

Vederhus, J.-K. & Haugland, S. H. (2025). Vanskelige barndomsopplevelser setter spor. I A. J. W. Andersen & S. H. Haugland (Red.), *Perspektiver på psykososial helse* (s. 107–124). Fagbokforlaget. DOI: <https://doi.org/10.55669/oa550206>

Kapittel 6

Vanskelige barndomsopplevelser setter spor

John-Kåre Vederhus og Siri Håvås Haugland

Innledning

Vanskelige barndomsopplevelser kan sette negative spor i folks helse helt inn i voksen alder. Dette har fått stor oppmerksomhet i forskningslitteraturen de siste 20 årene (Bellis et al., 2019; Hughes et al., 2017). I dette kapittelet ønsker vi å se om internasjonale funn fra dette forskningsfeltet bekreftes i en norsk folkehelseundersøkelse. Spesifikt vil vi undersøke i hvilken grad vanskeligheter i barndommen er relatert til psykososiale konsekvenser (sosiale forhold, økonomisk situasjon og psykisk helse) i voksen alder.

Internasjonalt blir temaet omtalt som «Adverse Childhood Experiences» (ACE), etter navnet på en større amerikansk studie om fenomenet fra midten av 90-tallet (Felitti, 2019). Bakgrunnen for studien var at klinikere i en helseforebyggende poliklinikk oppdaget hvor vanskelig det var for pasienter i et behandlingsprogram for fedme å gjøre livsstilsendringer for å gå ned i vekt og å holde vekten nede (Felitti et al., 2010; Olsen, 2020). Når de utforsket dette nærmere, oppdaget de at spisevanene kunne være en måte å håndtere underliggende emosjonelle problemer forårsaket av seksuelle overgrep i barndommen. Oppdagelsen førte til at de begynte å spørre alle pasienter med fedme om barndomstraumer, og de ble overveldet over hvor mange som hadde slike negative barndomsopplevelser. I en pilotstudie oppdaget de at så mange som 55 % av pasientene hadde opplevd seksuelle overgrep i barndommen (Felitti, 2019). Forskerne ble rådet til å gjøre en større epidemiologisk studie for å undersøke forekomsten blant sykehuspasienter generelt, og ACE-studien ble igangsatt i 1995 blant medlemmer i et større privat sykehusforetak i USA, Kaiser Permanente i San Diego. Internasjonalt har vanskelige barndomsopplevelser blitt målt på ulike måter, alt fra enkeltspørsmål til større spørreskjemaer – men mest kjent er nok fremdeles de ti spørsmålene fra ACE-studie som blant annet inneholdt spørsmål om emosjonelt eller seksuelt misbruk, omsorgssvikt, foreldres rusbruk og skilsmisse.

Psykososiale utfordringer og helse

En rekke studier har vist at de som har vanskelige barndomsopplevelser, får flere fysiske og psykiske helseproblemer enn andre (Bellis et al., 2019; Merrick et al., 2017; Merz & Jak, 2013), og det er beregnet at mer enn 25 % av alle tilfeller av angst og depresjon i Europa skyldes vanskelige barndomsopplevelser (Bellis et al., 2019). Sammenhengen mellom vanskelige barndomsopplevelser og psykisk helse er derfor satt på dagsordenen av Verdens helseorganisasjon som et viktig satsingsområde for å forebygge ikke-smittsomme sykdommer (Sethi et al., 2018). Det at belastende kontekstuelle og relasjonelle forhold som misbruk, omsorgssvikt og foreldres rusbruk viser seg å sette negative spor i den psykiske og fysiske helsen, synliggjør at helse påvirkes av det psykososiale oppvekstmiljøet. På samme måte som belastende livsopplevelser kan være skadelig for helsen, kan positive psykososiale faktorer virke beskyttende. Hvis et barn vokser opp i stabile og tillitsskapende omgivelser, vil barnet utvikle et positivt selvilde av seg selv og andre, og ha positive forventninger til sosialt samspill. Vanskelige barndomsopplevelser kan skade slike forventninger, og kan føre til usikkerhet som gjelder relasjoner med andre og en generell mistillit til verden omkring (Merz & Jak, 2013). Å ha gode sosiale relasjoner og sosial støtte bidrar i stor grad til en god helse (Hakulinen et al., 2016), og en studie som undersøkte ulike faktorer som kunne bidra til beskyttelse og motstandskraft, fant at sosiale faktorer var betydningsfullt for å unngå negative konsekvenser av vanskelige barndomsopplevelser (Bellis et al., 2018). En norsk studie viste at de som har hatt vanskelige opplevelser i barndommen, angir større grad av sosial isolasjon (Vederhus et al., 2022). Sosial eksklusjon er en drivende faktor for utvikling av sosial ulikhet i helse, og det å ha lite sosial støtte og å oppleve seg isolert øker risikoen for helseproblemer (Holt-Lunstad et al., 2015). Det er derfor viktig å undersøke hva som kan øke faren for at man faller utenfor det sosiale fellesskapet

