

# **Psykisk helse hos barn i barnevernsinstitusjoner**

## **Prosjektledergruppe:**

**Torill Tjelflaat**  
**Forskningsjef**

Barnevernets utviklingssenter i Midt-Norge, NTNU Samfunnsforskning AS

**Thomas Jozefiak**  
**Førsteamanuensis/overlege**

Regionsenter for barn og unges psykiske helse Midt-Norge, Institutt for Nevromedisin, Det medisinske fakultet, NTNU

**Ann-Mari Brubakk**  
**Professor**

Institutt for Laboratoriemedisin, Barne- og kvinnesykdommer, Det medisinske fakultet, NTNU

**Lars Wichstrøm**  
**Professor**

Institutt for psykologi, SVT fakultetet, NTNU

**Leder** Avdeling Oppvekst og utvikling, NTNU Samfunnsforskning AS

-----  
Vitenskapelig koordinator

**Nanna S. Kayed**  
**Seniorforsker**

Barnevernets utviklingssenter i Midt-Norge, NTNU Samfunnsforskning AS

**REVIDERT PROSJEKTSKISSE**

**Trondheim, november 2011**

## **Sammendrag**

### **Bakgrunn**

Det finnes lite norsk forskning om barn på barneverninstitusjon og psykisk helse. Europeisk og amerikansk forskning viser imidlertid at psykiske helseplager blant barn i institusjon er svært utbredt, og at barna ikke får hjelp for dette. Det er godt dokumentert at en stor andel barn, som har mottatt barnevernstiltak, har store vansker seinere i livet med hensyn til skolegang og arbeid. Men, vi vet svært lite om deres psykiske helse. Disse kunnskapsmanglene ønsker vi å bøte på gjennom dette prosjektet, blant annet for å kunne gi et forskningsmessig bidrag til at disse ungdommene får den helsehjelpen de har behov for.

### **Målsetting**

Prosjektets har tre hovedmålsettinger: 1) Få kunnskap om barn og ungdom i aldersgruppen 12 – 23 år som bor på barneverninstitusjon med fokus på psykiske lidelser og psykososial tilpasning, 2) Identifisere forhold ved institusjonen som kan ha betydning for barna og ungdommenes helse, tilpasning og utvikling, 3) Få kunnskap om barna og ungdommenes behov for, og bruk av helsetjenester for psykiske helseplager. Prosjektet vil kunne gi forskningsbasert kunnskap om hvilke eventuelle tiltak som kan settes inn for at disse barna skal få den helsehjelpen de trenger, og at de tiltakene de mottar i størst mulig grad øker sannsynligheten for en positiv tilpasning og en god mental helse. Overordnet sett er hensikten med prosjektet å fremskaffe kunnskap som kan være vesentlig for praktisk politikk i skjæringspunktet mellom barnevern og barnepsykiatri.

### **Fremgangsmåte**

Et nasjonalt utvalg, bestående av 500 ungdommer mellom 12 og 23 år, som bor i barneverninstitusjon, vil bli undersøkt. For å få kvalitativt gode data vil hvert enkelt barn bli undersøkt personlig (i motsetning til kun spørreskjema- og registermetodikk). Følgende forhold vil bli studert: Oppveksthistorie, skole- og yrkesliv, mental helse, psykososial fungering og tilpasning, helsehjelp, beskyttelsesfaktorer og institusjonelle påvirkere. Psykisk helse vil bli undersøkt gjennom strukturert diagnostisk intervju for å kunne gi ICD-10 og DSM-IV diagnoser. Øvrig informasjon vil bli innhentet gjennom testmetodikk, spørreskjema og intervju. Disse dataene vil bli koblet til ulike typer av registerdata.

Informasjon om ungdommen vil også bli innhentet fra ungdommens hovedkontakt og lærer. Institusjonens leder vil besvare spørreskjema om institusjonen.

### **Organisering**

Prosjektet er et samarbeid mellom forskningsmiljøer ved NTNU Samfunnsforskning AS og NTNU. Hovedansvar for gjennomføringen ligger hos Barnevernets utviklingscenter i Midt-Norge (BUS) og Regionsenter for Barn og Unges Psykiske Helse Midt-Norge (RBUP). Det er etablert en prosjektledergruppe bestående av sentrale forskere i prosjektet. Prosjektledergruppen står for den vitenskapelige ledelsen av prosjektet.

### **Tidsramme**

Tidsramme for prosjektet er 2010 – 2014.

### **Nytteverdi**

Prosjektet retter seg både mot å etablere et forskningsmessig grunnlag for den helsehjelpen disse barna trenger, og innholdet i det omsorgstilbudet som gis i institusjonen. For å møte det antatt betydelige behovet for mental helsehjelp i denne gruppen, er det viktig å spesifisere

hvor stort dette behovet er, og hvilken type hjelp disse barna har behov for. Dette for å kunne yte mer målrettet hjelp for barnas helseplager. For å yte best mulig omsorg, for dermed å kunne fremme mental helse og psykososial tilpasning, er det viktig å kunne identifisere forhold ved institusjonen som er forbundet med fremtidig god mental helse hos beboerne. Det er videre avgjørende å kunne få identifisert hvilke forhold ved institusjonene som er viktige for ulike typer barn.

## **Innledning**

Det er en utbredt oppfatning blant fagfolk at en stor andel av barn i barnevernsinstitusjoner har omfattende mentale helseproblemer, samt at de ikke får tilstrekkelig hjelp for disse. Undersøkelser fra Europa og USA viser at om lag halvparten av barn på barnevernsinstitusjoner har psykiske lidelser, og at flertallet ikke får hjelp for disse. Fra Norge finnes en spørreundersøkelse (CBCL [1]) fra barnevernsinstitusjoner i Oslo [40] som indikerer at så mye som 68 % av barna kan ha psykiatriske problemer. For at disse barna skal få nødvendig helsehjelp, er det vesentlig at man får dokumentert behovet for, og det eksisterende omfanget av, slik hjelp. Vår første målsetting med prosjektet er derfor å kartlegge hvor mange barn i barnevernsinstitusjon som har psykiske lidelser, hvor mange som har behov for hjelp og hvor mange som får hjelp.

Det bør være en målsetting for omsorgen for disse barna at den bidrar til en så god psykososial tilpasning og mental helse som mulig, og i det meste ikke bidrar til en forverring i situasjonen for de unge. Det finnes i dag en stor variasjon i tilbudet til disse ungdommene. Vi vet i dag ikke, om ulikheter i de tilbud de unge mottar, kan ha betydning for deres videre utviklingsbaner. Vår andre målsetting er følgelig å undersøke hvilke forhold ved institusjonene og ved personalet som kan ha betydning for den psykososiale tilpasningen og mentale helseplager hos de unge.

