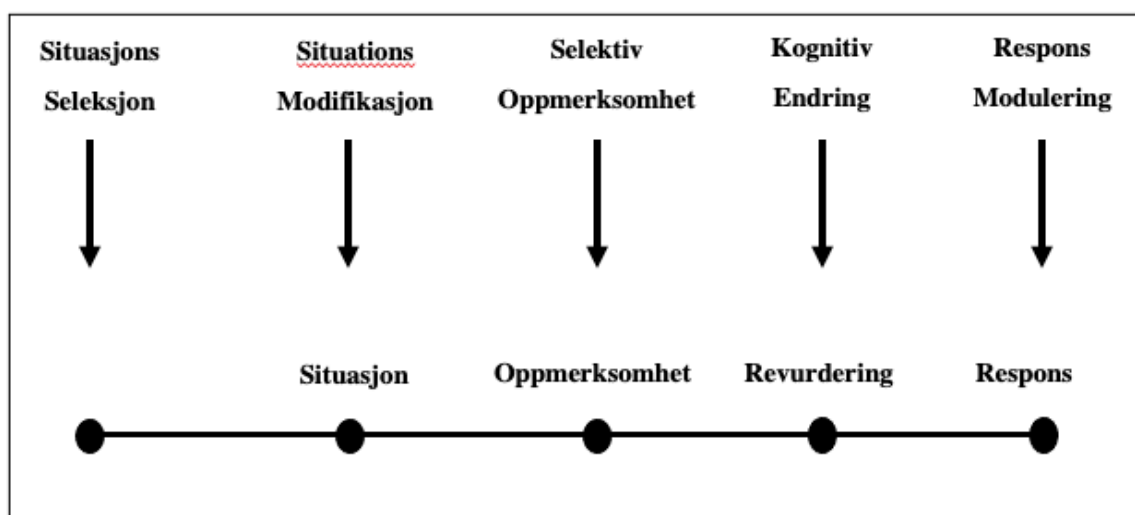
Emosjonsregulering er en viktig komponent knyttet til generell velvære og vellykket fungering (Thompson, 1991), og hensiktsmessig emosjonsregulering er knyttet til akademisk

suksess, bedre sosial fungering og både psykologisk og fysisk velvære hos barn, ungdom (McLaughlin et al., 2011) og voksne (Gross, 2013). Studier på barn har vist at fra tidlig barndom at det eksisterer individuelle forskjeller i evnen til å identifisere og forstå ens egne og andres emosjoner, årsaken og konsekvensen av ulike emosjoner (E. M. Cummings, 1987; Denham, 1998; Eisenberg et al., 1993). I tillegg ser man individuelle forskjeller i typer av ER strategier som blir brukt til å håndtere og regulere emosjoner (E. M. Cummings, 1987; Denham, 1998; Eisenberg et al., 1993). Tradisjonelt har man skilt mellom å generere emosjoner og å regulere emosjoner. Disse prosessene antas å ha forskjellig nevrologisk grunnlag (Gross & Feldman Barrett, 2011). Det emosjonelle uttrykket og den opplevde følelsen er alltid et resultat av regulering. Regulering kan skje før, under og etter en emosjon er kommet til uttrykk, og den kan innbefatte selve følelsen, typen av uttrykk og intensiteten (Tetzchner, 2019). Reguleringen vil påvirkes av sammenhengen den oppstår i, om man er forberedt på det som skal eller ikke skal skje, samt hvor godt man kjenner og mestrer situasjonen (Campos et al., 2004; Kappas, 2011; Thompson, 2011). Eksempelvis kan emosjoner som tradisjonelt oppfattes og oppleves som negative, hjelpe til å organisere oss kroppslig og kognitivt, slik at vi klarer å bruke hensiktsmessige ER strategier for å håndtere en situasjon på en effektiv og rask måte (Parrott, 1993; Öhman & Mineka, 2001). På den andre siden påvirker konteksten om det kan være fordelaktig å regulere emosjoner som ikke passer forventningene i en gitt kontekst. Et eksempel er om en ungdom uttrykker en høy grad av sinne og frustrasjon i en klasseromssituasjon, noe som kan oppleves negativt av andre rundt ungdommen, som igjen kan føre til negative konsekvenser for ungdommen, eksempelvis negativt tilsnakk av læreren. Det skal framheves at emosjonsregulering kan bli brukt til både opp-regulering og ned-regulering av positive eller negative emosjoner (Gross, 2014), men denne oppgaven fokuserer på nedregulerings aspektet ved emosjonsregulering. Et stort fokus i forskningen på emosjonsregulering har vært å undersøke hvilke ER strategier som individer bruker (Gross, 1998, 2015), samt hvilke strategier som virker mer eller mindre hensiktsmessige (Gross, 2014; McRae, 2016). De mest beskrevne ER strategiene er ofte organisert ut fra hvor i emosjongsgenereringsprosessen som strategiene griper inn (Gross, 2014). En av de mest brukte modellene innen emosjonsregulering, er prosess modellen for emosjonsregulering (Gross, 1998, 2014, 2015). I følge Gross (2014) kan emosjonsreguleringsstrategier organiseres i fem kategorier. Disse kategoriene er plassert på en tidsmessig dimensjon, som indikerer når de ulike ER strategiene igangsettes, se Figur 1. Man skiller mellom ER strategier som regulerer i forkant av en uttrykt emosjonell respons

(antecedent emotion regulation), og i etterkant (response focused regulation). De ER strategiene som regulerer i forkant av en uttrykt emosjonell respons er situasjons seleksjon, situasjons modifikasjon, selektiv oppmerksomhet, og kognitiv endring. ER strategien som regulerer i etterkant er respons modulering. Det er viktig å nevne at mennesker ikke nødvendigvis kun bruker én ER strategi på et gitt tidspunkt, men at de kan bruke mange ER strategier etter hverandre, og i ulike kombinasjoner for å oppnå regulering av sine emosjoner (Gross, 2014).

### Figur 1

*Gross' prosessmodell for emosjons regulering*



*Situasjonsseleksjon* innebærer at individet regulerer ens emosjoner gjennom å oppsøke eller unngå situasjoner, steder eller personer. Et eksempel kan være at en ungdom unngår å gå på en fest for å unngå en utrivelig bekjent. *Situasjonsmodifikasjon* er knyttet til at man direkte endrer en situasjon i form av endringer i det eksterne fysiske miljøet. Hensikten er å regulere emosjoner for å forandre situasjonens emosjonelle påvirkning. For eksempel kan en ungdom igangsette med å rydde hens rom i forkant av et besøk for å unngå en ubehagelig situasjon hvor besøket reagerer på alt «rotet». *Selektiv oppmerksomhet* referer til bevisst styring av oppmerksomheten i en gitt situasjon, med intensjon til å påvirke ens emosjoner. *Selektiv oppmerksomhet* er en av de første ER strategiene som oppstår i utviklingen, og den brukes gjennom hele livet (Rothbart et al., 1992). *Distraksjon* er den vanligste ER strategien for selektiv oppmerksomhet, og det innebærer å flytte oppmerksomhets fokuset bort fra egenskaper ved en ytre situasjon eller indre tilstand, eller hele situasjonen i seg selv (Gross,

2014). Eksempelvis hvis ungdommen lider av sprøyteskrek, så kan ungdommen velge å se bort fra sprøyteinjeksjonen når den settes. Resultater blir at oppmerksomhetsfokuset flyttes bort fra en ytre situasjon som trigger ubehag (sprøyteinjeksjonen). *Kognitiv endring* innebærer å endre hvordan en vurderer en situasjon. Dette kan man gjøre ved å revurdere hvordan en tenker om en indre eller ytre situasjon, eller hvordan en tenker om ens evne til å håndtere kravene i situasjonen. Effekten blir at man endrer den emosjonelle responsen til situasjonen. For eksempel kan en ungdom tenke at eksamenssituasjonen er en mulighet for å vise hva hun har lært, framfor å tenke at eksamenssituasjonen skal «stille henne til veggs» på alt det hun ikke kan. En slik kognitiv revurdering kan for eksempel føre til at hun blir mindre engstelig for hva som kan gå galt, og at hun derfor klarer i større grad å fokusere mer, og jobbe mer effektivt med eksamen. Den mest studerte ER strategien for *kognitiv endring* er *kognitiv revurdering*. *Kognitiv revurdering* brukes ofte til å redusere negative emosjoner, men den kan også brukes til å øke eller redusere både negative eller positive emosjoner (Samson & Gross, 2012). Den siste ER strategien i prosessmodellen er *responsmodulering*. *Responsmodulering* oppstår senere i den emosjonsgenererende prosessen, og innebærer at man direkte påvirker atferd, opplevelser eller fysiologi knyttet til den emosjonelle responsen. Eksempler på responsmodulering kan være fysiske øvelser, avslapningsøvelser i form av dyp pust, bruk av stimulerende eller mer bedøvende rusmidler, sigaretter og mat. Eksempelvis at ungdommen tar seg en lang joggetur etter at han fikk vite at han blir trukket opp i matematikk til skriftlig eksamen, et fag han opplever som stressende og vanskelig. Joggeturen endrer og regulerer den emosjonelle tilstanden ungdommen var i.

### **1.3 Utvikling av emosjonsregulering**

Emosjonsregulering utvikles gjennom hele barndommen og helt til voksen alder. I følge Izard og kolleger (1991) mangler barn i tidlig spedbarns alder de kognitive og nevrologiske forutsetningene for å kunne regulere sine medfødte emosjonsuttrykk. Disse barna trenger hjelp av andre til å roe seg, men også lære å roe seg uten hjelp av andre. I følge Kopp (1989) starter denne prosessen allerede ved fødsel, der foreldrene er sensitive til barnas signaler, og trøster dem ved behov. Utvikling av selvstendighet er en viktig utviklingsoppgave i barne- og ungdomsalder. I følge Cui og kolleger (2014) innebærer ungdomstiden en overføring av kontroll fra foreldre til ungdom som innebærer økt krav til selvregulering. For å oppnå denne utviklingsoppgaven er evnen til emosjonsregulering, håndtering av uro og stress selv eller sammen med andre viktig. I følge Steinberg & Silk (2003), tenderer ungdommer til å se til

andre jevnaldrende for å få informasjon om hvordan de skal tilpasse seg nye sosiale og emosjonelle situasjoner. Ungdom vender seg også mer mot venner når de har behov for støtte til å håndtere emosjonelt vanskelige situasjoner. Eksempelvis ser man et skille, der barn i førskolealder uttrykker at foreldrene er den viktigste støtten, mens eldre barn rapporterer oftere at de søker støtte hos venner (Tetzchner, 2019). Samtidig vektlegger ungdom særlig deling av følelser og emosjonell støtte i deres beskrivelse av vennskap (Tetzchner, 2019). Fra midten til sen ungdomstid finner man at ungdommene øker sin evne til å tenke rundt egne og andres emosjoner. Dette utvikler ungdommenes selvstendighet, og evne til å håndtere deres emosjoner i en større grad (Compas et al., 2017). I tillegg fører modningen av prefrontal korteks til utvikling av ferdigheter innen eksekutive funksjoner (det kognitive systemet). Dette fører til at ungdommer danner seg flere KER strategier, samt at de i større grad klarer å kontrollere deres emosjonelle uttrykk (Thompson & Goodman, 2010). I korte trekk skjer det utviklingsmessig flere endringer fra barn til ungdomstid. Man går fra reaktiv regulering hos spedbarn og yngre barn, til mer viljestyrt regulering hos eldre barn og ungdom. Man ser også en utvikling fra å søke beskyttelse og hjelp fra voksne, til selvregulering av egen tilstand og hjelpesøking hos jevnaldrende (Tetzchner, 2019). Til sist ser vi også en utvikling av det kognitive systemet, noe som muliggjør dannelse av nye KER strategier, potensiell modning av bruken av eksisterende strategier, noe som gir et bredere repertoar, og en potensielt mer effektiv og konstruktiv bruk av KER strategier for å regulere emosjonelle tilstander hos ungdom, sammenlignet med yngre barn og barn.

Ettersom feltet på emosjonsregulering er stort og mangler en klar konsensus på klassifisering av emosjonsreguleringsstrategier, har jeg valgt å fokusere på de kognitive emosjonsreguleringsstrategiene (KER strategier) innenfor det teoretiske kognitive emosjonsreguleringsstrategi (KERS) rammeverket til Garnefski (Garnefski et al., 2001, 2006; Garnefski & Kraaij, 2006b, 2007).