Forskning viser også at risikoen for helseproblemer øker jo flere vansker man har opplevd i barndom (Hughes et al., 2017). Mange internasjonale studier har derfor fokusert på å telle og summere antall vanskelige barndomsopplevelser, men få studier har belyst om det å ha flere vanskelige livserfaringer har betydning i en norsk befolkning. I tillegg til at antall vanskelige barndomsopplevelser en person opplever kan være relevant for den psykiske helsen, vil også den subjektive vurderingen av hvor ille opplevelsene var,

være relevant for hvor mye det påvirker den psykiske helsen og livskvaliteten senere. Skalaer der personen får angi hvor vanskelig en oppfatter barndommen, kan være å foretrekke fremfor bare en telling av antall negative hendelser (Vederhus et al., 2021).

Vanskelige barndomsopplevelser fordeler seg ulikt i befolkningen (Haugland, Dovran et al., 2021). Slike erfaringer er vanligere blant dem med lavere utdanning sammenlignet med høyere utdanning, og aller vanligst var det blant dem som på ulike måter står utenfor arbeidsmarkedet, det vil si de var sykemeldt eller mottok uføretrygd eller arbeidsavklaringspenger. Sammenhengen mellom vanskelige barndomsopplevelser og sosioøkonomiske forhold er komplisert. Vanskelige barndomsopplevelser er vanligere blant dem som vokser opp med dårlig råd i familien (Walsh et al., 2019), men det å oppleve belastende ting i barndommen kan også gjøre det vanskeligere å fullføre skole og komme seg inn i arbeidslivet (Houtepen et al., 2020; Metzler et al., 2017). Det er solid grunnlag for å si at det er sosial ulikhet i hvordan helse fordeler seg i befolkningen (Goldblatt et al., 2023; Pickett & Wilkinson, 2015). Vanskelig økonomi er en av risikofaktorene for å ha større psykiske helseplager (Fryers et al., 2005; Santini et al., 2020). Fordi tidligere studier viser en sammenheng mellom sosiale forskjeller og å ha erfart belastende barndomsopplevelser, samtidig som andre studier har vist at belastende barndomsopplevelser kan føre til verre psykisk helse i voksen alder, er det viktig å undersøke disse faktorene i sammenheng med hverandre.

Det er relativt vanlig å ha opplevd vanskelig ting i barndommen. En systematisk litteraturstudie med metaanalyse anslår at 23,5 % av voksne europeere har opplevd minst én vanskelig barndomsopplevelse, og 18,7 % har opplevd to eller flere (Bellis et al., 2019). En studie blant unge voksne i ti europeiske land fant enda høyere tall, hvor nesten halvparten (46 %) oppgav at de har opplevd minst én vanskelig barndomsopplevelse, og 6 % fortalte at de har opplevd fire eller flere (Hughes et al., 2019). Temaet har etter hvert blitt møtt med økende interesse i Norge. Allerede i 2005 gav Kirkengen og Næss ut boken *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*, og boken kom nylig i sin fjerde utgave (Kirkengen & Næss, 2021). Kirkengen forteller blant annet om sine egne oppdagelser fra 90-tallet, da hun systematisk spurte kvinner som gjennomgikk gynekologisk undersøkelse om de hadde opplevd overgrep i barndommen. Av 85 kvinner som ble spurt, var det 28 % som fortalte om seksuelle overgrep