Selv om det er godt dokumentert at mange barn, som har mottatt barnevernstiltak, har store vansker seinere med hensyn til utdanning og arbeid [19], vet vi ikke noe om disse barnas mentale helse. Vi har heller ikke noe dyptpløyende bilde av deres videre karrierer enn det registerdata kan gi. Høyst sannsynlig varierer den videre psykososiale tilpasningen og den mentale helsen sterkt mellom barna. Hvilke barn er det som klarer seg godt og hva kan ligge bak dette? Vår tredje målsetting med dette arbeidet er derfor å fremskaffe kunnskap om hvilke forhold som synes å ligge bak både positive og negative utviklingsbaner hos barn i barnevernsinstitusjoner.

Overordnet sett er hensikten med dette omfattende prosjektet å fremskaffe kunnskap som kan være vesentlig for praktisk politikk i skjæringspunktet mellom barnevern og psykiatri. Det er en styrke at prosjektet er tverrfaglig, og dermed bryter med tradisjonelle grenser mellom barnevern, psykologi, barnpsykiatri og barnemedisin. Både psykologiske og sosiale faktorer vil bli undersøkt i ett og samme prosjekt. Prosjektet vil kunne gi forskningsbasert kunnskap om hvilke eventuelle tiltak som bør settes inn for at disse barna skal få den helsehjelpen de trenger, og at de tiltakene de mottar i størst mulig grad øker sannsynligheten for en positiv tilpasning og en god mental helse. Barn og ungdom i institusjon er nåværende og fremtidige storforbrukere av offentlige tiltak, og kun en moderat bedring i deres helse og tilpasning til samfunnet vil kunne gi betydelige ressursmessige innsparinger.

## **Forskningstema**

### **Hvor mange barn i barnevernsinstitusjon har psykiske lidelser og hvor mange får mental helsehjelp?**

Vi har enkelte norske undersøkelser som berører dette spørsmålet. En studie viste at barn på barnevernsinstitusjoner i Oslo hadde like høye skårer på et spørreskjema om psykiske plager som barn som var innlagt på barne- og ungdomspsykiatrisk institusjon[40]. Imidlertid er slik spørreskjemametodikk ikke egnet til å avgjøre om et barn har en psykisk lidelse eller ikke. Til det er det behov for langt mer omfattende undersøkelser, blant annet i form av psykiatriske intervjuer. Undersøkelser, hvor en har fått stilt diagnoser, viser at forekomsten varierer fra 20

% (Danmark, registeropplysninger) via 50 % [54] (Tyskland, intervju), 71 % [27] (England, intervju) og 96 % [49] (England, intervju). En slik forskjell i forekomst understreker samtidig viktigheten av å gjennomføre undersøkelser i det aktuelle landet en ønsker kunnskap fra, da lovgivning, tilbud og henvisninger vil variere sterkt mellom de enkelte land. I tillegg vet man lite om forekomsten av dobbeltklienter, og hvor mange av disse barna med psykiske lidelser som trenger hjelp, og som har fått eller får slik hjelp. Det viser seg også at en vesentlig del av barn på institusjon, som også har psykiske helseplager, ikke får hjelp for dette [14, 40].

Mangelen på informasjon om norske forhold understrekes ved det som kan leses ut fra tilgjengelig offentlig statistikk. Barnevernsstatistikken viser at barnets psykiske problemer sjelden oppgis som grunn for å iverksette barnevernstiltak. Bare 1 % (127) nye barn med barnevernstiltak i 2007 fikk hjelp på grunn av sine psykiske problemer. Nesten halvparten av barna fikk hjelp på grunn av forhold i hjemmet/særlige behov. 14 % av barna fikk hjelp på grunn av atferdsproblemer (bl.a. knyttet til sosialt avvik og kriminalitet) og 1 % fikk hjelp på grunn av sitt rusmisbruk [59]. Begge disse kategoriene kan være tegn på psykiske problemer. Ca. 2 % av barn med barnevernstiltak i løpet av 2007 fikk enten poliklinisk psykiatrisk behandling (1,2 %) eller behandling i ”andre behandlingsinstitusjoner” (0,9 %). Den siste kategorien inkluderte psykiatriske behandlingsinstitusjoner, rusmiddelinstitusjoner og bo- og arbeidskollektiv [43, 59]. Merk at dette er behandling som barnevernstiltak, og ikke andelen av barn som får slik hjelp. Statistikk fra psykiatrien (BUP-data) viser at 2 % (av 53 111 pasienter) bodde på institusjon; en kategori som inkluderer barnevernsinstitusjon, men også ruskollektiver og eksempelvis hjem for funksjonshemmede. Det kan derfor ikke stadfestes hvor mange som var i barnvernsinstitusjon.

Fra helsevesenets side vil det ikke kun være behov for oversikt over antallet barn som har behov for helsehjelp, men også hvilke typer lidelser det omhandler, hva årsaken til disse problemene er, og hva som kan gjøres både preventivt og behandlingsmessig. I prosjektet er vår målsetting å få kartlagt sykdomspanoramaet så bredt som mulig.

### **Hvilke forhold ved institusjonen har betydning for mentale helseplager og ulik psykososial tilpasning?**

Det finnes få undersøkelser om den mulige effekten av institusjonsplassering for den videre psykososiale tilpasningen hos barnevernsbarn som plasseres der. De undersøkelsene som finnes tyder imidlertid på at forhold ved institusjonen har en viss påvirkning på utviklingen [44]. Dette er vesentlig informasjon, da slike forhold potensielt er påvirkbare. Fordi kunnskapen er sparsom, er det igjen vesentlig å gjennomføre nasjonale undersøkelser da overføringsverdien fra andre land med andre typer institusjoner er usikker. Forskningsgjennomganger [4, 20] har identifisert flere forhold som prediktive for utfallet av oppholdet. Vår målsetting med prosjektet er å få kunnskap om hvilke forhold ved institusjonene som har betydning for ungdommenes psykososiale tilpasning. Vi vil i tillegg til å innhente objektive data om dette, og anvende spørreskjema om institusjonenes sosiale klima.

### **Hvilke forhold ved barnet, dets historikk og kontekst predikerer ulikt forløp av mentale helseplager og ulik psykososial tilpasning?**

Barn i barnevernsinstitusjoner har blitt utsatt for påkjenninger som, i varierende grad, vil utfordre deres mestringsevne og gjøre dem sårbare for å utvikle mentale helseplager samt atferds- og rusmiddelproblemer. Den videre psykososiale tilpasningen og utviklingen hos barn i institusjon følger med andre ord ulike baner. Vi kan i utgangspunktet skille mellom fire ulike

forløp. Selv om det er antatt at en betydelig andel av disse barna har mental helseplager, vil det være en stor gruppe som kun har moderate eller ubetydelige plager. Noen av disse barna vil fortsette en kurs inn mot voksenlivet med fortsatt ubetydelige eller moderate plager. Dette er den første og ”robuste” banen. Andre barn, som har få vansker i utgangspunktet, vil derimot utvikle slike vansker i løpet av institusjonsoppholdet eller senere. Andre barn vil ha tydelige vansker i utgangspunktet, men klarer å komme gjennom disse, og vil på slutten av ungdomstiden ha begrensede, eller kanskje kun få mentale helseplager eller psykososiale tilpassningsvansker. En fjerde gruppe unge starter ut med tydelige vansker som vedvarer, eller endog forsterkes, gjennom ungdomstiden og begynnende voksenliv.