## **1.4 Kognitiv emosjonsregulering og psykopatologi**

### ***Kognitiv emosjonsregulering***

Det antas at emosjonsregulering spiller en nøkkelrolle i utvikling av resiliens og risiko for psykopatologi i barndom og ungdomstiden (Compas et al., 2017; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2016). I denne delen redegjør jeg for teorien og empirien knyttet kognitiv emosjonsregulering (KER) og sammenhengen mellom kognitiv emosjonsreguleringsstrategier (KER strategier) og psykopatologi. Jeg begynner først med å



redegjøre for de kognitive emosjonsreguleringsstrategiene (KER strategier) i KERS rammeverket, generelt, så for ungdom. Deretter redegjør jeg for teorien og empirien på sammenhengen mellom KER strategier og psykisk helse, generelt, men med hovedvekt på ungdom. Det eksisterer et kunnskapshull generelt for sammenhengen mellom KER strategier og psykisk helse, særlig av ungdom (Compas et al., 2017; Garnefski et al., 2001, 2002, 2005; Garnefski & Kraaij, 2018; Legerstee et al., 2011; Moltrecht et al., 2021). Denne hovedoppgaven vil derfor fremstå som mer utforskende, og vil derfor ikke gå i dypere detalj på sammenhengen mellom KER strategier og psykisk helse, eksempelvis gruppeforskjeller i KER strategier og psykisk helse som kjønnsforskjeller eller forskjeller mellom ulike aldersgrupper, eksempelvis ungdom og voksne. KERS rammeverket kan forstås som et hybrid mellom top-down og bottom-up rammeverk basert på syntetisering av tidligere teorier og empiri på mestring (eng. Coping) og emosjonsregulering (Garnefski et al., 2001, 2003). KER er knyttet til den bevisste, kognitive måten å håndtere emosjonelt aktiverende informasjon på (Thompson, 1991). KERS rammeverket består av ni konseptuelt forskjellige strategier, knyttet til hvordan barn, ungdom og voksne kan bruke kognitive strategier for å regulere dere emosjonelle tilstand i møte med indre eller ytre stressorer, spesifikt knyttet til en truende eller stressende hendelse (Garnefski et al., 2001, 2002, 2004, 2006; Garnefski & Kraaij, 2007, 2018). De kognitive emosjonsreguleringsstrategiene (KER strategier) er *katastrofetenkning, grubling, selvbebreidelse og bebreidelse av andre* (uhensiktsmessige strategier) og *planlegging, aksept, positiv refokusering, positiv revurdering, og sette i perspektiv* (hensiktsmessige strategier) (Garnefski et al., 2001, 2006; Garnefski & Kraaij, 2007). Strategiene, som vist over, har blitt teoretisk oppdelt i hensiktsmessige og uhensiktsmessige strategier i sammenheng med psykopatologi, på tvers av land, aldersgrupper og kjønn, noe som også bekreftes av flere funn (Garnefski et al., 2001, 2002, 2003, 2009; Garnefski & Kraaij, 2014, 2018; Legerstee et al., 2011; Potthoff et al., 2016). KER strategiene har vist seg å ha en konsekvent sammenheng knyttet til spesifikt til internaliserende psykopatologi, i hovedsak symptomer på angst og depresjon, hos barn, ungdom og voksne (Garnefski et al., 2004, 2006; Garnefski & Kraaij, 2018; Zlomke & Hahn, 2010). Forskning har vist at det eksisterer gruppeforskjeller i rapportering av KER strategier samt, gruppeforskjeller i sammenheng mellom KER strategier og psykisk helse (Garnefski et al., 2001, 2002, 2003, 2004, 2006; Garnefski & Kraaij, 2018; Zlomke & Hahn, 2010). Videre har noen studier vist at de KER strategiene som indikeres å være de sterkeste prediktorene for psykisk helse hos normalpopulasjon av ungdom, er *katastrofetenkning, grubling,*

*selvbebreidelse, positiv revurdering, og positiv revurdering* (Garnefski et al., 2002, 2003; Garnefski & Kraaij, 2006a, 2018). Ettersom KERS rammeverket ikke er bygd på en sterk helhetlig teori, men strategiene er hentet fra ulike teorier, er det lite teori som underbygger funnene mellom bruken av KER strategier og psykisk helse. Jeg redegjør først for teorien som har mest hold i sammenhengen mellom KER strategier og psykisk helse, før jeg går videre på redegjøre for de empiriske funnene i bruken av KER strategiene og sammenhengen mellom KER strategier og psykisk helse. Dette er interessante funn, men de utgår fokuset i denne hovedoppgaven.

### ***Kognitiv emosjonsreguleringsstrategier og sammenhengen med psykisk helse***

Garnefski (Garnefski & Kraaij, 2018) argumenterer for at ulike kognitive strategier er knyttet unikt til enten angst eller depresjon hos ungdom. Videre har Garnefski argumentert for at Becks kognitive innholds-spesifitets modell er en god teoretisk modell som kan hjelpe å forklare funnene mellom KER strategier og psykisk helse (Garnefski & Kraaij, 2018).

Forskningsfunn har vist at særlig *katastrofetenkning, grubling, selvbebreidelse, positiv revurdering, og positiv revurdering* har konsekvent sammenheng med psykisk helse på tvers av ulike gruppe utvalg (Garnefski et al., 2001, 2002, 2003, 2009; Garnefski & Kraaij, 2014, 2018; Legerstee et al., 2011; Potthoff et al., 2016). Jeg begynner derfor med først å redegjøre for det som fins av teori og empiri for de mer uhensiktsmessige strategiene som *selvbebreidelse og grubling* og deretter redegjør jeg for de hensiktsmessige strategiene.

*Selvbebreidelse* referer til tanker om å bebreide seg selv for hva man har opplevd (Garnefski et al., 2001), eksempelvis «det er min skyld at mamma er sliten og kjefter på meg». *Grubling* innebærer å tenke på de følelsene eller tankene som er knyttet til en negativ eller opprørende hendelse. *Grubling* har vist seg i flere studier å ha en sammenheng med internalisering som angst og depresjon hos barn, ungdom og voksne (McLaughlin et al., 2011), eksempelvis gjentakende tanker knyttet til en emosjonell tilstand som «jeg gruer meg til å gå på skolen». *Katastrofetenkning* innebærer at man tenker på tanker som forsterker ubehaget ved den ubehagelige hendelsen, eksempelvis «hvis jeg ikke klarer eksamen så vil fremtiden min gå i grus». Garnefski og Kraaij (2018) fant i sin studie at KER strategiene *selvbebreidelse og grubling*, hadde en unik sammenheng med depresjon, og at *katastrofetenkning* hadde en unik sammenheng med angst, funn som tidligere studier på barn og eldre barn, også har vist (Epkins et al., 2013; Verstraeten et al., 2011). Forfatterne argumenterte for at disse funnene kunne bli forklart av Becks innholds-spesifitets modell (Garnefski & Kraaij, 2018). I følge Becks kognitive innhold-spesifitets modell mente Beck at tanker karakterisert av negativ

evaluering av selvet, fortiden og fremtiden har en sammenheng med depresjon. Denne negative evalueringen kan ses i sammenheng med KER strategiene *selvbebreidelse* og *grubling*. Videre argumenterte Beck for at angst er unikt karakterisert av tanker knyttet til overestimering av trusler og potensiell skade (Beck et al., 1987). Denne overestimeringen av trusler og farer kan ses i sammenheng med KER strategien *katastrofetenkning*. Garnefski og kolleger (2003; 2018) argumenterte videre med at personer som rapporterer bruk av disse strategiene, sannsynligvis kan være mer sårbare til emosjonelle problemer, sammenlignet med andre. *Bebreidelse av andre* innebærer at man tanker at andre er skyld *i det* du har opplevd, eksempelvis at en ungdom tenker «det er pappas skyld at jeg mistrives på skolen, fordi det var han som valgte den skolen». Forskning har vist at *bebreidelse av andre* har en sammenheng med eksternaliserende atferd, som aggresjon og antisosial atferd (Helmond et al., 2015). Videre har det blitt teoretisert at ungdommers bruk av å *bebreide andre*, kan på den ene siden beskytte individet mot bebreidelse eller et negativt selvbilde, mens på den andre siden kan denne strategien fremme aggresjon og antisosial atferd (Barriga et al., 2000). Studier på forskjellige utvalg har vist at *bebreidelse av andre* har en sammenheng med redusert emosjonelt velvære (Tennen & Affleck, 1990). En nyere studie av Garnefski (2018) på ungdom fant at *bebreidelse av andre* hadde en sammenheng med angst symptomer. Oppsummert fremstår *grubling*, *selvbebreidelse* og *katastrofetenkning* som de viktigste strategiene med sterkest sammenheng med psykopatologi.

*Positiv refokusering* innebærer å tenke på hyggelige og behagelige opplevelser istedenfor den opprørende hendelsen. Eksempelvis at en ungdom skifter indre fokus fra en negativ opplevelse, til at han tenker at han skal dra på bowling med gutta, noe han vet fra erfaring blir hyggelig. Denne strategien kan bli ansett som en form for «mental frakobling», og blir definert som å refokusere eller vende tanker mot mer positive hendelser. Hensikten med denne strategien er å tenke mindre på den opprørende hendelsen (Garnefski et al., 2001). Garnefski (2001) argumenterte for at det kan være hensiktsmessig å endre fokus fra det ubehagelige, til noe mer positivt kortsiktig, men at en slik strategi kan være dysfunksjonelt langsiktig. Det er få studier som bekrefter sammenhengen mellom *positiv refokusering* og psykisk helse. En studie som sammenlignet ungdom og voksne, fant eksempelvis hos voksne at *positiv refokusering* hadde en signifikant sammenheng med angst symptomer, men sammenhengen var svak. En nyere studie fant at *positiv refokusering* hadde en signifikant sammenheng med depresjon, men sammenhengen var svak (Garnefski & Kraaij, 2018). *Positiv revurdering* er knyttet til tanker om å tilskrive en positiv mening til en hendelse ut fra

et perspektiv om personlig vekst. Eksempelvis at en ungdom som ble mobbet i ettertid tenker «jeg ble mobbet, men jeg skal bli en bedre person enn de som mobbet meg». Flere studier har vist at *positiv refokusering* har en negativ sammenheng med psykisk helse hos ungdom og voksne (Garnefski et al., 2001, 2005; Garnefski & Kraaij, 2007). En nyere studie av Garnefski og kolleger av ungdom, fant at *positiv revurdering* hadde en negativ sammenheng med depressive symptomer, men ikke sammenheng med symptomer på angst (Garnefski & Kraaij, 2018). Samtidig var sammenhengen med depressive symptomer svak (Garnefski & Kraaij, 2018). *Sette i perspektiv* er knyttet til tanker om å nedvurdere alvorret en hendelse har, eller dens relativitet sammenlignet med andre hendelser. Eksempelvis at en ungdom tenker «ingen virker til like meg på denne skolen, men det går greit siden jeg har andre venner i fotballen som jeg opplever setter pris på meg». Det er få studier som har bekreftet sammenhengen mellom *sette i perspektiv* og psykisk helse hos ungdom. På den andre viste en studie som sammenlignet fem aldersgrupper, en signifikant sammenheng hos eldre mellom *sette i perspektiv* og depressive symptomer (Garnefski & Kraaij, 2006a). Disse funnene kan indikere en aldersforskjell i bruk av *sette i perspektiv*. *Aksept* refererer til tanker om å akseptere hva du har opplevd. Eksempelvis at ungdommen tenker «jeg føler meg ikke populær på skolen, det er en vond følelse å kjenne på fordi jeg gjerne skulle ønsket å være populær, det er lov å ha det vondt slik jeg har det nå». Werner og Gross (2010) argumenterer for at *aksept* av indre opplevelser er en hensiktsmessig måte å håndtere emosjoner på. Forfatterne mener at å ha en aksepterende holdning til emosjoner, mest sannsynligvis fører til at man unngår dysfunksjonelle reaksjoner til egne emosjoner (Werner & Gross, 2010). Evidens fra forskning på *aksept* hos ungdom har vist at en vanemessig aksepterende holdning til emosjoner er assosiert med mindre symptomer på angst og depresjon (Weinberg & Klonsky, 2009). På den andre siden foreslår Lillis og Hayes (2014) at en tilnærming preget av lav *aksept* for emosjoner, sannsynligvis fører til mer uhensiktsmessige mønstre som unngåelse av emosjoner, som igjen fører til at negative reaksjoner som angst vedvarer. Disse funnene indikerer at *aksept* kan være en viktig strategi som kan forebygge mot patologiutvikling. Derimot er det få studier av ungdom som har bekreftet sammenhengen mellom *aksept* og psykisk helse (Garnefski et al., 2001, 2005; Garnefski & Kraaij, 2018). På den andre siden har studier av voksne og eldre har vist en signifikant sammenheng mellom *aksept* og psykisk helse, men med varierende styrke (Garnefski et al., 2002; Garnefski & Kraaij, 2006a). *Planlegging* innebærer å tenke på hvilke steg man må ta for å håndtere en negative hendelse. Studier har vist at bruk av *planlegging* har en positiv sammenheng med

mål på optimisme og selvfølelse hos studenter (Carver et al., 1989), og har en negativ sammenheng med symptomer på angst og depressive symptomer hos ungdommer og studenter (Becker-Weidman et al., 2010; Carver et al., 1989; Siu & Shek, 2010). Videre har studier vist at en svekket evne til konstruktiv bruk av *planlegging* i en sosial kontekst, har en sammenheng med angst og depressive symptomer hos ungdom (Becker-Weidman et al., 2010; Siu & Shek, 2010). På den andre siden er det få studier som har bekreftet en sammenheng mellom *planlegging* og psykisk helse hos ungdom (Garnefski et al., 2002, 2005; Garnefski & Kraaij, 2006a). En nyere studie av Garnefski og kolleger (2018) av ungdom, fant en signifikant sammenheng mellom *planlegging* og psykisk helse, men denne sammenheng ble ikke signifikant når det ble kontrollert for komorbiditet. Det må nevnes at hvordan en KER strategi brukes, og i hvilken kontekst som KER strategien brukes i, kan påvirke individets psykopatologiske utfall (Aldao, 2013). Aldao (2013) argumenterte videre med at konteksten bestemmer i hvilken grad bruken av en emosjonsreguleringsstrategi er hensiktsmessig eller til og med skadelig, noe som sannsynligvis også vil gjelde for bruken av KER strategier. For eksempel kan en rigid og vanemessig bruk av en hensiktsmessig ER strategi, uavhengig av kontekst, være uhensiktsmessig. På den andre siden kan uhensiktsmessige strategier være hensiktsmessige på kort sikt, men uhensiktsmessig på lang sikt (Aldao, 2013)

### **1.5 Problemstillingene for denne hovedoppgaven**

Vi vet lite om ungdommers bruk av kognitive emosjonsreguleringsstrategier (KER strategier). Vi vet heller ikke hvordan ungdommers bruk av KER strategier utspiller seg under potensielt stressende og kronisk vedvarende forhold som en pandemi. Kartlegging av hvilke KER strategier normal populasjonen av ungdommer bruker under en pandemi, kan derfor være nyttig for identifisering av potensielle risikofaktorer for utvikling av symptomer på angst og depresjon. Kartlegging av KER strategier kan også være nyttig for tilpasning av psykososiale intervensjoner og utvikling av forebyggingsprogrammer rettet mot forebygging av depresjon og angst symptomer hos ungdom. En omfangsundersøkelse av KER strategier av ungdom har heller ikke blitt utført i Norge tidligere, og heller ikke under en pandemi, noe som er unikt med denne hovedoppgaven. Problemstillingene i denne hovedoppgaven blir derfor: Hvilke strategier bruker norske ungdommer fordelt på kjønn og alder? Og hvordan er disse strategiene relatert til psykisk helse under en pandemi?