i oppveksten (Kirkengen et al., 1993). I de større norske epidemiologiske studiene som Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag (HUNT), ble et enkelt spørsmål om vanskelig barndom innført i den tredje spørreskjemaavgaven, HUNT-3 (Tomasdottir et al., 2015). Dette enkle spørsmålet viste at det å ha hatt en vanskelig barndom økte risikoen for en rekke ulike sykdommer i voksen alder, og i neste HUNT-undersøkelse (HUNT-4) ble to ekstra spørsmål om vanskelig barndom tatt med. Samlet utgjør disse tre spørsmålene en «vanskelig barndom skala». Skalaen kalles «Difficult childhood questionnaire» (DCQ) og ble tatt med og validert gjennom Fylkesundersøkelsen i Agder i 2019 (Vederhus et al., 2021).

I Norge finnes det en del studier om spesifikke erfaringer, eksempelvis seksuelle overgrep (Kirkengen et al., 1993; Mesel & B, 2017) eller det å vokse opp med foreldres rusproblem (Haugland, Carvalho, et al., 2021). Mye av det som er publisert fra Norge, er skrevet i engelske tidsskrift. Det finnes noe dokumentasjon om forekomst av vanskelige barndomsopplevelser i norske rapporter (ikke fagfelleverderte publikasjoner) eller fagtidsskrifter (Hafstad & Augusti, 2019; Steine et al., 2012). Så langt kjenner vi ikke til at noen har undersøkt hvor vanlig det er å ha en eller flere vanskelige barndomsopplevelser blant voksne i en generell norsk befolkning, og hvordan vanskeligheter i barndommen er relatert til sosiale forhold, økonomisk situasjon og psykisk helse i voksen alder.

Vanskelige barndomsopplevelser i en norsk folkehelseundersøkelse

I det følgende bruker vi norske data og beskriver hvor mange som har opplevd vanskelige barndomsopplevelser i en representativ fylkeshelseundersøkelse av voksne deltagere fra Agder i 2019. De svarte på et digitalt spørreskjema om helse, trivsel og andre forhold som har betydning for folkehelsen. I tillegg ble de spurt om følgende erfaringer fra barndommen: om foreldrene ble skilt/separert før de var 18 år, om foreldrene hadde et problematisk alkoholbruk i oppveksten, og om de opplevde manglende voksenstøtte

i oppveksten. Alkoholproblemer blant foreldres ble undersøkt med seks ulike spørsmål fra Children of Alcoholics Screening Test (CAST-6) (Hodgins et al., 1993). Eksempel på spørsmål er «Har du noen gang kranglet med en forelder fordi hun eller han drakk alkohol?» og «Har du noen gang hatt lyst til å gjemme eller tømme ut en av forelders flaske med alkohol?» Hvis deltagerne svarte ja på minst 3 av 6 spørsmål, ble det tolket som at de vokste opp med foreldres alkoholproblemer. Voksenstøtte i oppvekst ble undersøkt med et enkelt spørsmål, og de som svarte at de ikke hadde støtte i det hele tatt eller i svært liten grad, ble definert til å mangle voksenstøtte. DCQ ble brukt for at deltagerne kunne angi helhetlig *hvor vanskelig de oppfattet barndommen*, og hvor plaget de var av det nå (Vederhus et al., 2021). Dette var basert på tre spørsmål:

1. Var det mye krangling, uro, konflikter eller vanskelig kommunikasjon i barndomshjemmet?
2. Sliter du med vonde minner fra oppveksten pga. tap, svik, vanskjøtsel, vold, mishandling eller misbruk?
3. Når du tenker på barndommen/oppveksten din, vil du beskrive den som?