Hvilke faktorer er med på å bestemme de ulike utviklingsløpene? For å besvare dette sammensatte spørsmålet, vil vi ta utgangspunkt i et psykologisk, sosialt og kontekstuellt perspektiv. I dette ligger det at vi vil hente inn informasjon fra flere forklaringsnivåer; nærmere bestemt psykologiske forhold ved barnet (eksempelvis evne til emosjonell regulering og kognitivt evnenivå), sosiale forhold (eksempelvis forhold til jevnaldrende og voksenpersoner), samt kontekstuelle forhold (eksempelvis forhold ved institusjonen og skolehverdagen).

### **Forklaringsvariabler - risiko- og beskyttelsesfaktorer for utvikling av mentale helseproblemer og vansker i psykososial tilpassning**

Vi antar at det i hovedtrekk er de samme forholdene som påvirker ungdom på institusjon sin mentale helse som annen ungdom. Unntaket er at forhold ved institusjonen kan spille inn. Forholdet til foreldre og foreldre-barn samspillet har en vesentlig plass når fremvekst og opprettholdelse av vansker i ungdomstiden generelt sett skal forklares. Historisk sett vil dette ha vært en viktig påvirkningskilde for de unge det her er snakk om, uavhengig av om det er biologiske foreldre eller fosterforeldre som har vært inne i bildet. Noen vil også ha kontakt med sine foreldrefigurer mens de er på institusjon. Uansett vil den unge ha relasjoner til personalet, og personalet vil i mange henseende fungere i foreldrerollen for disse unge. Personalet arbeider imidlertid vanlig arbeidsdag, de er borte i ferier og det kan være store utskiftninger. Alt dette fører til at ungdommene vil få mye større problemer med å opparbeide stabile relasjoner til voksne enn de som vokser opp i en familie.

Ut fra tidligere forskning om barnvern barn og forekomsten av ulike vansker i denne aldersgruppen, vil hovedtyngden av mentale helseproblemer omfattes av (i DSM-IV terminologi) atferdslidelse, ADD/ADHD, depresjon, angst, læringsforstyrrelser og substansrelaterte lidelser. Selv om forekomsten i den generelle ungdomsbefolkningen er lav, er det en klar mulighet for at en del av barn på barnevernsinstitusjon også vil lide av tilknytningsforstyrrelser og posttraumatisk stress syndrom (PTSD). Hva angår psykososiale tilpassningsvansker, som ikke omfattes av lidelsene over, vil de viktigste områdene omfatte tilpassning og deltakelse i skole- og arbeidsliv, sosialt nettverk og sosial fungering i forhold til venner og på institusjonen.

Enkelte risiko- og beskyttelsesfaktorer vil være unike for det aktuelle mentale helseproblemet eller psykososiale tilpassningsvansken. Allikevel er regelen at det finnes få spesifikke forklaringsvariabler for slike problemer. Selv i et bredt anlagt prosjekt som dette, vil man ikke kunne dekke hele spekteret av potensielle forklaringer. I det følgende vil vi derfor ta utgangspunkt i noen av de empirisk sett mest potente forklaringsvariablene for et knippe, eller endog flertallet, av plager.

## Sosiale forhold og oppvekst

**Historikk.** En vesentlig del av barn på institusjon kan ha stått ovenfor risikofaktorer for utvikling av psykiske helseproblemer allerede under svangerskapet; blant annet ruseksponering, stress og feilernæring. Ustabile tilknytningsforhold; blant annet gjennom skifter av omsorgspersoner, lite vekstfremmende familierelasjoner, overgrep og vold gjennom oppveksten vil ytterligere øke risikobelastningen. Til tross for å utgjøre en meget belastet gruppe hva angår tidligere negative påvirkningsfaktorer, vil mengden og innholdet i disse variere betraktelig, likeså de unges evne til å meste et vanskelig utgangspunkt.

**Skole.** Fullført skolegang er en vesentlig faktor i en vellykket overgang til voksenlivet og til integrering i vennegrupper av vanlige ungdommer. Drop-out fra skolen er derimot assosiert med en rekke negative forhold som seinere arbeidsløshet [46], bruk av trygdeytelser[26], stoffmisbruk[22] og kriminalitet[35]. Det er også risikofaktorer som øker sjansen for å droppe ut av skolen. Disse er på den ene siden faglige og skolerelaterte, slik som dårlige karakterer, lav tiltro til egne evner og lav skolemotivasjon, og på den andre siden faktorer relatert til den mentale helse, slik som plager med angst [24] og atferdsvansker [10]. Ikke overraskende har barn i barnevernet dårligere resultater på skolen[8] og generelt sett mer ustabil tilknytning til arbeidslivet enn andre unge voksne[19]. Det blir følgelig vesentlig å identifisere faktorer som øker sannsynligheten for god skoletilpasning og for gjennomføring av utdanningsløp.

**Kompetanse og nettverk.** Sosial kompetanse er grunnleggende for en vellykket tilpasning. Gode sosiale evner beskytter mot utvikling av mentale helseproblemer[15] og synes å medvirke til god skoletilpasning, selv om andre forhold (f.eks. evner) er kontrollert[69]. Videre er sosial støtte antatt å beskytte mot utvikling av vansker, i særdeleshet depresjon, gjennom å fungere som en buffer mot negative livshendelser[21]. Barn på barneverninstitusjon synes ikke bare å ha dårlige voksne nettverk, men også mindre tilgang på venner som kan gi ulike former for sosial støtte[7]. Siden tilgangen på sosial støtte potensielt er påvirkbar, vil vi følgelig undersøke om redusert sosial støtte (og sosial kompetanse) setter barnvern barn i ytterligere risiko for å utvikle mentale helseplager, også når andre sosiale og personlige forhold er kontrollert.

## Psykologiske forhold

**Personlighet.** Allerede forløperne til individuelle personlighetstrekk, nemlig sped- og småbarnets temperament, predikerer psykopatologi i voksen alder[51]. I barne- og ungdomsårene er sammenhengen mellom personlighetstrekk og mentale helseproblemer sterk[13, 16, 17]. Personlighet er i utgangspunktet vanskelig modifiserbar, og en kunne dermed hevde at det er lite formålstjenelig å måle forhold som ikke kan endres. Personlighet vil imidlertid disponere for andre personlige risiko- og beskyttelsesfaktorer; for eksempel selvbilde. Det er derfor vesentlig å kontrollere for variasjoner i personlighetstrekk mellom barneverns barn, slik at øvrige forskjeller i personlige egenskaper ikke feilaktig blir sett som opphavet til beskyttelse eller risiko, når disse er en refleksjon av variasjoner i personlighet.

**Selvbilde.** Et lavt selvbilde under ungdomstiden synes å predikere senere økt risiko for kriminalitet og dårligere psykososial tilpasning, utover effekten av tidligere mentale helseproblemer[66]. Muligens fører et mer positivt syn på seg selv til at man ikke så lett gir opp når man møter motstand, som barnvern barn vil møte rikelig av, og at en dermed oftere faktisk lykkes[62].