## 2 Metode

Utgangspunktet for denne hovedoppgaven er kvantitativt datamateriale hentet fra Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress' studie, COPE YOUTH-studien. COPE YOUTH-studien er en del av en landsomfattende undersøkelse av vold, overgrep og psykisk helse blant ungdom i Norge, under nedstengningen våren 2020. Resultatene fra COPE YOUTH-studien gjenspeiler tilstandsbildet i Norge i juni 2020, der skolene nettopp hadde gjenåpnet etter to måneders nedstengning. Undersøkelsen ble utført ved bruk av et digitalt spørreskjema, der elevene kunne besvare spørsmål på telefon, PC eller nettbrett.

### 2.1 Utvalg

Utvalget i denne studien var 3575 ungdommer. Ungdommene var elever som gikk i 8. til 10. klasse, i alderen 13-16år (gjennomsnittsalderen var 14,7 år). Av alle elevene på deltakende skoler (4968 elever per juni 2020), var det 3575 av elevene som var tilstede og deltok på undersøkelsesdagen. Dette gav en responsrate på 71,9%. Fordelingen mellom gutter (49,0 %) og jenter (50,1 %) var nesten lik. Det var også 0,9 % av utvalget som ikke opplevde at den binære kjønnsfordelingen passet dem. Det var 69,6 % som bodde sammen med foreldrene på undersøkelsestidspunktet. Elever som hadde foreldre fra land utenfor Norden representerte 10 % av utvalget.

### 2.2 Prosedyre

Skolene som ble invitert til studien måtte først akseptere deltagelse. De skolene som valgte å delta i studien fikk ansvar for å sende ut informasjon til elevene. Elevene mottok informasjon om undersøkelsen omtrent en uke i forveien av gjennomføringen. I tillegg skulle skolene informere elevene muntlig i klasserommet i forbindelse med utdeling av informasjonsskrivet. Ved orientering av elevene var det viktig at elevene skulle oppfatte deltagelse som reelt frivillig, samtidig som at flest mulig ville delta for å fremskaffe reelle omfangstall. Det ble derfor fremhevet at potensielle deltagere skulle få grundig og nyansert nok informasjon til å kunne ta stilling til deltagelse, uten en opplevelse av overtalelse eller press fra skolen. I tillegg ble elevene vist en to minutter lang animasjonsfilm på forhånd av undersøkelsen for å sikre at informasjonen som ble gitt var forståelig, relevant, alderstilpasset og lik for flest mulig. Selve undersøkelsen ble utført klassevis i skoletiden, hvor én lærer fikk hovedansvaret for gjennomføringen. Selve utfyllingen av spørreskjemaet tok omkring 15 minutter å gjennomføre, og alle elevene måtte være i klasserommet til undersøkelsen var over (60

minutter). For å starte undersøkelsen, måtte elevene logge seg på innloggingsløsningen Feide, hvor de fikk mulighet til å velge mellom å samtykke eller ikke samtykke til å delta.

Samtykkende elever ble sendt videre til spørreskjemaet. Ikke samtykkende elever ble sendt til en nettside med skolerelaterte oppgaver som de kunne jobbe med til timen var over. Denne løsningen ble valgt for å skjerme synligheten til de hvem som deltok i undersøkelsen.

Grunnet deltagerens lave alder, samt undersøkelsens innhold av sensitive temaer, inneholdt spørreskjemaet et kontaktskjema med fire alternativer der elevene kunne be om oppfølging av en voksen hjelper etter undersøkelsen. Ungdommene kunne velge om de ønsket kontakt med helsesykepleier på skolen, en lærer på skolen de selv kunne velge, barnevernstjenesten i kommunen, og til sist en voksen fra Røde Kors hjelpetelefon for barn og unge.

### 2.3 Spørreskjemaene

Spørreskjemaene bestod av skalaer for å måle bakgrunnsvariabler, og for å måle variabler knyttet til ulike tema som familieøkonomi, bosituasjon, pandemifrykt, konfliktnivå i familien, helse og søvn, og tidligere kontakt med hjelpeinstanser. Skalaene mest relevante for denne hovedoppgavens problemstillinger er knyttet til temaet helse og søvn (emosjonsregulering og psykisk helse).

#### *Måleskalaene*

I denne hovedoppgaven er det tatt utgangspunkt i to skalaer. Den ene er en skala for kognitive emosjonsreguleringsstrategier som heter: Kognitiv emosjonsregulerings spørreskjemaet (KERS) (Garnefski et al., 2001, 2002, 2004, 2006; Garnefski & Kraaij, 2007, 2018, 2018). Den andre skalaen er en symptomsjekkliste som heter Hopkins Symptom Checklist (HSCL; Derogatis et al., 1974).

**Måleskalaen: Kognitiv emosjonsregulerings spørreskjemaet (Kortversjon, KERS-s).** For kartlegging av kognitive emosjonsreguleringsstrategier ble kortversjonen av instrumentet kognitiv emosjonsregulerings spørreskjemaet (KERS-s) brukt (Garnefski et al., 2001; Garnefski & Kraaij, 2006b) brukt. KERS-s har vist gode psykometriske egenskaper blant ungdom og voksne, men med en noe svakere validitet sammenlignet med fullversjonen (Ireland et al., 2017). KERS var det første spørreskjemaet som eksplisitt målte spesifikke KER strategier som individer bruker i møte med truende opplevelser eller stressende livshendelser (Garnefski et al., 2001; Garnefski & Kraaij, 2007). Spørreskjemaet har blitt en av de mest brukte målene på emosjonsregulering (Ireland et al., 2017). KERS-s består av ni

delskalaer, med to ledd per delskala, med totalt 18 ledd. Delskalaene refererer til ulike KER strategier knyttet til hva noen tenker etter en truende eller stressende opplevelse:

*Selvbearbeidelse, bearbeidelse av andre, grubling, katastrofetenkning, sette i perspektiv, positiv refokusering, positiv revurdering, aksept og planlegging* (Garnefski et al., 2001).

KERS kan bli brukt for å måle KER strategier som kjennetegner individets responsstil til stressende hendelser, eller hvilke KER strategier som brukes i spesifikke stressende hendelser eller situasjoner. Spørreskjemaer er basert på selvrapporing, og kan bli administrert til individer fra 12 år. Leddene besvares på en 5 punkts likert skala, med graderinger fra 1 (nesten aldri), 2 (av og til), 3 (vanlig vis), 4 (ofte), og 5 (nesten alltid). Leddene arter seg for eksempel som: «jeg tenker at jeg må akseptere at dette har skjedd», «jeg tenker ofte på hva jeg føler om det jeg har opplevd» og lignende. Skåring av delskalaene får man ved å summere skårene til hver gitte delskala, som rangeres fra 2-10. Desto høyere skåren på delskalaen er, desto mer blir en spesifikk kognitiv strategi brukt.

**Måleskalaen: Hopkins Symptom Checklist-10 (HSCL-10).** I kartlegging av psykisk helse ble en 10-spørsmålsversjon av Hopkins Symptom Checklist (HSCL; Derogatis et al., 1974) brukt. Sjekklisten har blitt vurdert til å være et reliabelt og validert mål på psykisk helse (Strand et al., 2003), og har blitt mye brukt i befolkningsstudier for å måle psykologisk ubehag knyttet til angst og depresjon (Strand et al., 2003). Den viser også god reliabilitet og validitet blant ungdom og minoriteter (Kleppang & Hagquist, 2016; Strand et al., 2003). HSCL-10 (Strand et al., 2003) har omtrentlig lik sensitivitet og spesifisitet for å oppdage psykologiske symptomer eller globalt ubehag som den mer brukte versjonen HSCL-25. SCL-10 korrelerer også høyt med 25 ledd versjonen (Strand et al., 2003). Leddene besvares på en 4 punkts likert skala, med graderinger fra 0 (ikke plaget), 1 (litt plaget), 2 (ganske plaget), 3 (veldig plaget) etter respondentens opplevelse av å være plaget av gitte symptomer de siste 14 dagene. Eksempel på noen av de 10 leddene i HSCL-10 er: «Plutselig frykt uten grunn», «følt deg redd eller engstelig» og lignende. Gjennomsnittsskåren blir kalkulert gjennom å dele total skåren på antall besvarte ledd. Gjennomsnittsskåren rangerer mellom 1.00-4.00 og blir brukt som et mål på ubehag.

## 2.4 Etske forskningshensyn

### *Informert samtykke*

Når det gjelder rekruttering av ungdom til studien var det viktig å gi ungdommene en opplevelse av reell frivillighet ettersom undersøkelsen ble gjennomført i klasserommet.



Opplevelsen av frivillighet ble fasilitert for det første gjennom at skolene ble instruert til ikke å overbevise eller presse elevene til å delta i undersøkelsen. For det andre fikk elevene et informasjonsskriv om undersøkelsen en uke i forveien, slik at de skulle få nok tid til å tenke seg om, og eventuelt avstå fra samtykke om de ønsker det. For det tredje ble lærerne som muntlig gav ut informasjonen til sin respektive klasse, instruert til å gi ut informasjonen innenfor rammene av informasjonsskrivet. Til sist fikk også elevene se en informasjonsfilm i forkant av undersøkelsen på undersøkelsesdagen, slik at elevene fikk viktig informasjon både verbalt og visuelt. Informasjonsfilmen ble designet på en måte som skulle formidle informasjonen på en forståelig, alderstilpasset og mest mulig lik måte for alle elevene som ble invitert til å delta. Informasjonsfilmen inneholdt hovedpoengene som stod i informasjonsskrivet som elevene fikk i forveien av undersøkelsesdagen, i tillegg til informasjon om formålet med undersøkelsen, deltakernes rettigheter (eksempelvis rett til å avstå fra samtykke), informasjon om hvordan nettskjemaet fungerte, og hvordan signalisere ønske om kontakt med en voksen om behovet skulle melde seg, etter undersøkelsen. Ved å formidle informasjonen gjennom film tok man også hensyn til elever med lese- og skrivevansker, og elever med generelle oppmerksomhetsvansker.

### ***Ivaretagelse***

Et annet aspekt er ungdommenes ivaretagelse under og etter undersøkelsen. I COPE YOUTH-studien kunne elevene samtykke til deltakelse, uten foreldrenes samtykke i forkant, noe som stiller ytterligere krav til en god ivaretagelse av deltagerne. Forskningsprosjekt som innebærer forskning av barn og ungdom, krever særskilte etiske vurderinger. COPE YOUTH-studien er godkjent av Regional etisk komité (REK) for medisinsk og helsefaglig forskning, Region Øst. Denne godkjenningen viser at COPE YOUTH-studien tilfredsstillende høye etiske krav. Eksempelvis kunne elevene delta i undersøkelsen, og selv velge å samtykke eller avstå fra samtykke, ved å logge seg Feide, som er en sikker innloggingsløsning. Dette er knyttet til forskrift om barn og unge mellom 12-16 år sin rett til selv å samtykke i forskning (Helseforskningsloven § 17). I tillegg ble det skapt en løsning som gjorde at de ungdommene som valgte ikke å samtykke til deltagelse, istedenfor fikk skolerelaterte oppgaver de kunne jobbe med istedenfor. Hensikten var å unngå at ikke deltagende elever skulle skille seg ut og virke påfallende at de ikke deltok. Et annet aspekt ved ivaretagelse er temaene som undersøkelsen berørte. Temaene som ble undersøkt i COPE YOUTH-studien var sensitive tema som vold, overgrep og helseplager hos ungdom. Temaene kunne derfor oppleves som potensielt opprørende for ungdommen. Disse sidene ved undersøkelsen skaper større krav til

ivaretagelse av deltagerne siden foreldrene er ukjente med barnets deltagelse, og får derfor ikke ivare tatt og beskyttet barnet sitt i like stor grad. COPE YOUTH-studien ble derfor gjennomført på et tidspunkt der man var sikker på at elevene hadde mulighet til å be om hjelp fra lærer eller skolehelsetjenesten. Eksempelvis inneholdt spørreskjemaet et kontaktskjema hvor ungdommer som hadde behov for oppfølging av en voksen hjelper, etter undersøkelsen, fikk muligheten til å velge mellom ulike alternativer for oppfølging. Gjennomføringen startet derfor først når skolene åpnet igjen etter den nasjonale skole nedstengingen våren 2020. På den måten kunne man øke sjansen for å være mer sikker på at ungdommene hadde tilgang på hjelp og støtte, under og etter undersøkelsen om de ønsket det.