Svarene gis på en skala fra 1–5, som går fra «ikke i det hele tatt» til «i svært høy grad» for de to første spørsmålene og fra «svært god» til «svært vanskelig» for det siste. Et gjennomsnitt beregnes, og høyere skår indikerer en mer vanskelig barndom.

Deltagerne ble også spurt om sosiale forhold og økonomi. Oslo Social Support Scale (OSSS) ble brukt for å måle hvor sterk *sosial støtte* deltageren hadde (Boen et al., 2012). Spørsmålene handler om hvor mange personer som står en nær, om andre viser interesse for det en gjør, og om en kan få praktisk hjelp av naboer om en skulle ønske det. En høyere skår angir lavere sosial støtte, det vil si høyere sosial isolasjon. *Økonomi* ble målt med et spørsmål om hvor lett eller vanskelig det er for dem med den samlede inntekten i husholdet å få pengene til å strekke til i det daglige. Svarkategoriene ble målt på en 6-punkts skala fra «svært vanskelig» (6) til «svært lett» (1), det vil si at en høyere skår betydde en vanskeligere økonomisk situasjon. Vi målte deltager-

nes psykiske helseplager/-symptombelastning ved å bruke fem spørsmål fra Hopkins Symptom Check List (SCL-5) (Strand et al., 2003). De fem spørsmålene spør om deltageren i den siste uken hadde vært plaget av nervøsitet eller indre uro, redsel eller engstelse, en følelse av håpløshet med tanke på fremtiden, nedtrykthet eller tungsindighet og bekymring eller uro. Det svares på en 4-punkts skala fra «ikke plaget i det hele tatt» til «svært mye plaget». Et gjennomsnitt for de fem spørsmålene beregnes (skala fra 1–4), og jo høyere skår jo mer psykiske plager. De som fikk en skår på ≥ 2 , ble definert til å ha så store plager at det tilsvarer nivået hos dem som søker helsehjelp for dette (Strand et al., 2003).

Vi bruker prosenter og venndiagram for å vise hvor mange som har opplevd vanskelige barndomsopplevelser blant de spurte, og beskrive hva som kjennetegner dem vi har spurt. For å undersøke om antall vanskelige barndomsopplevelser har betydning for hvilke konsekvenser som følger i voksen alder, bruker vi lineær regresjon. Resultatene oppgis som et «stigningstall» (den lineære regresjonskoeffisienten), med 95 % konfidensintervall (KI). Stigningstallet uttrykker den gjennomsnittlige økningen i utfallsvariabelen for hver økning i antallet vanskelige barndomsopplevelser. Signifikante funn regnes som funn med p-verdi $< 0,05$.

Beskrivelse av deltagerne i undersøkelsen

Totalt sett var det 28 047 som svarte på folkehelseundersøkelsen i Agder. I denne analysen ekskluderte vi de som ikke hadde svart på alle spørsmål om vanskelige barndomsopplevelser, og vi satt igjen med $N = 27\,732$. Gjennomsnittlig alder var 47 år, og noe over halvparten var kvinner (53 %, Tabell 6.1). Om lag halvparten hadde utdanning fra høyskole og/eller universitet, mer enn 70 % var gift eller i partnerskap, og drøyt 70 % av utvalget var i arbeid (hel eller deltid), eller studerte (Tabell 6.1).

Tabell 6.1

Sosiodemografiske data om deltagerne (n = 27 732).

Variabler	Gjennomsnitt (±standardavvik) eller antall (%)
Alder – år	47 (±16)
Kjønn (andel kvinner)	14 763 (53)
Utdanning (n = 27 636)	
Grunnskole	3 275 (12)
Videregående skole el. fagutdanning	10 974 (40)
Høyskole/universitet < 4 år	6 461 (23)
Høyskole/universitet ≥ 4 år	6 926 (25)
Samlivsforhold (n = 27 689)	
Gift / registrert partner	14 860 (54)
Samboende	4 615 (17)
Har kjæreste (som en ikke bor sammen med)	2 203 (8)
Enslig	6 011 (22)
Arbeid, studier eller velferdsstønad	
I arbeid (heltid eller deltid), eller studier	19 927 (72)
Alderspensjon, uføretrygd, arbeidsavklaringspenger, sosialstønad eller hjemmeværende	7 805 (28)