**Tilknytning.** Å oppnå er sikker tilknytning til en eller flere omsorgsgivere er antatt å være en av de fundamentale utviklingsoppgavene i de første leveårene[2, 12]. Kvaliteten på tilknytningen (det emosjonelle båndet) mellom barn og foreldre er antatt å resultere i utviklingen av former for *indre arbeidsmodeller*; det vil si antagelser om seg selv, andre mennesker og om forholdet mellom andre og en selv[12]. Slike arbeidsmodeller antas å være bygget opp gjennom interaksjonen med de primære omsorgsgiverne tidlig i livet. Opprinnelig ble det beskrevet en sikker form for tilknytning (type B) og to usikre, henholdsvis unnvikende tilknytning (Type A) og ambivalent tilknytning (Type C)[2]. En tredje form for usikker tilknytning ble senere beskrevet, nemlig desorganisert tilknytning (Type D). Denne viser seg som en stadig alternering mellom ulike tilknytningsstiler uten at barnet finner en modus som synes å hjelpe i pressede og truende situasjoner. Usikker tilknytning synes å predikere senere mentale helseproblemer [45, 61], i det minste innen ungdomstiden. Barnevernsbarn er forventet å ha en overhyppighet av usikker eller desorganisert tilknytning, hvor også kliniske tilknytningsforstyrrelser er en del av bildet[71]. Allikevel vil en del av barna ha formet gode tilknytninger til en eller begge foreldrene, til fosterforeldre eller til andre voksne. Overraskende nok er forekomsten av tilknytningsstiler, og konsekvensen av eventuell usikker tilknytning, i begrenset grad studert hos vanlige barnevernsbarn. Vi vet derfor ikke hvor mange av disse barna som har usikker eller desorganisert tilknytning, og vi har heller ikke kunnskap om den relative betydningen av ulike tilknytningsstiler.

**Emosjonsregulering.** Vesentlig for barns sosiale tilpasning er deres evner til å håndtere emosjoner, og atferd som springer ut av emosjoner, på en tilfredsstillende måte[18]; det vil med andre ord si en effektiv emosjonsregulering. Vansker i emosjonsregulering (både overkontroll og underkontroll) henger sammen med senere mentale helseplager[18]. En sentral faktor i emosjonsregulering er evnen til å stabilisere seg etter å ha vært i en trist og dysforisk stemningsleie ("mood repair"). Denne evnen er relatert til både nevrologiske faktorer i form av atypisk aktivitet i forskjellige områder av hjernen, og faktorer i mor-barn samspillet[41]. Samtidig synes gode evner til å regulere emosjoner på en tilpasset måte også å beskytte unge mot negative miljøforhold[41].

**Nevropsykologiske forhold og generelt evnenivå.** Evnen til å prosessere stimuli er grunnleggende for vår tilpasning til miljøet. En rekke vansker med gjenkjenning, tolkning, lagring og uthenting av informasjon er forbundet med mentale helseplager. En av disse evnene er eksekutive funksjoner; det vil si et høyere-ordens konstrukt som består av tre delkomponenter: a) evnen til å skifte mellom oppgaver eller fokus, b) evnen til å undertrykke dominante responser og c) evnen til å oppdatere og overvåke innholdet i arbeidsminnet ("korttidshukommelsen")[50]. Eksempelvis er vansker med eksekutive funksjoner forbundet med depresjon[57], angst[3], atferdsvansker[52] og i særdeleshet ADHD[9].

Også andre nevrokognitive vansker er risikofaktorer for mentale helseplager; språkvansker og bedre utføringsevner enn språklige evner synes å predikere atferdsvansker[63]. Nedsatt episodisk hukommelse er også assosiert med visse former for angst[3]. Barnehjemsbarn, som har vært utsatt for tidlig og alvorlig understimulering, har en rekke nevrokognitive mangler, selv om deres IQ er innenfor normalområdet[11]. Selv om det finnes enkelte mindre studier av kognitiv fungering hos institusjonaliserte og fosterhjemsplasserte barn[53, 56], har vi så langt ingen kunnskap om hvor utbredt disse vanskene er, eller hvilke typer vansker som dominerer bildet. Vi vet heller ikke i hvilken grad disse kognitive vanskene, eller styrkene for de barna som har normale ferdigheter, utgjør en risiko/beskyttelse for seinere utvikling av mentale helseplager. Selv om slike kognitive ferdigheter i begrenset grad vil være målet for eventuelle tiltak, er det avgjørende å være klar over den unges begrensinger slik at både institusjonsopp-

hold og skolegang kan tilpasses den enkeltes styrker og vansker. I motsatt fall kan grunnleggende kognitiv svikt bli fortolket som manglende interesse, manglende utholdenhet eller viljestyrke; noe som kan lede den unge og hennes/hans miljø (eksempelvis lærere eller personale) inn i lite gunstige samhandlingsmønstre.

**Mestring og kognitiv stil.** Hvordan vi tenker om andre og om oss selv, og hvilken tiltro vi har til vår egen evne til å mestre utfordringer, predikerer vår handlemåte, vår suksess i sosiale sammenhenger samt fremveksten av mentale helseproblemer. I dette prosjektet vil vi legge fokus på to områder innen dette vide forskningsfeltet, nemlig fortolkning av a) sosiale situasjoner og b) mestringsstil. En negativ kognitiv attribusjonsstil; det vil si å årsaksforklare negative hendelser med indre, stabile trekk ved seg selv, mens suksess blir forklart ved ytre forhold, er forbundet med utvikling av depresjon[36]. Å tilskrive negative, eventuelt fiendtlige hensikter til andre når man står ovenfor en tvetydig sosial situasjon, disponerer for seinere utvikling av antisosiale trekk[23].

### **Biologiske forhold**

Biologiske/medisinske forhold vil også kunne påvirke mentale lidelser og psykososial tilpasning hos barn og ungdom. Dette gjelder også genetiske forhold og hjernens utvikling, struktur og funksjon. Det ville være ønskelig også å undersøke genetiske og hjerneorganiske forhold i prosjektet, for å få en så bred kunnskap som mulig i forklaring av mentale helseplager og tilpasning hos ungdommen, men av ressursmessige årsaker vil dette ikke bli gjennomført.

### **Oppsummert vil vi gjennom studien svare på tre overordnede spørsmål:**

1. Hvor utbredt er psykiske helseplager hos barn på barneverninstitusjon, og hvordan er deres øvrige psykososiale tilpasning? Hvor mange barn, med behov for helsehjelp for psykiske lidelser, får slik helsehjelp?
2. Hvilke forhold ved institusjonen bidrar til å fremme gunstig utvikling hos barnet, og hvilke forhold kan hemme dette?
3. Hvilke forhold i barnets historikk og livssituasjon synes å fremme en gunstig utvikling hva gjelder psykisk helse og psykososial tilpasning, og hvilke forhold fører til en forverring?