## 2.5 Statistiske analyser

Alle statistiske analyser ble utført ved hjelp av analyseverktøyet SPSS, versjon 27.0 (IBM Corp., 2020). Gjennomsnitt, standardavvik, alpha reliabilitet, og Pearsons korrelasjon ble gitt for alle studiens variabler. For beregning av reliabilitet av KERS-S delskalaene, ble Spearman Brown reliabilitet brukt ettersom denne metoden er anbefalt når man skal vurdere reliabilitet til skalaer som har to ledd (Eisinga et al., 2013). Ved vurdering av statistisk signifikans ble signifikansnivå 0,05 benyttet, på grunnlag av at dette er en standard som jevnlig brukes i forskning. Korrelasjoner ble kalkulert mellom spesifikke kognitive emosjonsreguleringsstrategier og psykiske helse. To multippel regresjons analyser (MRA) ble utført med psykiske helse som den avhengige variabelen, kontrollert for og ikke kontrollert for kjønn og alder. Kjønn, alder og de ni KER strategiene ble brukt som uavhengige variabler. En independent-samples t-test ble utført for å undersøke om det var kjønnsforskjeller i bruk av de ni KER strategiene. Cohens d ble brukt for å angi styrke til kjønnsforskjellene. Cohens d er brukt for tolkning av effektstørrelser innenfor atferdsvitenskap (Cohen, 1988). Retningslinjene til Cohen referer til effektstørrelsene som små ( $d=.2$ ), medium ( $d=.5$ ) og stor ( $d=.8$ ).

## 3 Resultater

I resultatdelen vil jeg presentere hvilke kognitive emosjonsreguleringsstrategier (KER strategier) ungdom i Norge bruker, fordelt på kjønn og alder (problemstilling 1), og hvilken sammenheng KER strategiene har med kjønn og psykisk helse under en pandemi (problemstilling 2).

### 3.1 Deskriptiv analyse, korrelasjoner og t-test av kjønnsforskjeller

Tabell 1.1. gir en oversikt over utvalget. Gjennomsnittsalderen var 14,5 år. Det var 69,6 % som bodde sammen med foreldrene i undersøkelsestidspunktet, 9,9 % bodde like mye hos hver av foreldrene, mens 20,5 % hadde andre bosituasjoner. Når det gjelder familie økonomi opplevde 98,4 % av utvalget at familien hadde god økonomisk råd, mens 1,6 % opplevde at familien ikke hadde god råd. Sistnevnte underbygges av at 98,0 % av ungdommene opplevde at familien hadde råd til aktiviteter, mens 2,0 % opplevde at familien ikke hadde råd til aktiviteter. Gjennom hele spørreskjemaet har det vært litt variert hvor mange som har besvart spørsmålene. Tabell 1.1 viser at 3548 av ungdommene besvarte undersøkelsen fullstendig.

Gjennomsnittskårer og standardavvik for de kognitive emosjonsregulerings strategiene og psykiske helse i utvalget er vist i Tabell 1.2. Generelt sett ble bruken av de mer hensiktsmessige strategiene rapportert oftere (eksempelvis *sette i perspektiv*, *positiv refokusering med mer*), sammenlignet med de mer uhensiktsmessige strategiene (eksempelvis *katastrofetenkning*, *bebreidelse av andre*). Den kognitive emosjonsregulerings (KER) strategien som er rapportert som mest brukt på tvers av kjønn er *aksept*. Den KER strategiene som er rapportert som minst brukt på tvers av kjønn er *katastrofetenkning*. Guttene rapporterer mest bruk av KER strategien *aksept*, og minst bruk av *katastrofetenkning*. Hos jentene rapporteres også KER strategien *aksept* som mest brukt, mens det var en kjønnsforskjell i hvilken strategi jentene rapporterte minst som var *bebreidelse av andre*.

Tabell 1.2 viser resultatene av en independent-sample t-test for å undersøke om det var kjønnsforskjeller i bruk av de ni kognitive emosjonsregulerings strategiene. Analysen viste at det var betydelige kjønnsforskjeller mellom gutter og jenter på bruk av 7 av 9 strategiene. Det var en signifikant forskjell mellom gutter og jenter i rapportering av KER strategiene *grubling*, *katastrofetenkning*, *sette i perspektiv*, *selvbebreidelse*, *planlegging*, *positiv refokusering* og *positiv revurdering*. Jenter rapporterte generelt høyere bruk på disse KER strategiene sammenlignet med gutter. *Bebreidelse av andre*, og *aksept* viste ikke signifikante forskjeller i bruk av strategiene mellom gutter og jenter. Funnene fra analyse på kjønnsforskjeller i bruken av KER strategier, viste at styrken i bruken av KER strategiene var høyest for *grubling*, og *katastrofetenkning*, med en styrke på noe under

**Tabell 1.1***Deskriptiv statistikk av utvalget i COPE YOUTH-studien (n=3548)*

Variabler	Total (n=)	Prosent %
<b>Kjønn</b>		
Gutt	1738	49.0
Jente	1777	50.1
Annet	33	0.9
<b>Alder</b>		
13	567	15.9
14	1170	32.9
15	1237	34.8
16	581	16.3
<b>Familie</b>		
Bor med begge foreldre	2461	69.6
Bor like mye hos hver av foreldrene	349	9.9
Annet	725	20.5
<b>Familieøkonomi</b>		
Råd til å kjøpe det vi trenger	3477	98.4
Ikke råd til å kjøpe det vi trenger	56	1.6
Råd til aktiviteter	3420	98.0
Ikke råd til aktiviteter	69	2.0

medium. *Sette i perspektiv* viste en liten-medium styrke. KER strategiene *selvbebreidelse* og *planlegging* viste en i underkant liten styrke på kjønnsforskjeller. For de resterende KER strategiene *positiv revurdering*, *bebreidelse av andre* og *aksept* fant man en veldig lav styrke

i kjønnsforskjeller. Til sist ser vi også en betydelig forskjell i rapporterte psykisk ubehag hos gutter sammenlignet med jenter.

Tabell 2 viser korrelasjonene mellom KERS delskalaene og psykisk helse. Pearsons korrelasjoner mellom KERS delskalaer og psykisk helse rangerte mellom .02 (*positiv revurdering*) og .43 (*katastrofetenkning*). Alle strategiene hadde en signifikant sammenheng med psykisk helse med unntak av *positiv revurdering*. Strategiene som var moderat positivt korrelert med psykisk helse var *katastrofetenkning*, og *selvbebreidelse*, som betyr at de også rapporterte moderate psykisk ubehag. Strategiene som var svakt positivt korrelert med psykisk helse var *grubling*, som betyr at de også rapporterte lave nivåer av psykisk ubehag. Strategiene som var veldig svakt positivt korrelert med psykisk helse var *sette i perspektiv*, *bebreidelse av andre*, *planlegging*, *aksept*, *positiv revurdering*. Dette betyr at ungdommer som rapporterte disse strategiene, også rapporterte veldig lave nivåer av psykisk ubehag. *Positiv refokusering* var den eneste strategien som var negativt, men veldig svakt korrelert med psykisk helse. Dette betyr at desto mer ungdommene rapporterte bruk av denne strategien, desto mindre psykisk ubehag rapporterte de.

### 3.2 Multippel regresjonsanalyse

Tabell 3 viser resultatene av en multippel regresjonsanalyse (MRA) på sammenhengen mellom KER strategier og psykiske helse, kontrollert for og ikke kontrollert for kjønn og alder. Alle KER strategiene hadde en signifikant sammenheng med psykisk helse på 1 % nivå, med unntak av *aksept* og *bebreidelse av andre*. Signifikant positiv effekt ble funnet mellom KER strategiene *katastrofetenkning*, *selvbebreidelse*, *grubling*, og *sette i perspektiv* og psykisk helse. For KER strategiene *planlegging*, *positiv refokusering* og *positiv revurdering* ble det funnet en signifikant negativ effekt mellom disse strategiene og psykisk helse. KER strategiene *aksept* og *bebreidelse av andre* var ikke signifikante. Signifikant positiv og negativ effekt ble funnet for de samme variablene når det ble kontrollert for kjønn og alder. KER strategiene *aksept* og *bebreidelse av andre* var også ikke signifikant her.

## 4 Diskusjon

Hovedfokuset for denne hovedoppgaven var for det første å undersøke hvilke kognitive emosjonsregulerings strategier (KER strategier) norske ungdommer bruker, fordelt på kjønn og alder under COVID-19-pandemien (problemstilling 1). For det andre var et tilleggs fokus å undersøke hvordan disse strategiene er relatert til psykisk helse under COVID-19-pandemien

(problemstilling 2). Ettersom hovedfokuset var å undersøke hvilke KER strategier norske ungdommer bruker, vil disse funnene bli diskutert først. Deretter vil en etterfølgende diskusjon av sammenhengen mellom hvilke KER strategier norske ungdommer bruker og

**Tabell 1.2**

*Beskrivelse av utvalget fordelt etter KERS delskalaer, og independent-sample t-test på kjønnsforskjeller i bruk av KER strategier*

Variabel	M(SD) Total	M(SD) Gutter	M(SD) Jenter	T	P	Effektstørrelse <sup>a</sup>
Alder	14.51 (0.95)	14.51 (0.95)	14.53 (0.95)			
<b>KERS delskalaer</b>						
Selvbebreidelse	1.97 (0.99)	1.88 (0.93)	2.04 (1.03)	4.46	<.01	.16
Bebreidelse av andre	1.88 (0.89)	1.86 (0.90)	1.90 (0.87)	1.13	.26	.04
Grubling	2.41 (1.13)	2.18 (1.10)	2.63 (1.12)	11,27	<.01	.41
Katastrofetenkning	1.80 (0.99)	1.60 (0.88)	1.98 (1.05)	10.70	<.01	.39
Sette i perspektiv	2.41 (1.12)	2.26 (1.09)	2.56 (1.13)	7.41	<.01	.27
Positiv refokusering	2.34 (1.14)	2.27 (1.15)	2.41 (1.12)	3.55	<.01	.13
Positiv revurdering	2.57 (1.17)	2.52 (1.20)	2.61 (1.14)	2.13	<.05	.08
Aksept	2.72 (1.21)	2.74 (1.27)	2.70 (1.15)	-.79	.43	-.03
Planlegging	2.39 (1.08)	2.30 (1.12)	2.47 (1.04)	4.17	<.01	.15
Psykisk helse	0.55 (0.64)	0.35 (0.49)	0.73 (0.71)		<.01	

\*p<.05.;\*\*p<.01.;\*\*\*p<.001.

<sup>a</sup> Effektstørrelser er rapportert som Cohen`s d.

psykisk helse, bli presentert. Deretter vil jeg drøfte styrker og begrensninger og redegjøre for potensielle implikasjoner for fremtidig forskning. Til sist avslutter jeg med en oppsummerende konklusjon.

**Tabell 3**

*MRA på psykiske helse kontrollert for, og ikke kontrollert for kjønn og alder*

	Psykisk helse					
	Psykisk helse			Psykisk helse kontrollert for kjønn og alder		
	B <sup>a</sup>	β <sup>b</sup>	P	B <sup>a</sup>	β <sup>b</sup>	P
Kjønn				-.24	-.19	<.001
Alder				-.02	.03	<.05
<b>KERS delskalaer</b>						
Selvbredidelse	.16	.24	.00	.16	.25	<.01
Bebredidelse av andre	.01	.01	.59	.02	.03	.15
Aksept	-.02	-.03	.11	-.01	-.01	.63
Planlegging	-.07	-.12	.00	-.06	-.11	<.01
Positiv refokusering	-.06	-.11	.00	-.06	-.11	<.01
Grubling	.09	.16	.00	.07	.12	<.01
Positiv revurdering	-.06	-.11	.00	-.06	-.10	<.01
Sette i perspektiv	.06	.11	.00	.05	.08	<.01
Katastrofetenkning	.19	.29	.00	.17	.26	<.01

\*p<.05.;\*\*p<.01.;\*\*\*p<.001.

<sup>a</sup> Ustandardisert beta koeffisient, <sup>b</sup> Standardisert beta koeffisient

**Tabell 2.***Pearsons korrelasjoner for alle variabler*

Variabel	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Alder	-											
2. Kjønn	-.03	-										
3. HSCL	.06**	-.26**	-									
4. Selvbekreidelse	.09**	-.07**	.40**	-								
5. Bekreidelse av andre	.04*	-.02	.13**	.16**	-							
6. Aksept	.18**	.02	.06**	.30**	.19**	-						
7. Planlegging	.39*	-.08**	.10**	.43**	.30**	.39**	-					
8. Positiv refokusering	.00	-.06**	-.07**	.08**	.24**	.37**	.38**	-				
9. Grubling	.08**	-.19**	.30**	.46**	.28**	.39**	.51**	.26**	-			
10. Positiv revurdering	.13**	-.04*	.02	.29**	.23**	.55**	.56**	.47**	.51**	-		
11. Sette i perspektiv	.07**	-.13**	.14**	.35**	.28**	.45**	.55**	.42**	.39**	.47**	-	
12. Katastrofetenkning	.04*	-.18**	.43**	.50**	.33**	.16**	.29**	.11**	.47**	.21**	.20**	-

\*p&lt;.05.; \*\*p&lt;.01.; \*\*\*p&lt;.001.