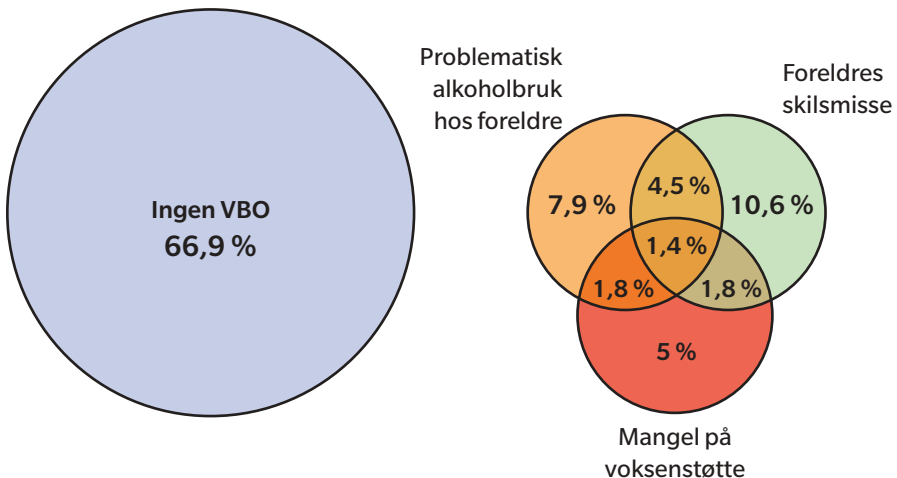
Hvor vanlig var det å ha opplevd vanskelige barndomsopplevelser?

To tredjedeler av utvalget (66,9 %) rapporterte ingen vanskelige barndomsopplevelser, 23,5 % rapporterte én, 8,2 % rapporterte to, og 1,4 % rapporterte alle de tre vanskelige barndomsopplevelsene. Fordelingen mellom de ulike vanskelige barndomsopplevelsene er illustrert i et venn-diagram i figur 6.1. Totalt sett var det 15,6 % som hadde vokst opp med alkoholproblematikk hos foreldre, 10,0 % som fortalte om mangel på voksen støtte i barndom, og

18,3 % som hadde opplevd at foreldrene skilte seg før de var 18 år, men det var noen som hadde hatt mer enn én vanskelig barndomsopplevelse. Det var for eksempel hele 38 % av dem som vokste opp med foreldrenes alkoholproblemer som også hadde opplevd skilsmisse (det vil si 5,9 % av alle deltagerne). Dette er mer enn dobbelt så høyt som i hele populasjonen sett under ett, med en skilsmisseandel på 18,3 %.

Figur 6.1

Venndiagram som viser forekomst og overlapp mellom forskjellige vanskelige barndomsopplevelser (VBO).



Vanskelige barndomsopplevelser og psykososiale konsekvenser

I denne undersøkelsen fant vi en klar sammenheng mellom det å ha opplevd vanskelige barndomsopplevelser og psykososiale utfordringer i voksen alder (Tabell 6.2). Dess flere vanskelige barndomsopplevelser, dess mer ble barndommen vurdert som vanskelig og dess større plager hadde deltagerne med vonde minner fra barndommen. De som hadde flere vanskelige

barndomsopplevelser, var også i høyere grad sosial isolert, hadde vanskeligere økonomi og hadde større psykisk helseplager. De med tre vanskelige barndomsopplevelser hadde en skår på psykiske symptombelastning tilsvarende det man forventer hos dem som søker helsehjelp for slike plager.

Tabell 6.2

Vanskelige barndomsopplevelser og psykososiale utfordringer i voksen alder.