I studien har vi en unik mulighet til å studere hvilke faktorer som påvirker barnas fungering. En slik bred evaluering har, etter det vi vet, ikke vært gjort før. Studien vil gi et nyansert bilde av hva problemet er, hva som bør og kan gjøres for det enkelte barn (psykiatrisk behandling, medisiner, forandret skoletilbud, overføring til en annen omsorgssituasjon osv) og hva prognosen for det enkelte barn er. Man vil også få et bilde av hvilke barn som passer i den strukturen barnevernsinstitusjoner har i dag og om institusjonstilbudet bør utvides eller forandres.

## Metode

### Design og utvalg

#### **Et nasjonalt utvalg.**

Siden en av målsettingene er å kartlegge situasjonen for barn på barnverninstitusjoner i Norge, vil vi undersøke et nasjonalt utvalg. For å få et grundig nok bilde av disse barna vil vi undersøke hvert enkelt barn, i motsetning til studier hvor barna selv og/eller ansatte fyller ut spørreskjema. Vår fremgangsmåte er således langt mer tids- og kostnadskrevende, og det blir derfor ikke praktisk mulig å undersøke alle disse barna i Norge. Dette er heller ikke nødvendig for å fremskaffe sikre og landsrepresentative estimater. Vi tar sikte på å undersøke et tilfeldig utvalg av 500 barn gjennom et klynge-utvalg. Vi regner med en deltagelsesprosent på 70, noe som innebærer at 715 barn forespørres. Dette vil, etter våre beregninger, gi oss det sikreste estimatet innenfor en overkommelig økonomisk ramme. En slik tilnærming medfører at test-personell må reise rundt i landet og undersøke barn på ulike institusjoner. Alle barn på den uttrukne institusjonen, som er 12 år eller eldre, og hvor de formelle kravene til deltakelse oppfylles (blant annet samtykke), undersøkes.

#### **Datainnsamling - prosedyre**

Med utgangspunkt i en database over alle landes institusjoner, vil det bli utarbeidet en liste over institusjoner (avdelinger) som vil bli forespurt om å delta i undersøkelsen. Det er gjort en beregning slik at det blir en prosentvis fordeling av barn i hver geografiske region. Avdelingene ved de ulike institusjonene er rangert tilfeldig og kontaktes i den rekkefølge de er rangert. Man fortsetter å kontakte avdelinger på listen til det antallet barn som er estimert i hver region er oppnådd. Prosjektkoordinator ringer institusjonene og informerer om at de er trukket ut til å være med i undersøkelsen. De institusjonene som ønsker å være med får tilsendt en informasjonspakke. Denne består av informasjonsskriv til leder, hovedkontakt, barnet/ungdommen og foreldre, og samtykkeerklæringer. Etter at det er innhentet nødvendige samtykker, gjennomføres det en undersøkelse (test, intervju og spørreskjema) av beboere som har samtykket. Undersøkelsen av en beboer vil ta to halve dager, og vi vil derfor be om at vedkommende får fri fra skole eller arbeid i den tiden. Deltakerne mottar et gavekort på kr. 500,- for sin bruk av tid. Styrer ved institusjonen fyller ut spørreskjema om institusjonens sosiale miljø, organisering, drift, struktur og faglige metodiske tilnærming. Hovedkontakt intervjues om barnet, og fyller ut spørreskjema om helse og livskvalitet. Barnets lærer fyller ut spørreskjema knyttet til ulke forhold ved barnet og relasjonen til lærer. Jevnfør ”oversikt over verktøy” nedenfor. Det vil også bli innhentet opplysninger fra ulike relevante registre.

Verktøy	Område	Informant
CAPA	Barnepsykiatrisk intervju	Ungdom
CANTABeclipse	Nevropsykologi	Ungdom
WASI	Evnetest	Ungdom
Tilleggsintervju til ungdommen	Omsorg/skole/behandling	Ungdom
Spørreskjema SDQ	Emosjonell/atferdsproblemer	Ungdom
SPPA	Selvbilde	Ungdom
DERS	Emosjonsregulering	Ungdom
KINDL	Livskvalitet	Ungdom
SSQ	Sosial støtte	Ungdom
SSRS	Sosial fungering	Ungdom/lærer
COPEs	Institusjonsmiljø	Ungdom/institusjon v leder
Spørreskjema om institusjonen	Objektiv informasjon	Institusjon v leder
Intervju om ungdommen	ADHD/tilknytningsforstyrrelse/ Asperger	Institusjon v hovedkontakt
Spørreskjema CBCL	Psykisk helse	Institusjon v hovedkontakt
KINDL voksne	Livskvalitet	Institusjon v hovedkontakt
Spørreskjema TRF	Skole – psykisk helse	Lærer
SSRS/Sosial Mestring	Sosiale ferdigheter	Lærer
Psykososiale vansker	Psykososiale vansker	Lærer
TSRI	Lærer/elev relasjon	Lærer

## Pilotstudie

Prosjektet ”Psykisk helse hos barn i barneverninstitusjoner” fordrer en omfattende datainn-samling for å kunne innhente nødvendig breddekunnskap. Hver ungdom skal blant annet igjennom et omfattende test- og spørreskjema-batteri. Dette skal gjennomføres på en dag, og er beregnet å ta mellom fem og sju timer.

For å utelukke at datainnsamlingen ikke er for belastende på ungdommen, ble det vedtatt å gjennomføre et pilotprosjekt, hvor en innenfor en tilnærmet lik intervjukontekst som i hovedprosjektet, ønsket å få kunnskap om belastningen på ungdommene, og om noe kan forbedres/justeres. I tillegg ble det ønsket kunnskap om instrumentenes egnethet, gunstig rekkefølge for bruk av disse overfor ungdommen og logistikk i forbindelse med intervjuene og eventuelle problemer med dette.

Det ble bestemt å velge ut to institusjoner med til sammen ti ungdommer til å delta i piloten. De tre forskningsassistentene, som skal arbeide på hovedprosjektet, skulle intervju/teste under ledelse av vitenskapelig koordinator. Piloten ble etterfulgt av brugerundersøkelse for å

innhente ungdommenes opplevelser av det de har vært igjennom, negative og positive forhold, og få råd på hva som bør gjøres annerledes. Det samme gjaldt leder og ungdommenes hovedkontakt ved hver av institusjonene, samt forskningsassistentene som innhentet data<sup>1</sup>.

## **Frafallsstudie**

Resultater fra pilotprosjektet viste at institusjonen kunne samtykke til å være med i undersøkelsen samtidig som institusjonsledelsen ”valgte bort” enkelte potensielle informanter. Dette blant annet fordi ledelsen mente at ungdommene var for syke til å delta og og/eller at deltagelse ble for belastende for dem. Da uttrukne institusjoner i hovedundersøkelsen ble kontaktet, formidlet også enkelte institusjoner at de ikke ville være med blant annet fordi de vurderte at deres beboere, av ulike årsaker, ikke klarte dette. Da et slikt frafall vil svekke representativiteten og gi et skjevt utvalg hvor antageligvis flere ungdommer med psykiske og andre vansker ikke blir med i undersøkelsen, ble det bestemt at det skulle søkes REK om å få gjennomføre en frafallsstudie. Dette gjennom å innhente data om disse ungdommene ved bruk av CBCL som fylles ut av en voksen på institusjonen som kjenner barnet/ungdommen godt; fortrinnsvis barnets hovedkontakt.