## 4.1 Hvilke kognitive emosjonsregulerings strategier bruker norsk ungdom?

### *Bruken av kognitive emosjonsregulerings strategier*

Et viktig fokus i denne hovedoppgaven har vært å undersøke hvilke emosjonsregulering norsk ungdom bruker. Hovedfunnene i denne oppgaven viser at de mer hensiktsmessige (eksempelvis *sette i perspektiv, planlegging*) strategiene ble rapportert oftere brukt enn de mer uhensiktsmessige (eksempelvis *katastrofetenkning, bebreidelse av andre*), funn som er forventet i undersøkelse av en normalpopulasjon av ungdommer. Funnene bekreftes også av tidligere forskning på bruken av KER strategier av normal populasjon av ungdom, og av voksne (Garnefski et al., 2001, 2002, 2003; Garnefski & Kraaij, 2006a, 2018; Potthoff et al., 2016). Unntaket var rapportering av strategien *grubling* som hadde et relativt høyt gjennomsnitt, sammenlignet med de andre uhensiktsmessige strategiene, noe som også avviker med funn fra andre studier (Garnefski et al., 2002, 2003, 2005; Garnefski & Kraaij, 2018). *Grubling* som definert av Garnefski (2001) innebærer et repeterende fokus på negative tanker og følelser knyttet til en truende hendelse. *Grubling* har vist seg i flere studier å ha en sammenheng med internalisering, som symptomer på angst og depresjon hos barn- og ungdom (McLaughlin et al., 2011). En nyere studie av ungdom fant også at *grubling* hadde en unik sammenheng med depresjon (Garnefski & Kraaij, 2018). Det er vanskelig å si noe om årsaksforhold knyttet til nivået av *grubling* i perioden mai-juni 2020, ettersom COPE YOUTH-studien kun hadde ett måle tidspunkt. På den ene siden rapporterte ungdommene i COPE YOUTH-studien at de var mindre ensomme, enn ungdommene som ble undersøkt to-tre uker etter nedstengningen (Bakken et al., 2020). En mulig grunn til denne forskjellen i ensomhet kan være at undersøkelsen ble gjort under pandemien i perioden der skolene nettopp hadde åpnet etter to måneders nedstengning. Et lette av smittevern tiltak gjorde kanskje at ungdommene i større grad grublet mindre ettersom at ungdommene igjen kunne gå tilbake til skolen, og møte og interagere med sine jevnaldrende i større grad enn før. På den andre siden viste andre funn fra COPE YOUTH-studien at ungdommene ikke var bekymret for seg selv, men at de var bekymret for familiens framtidsutsikter, frykt for å smitte andre familiemedlemmer, endring i familie økonomi om en eller begge av foreldrene mistet jobben, mindre tid og/eller tap av kontakt med jevnaldrende og ensomhet. I tillegg hadde det gått kort tid siden samfunnet var i nedstengning, og situasjonen i samfunnet var ganske uavklart med tanke på vaksinerings og smittesituasjonen. En norsk studie viste at norsk ungdom som opplevde høy pandemi relatert angst, at de hadde større risiko for å oppleve forverring av

mental- og fysisk helse (Burdzovic Andreas & Brunborg, 2021). Videre fant en norsk studie av ungdommer en interessante funn knyttet til sammenhengen mellom internaliserende vansker og rapportering av ensomhet (Lehmann et al., 2021). Lehmann og kolleger (2021) fant en sammenheng mellom rapportering av ensomhet og rapportering av emosjonelle vansker som angst og depresjon. Denne sammenhengen fant de både hos høy risiko ungdom, samt ungdom som ble antatt å være mer psykologisk robuste. En belgisk studie fant også en sammenheng mellom bruk av *grubling*, rapportering av ensomhet i relasjon til jevnaldrende (Vanhalst et al., 2012). Disse funnene indikerer at ungdommers nivå av bruk av *grubling* under COVID-19 pandemien, kan være høyere grunnet pandemiens påvirkning på samfunnet. Denne sammenhengen kan også være knyttet til rapportering av ensomhet. Det er derimot vanskelig å konkludere om nivået av *grubling* hos norsk ungdom er høyere under pandemien, enn før ettersom det per dags dato fins få longitudinelle studier som bekrefter disse sammenhengene over tid (Lehmann et al., 2021). Det er også få studier som har undersøkt sammenhengen mellom rapportert ensomhet i relasjon til jevnaldrende og bruk av *grubling*, under en pandemi.

Den kognitive strategien som ble mest brukt på tvers av kjønn var *aksept* (2.72, 1.21), noe som avviker med Garnefskis funn (2001; 2018). Garnefski (2018) fant at ungdommene brukte mest strategien *positiv refokusering*. Dette kan bety at norsk ungdom i større grad rapporterer å bruke *aksept* for å tillate seg å kjenne på det de har opplevd for å bearbeide det som har hendt. Den Nederlandske ungdomspopulasjonen bruker muligens andre kognitive strategier for å håndtere en ubehagelig hendelse (2001; 2018). Werner og Gross (2010) argumenterer for at *aksept* av indre opplevelser er en hensiktsmessig måte å håndtere emosjoner på. Evidens fra forskning på *aksept* hos ungdom har vist at en vanemessig aksepterende holdning til emosjoner er assosiert med mindre symptomer på angst og depresjon (Weinberg & Klonsky, 2009). Den strategien som ble rapportert minst brukt i denne studien var *katastrofetenkning*. Dette funnet bekreftes i Garnefskis tidligere studier på ungdom (2001, 2002) og hos voksne (2002).

### ***Kjønnforskjeller i bruk av kognitive emosjonsreguleringsstrategier***

Funn fra denne hovedoppgaven viste at det eksisterer kjønnforskjeller i bruk av KER strategier. Funn fra independent t-test viste en signifikant kjønnforskjell på strategiene *grubling*, *katastrofetenkning*, *sette i perspektiv*, *selvbebreidelse*, *planlegging*, *positiv refokusering*, og *positiv revurdering*. Jentene rapporterer en generell tendens til å bruke KER

strategier mer enn guttene, særlig gjelder dette strategiene *grubling*, *katastrofetenkning*, *sette i perspektiv*, *planlegging*, *selvbebreidelse*, og *positiv refokusering*. Disse funnene bekreftes av tidligere studier på kjønnsforskjeller i bruk av KER strategier hos ungdom, og voksne (Garnefski et al., 2004, 2005; Garnefski & Kraaij, 2018). Det er vanskelig å peke på konkrete årsaksforhold til hvorfor jentene rapporterer en generell høyere bruk av KER strategiene sammenlignet med guttene. Det eksisterer få studier som har prøvd å forklare disse forskjellene, men jeg skal presentere to mulige årsaker. Den første kan være at gutter og jenter responderer til negative livshendelser, og håndtering av emosjoner forskjellig, (Butler & Nolen-Hoeksema, 1994; Garnefski et al., 2004; Nolen-Hoeksema, 2001). Studier har for eksempel vist at kjønnsforskjeller tenderer til å oppstå mellom 13 til 15 års alderen, der jenters rapportering av depressive symptomer øker, sammenlignet med gutter som har et generelt mer stabilt nivå av depressive symptomer (Nolen-Hoeksema, 2001). Denne utviklingen ser man videre mellom 15 til 18 års alderen, der jenter rapporterer dobbelt så mange depressive symptomer, sammenlignet med jevnaldrende gutter (Hankin et al., 1998). Disse funnene peker på at gutter og jenter møter på utfordringer, og håndterer de medfølgende emosjonene forskjellig, men gir ikke noe videre forståelse for årsaken til disse forskjellene. En annen forståelse av kjønnsforskjellene kan være å se kjønnsforskjellene i sammenheng med pubertet og utvikling av det kognitive systemet (Chaku & Hoyt, 2019; Cracco et al., 2017). En nyere longitudinell studie av Chaku og Hoyt (2019) av barn- og ungdom fant indikasjoner på at tidlig pubertet kan ha signifikant påvirkning på utvikling av det kognitive systemet, som eksekutive funksjoner). Jenter begynner puberteten generelt før guttene, og forfatterne argumenterte med at tidlig pubertet kunne på den ene siden underbygge økt utvikling av det kognitive systemet. På den andre siden argumenterte forfatterne med at tidlig pubertet også kunne føre til at noen tidlig utviklede jenter kan bli sårbare for svekkede ferdigheter knyttet til selvkontroll. Svekket selvkontroll kan igjen påvirke ungdommens evne til hensiktsmessig emosjonsregulering. Disse funnene er interessante, og kan gi en forklaring til kjønnsforskjellen i bruk av KER strategier. På den andre siden trengs det flere studier som undersøker sammenhengen mellom kjønnsforskjeller og bruk av KER strategier for at man skal kunne styrke denne hypotesen.

Andre funn i denne hovedoppgaven er at man ikke fant en signifikant kjønnsforskjell på bruk av KER strategien *aksept*, men fant en signifikant kjønnsforskjell på *sette i perspektiv*. Disse funnene er forskjellig fra funnene til Garnefski & Kraaij (2018). To mulige årsaker for disse funnene blir presentert. Den første mulige årsaken kan være at det eksisterer en kultur

forskjell i bruk av KER strategiene, og den andre årsaken kan være grunnet i metodologiske årsaker. Når det gjelder *aksept* kan det være at norske ungdommer på tvers av kjønn i større grad bruker *aksept* for å håndtere ubehagelige opplevelser, sammenlignet med den nederlandske ungdomspopulasjonen. Når det gjelder *sette i perspektiv*, kan det for det første kan det være at norske jenter i større grad enn guttene nedvurderer tankene knyttet til alvorlig av en hendelse, eller dens relativitet sammenlignet med andre hendelser. Denne kjønnsforskjellen kan være annerledes sammenlignet med nederlandske gutter og jenter. En studie som undersøkte kjønnsforskjeller i KER strategier hos voksne i Nederland (Garnefski et al., 2004), fant ikke en signifikant kjønnsforskjell i bruk av *sette i perspektiv*. Dette funnet kan indikere at det eksisterer en kulturforskjell mellom norske og nederlandske ungdommer på bruk av KER strategien *sette i perspektiv*. Den andre årsaken kan være grunnet metodologiske årsaker, som ulik utvalgsstørrelse samt bruk av ulike måleinstrumenter som vil bli diskutert videre i styrker og begrensninger ved hovedoppgaven.

#### **4.2 Sammenhengen mellom emosjonsregulerings strategier og psykisk helse**

Det fins ingen studier per dags dato, som undersøker sammenhengen mellom KER strategier og psykisk helse med bruk av instrumentene KERS-s og SCL-10. Denne mangelen på studier gjør det vanskelig å sammenligne med tidligere studier med tanke på validitet og reliabilitet og generalisering av funnene. Funnene og respektive tolkninger må derfor anses som utforskende. MRA analysen gav flere interessante funn. For det første viste analysen at alle KER strategiene hadde en signifikant sammenheng med psykisk helse, med unntak av *bebreidelse av andre* og *aksept*. For det andre viste funnene at KER strategiene med de sterkeste sammenhengene til psykisk helse var de uhensiktsmessige *katastrofetenkning*, *selvbebreidelse* og *grubling*. Sammenhengen med psykisk helse var også positiv, som vil si at bruk av disse KER strategiene predikerte mer psykisk ubehag. For det tredje viste analysen at KER strategiene med de svakeste sammenhengene til psykisk helse var de mer hensiktsmessige strategiene *planlegging*, *positiv refokusering*, *positiv revurdering* og *sette i perspektiv*. Sammenhengen var også negativ, som vil si at bruk av disse KER strategiene predikerte mindre symptomer på psykisk ubehag. Disse funnene bekreftes av tidligere funn av studier av ungdom på sammenhengen mellom disse KER strategiene og psykisk helse (Garnefski et al., 2001; Zlomke & Hahn, 2010). En nyere studie av Garnefski (2018) bekrefter funnet på sammenhengen mellom *positiv refokusering* og *sette i perspektiv* og psykisk helse, men ikke for sammenhengen mellom *bebreidelse av andre*, *planlegging*,

*aksept* og psykisk helse. Det kan være flere grunner til disse funnene, og jeg vil presentere noen hypoteser som forsøker å forklare disse funnene. En mulig årsak til den ikke signifikante sammenhengen mellom *aksept* og *bebreidelse av andre* og psykisk helse, kan skyldes operasjonaliseringen av begrepene innenfor KERS rammeverket. Funnet på *aksept* svekker KER strategiens nytte som en hensiktsmessig strategi i sammenheng med psykisk helse. Videre går funnet imot teori og tidligere empiri som peker på nytten av å bruke *aksept* som en emosjonsreguleringsstrategi (Weinberg & Klonsky, 2009; Werner & Gross, 2010). Eksempelvis kan det være at *aksept* innenfor KERS rammeverket fanger opp resignasjon som en kognitiv strategi for håndtering av ubehagelige opplevelser, framfor en mer selvaksepterende og ikke dømmende tilnærming. *Aksept* har vist seg å være nært knyttet til selvaksept aspektet i mindfulness rammeverket (Ruiz, 2010; Stein et al., 2021). Studier har vist at selvaksept innenfor mindfulness rammeverket har en negativ sammenheng med psykisk ubehag (mindre symptomer på psykisk ubehag) (Hilt & Pollak, 2012; Ruiz, 2010; Stein et al., 2021; Yu et al., 2021). I tillegg kan selvaksept fungere som en beskyttende faktor hos ungdom, og voksne (Hilt & Pollak, 2012; Ruiz, 2010; Stein et al., 2021; Yu et al., 2021). *Bebreidelse av andre* medfører at man retter et negativt fokus utover mot andre, heller enn innover mot en selv (Helmond et al., 2015). *Bebreidelse av andre* kan derfor antas til å være en mer «handlingsorientert» eller «ytre» fokuserte kognitiv strategi (Helmond et al., 2015). Dette innebærer at man skifter fokus fra tanker om hvordan en selv skal håndtere noe, til tanker om noe ytre som individet ønsker å gjøre noe med. Eksempelvis kan *bebreidelse av andre*, som anses teoretisk som en uhensiktsmessig strategi, videre kan anses som en «eksternaliserende» strategi. Videre har det blitt teoretisert at ungdommers bruk av å *bebreide andre*, kan på den ene siden beskytte individet mot *selvbebreidelse* eller et negativt selvbilde. Mens på den andre siden kan denne strategien fremme aggresjon og antisosial atferd (Barriga et al., 2000). Studier på forskjellige utvalg har vist at *bebreidelse av andre* har en sammenheng med redusert emosjonelt velvære (Tennen & Affleck, 1990). En nyere studie av Garnefski (2018) på ungdom kan underbygge funnene til Tennen & Afflecks (1990). Garnefski (2018) fant at *bebreidelse av andre* hadde en sammenheng med angst symptomer. Disse funnene indikerer at sammenhengen mellom *bebreidelse av andre* og psykisk helse er blandede, og at mer forskning trengs for å forstå sammenhengen. Funn fra MRA analysen viste respektivt at *katastrofetenkning*, *selvbebreidelse* og *grubling* var KER strategiene med sterkest positiv sammenheng med psykisk helse (mer symptomer på psykisk ubehag). Funnene på sammenhengen mellom *katastrofetenkning*, *selvbebreidelse* og *grubling* og