Det er utarbeidet prosedyrer for innhenting og oppbevaring av data fra frafallsstudien. Disse sikrer full anonymitet.

Frafallsstudien ble godkjent av REK i brev av 23. juli 2011.

## **Etikk**

### **Etikk og personvern for den enkelte.**

Vi er klar over at ungdommene (og andre informanter) må forholde seg til mange skjemaer og undersøkelser i dette prosjektet, og vi har diskutert om dette kan være en for stor belastning på ungdommene. Vår erfaring fra tidligere forskning ved BUS hvor vi har intervjuet ungdom i institusjon, er at de liker å være med på prosjekter, de liker å bli lyttet til og å være i sentrum for oppmerksomheten. Vi vil informere ungdommene grundig på forhånd om prosjektet, og også hvorfor vi ønsker å gjennomføre nettopp et slikt prosjekt. Det vil være helt frivillig om ungdommene vil være med, og de kan trekke seg underveis. Ut fra allmenne etiske overveielser og ut fra muligheten for å få en høy deltagelsesprosent er det viktig å få informert de unge grundig om at vi vil behandle informasjonen konfidensielt. Det vil før hovedprosjektet starter, bli gjennomført et pilotprosjekt hvor blant annet de etiske sidene knyttet til innhold og omfang av tester og intervjuing av den enkelte ungdommen vil bli vurdert. Nødvendige tillatelser vil bli innhentet fra REK

### **Stigmatisering av barnevernsbarn?**

Det er sannsynlig at prosjektet vil konkludere med at en betydelig andel av barn på barnevernsinstitusjon har psykiske vansker. Slike forhold vil naturlig nok bli omtalt i media. Dette kan både oppfattes som en ytterligere stigmatisering av en allerede utsatt gruppe, samt virke belastende for de som er i eller har vært i barnevernet. Forskerne vil derfor være særlig aktsomme med hva en går ut med, og på hvilken måte. En kan aldri fullt ut beskytte seg mot sensasjonspregede oppslag. Det er imidlertid vår oppfatning at det er mer uetisk å *ikke* gjennomføre

---

<sup>1</sup> Piloten ble gjennomført i mars/april 2011. Resultatene fra pilotstudien er formidlet i en intern rapport fra BUS, NTNU Samfunnsforskning AS. Prosjektet er justert i henhold til resultater fra denne. Dette omfatter blant annet justering av logistikk og informasjonsskriv for å tydeliggjøre prosjektets innhold og mål, samt å gjøre tilgangen til informasjon lettere. I tillegg reduseres CAPA og CANTABeclipse, og framgangsmåten i test/intervjusituasjonen er endret for å tilpasses informantenes behov.

denne forskningen enn å gjøre det. Å overse, eller ikke ville vite noe forskningsmessig om de antatt betydelige helseplagene, som disse unge sliter med, kan ansees som mer etisk betenkelig enn å undersøke dette grundig. Målsettingen må være å bedre livssituasjonen til disse unge, både nå og på sikt. Virksomme tiltak for å bedre situasjonen må være forskningsbaserte og ikke kun bygd på antagelser eller usystematiske erfaringer.

### **Avdekking av hjelpebehov for psykiske vansker**

Siden det skal gjennomføres et grundig intervju med den unge, vil vi anta at det i flere tilfeller vil bli avdekket et udekket hjelpebehov for psykiske vansker. Det vil være forskningsassistentene som gjennomfører de enkelte intervjuene og disse vil ikke ha kompetanse til å ta beslutninger om behov for videre tiltak. Der det oppdages mulige slike hjelpebehov, vil dette bli drøftet i en referansegruppe innad i prosjektet bestående av kompetent helsepersonell (spesialist i klinisk psykologi, barnepsykiater med mer). Der det finnes grunn til viderehenvisning vil en prosess mot dette bli startet. Dette i seg selv reiser imidlertid flere etiske og rettslige avveininger.

Der deltageren i prosjektet er under 16 år; dvs. under alder med selvstendig samtykkekompetanse, vil representanter fra prosjektet gå i dialog med den som har foreldreansvaret for å berede grunnen for en henvisning til barne- og ungdomspsykiatrien (eller annet). Det er den med foreldreansvar som må ta kontakt med enten lege eller leder av barnevernet, som er de to instansene som kan henvise videre. Forskerne i prosjektet har ikke henvisningsrett.

Der deltageren er over 16 år vil vi ta kontakt med den unge selv. Der den unge godkjenner det, vil den med foreldreansvar bli orientert, men dette er noe den unge kan motsette seg. Målsettingen vil være den samme som over. I begge tilfeller gjelder at den som kontaktes selvfølgelig har rett til å avstå fra å be om helsehjelp. Unntaket vil være der det er alvorlig fare for den unges eller andres liv og helse, som for eksempel ved uttalt suicidalfare.

Ved følgende tilstander vil det bli tatt kontakt med den unge/foresatte: psykose eller mistanke om psykose, alvorlig spiseforstyrrelse, alvorlig depresjon og bipolare lidelser, gjennomgripende utviklingsforstyrrelser, klar suicidalfare, samt andre tilstander med betydelig funksjonsnedsettelse eller lidelse.

### **Organisering av prosjektet**

Prosjektet er et samarbeid mellom flere forskningsmiljøer ved NTNU og NTNU Samfunnsforskning AS. Samlet sett har disse miljøene omfattende erfaring og kunnskap innen barnevernfeltet og psykiske lidelser hos barn og unge. Prosjektet er tverrfaglig, og bryter således med tradisjonelle grenser mellom barnevern, psykologi, barnepsykiatri og barnemedisin. En sentral forskningsgruppe (prosjektledergruppe) vil ivareta den vitenskapelige innsatsen i prosjektet, og ha avgjørelsesmyndighet angående denne. Denne gruppen består av professor Ann-Mari Brubakk (DMF), førsteamanuensis/overlege Thomas Jozefiak (DMF), forskningssjef Torill Tjelflaat (NTNU Samfunnsforskning AS) og professor/forskningsjef Lars Wickstrøm (NTNU Samfunnsforskning AS/NTNU). En av forskerne i gruppen har det daglige ansvaret/administrative koordineringen av prosjektets innhold og framdrift (Torill Tjelflaat). Seniorforsker/vitenskapelig koordinator Nanna Kayed, NTNU Samfunnsforskning AS er ikke medlem av prosjektledergruppen, men har møteplikt i denne. Thomas Jozefiak har ansvaret for innsats knyttet til RBUPs (DMF) bevilgning, og Torill Tjelflaat har samme ansvaret ved BUS (NTNU Samfunnsforskning AS). Det er også etablert en utvidet forskergruppe bestående av andre forskningsmedarbeidere på prosjektet. Det er opprettet et dataforvaltningsutvalg bestående av medlemmene i prosjektledergruppen og vitenskapelig koordinator.