psykisk helse bekreftes av tidligere studier av ungdom (Garnefski et al., 2001, 2003, 2005; Garnefski & Kraaij, 2018). Garnefski og kollegaer (Garnefski et al., 2001; Garnefski & Kraaij, 2018) fant at *katastrofetenkning* er den KER strategien med sterkest sammenheng med angst hos ungdom. Sammenhengen mellom *katastrofetenkning* og angst har også blitt bekreftet av Verstraeten av barn (2011). Disse funnene kan også ses i sammenheng med funn fra COPE YOUTH-studien. Et viktig funn fra COPE-YOUTH-studien var at ungdom var generelt lite bekymret for egen helse, men mer bekymret for deres og familiens framtid og bekymring for å smitte familiemedlemmer. Flere funn har vist at trussel relatert bekymring var unikt knyttet til angst hos barn (Verstraeten et al., 2011) og ungdom (Garnefski & Kraaij, 2018). En norsk studie fant at ungdommer som rapporterte høy pandemisk angst under pandemien, sammenlignet med ungdommer før pandemien, hadde større sannsynlighet for å oppleve kliniske nivåer av depresjonssymptomer, samt verre fysisk helse (Burdzovic Andreas & Brunborg, 2021). Disse funnene kan indikere at ungdommenes nivå av bekymring, i form av bruk av strategien *katastrofetenkning*, var høyere under pandemien enn før pandemien. På den andre siden mangler longitudinelle studier som kan bekrefte om nivået av bruken av *katastrofetenkning* er signifikant forskjellig fra nivået før pandemien. Samtidig indikerer disse funnene at *katastrofetenkning* er en svært uhensiktsmessig strategi, som ungdom kanskje benytter seg mer av under stressende perioder som pandemien. *Selvbebreidelse* innebærer at man klandrer seg selv for hva en har opplevd (Garnefski et al., 2001). I følge Becks kognitive innhold-spesifisitetens modell mener han at tanker karakterisert av negativ evaluering av selvet, fortiden og fremtiden har en sammenheng med depresjon (Beck et al., 1987). En tidligere studie av Garnefski og kolleger fant at både *grubling* og *selvbebreidelse* var unike prediktorer på angst symptomer hos ungdom (2002). I en nyere studie gjort av samme forfatter og kolleger fant de at *selvbebreidelse* hadde en unik sammenheng med depressive symptomer, men kun hos jenter, når de kontrollerte for komorbiditet (angst) (Garnefski & Kraaij, 2018). Flere studier har vist at *grubling* har en unik sammenheng med depressive symptomer hos barn, og ungdom (Epkins et al., 2013; Garnefski & Kraaij, 2018; Verstraeten et al., 2011). Annen forskning har også vist at det er en mulig sammenheng mellom rapportering av ensomhet i relasjon til jevnaldrende, bruk av *grubling* hos ungdom og psykisk helse. En studie av belgiske studenter fant flere funn på sammenheng mellom bruk av *grubling*, opplevelse av ensomhet i relasjon med jevnaldrende og foreldre, og depressive symptomer (Vanhalst et al., 2012). Forfatterne fant at *grubling* medierte sammenhengen mellom rapportering av ensomhet i relasjon med jevnaldrende og depressive

symptomer (Vanhalst et al., 2012). Studien fant også at det i større grad var *grublingens* uforutsigbare og invaderende natur, enn innholdet i tankene, som var en risiko for å utvikle depressive symptomer (Vanhalst et al., 2012). Disse funnene indikerer at bruk av *grubling* kan ha en sammenheng med rapportering av ensomhet i relasjon til jevnaldrende, og med utvikling av depressive symptomer. En norsk studie av ungdom viste at rapportering av vedvarende ensomhet, hadde en sterk sammenheng med psykiske helseplager som angst og depresjon (Lehmann et al., 2021). Forskerne fant også at sammenhengen mellom ensomhetsopplevelse og psykisk helse gjaldt både hos høyrisiko ungdom og ungdom som først ble antatt til å være psykologisk robuste (Lehmann et al., 2021). Disse to studiene indikerer at *grubling* kan bli brukt i respons til håndtering av ensomhet i relasjon til jevnaldrende. Det er grunn til å anta at en kronisk vedvarende ensomhetsopplevelse har plaget ungdommer under pandemien. Strengt smittevernstiltak som sosial distansering og nedstengte skole- og fritidsaktiviteter, har hindret ungdommer for å oppnå fysisk sosial kontakt med jevnaldrende, noe vi vet er viktig for ungdommene (Bakken et al., 2020; Lehmann et al., 2021; Magson et al., 2021; Racine et al., 2021). Disse funnene kan derfor indikere at de u hensiktsmessige KER strategiene *katastrofetenkning*, *selvbebreidelse* og *grubling* kan antas å være risikofaktorer for utvikling av symptomer på angst og/eller depresjon. Til sist, er det vanskelig å konkludere med en klar årsak til den svake sammenhengen mellom de hensiktsmessige KER strategiene og psykisk helse. Tidligere studier av ungdom og voksne, har vist at funnene på sammenhengen mellom de hensiktsmessige KER strategiene og psykisk helse er blandet (Garnefski et al., 2001, 2002, 2003, 2009; Garnefski & Kraaij, 2014, 2018; Legerstee et al., 2011; Potthoff et al., 2016). Samtidig har tidligere studier vist at *positiv revurdering* og *positiv refokusering* er de hensiktsmessige KER strategiene med sterkest sammenheng med psykisk helse hos ungdom og voksne. I tillegg viser denne hovedoppgavens funn at alle de hensiktsmessige KER strategiene har en negativ sammenheng med psykisk helse (bruk av strategiene predikerer mindre psykisk ubehag), som underbygger at de hensiktsmessige KER strategiene kan ha en potensiell nytteverdi som beskyttelsesfaktorer mot symptomer på psykopatologi.

Samlet sett indikerer funnene at jenter generelt bruker KER strategiene mer enn guttene, på godt og vondt. Årsaken til denne kjønnsforskjellen er fortsatt uklar, men å ha innsikt i at tenårings jenter kan være mer tilbøyelige til bruk av både de hensiktsmessige og mer u hensiktsmessige KER strategiene kan være nyttig i forebyggings- og behandlingsarbeid av tenårings jenter. Når det gjelder sammenhengen mellom KER strategier og psykisk helse,

fremstår *grubling*, *katastrofetenkning* og *selvbebreidelse* som de uhensiktsmessige strategiene med sterkest sammenheng med psykiske plager. Dette er funn som flere studier bekrefter. Når det gjelder de hensiktsmessige KER strategiene har funnene vist at alle KER strategiene har en signifikant sammenheng med psykisk helse, unntak av *aksept*. Derimot har de hensiktsmessige KER strategiene en svak sammenheng med psykisk helse, noe som kan svekke oppfattelsen av den potensielle nytten de kan ha i arbeid med ungdom. På den andre siden har andre studier av ungdom vist at de hensiktsmessige KER strategiene har en sterkere sammenheng med psykisk helse enn det man har funnet i denne hovedoppgaven. Dette er funn som flere studier bekrefter, både hos voksne og barn (Garnefski et al., 2002, 2005; Garnefski & Kraaij, 2007, 2018; Muñoz-Navarro et al., 2021). Det er derfor vanskelig aktuelt å konkludere med hvilken nytte de hensiktsmessige KER strategiene har for psykisk helse og forebygging av psykopatologi hos ungdom. På den andre siden er det mange funn som samsvarer med funnene i denne hovedoppgaven mellom bruken av uhensiktsmessige KER strategiene og psykisk helse (Garnefski et al., 2001, 2003, 2005; Garnefski & Kraaij, 2018). Oppsummert, så indikerer disse funnene at bruk av *katastrofetenkning*, *selvbebreidelse* og *grubling* har en sterk sammenheng med symptomer på psykisk ubehag, særlig symptomer på angst og depresjon. Derimot er det gjort alt for få studier på sammenhengen mellom KER strategier og psykisk helse. Det er derfor vanskelig å konkludere kausalitet i sammenhengen mellom KER strategier og psykisk helse. Derfor kan det teoretisk sett være at bruk av KER strategier, i like stor grad kan føre til symptomer på psykiske plager, og motsatt, noe som også Garnefski og kolleger argumenterer for (2018). Funnene på sammenhengen mellom hensiktsmessige og uhensiktsmessige KER strategier og psykisk helse, er uansett interessant ettersom de potensielt kan ha en stor nytte innenfor psykisk helse arbeid med ungdom.

### 4.3 Etiske forskningshensyn

En viktig problemstilling knyttet til etiske forskningshensyn av barn og unge, er at ungdommene selv kunne samtykke til deltakelse i COPE YOUTH-studien, uten foreldrenes samtykke. I forskningsetisk retningslinjer punkt.12: «Barns krav på beskyttelse», fastlås det på den ene siden at «forskning om barn og deres liv og levekår er verdifull og viktig, og at barn og unge er sentrale bidragsytere her» (Forskningsetisk bibliotek, 2009). På den andre siden stiller forskningsetiske retningslinjer strenge krav til at «barn og unge kan trenge beskyttelse som deltakere i forskning, og at metode og innhold i forskningen må tilpasses barns alder og individuelle situasjon». Forholdet mellom barnas sårbarhet og kompetanse, er



derfor sentralt i de etiske vurderingene for godkjenning av forskningsprosjekter som involverer barn og unge. I tillegg følger det etter §1. Forskningsprosjekter som barn mellom 12 og 16 år selv kan samtykke til, at det stilles strenge vilkår for at barn mellom 12 til 16 år skal kunne samtykke uten foreldrenes involvering. I COPE YOUTH-studien var det viktig å skape en opplevelse av reell frivillighet og informert samtykke hos elevene. I tillegg fikk ungdommene mulighet til å samtykke til undersøkelsen, uten foreldrenes samtykke. Videre var det mange temaer som COPE YOUTH-studien undersøkte, som kunne potensielt oppleves opprørende av ungdommen. Disse sidene ved undersøkelsen skaper et større krav til ivaretagelse av deltagerne siden foreldrene er ukjente med barnets deltagelse, og får derfor ikke ivaretatt og beskyttet barnet sitt i like stor grad. På den andre siden var det også mulig at foreldre eller personer med foreldreansvar, hadde egeninteresser knyttet til avdekking av sensitiv informasjon som eksempelvis vold og overgrep (Lovdata, 2017). Det var derfor viktig å kunne undersøke ungdommene uten å involvere foreldre eller personer med foreldreansvar. Ungdommene hadde over lengre tid vært avskåret fra vanlige skole- og fritidstilbud, samt at hjelpetjenestenes evne til å fange opp vanskeligstilte barn var begrenset. Det var derfor vanskelig å vite om hvordan ungdom egentlig hadde det, og om de ungdommene som hadde behov for hjelp, faktisk fikk hjelp. Den potensielle nytten av å undersøke ungdom i denne perioden var derfor stor og nødvendig. Det ble derfor brukte store ressurser på å sikre at ungdommene fikk god nok tid, tydelig nok budskap, og alderstilpasset informasjon, i form av informasjonsskriv, muntlige beskjeder fra lærere, samt en informasjonsvideo for å sikre at ungdommene forstod hva de samtykket til. For å sikre ivaretagelse av ungdommene sikret man en stor grad av konfidensialitet ved å bruke sikre digitale løsninger, samt løsninger for å sikre at ungdommer som ikke ønsket å delta, ikke stakk seg ut i løpet av undersøkelsen. Selve undersøkelsen ble også utført på et tidspunkt under pandemien der man kunne være sikker på at ungdommer som hadde behov for det, ville få tilgang på hjelp og støtte fra eksempelvis lærer eller skolehelsetjenesten. Undersøkelsen inneholdt også et kontaktskjema hvor ungdommer som hadde behov for oppfølging, selv kunne velge ulike alternativer av oppfølging av en voksen hjelper etter undersøkelsen. COPE YOUTH-studien er godkjent av Regional etisk komité (REK) for medisinsk og helsefaglig forskning, Region Øst. Denne godkjenningen viser at COPE YOUTH-studien tilfredsstillte høye etiske krav.

#### 4.4 Implikasjoner for behandling og forebyggende arbeid

Pandemien har for mange vært psykososialt og økonomisk belastende på tvers av aldersgrupper, sosioøkonomisk status, etnisitet og kjønn. Forskere har argumentert for at emosjonsregulering er en potensiell transdiagnostisk faktor i utvikling av psykopatologi, samt i forebygging og behandling av psykopatologi hos ungdom (Moltrecht et al., 2021). Funnene fra denne hovedoppgaven kan øke forståelsen for hvilke KER strategier norsk ungdom bruker i møte med stress eller ubehagelige opplevelser. Eksempelvis at norske ungdommer benytter seg av KER strategiene *katastrofetenkning*, *selvbebreidelse*, *grubling* og *sette i perspektiv*. Særlig jentene viste seg til i større grad å benytte seg av disse KER strategiene, noe som kan gjøre dem særlig tilbøyelige for utvikling av symptomer på angst og depresjon. Funnene gir derfor implikasjoner for at særlig de uhensiktsmessige KER strategiene *katastrofetenkning*, *selvbebreidelse* og *katastrofetenkning* kan antas å være potensielle risikofaktorer for psykopatologi. Det er mer usikkert om den potensielle nytten av de hensiktsmessige KER strategiene, og om de kan antas å være beskyttelsesfaktorer mot psykopatologi. Uansett kan denne forståelsen bistå med å forbedre, utforme og/eller tilpasse psykososiale intervensjonsprogrammer, behandling og oppdagelse av ungdom med særlig risiko for utvikling av symptomer på psykopatologi. Funnene indikerer videre at denne forståelsen er særlig relevant for ungdom som utsettes for vedvarende stress knyttet til psykososiale belastninger, mangel på fysisk sosial kontakt med jevnaldrende og/eller lever under en uforutsigbar hverdag, som COVID-19-pandemien har vært for mange (Bakken et al., 2020; Lehmann et al., 2021; Magson et al., 2021).

#### 4.5 Styrker og begrensninger ved studien og veien videre

En styrke med denne hovedoppgaven er at den undersøker et viktig fenomen som emosjonsregulering i en norsk kontekst, av norske ungdommer, under en periode med pandemi med medfølgende psykososialt begrensende smittevernstiltak. En stor meta-analyse som undersøkte emosjonsregulering av barn- og unge, har vist at det eksisterer et stort kunnskapshull på forskning av emosjonsregulering av særlig barn- og ungdom (Moltrecht et al., 2021). Denne hovedoppgaven bistår kanskje derfor med å hjelpe med å gjøre kunnskapshullet på et viktig felt som emosjonsregulering av barn- og ungdom, litt mindre. En annen styrke med denne hovedoppgaven er at den er basert på et stort utvalg av normalpopulasjon av norsk ungdom, sammenlignet med utvalgsstørrelsen i tidligere studier. Den siste styrken jeg vil nevne, er funnet av en potensiell sammenheng mellom rapportering

av ensomhetsopplevelse i relasjon med jevnaldrende, bruk av KER strategien grubling, og psykisk helse, under en pandemi. Det trengs derimot flere studier for å bekrefte om dette er en reell sammenheng. Begrensninger med denne studien er flere, og er i stor grad knyttet til metode. For det første er dataen brukt i denne hovedoppgaven basert på ett tversnittstudie med ett måletidspunkt. Det er derfor vanskelig å konkludere med kausale sammenhenger mellom KER strategier og psykisk helse hos ungdom. Eksempelvis kan bruk av KER strategier, i like stor grad kan føre til symptomer på psykiske plager, som at symptomer på psykiske plager kan føre til bruk av KER strategier. For fremtidige studier anbefales det å utføre longitudinelle studier for å undersøke individuelle utviklingsendringer over tid. For det andre er dataen basert på selvrapporing, noe som gjør resultatene sårbart for bias. Eksempelvis kan resultatene være en overestimering eller underestimering av ungdommers reelle bruk av KER strategier, i møte med stress eller ubehagelige opplevelser. Fremtidige studier burde i tillegg ta i bruk multi-informant perspektiv, og objektive målemetoder som atferdsobservasjon og se rapporteringen i sammenheng med eksempelvis utfallsmål som mål på psykososial- og akademisk funksjon og psykologisk velvære. Det tredje er at utvalgsstørrelsen bestod av en normalpopulasjon av norsk ungdom mellom 12 til 16 år. Eksempelvis var minoritetsgrupper og kliniske grupper underrepresentert. Det er derfor vanskelig å generalisere funnene, ettersom minoritetsgrupper og kliniske grupper kanskje ville rapportert en annerledes bruk av KER strategier. Fremtidige studier burde derfor inkludere et større utvalg av minoritets- og kliniske grupper, for å gi et mer valid mål på bruk av KER strategier. Det fjerde er at måleinstrumentene som ble brukt er kortversjoner av instrumentene som har blitt brukt i tidligere studier. Det er derfor vanskelig å sammenligne funnene i denne hovedoppgaven med tidligere studier. Eksempelvis vil skalaer med færre ledd sannsynligvis produsere noe forskjellige resultater sammenlignet med skalaer som har betydelig flere ledd. Det kan derfor være hensiktsmessig at fremtidige studier tar i bruk fullversjonene av KERS og HSCL-90 for å gjøre sammenligningsgrunnlaget med andre studier mer valid og reliabelt. Til sist er det vanskelig å konkludere med funnene i denne hovedoppgaven. Undersøkelsen ble utført under en global- og nasjonal «krisetilstand» noe som potensielt kan påvirke hvordan en normalpopulasjon av ungdom svarer på spørreskjemaene, sammenlignet med en periode av «normalitet».

#### **4.6 Konklusjon**

Funnene i denne hovedoppgaven kan indikere at den potensielle nytten av de hensiktsmessige KER strategiene som beskyttelsesfaktorer mot psykopatologi, kan være begrenset hos

ungdom. På den andre siden kan bruken av hensiktsmessige strategier potensielt redusere symptomer på psykisk ubehag, og virke forebyggende mot utvikling av psykopatologi hos ungdom. Videre kan funnene kan tolkes i den retning at bruk av uhensiktsmessige strategier, særlig *katastrofetenkning*, *selvbebreidelse* og *grubling* kan antas å være potensielle risikofaktorer for utvikling av psykopatologi hos ungdom. Særlig jenter fremstår som mer tilbøyelige til å benytte seg av de uhensiktsmessige KER strategiene, sammenlignet med guttene. Samlet sett kan disse funnene bidra til å øke forståelsen for hvordan tilpasse og utforme psykososiale intervensjoner, behandling og oppdagelse av risiko- og beskyttelsesfaktorer hos ungdom. Samtidig kreves det flere studier for å bekrefte sammenhengen mellom de potensielt hensiktsmessige og uhensiktsmessige KER strategiene og psykisk helse hos norsk ungdom.

## 5 Referanser

- Aldao, A. (2013). The Future of Emotion Regulation Research: Capturing Context. *Perspectives on Psychological Science*, 8(2), 155–172. <https://doi.org/10.1177/1745691612459518>
- Bailen, N. H., Green, L. M., & Thompson, R. J. (2019). Understanding Emotion in Adolescents: A Review of Emotional Frequency, Intensity, Instability, and Clarity. *Emotion Review*, 11(1), 63–73. <https://doi.org/10.1177/1754073918768878>
- Bakken, A., Pedersen, W., von Soest, T., & Sletten, M. A. (2020). *Oslo-ungdom i koronatiden. En studie av ungdom under covid-19-pandemien*. NOVA, OsloMet. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/20.500.12199/4221>
- Barriga, A. Q., Landau, J. R., Stinson, B. L., Liau, A. K., & Gibbs, J. C. (2000). Cognitive Distortion and Problem Behaviors in Adolescents. *Criminal Justice and Behavior*, 27(1), 36–56. <https://doi.org/10.1177/0093854800027001003>
- Beck, A. T., Brown, G., Steer, R. A., Eidelson, J. I., & Riskind, J. H. (1987). Differentiating anxiety and depression: A test of the cognitive content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 96(3), 179. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.96.3.179>
- Becker-Weidman, E. G., Jacobs, R. H., Reinecke, M. A., Silva, S. G., & March, J. S. (2010). Social problem-solving among adolescents treated for depression. *Behaviour Research and Therapy*, 48(1), 11–18. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.08.006>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Burdzovic Andreas, J., & Brunborg, G. S. (2021). Self-reported Mental and Physical Health Among Norwegian Adolescents Before and During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Network Open*, 4(8), e2121934. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.21934>

- Butler, L. D., & Nolen-Hoeksema, S. (1994). Gender differences in responses to depressed mood in a college sample. *Sex Roles, 30*(5–6), 331–346. <https://doi.org/10.1007/BF01420597>
- Campos, J. J., Frankel, C. B., & Camras, L. (2004). On the Nature of Emotion Regulation. *Child Development, 75*(2), 377–394. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00681.x>
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 267*–283.
- Casey, B. J., Duhoux, S., & Cohen, M. M. (2010). Adolescence: What Do Transmission, Transition, and Translation Have to Do with It? *Neuron, 67*(5), 749–760.  
<https://doi.org/10.1016/j.neuron.2010.08.033>
- Chaku, N., & Hoyt, L. T. (2019). Developmental Trajectories of Executive Functioning and Puberty in Boys and Girls. *Journal of Youth and Adolescence, 48*(7), 1365–1378.  
<https://doi.org/10.1007/s10964-019-01021-2>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Academic Press.
- Compas, B. E., Jaser, S. S., Bettis, A. H., Watson, K. H., Gruhn, M. A., Dunbar, J. P., Williams, E., & Thigpen, J. C. (2017). Coping, emotion regulation, and psychopathology in childhood and adolescence: A meta-analysis and narrative review. *Psychological Bulletin, 143*(9), 939–991.  
<https://doi.org/10.1037/bul0000110>
- Cracco, E., Goossens, L., & Braet, C. (2017). Emotion regulation across childhood and adolescence: Evidence for a maladaptive shift in adolescence. *European Child & Adolescent Psychiatry, 26*(8), 909–921. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-0952-8>
- Cui, L., Morris, A. S., Criss, M. M., Houlberg, B. J., & Silk, J. S. (2014). Parental Psychological Control and Adolescent Adjustment: The Role of Adolescent Emotion Regulation. *Parenting, 14*(1), 47–67. <https://doi.org/10.1080/15295192.2014.880018>
- Cummings, C. M., Caporino, N. E., & Kendall, P. C. (2014). Comorbidity of Anxiety and Depression in Children and Adolescents: 20 Years After. *Psychological bulletin, 140*(3), 816–845.  
<https://doi.org/10.1037/a0034733>

- Cummings, E. M. (1987). Coping with Background Anger in Early Childhood. *Child Development*, 58(4), 976–984. <https://doi.org/10.2307/1130538>
- Danese, A., Smith, P., Chitsabesan, P., & Dubicka, B. (2020). Child and adolescent mental health amidst emergencies and disasters. *The British Journal of Psychiatry*, 216(3), 159–162. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.244>
- Denham, S. A. (1998). *Emotional Development in Young Children*. Guilford Press.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral Science*, 19(1), 1–15. <https://doi.org/10.1002/bs.3830190102>
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., Bernzweig, J., Karbon, M., Poulin, R., & Hanish, L. (1993). The Relations of Emotionality and Regulation to Preschoolers' Social Skills and Sociometric Status. *Child Development*, 64(5), 1418–1438. <https://doi.org/10.2307/1131543>
- Eisinga, R., Grotenhuis, M. te, & Pelzer, B. (2013). The reliability of a two-item scale: Pearson, Cronbach, or Spearman-Brown? *International Journal of Public Health*, 58(4), 637–642. <https://doi.org/10.1007/s00038-012-0416-3>
- Epkins, C. C., Gardner, C., & Scanlon, N. (2013). Rumination and Anxiety Sensitivity in Preadolescent Girls: Independent, Combined, and Specific Associations with Depressive and Anxiety Symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35(4), 540–551. <https://doi.org/10.1007/s10862-013-9360-7>
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. WW Norton & company.
- Fergusson, D. M., & Woodward, L. J. (2002). Mental Health, Educational, and Social Role Outcomes of Adolescents With Depression. *Archives of General Psychiatry*, 59(3), 225–231. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.3.225>
- Fernandez, K. C., Jazaieri, H., & Gross, J. J. (2016). Emotion Regulation: A Transdiagnostic Perspective on a New RDoC Domain. *Cognitive Therapy and Research*, 40(3), 426–440. <https://doi.org/10.1007/s10608-016-9772-2>

- Garnefski, N., Boon, S., & Kraaij, V. (2003). Relationships Between Cognitive Strategies of Adolescents and Depressive Symptomatology Across Different Types of Life Event. *Journal of Youth and Adolescence*, *32*(6), 401–408. <https://doi.org/10.1023/A:1025994200559>
- Garnefski, N., Koopman, H., Kraaij, V., & ten Cate, R. (2009). Brief report: Cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescents with a chronic disease. *Journal of Adolescence*, *32*(2), 449–454. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2008.01.003>
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006a). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, *40*(8), 1659–1669. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.12.009>
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006b). Cognitive emotion regulation questionnaire – development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences*, *41*(6), 1045–1053. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.04.010>
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2007). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, *23*(3), 141–149. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.23.3.141>
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2014). Bully victimization and emotional problems in adolescents: moderation by specific cognitive coping strategies? *Journal of Adolescence*, *37*(7), 1153–1160. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.07.005>
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2018). Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and symptoms of depression and anxiety. *Cognition and Emotion*, *32*(7), 1401–1408. <https://doi.org/10.1080/02699931.2016.1232698>
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, *30*(8), 1311–1327. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)
- Garnefski, N., Kraaij, V., & van Etten, M. (2005). Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and Internalizing and Externalizing psychopathology. *Journal of Adolescence*, *28*(5), 619–631. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2004.12.009>



- Garnefski, N., Legerstee, J., Kraaij, V., Van Den Kommer, T., & Teerds, J. (2002). Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: A comparison between adolescents and adults. *Journal of Adolescence*, *25*(6), 603–611. <https://doi.org/10.1006/jado.2002.0507>
- Garnefski, N., Rieffe, C., Jellesma, F., Terwogt, M. M., & Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in 9–11-year-old children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *16*(1), 1. <https://doi.org/10.1007/s00787-006-0562-3>
- Garnefski, N., Teerds, J., Kraaij, V., Legerstee, J., & van den Kommer, T. (2004). Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: Differences between males and females. *Personality and Individual Differences*, *36*(2), 267–276. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00083-7](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00083-7)
- Gross, J. J. (1998). The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review. *Review of General Psychology*, *2*(3), 271–299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Gross, J. J. (2013). Emotion regulation: Taking stock and moving forward. *Emotion*, *13*(3), 359–365. <https://doi.org/10.1037/a0032135>
- Gross, J. J. (2014). *Handbook of emotion regulation* (2nd utg.). The Guilford Press.
- Gross, J. J. (2015). Emotion Regulation: Current Status and Future Prospects. *Psychological Inquiry*, *26*(1), 1–26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
- Gross, J. J., & Feldman Barrett, L. (2011). Emotion Generation and Emotion Regulation: One or Two Depends on Your Point of View. *Emotion Review*, *3*(1), 8–16. <https://doi.org/10.1177/1754073910380974>
- Gross, J. J., Sheppes, G., & Urry, H. L. (2011). Cognition and Emotion Lecture at the 2010 SPSP Emotion Preconference. *Cognition and Emotion*, *25*(5), 765–781. <https://doi.org/10.1080/02699931.2011.555753>
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Moffitt, T. E., Silva, P. A., McGee, R., & Angell, K. E. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, *107*(1), 128–140. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.107.1.128>