Prosjektet er organisert som *ett* prosjekt, og har felles rapportering til Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Helsedirektoratet. Det er underskrevet samarbeidsavtale mellom NTNU Samfunnsforskning AS ved direktør Bente Aina Ingebrigtsen og Institutt for Nevromedisin, DMF ved instituttleder Lars Jacob Stovner. Det er utarbeidet en konsortieavtale mellom de sentrale partene i prosjektet, tiltrådt av Turid Suzanne Berg-Nielsen, Ann-Mari Brubakk, Torill Tjelflaat og Lars Wichstrøm.

### **Framdrift**

Framdriftsplan for hele prosjektperioden 2010-2014 følger som vedlegg 1.

### **Budsjett**

Budsjett for hele prosjektperioden 2010-2014 følger som vedlegg 2.

15.11.11

Torill Tjelflaat

## Litteratur

1. Achenbach TM (2003) Manual for ASEBA School-Age Forms & Profiles. University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families, Burlington, VT
2. Ainsworth M, Blehar M, Waters E, Wall S (1978) Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation. Erlbaum, Hillsdale, NJ
3. Airaksinen E, Larsson M, Forsell Y (2005) Neuropsychological functions in anxiety disorders in population-based samples: evidence of episodic memory dysfunction. *Journal of Psychiatric Research* 39:207-214
4. Andreassen T (2003) Behandling av ungdom i institusjoner. Hva sier forskningen? In, Oslo
5. Angold A, Prendergast M, Cox A, Harrington R, Simonoff E, Rutter M (1995) The Child and Adolescent Psychiatric-Assessment (CAPA). *Psychological Medicine* 25:739-753
6. Armsden GC, Greenberg MT (1987) The inventory of parent and peer attachment. Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence* 16:427-454
7. Arteaga AB, del Valle JF (2003) Social support networks of adolescents in residential child care. A comparative analysis with normative population. *Psicothema* 15:136-142
8. Attar-Schwartz S (2009) School functioning of children in residential care: The contributions of multilevel correlates. *Child Abuse & Neglect* 33:429-440
9. Barkley RA (1997) Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin* 121:65-94
10. Battin-Pearson S, Newcomb MD, Abbott RD, Hill KG, Catalano RF, Hawkins JD (2000) Predictors of early high school dropout: A test of five theories. *Journal of Educational Psychology* 92:568-582
11. Behen ME, Helder E, Rothermel R, Solomon K, Chugani HT (2008) Incidence of specific absolute neurocognitive impairment in globally intact children with histories of early severe deprivation. *Child Neuropsychology* 14:453-469
12. Bowlby J (1969) Attachment and loss. Vol 1. Attachment. Basic Books, New York, NY
13. Brezo J, Paris J, Turecki G (2006) Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 113:180-206
14. Burns BJ, Phillips SD, Wagner HR, Barth RP, Kolko DJ, Campbell Y, Landsverk J (2004) Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: A national survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 43:960-970
15. Burt KB, Obradovic J, Long JD, Masten AS (2008) The interplay of social competence and psychopathology over 20 years: Testing transactional and cascade models. *Child Development* 79:359-374
16. Cale EM (2006) A quantitative review of the relations between the "Big 3" higher order personality dimensions and antisocial behavior. *Journal of Research in Personality* 40:250-284
17. Cassin SE, von Ranson KM (2005) Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review* 25:895-916
18. Cicchetti D, Ackerman BP, Izard CE (1995) Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology *Development and Psychopathology* 7:1-10
19. Clausen SE, Kristofersen L (2008) Barnevern 1990-2011: En longitudinell studie av registerdata. *Norges Barnevern* 3

20. Clough R, Bullock R, Ward A (2006) What Works in Residential Child Care. A review of research of research evidence and practical considerations. In, London
21. Compas BE (1987) Coping with stress during childhood and adolescence *Psychological Bulletin* 101:393-403
22. Crum RM, Bucholz KK, Helzer JE, Anthony JC (1992) The risk of alcohol abuse and dependency in adulthood - The association with educational level. *American Journal of Epidemiology* 135:989-999
23. Dodge KA, Bates JE, Pettit GS (1990) Mechanisms in the cycle of violence. *Science* 250:1678-1683
24. Duchesne S, Vitaro F, Larose S, Tremblay RE (2008) Trajectories of anxiety during elementary-school years and the prediction of high school noncompletion. *Journal of Youth and Adolescence* 37:1134-1146
25. Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS (1983) The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy* 9:171-180
26. Fergusson DM, Swain-Campbell N, Horwood LJ (2002) Outcomes of leaving school without formal educational qualifications. *New Zealand Journal of Educational Studies* 37:39-55
27. Ford T, Vostanis P, Meltzer H, Goodman R (2007) Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: comparison with children living in private households. *British Journal of Psychiatry* 190:319-325
28. Garber J, Braafladt N, Weiss B (1995) Affect regulation in depressed and non-depressed children and young adolescents. *Development and Psychopathology* 7:93-115
29. Gottesman, II, Gould TD (2003) The endophenotype concept in psychiatry: Etymology and strategic intentions. *American Journal of Psychiatry* 160:636-645
30. Gottesman, II, Shields J (1976) Genetics of schizophrenia. Critical review of recent adoption, twin, and family studies of schizophrenia: behavioral genetics perspectives *Schizophrenia Bulletin* 2:360-401
31. Harter S (1988) Manual for the Self-Perception Profile for Adolescents. In: University of Denver, Denver, CO
32. Hjemdal O, Friborg O, Stiles TC, Martinussen M, Rosenvinge JH (2006) A new scale for adolescent resilience: Grasping the central protective resources behind healthy development. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development* 39:84-96
33. Hutchison KE, Allen DL, Filbey FM, Jepson C, Lerman C, Benowitz NL, Stitzel J, Bryan A, McGeary J, Haughey HM (2007) CHRNA4 and tobacco dependence - From gene regulation to treatment outcome. *Archives of General Psychiatry* 64:1078-1086
34. Jamain S, Etain B, Dumaine A, Mathieu F, Chevalier F, Henry C, Kahn JP, Deshommes J, Bellivier F, Leboyer M (2008) Polymorphisms in the SNAP25 gene are associated with early-onset bipolar affective disorder. *Biological Psychiatry* 63:153S-153S
35. Jarjoura GR (1993) Does dropping out of school enhance delinquent involvement? Results from a large-scale national probability sample. *Criminology* 31:149-172
36. Joiner TE, Wagner KD (1995) Attributional style and depression in children and adolescents: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review* 15:777-798
37. Jokela M, Raikkonen K, Lehtimäki T, Rontu R, Keltikangas-Järvinen L (2007) Tryptophan hydroxylase 1 gene (TPH1) moderates the influence of social support on depressive symptoms in adults. *Journal of Affective Disorders* 100:191-197
38. Jozefiak T, Larsson B, Wichström L, Matthejat F, Ravens-Sieberer U (2008) Quality of Life as reported by school children and their parents: a cross-sectional survey. *Health and Quality of Life Outcomes* 6
39. Kaufman J, Yang BZ, Douglas-Palumberi H, Grasso D, Lipschitz D, Houshyar S, Krystal JH, Gelernter J (2006) Brain-derived neurotrophic factor-5-HTTLPR gene

interactions and environmental modifiers of depression in children. *Biological Psychiatry* 59:673-680

40. Kjelsberg E, Nygren P (2004) The prevalence of emotional and behavioural problems in institutionalized childcare clients. *Nordic Journal of Psychiatry* 58:319-325

41. Kliewer W, Cunningham JN, Diehl R, Parrish KA, Walker JM, Atiyeh C, Neace B, Duncan L, Taylor K, Mejia R (2004) Violence exposure and adjustment in inner-city youth: Child and caregiver emotion regulation skill, caregiver-child relationship quality, and neighborhood cohesion as protective factors. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 33:477-487

42. Knopik VS, Heath AC, Bucholz KK, Madden PA, Waldron M (2009) Genetic and environmental influences on externalizing behavior and alcohol problems in adolescence: a female twin study. *Pharmacol Biochem Behav* 93:313-321

43. Kovacs M (2009) Affect regulation, mood repair and juvenile-onset depressions. In: International Conference Sponsored by ESCAP. Budapest

44. Lawrence CR, Carlson EA, Egeland B (2006) The impact of foster care on development. *Development and Psychopathology* 18:57-76

45. Lee A, Hankin BL (2009) Insecure Attachment, Dysfunctional Attitudes, and Low Self-Esteem Predicting Prospective Symptoms of Depression and Anxiety During Adolescence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 38:219-231

46. Li ML (2006) High school completion and future youth unemployment: New evidence from high school and beyond. *Journal of Applied Econometrics* 21:23-53

47. Martinussen M, Fischl B, Larsson HB, Skranes J, Kulseng S, Vangberg TR, Vik T, Brubakk AM, Haraldseth O, Dale AM (2005) Cerebral cortex thickness in 15-year-old adolescents with low birth weight measured by an automated MRI-based method. *Brain* 128:2588-2596

48. Martinussen M, Flanders DW, Fischl B, Busa E, Lohaugen GC, Psychol C, Skranes J, Vangberg TR, Brubakk AM, Haraldseth O, Dale AM (2009) Segmental Brain Volumes and Cognitive and Perceptual Correlates in 15-Year-Old Adolescents with Low Birth Weight. *J Pediatr*

49. McCann JB, James A, Wilson S, Dunn G (1996) Prevalence of psychiatric disorders in young people in the care system. *British Medical Journal* 313:1529-1530

50. Miyake A, Friedman NP, Emerson MJ, Witzki AH, Howerter A, Wager TD (2000) The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex "frontal lobe" tasks: A latent variable analysis. *Cognitive Psychology* 41:49-100

51. Moffitt TE, Caspi A, Harrington H, Milne BJ (2002) Males on the life-course-persistent and adolescence-limited antisocial pathways: Follow-up at age 26 years. *Development and Psychopathology* 14:179-207

52. Morgan AB, Lilienfeld SO (2000) A meta-analytic review of the relation between antisocial behavior and neuropsychological measures of executive function. *Clinical Psychology Review* 20:113-136

53. Nolin P, Ethier L (2007) Using neuropsychological profiles to classify neglected children with or without physical abuse. *Child Abuse & Neglect* 31:631-643

54. Nutzelt J, Schmid M, Goldbeck L, Fegert JM (2005) Psychiatric support for children and adolescents in residential care in a German sample. *Praxis Der Kinderpsychologie Und Kinderpsychiatrie* 54:627-644

55. Obel C, Linnert KM, Henriksen TB, Rodriguez A, Jarvelin MR, Kotimaa A, Moilanen I, Ebeling H, Bilenberg N, Taanila A, Ye G, Olsen J (2009) Smoking during pregnancy and hyperactivity-inattention in the offspring--comparing results from three Nordic cohorts. *Int J Epidemiol* 38:698-705

56. Pears K, Fisher PA (2005) Developmental, cognitive, and neuropsychological functioning in preschool-aged foster children: Associations with prior maltreatment and placement history. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 26:112-122
57. Rogers MA, Kasai K, Koji M, Fukuda R, Iwanami A, Nakagome K, Fukuda M, Kato N (2004) Executive and prefrontal dysfunction in unipolar depression: a review of neuropsychological and imaging evidence. *Neuroscience Research* 50:1-11
58. Sarason IG, Levine HM, Basham RB, Sarason BR (1983) Assessing Social Support - the Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology* 44:127-139
59. SBB (2008) Statistisk sentralbyrås årlige barnevernstatistikk. Tabell 5 "Barn med barnevernstiltak i løpet av året, etter alder og tiltak i 2007.
60. Skranes J, Vangberg TR, Kulseng S, Indredavik MS, Evensen KA, Martinussen M, Dale AM, Haraldseth O, Brubakk AM (2007) Clinical findings and white matter abnormalities seen on diffusion tensor imaging in adolescents with very low birth weight. *Brain* 130:654-666
61. Sund AM, Wichstrøm L (2002) Insecure attachment as a risk factor for future depressive symptoms in early adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 41:1478-1485
62. Swann WB, Chang-Schneider C, McClarty KL (2007) Do people's self-views matter? Self-concept and self-esteem in everyday life. *American Psychologist* 62:84-94
63. Teichner G, Golden CJ (2000) The relationship of neuropsychological impairment to conduct disorder in adolescence: A conceptual review. *Aggression and Violent Behavior* 5:509-528
64. Thapar A, Harold G, Rice F, Langley K, O'Donovan M (2007) The contribution of gene-environment interaction to psychopathology. *Development and Psychopathology* 19:989-1004
65. Toga AW, Thompson PM, Sowell ER (2006) Mapping brain maturation. *Trends Neurosci* 29:148-159
66. Trzesniewski KH, Donnellan MB, Moffitt TE, Robins RW, Poulton R, Caspi A (2006) Low self-esteem during adolescence predicts poor health, criminal behavior, and limited economic prospects during adulthood. *Developmental Psychology* 42:381-390
67. Volpe JJ (2008) *Neurology of the newborn*. Saunders Elsevier, Philadelphia
68. Wamboldt MZ, Wamboldt FS, Gavin L, McTaggart S (2001) A parent-child relationship scale derived from the Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 40:945-953
69. Wentzel KR (1991) Relations between social competence and academic achievement in early adolescence *Child Development* 62:1066-1078
70. Wichstrøm L (1995) Harters Self-Perception Profile for Adolescents - Reliability, Validity, and Evaluation of the Question Format. *Journal of Personality Assessment* 65:100-116
71. Zeanah CH (2000) Disturbances of attachment in young children adopted from institutions. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 21:230-236