- Hayes, S. C., & Lillis, J. (2014). Acceptance and commitment therapy process. I *Psychotherapy theories and techniques: A reader* (s. 11–17). American Psychological Association.  
<https://doi.org/10.1037/14295-002>
- Helmond, P., Overbeek, G., Brugman, D., & Gibbs, J. C. (2015). A Meta-Analysis on Cognitive Distortions and Externalizing Problem Behavior: Associations, Moderators, and Treatment Effectiveness. *Criminal Justice and Behavior*, *42*(3), 245–262.  
<https://doi.org/10.1177/0093854814552842>
- Hilt, L. M., & Pollak, S. D. (2012). Getting Out of Rumination: Comparison of Three Brief Interventions in a Sample of Youth. *Journal of abnormal child psychology*, *40*(7), 1157–1165. <https://doi.org/10.1007/s10802-012-9638-3>
- IBM Corp. (2020). *IBM SPSS Statistics for Macintosh (27.0)* [Computer software]. IBM Corp.
- Ireland, M. J., Clough, B. A., & Day, J. J. (2017). The cognitive emotion regulation questionnaire: Factorial, convergent, and criterion validity analyses of the full and short versions. *Personality and Individual Differences*, *110*, 90–95.  
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.01.035>
- Izard, C. E., & Kobak, R. R. (1991). 13—Emotions system functioning and emotion regulation. I *The development of emotion regulation and dysregulation* (s. 303–321). Cambridge University Press.
- Kappas, A. (2011). Emotion and Regulation are One! *Emotion Review*, *3*(1), 17–25.  
<https://doi.org/10.1177/1754073910380971>
- Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., & Ustun, T. B. (2007). Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. *Current opinion in psychiatry*, *20*(4), 359–364. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32816ebc8c>
- Kleppang, A. L., & Hagquist, C. (2016). The psychometric properties of the Hopkins Symptom Checklist-10: A Rasch analysis based on adolescent data from Norway. *Family Practice*, *33*(6), 740–745. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmw091>
- Kopp, C. B. (1989). *Regulation of distress and negative emotions: A developmental view*.

- Larson, R., & Ham, M. (1993). Stress and «storm and stress» in early adolescence": The relationship of negative events with dysphoric affect. *Developmental Psychology*, 29, 130.
- Laugesen, N., Dugas, M. J., & Bukowski, W. M. (2002). *Understanding Adolescent Worry: The Application of a Cognitive Model*. 10.
- Legerstee, J. S., Garnefski, N., Verhulst, F. C., & Utens, E. M. W. J. (2011). Cognitive coping in anxiety-disordered adolescents. *Journal of Adolescence*, 34(2), 319–326.  
<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2010.04.008>
- Lehmann, S., Skogen, J. C., Sandal, G. M., Haug, E., & Bjørknes, R. (2021). *Emerging Mental Health Problems During the COVID-19 Pandemic Among Presumably Resilient Youth? -A 9-month Follow-up* [Preprint]. In Review. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-563021/v1>
- Lougheed, J. P., & Hollenstein, T. (2012). A Limited Repertoire of Emotion Regulation Strategies is Associated with Internalizing Problems in Adolescence. *Social Development*, 21(4), 704–721.  
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2012.00663.x>
- Lovdata. (2017). *Forskrift om barn mellom 12 og 16 år sin rett til selv å samtykke til deltakelse i medisinsk og helsefaglig forskning*. Forskrift om barn mellom 12 og 16 år sin rett til selv å samtykke til deltakelse i medisinsk og helsefaglig forskning.  
<https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2017-06-28-1000>
- Magson, N. R., Freeman, J. Y. A., Rapee, R. M., Richardson, C. E., Oar, E. L., & Fardouly, J. (2021). Risk and Protective Factors for Prospective Changes in Adolescent Mental Health during the COVID-19 Pandemic. *Journal of Youth and Adolescence*, 50(1), 44–57.  
<https://doi.org/10.1007/s10964-020-01332-9>
- McLaughlin, K. A., Hatzenbuehler, M. L., Mennin, D. S., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Emotion dysregulation and adolescent psychopathology: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 49(9), 544–554. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.06.003>
- McRae, K. (2016). Cognitive emotion regulation: A review of theory and scientific findings. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 10, 119–124. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2016.06.004>

- McRae, K., & Mauss, I. B. (2016). *Increasing positive emotion in negative contexts: Emotional consequences, neural correlates, and*. 37.
- Moltrecht, B., Deighton, J., Patalay, P., & Edbrooke-Childs, J. (2021). Effectiveness of current psychological interventions to improve emotion regulation in youth: A meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *30*(6), 829–848. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01498-4>
- Muñoz-Navarro, R., Malonda, E., Llorca-Mestre, A., Cano-Vindel, A., & Fernández-Berrocal, P. (2021). Worry about COVID-19 contagion and general anxiety: Moderation and mediation effects of cognitive emotion regulation. *Journal of Psychiatric Research*, *137*, 311–318. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.03.004>
- Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender Differences in Depression. *Current Directions in Psychological Science*, *10*(5), 173–176. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00142>
- Parrott, W. G. (1993). Beyond hedonism: Motives for inhibiting good moods and for maintaining bad moods. I *Handbook of mental control* (s. 278–305). Prentice-Hall, Inc.
- Potthoff, S., Garnefski, N., Miklósi, M., Ubbiali, A., Domínguez-Sánchez, F. J., Martins, E. C., Withhöft, M., & Kraaij, V. (2016). Cognitive emotion regulation and psychopathology across cultures: A comparison between six European countries. *Personality and Individual Differences*, *98*, 218–224. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.04.022>
- Racine, N., McArthur, B. A., Cooke, J. E., Eirich, R., Zhu, J., & Madigan, S. (2021). Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19: A Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.2482>
- Rapee, R. M., Oar, E. L., Johnco, C. J., Forbes, M. K., Fardouly, J., Magson, N. R., & Richardson, C. E. (2019). Adolescent development and risk for the onset of social-emotional disorders: A review and conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, *123*, 103501. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103501>

- Riiser, K., Helseth, S., Haraldstad, K., Torbjørnsen, A., & Richardsen, K. R. (2020). Adolescents' health literacy, health protective measures, and health-related quality of life during the Covid-19 pandemic. *PLOS ONE*, *15*(8), e0238161. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238161>
- Rothbart, M. K., Ziaie, H., & O'boyle, C. G. (1992). Selfregulation and emotion in infancy. *In*, 7–23.
- Ruiz, F. J. (2010). A Review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Empirical Evidence: Correlational, Experimental Psychopathology, Component and Outcome Studies. *International Journal of Psychology*, *39*.
- Samson, A. C., & Gross, J. J. (2012). Humour as emotion regulation: The differential consequences of negative versus positive humour. *Cognition & Emotion*, *26*(2), 375–384. <https://doi.org/10.1080/02699931.2011.585069>
- Schäfer, J. Ö., Naumann, E., Holmes, E. A., Tuschen-Caffier, B., & Samson, A. C. (2017). Emotion Regulation Strategies in Depressive and Anxiety Symptoms in Youth: A Meta-Analytic Review. *Journal of Youth and Adolescence*, *46*(2), 261–276. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0585-0>
- Silk, J. S., Steinberg, L., & Morris, A. S. (2003). Adolescents' Emotion Regulation in Daily Life: Links to Depressive Symptoms and Problem Behavior. *Child Development*, *74*(6), 1869–1880. <https://doi.org/10.1046/j.1467-8624.2003.00643.x>
- Siu, A. M. H., & Shek, D. T. L. (2010). Social Problem Solving as a Predictor of Well-being in Adolescents and Young Adults. *Social Indicators Research*, *95*(3), 393–406. <https://doi.org/10.1007/s11205-009-9527-5>
- Soest, T. von, Bakken, A., Pedersen, W., & Sletten, M. A. (2020). Life satisfaction among adolescents before and during the COVID-19 pandemic. *Tidsskr. nor. Laegeforen.* <https://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.20.0437>
- Somerville, L. H. (2013). The Teenage Brain: Sensitivity to Social Evaluation. *Current Directions in Psychological Science*, *22*(2), 121–127. <https://doi.org/10.1177/0963721413476512>

- Somerville, L. H., Jones, R. M., & Casey, B. J. (2010). A time of change: Behavioral and neural correlates of adolescent sensitivity to appetitive and aversive environmental cues. *Brain and Cognition*, 72(1), 124–133. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2009.07.003>
- Stein, J. A., Tomfohr-Madsen, L. M., Bray, S., MacMaster, F. P., & Kopala-Sibley, D. C. (2021). Self-acceptance and nonreactive observing predict adolescent psychopathology over and above the big five. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01291-1>
- Strand, B. H., Dalgard, O. S., Tambs, K., & Rognerud, M. (2003). Measuring the mental health status of the Norwegian population: A comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nordic Journal of Psychiatry*, 57(2), 113–118. <https://doi.org/10.1080/08039480310000932>
- Susan J. Bradley. (2000). *Affect Regulation and the Development of Psychopathology*. The Guilford Press.
- Tennen, H., & Affleck, G. (1990). Blaming others for threatening events. *Psychological Bulletin*, 108(2), 209. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.108.2.209>
- Tetzchner, S. V. (2019). *Barne- og ungdomspsykologi: Typisk og atypisk utvikling* (1st utg.). Gyldendal Akademisk.
- Thompson, R. A. (1991). Emotional regulation and emotional development. *Educational Psychology Review*, 3(4), 269–307. <https://doi.org/10.1007/BF01319934>
- Thompson, R. A. (2011). Emotion and Emotion Regulation: Two Sides of the Developing Coin. *Emotion Review*, 3(1), 53–61. <https://doi.org/10.1177/1754073910380969>
- Thompson, R. A., & Goodman, M. (2010). Development of emotion regulation: More than meets the eye. I *A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (s. 38–58). The Guilford Press.
- Vanhalst, J., Luyckx, K., Raes, F., & Goossens, L. (2012). Loneliness and Depressive Symptoms: The Mediating and Moderating Role of Uncontrollable Ruminative Thoughts. *The Journal of Psychology*, 146(1–2), 259–276. <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.555433>

- Verstraeten, K., Bijttebier, P., Vasey, M. W., & Raes, F. (2011). Specificity of worry and rumination in the development of anxiety and depressive symptoms in children. *British Journal of Clinical Psychology, 50*(4), 364–378. <https://doi.org/10.1348/014466510X532715>
- Weinberg, A., & Klonsky, E. D. (2009). Measurement of emotion dysregulation in adolescents. *Psychological Assessment, 21*(4), 616. <https://doi.org/10.1037/a0016669>
- Werner, K., & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. I *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (s. 13–37). The Guilford Press.
- Yu, M., Zhou, H., Xu, H., & Zhou, H. (2021). Chinese adolescents' mindfulness and internalizing symptoms: The mediating role of rumination and acceptance. *Journal of Affective Disorders, 280*, 97–104. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.021>
- Zeman, J., Cassano, M., Perry-Parrish, C., & Stegall, S. (2006). Emotion Regulation in Children and Adolescents. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 27*(2), 155–168.
- Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2016). The Development of Coping: Implications for Psychopathology and Resilience. I *Developmental Psychopathology* (s. 1–61). American Cancer Society. <https://doi.org/10.1002/9781119125556.devpsy410>
- Zlomke, K. R., & Hahn, K. S. (2010). Cognitive emotion regulation strategies: Gender differences and associations to worry. *Personality and Individual Differences, 48*(4), 408–413. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.11.007>
- Öhman, A., & Mineka, S. (2001). Fears, phobias, and preparedness: Toward an evolved module of fear and fear learning. *Psychological Review, 108*(3), 483–522. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.108.3.483>

## 6 Appendix

### *Kognitiv emosjonsregulerings spørreskjemaet (KERS-s)*

Notat. Det var dessverre ikke mulig å innhente KERS-s til innleveringstidspunkt ettersom KERS-s krevde godkjenning av forespørselssøknad til utviklerne av KERS-s, Dr. Nadia Garnefski og Dr. Vivian. Kraaij.

### *Hopkins Symptom Checklist-10 (HSCL-10)*

## SCL-10

### Symptom Check List

Strand et al. (2003). *Measuring the mental health status of the Norwegian population: A comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHF-5.* Nordic Journal of Psychiatry, 57, 113–118.

Mann  Kvinne  Alder:  Dato:

Under finner du en liste over ulike plager. Har du opplevd noe av dette den siste uken (til og med i dag)?

	Ikke plaget	Litt plaget	Ganske mye	Veldig mye
1 Plutselig frykt uten grunn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Føler deg redd eller engstelig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Matthet eller svimmelhet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Føler deg anspent eller oppjaget	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Lett for å klandre deg selv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Søvnproblemer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Følelse av å være unyttig, lite verdt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Nedtrykt, tungsindig (trist)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Følelse av at alt er et slit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Følelse av håpløshet mht. framtiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>