	0 VBO N = 18 559	1 VBO N = 6 515	2 VBO N = 2 261	3 VBO N = 397	Stigningstall m/ 95 % KI	p-verdi
Vanskelig barndom skala (DCQ – skala 1–5) ^a	1,59 (±0,66)	2,38 (±0,97)	3,21 (±1,01)	3,99 (±0,82)	0,80 (0,79–0,81)	< 0,001
Sliter med vanskelige minner (skala 1–5) ^{a, b}	1,37 (±0,78)	2,10 (±1,20)	2,91 (±1,31)	3,64 (±1,20)	0,75 (0,74–0,77)	< 0,001
Sosial isolasjon (skala 0–14) ^a	5,71 (±1,86)	6,31 (±2,07)	6,75 (±2,27)	7,72 (±2,31)	0,58 (0,54–0,61)	< 0,001
Sosioøkonomi – vanskelig økonomi (skala 1–6) ^c	2,39 (±1,23)	2,80 (±1,40)	3,09 (±1,45)	3,49 (±1,58)	0,37 (0,34–0,39)	< 0,001
Psykisk symptombe- lastning (skala 1–4) ^a	1,43 (±0,55)	1,63 (±0,67)	1,81 (±0,76)	2,16 (±0,86)	0,20 (0,19–0,21)	< 0,001

VBO = Vanskelige barndomsopplevelser.

DCQ = Difficult Childhood Questionnaire.

Stigningstall = gjennomsnittlig økning i utfallsskåren per økning i antall barndomsbelastning.

P-verdi fra univariat lineær regresjonsanalyse.

± brukes som tegn for standardavvik.

^a Høy skår er mer vanskelig, mer plaget eller mer isolasjon.

^b Dette spørsmålet inngår i DCQ, men angis her separat fordi det omhandler hvor plaget en er av barndommen i voksen alder.

^c Høy skår betyr vanskeligere økonomi.

Diskusjon

Forekomst av vanskelige barndomsopplevelser blant voksne i Agder

Vi fant at nesten en fjerdedel av deltagerne hadde opplevd minst en av de vanskelige barndomsopplevelsene det ble spurt om (23,5 %). Dette ligger på samme nivå som er funnet for voksne i en lignende aldersgruppe i Europa, men andelen er betydelig lavere enn i den europeiske unge voksne-undersøkelsen (18–25 år), der nær halvparten oppgav minst én vanskelig barndomsopplevelse (Sethi et al., 2018). Forskjellen kan delvis skyldes en særlig høy forekomst av vanskelige barndomsopplevelser i noen europeiske land, samt at det i folkehelseundersøkelsen i Agder ikke ble spurt systematisk om alle de vanskelige barndomsopplevelsene som det ble spurt om i den europeiske studien og som det er vanlig å spørre om i typiske ACE-studier. Det ble spurt om ni forskjellige vanskelige barndomsopplevelser i den europeiske unge voksne-studien, som la originalskjemaet til ACE studien til grunn.

Det var nesten 1 av 6 voksne i Agder som hadde opplevd å være barn og unge pårørende til foreldre med et problematisk alkoholbruk. Det synes å være et høyt tall og var en nesten like stor andel som hadde skilsmisse/separasjon hos foreldrene (15,6 % versus 18,3 %). Noen vil kanskje hevde at skilsmisse blant foreldre er såpass vanlig at det ikke bør regnes som en vanskelig barndomsopplevelse. Forskning viser likevel at det er en signifikant relasjon mellom foreldres skilsmisse og for eksempel depresjon, selvmordsforsøk/selv mord, angst og risikofaktorer som alkohol og annen rusbruk (Auersperg et al., 2019). I studien her kunne vi ikke skille ut den separate effekten av hver enkelt vanskelige barndomsopplevelse på psykiske helseplager, men i en tidligere studie ble vi overrasket av at foreldres skilsmisse hadde en like negativ sammenheng med psykisk helse og livskvalitet som problematisk alkoholbruk blant foreldrene (Vederhus et al., 2022).

Noen opplever flere vanskeligheter i barndommen enn andre

Studien viser at noen hadde flere vanskelige barndomsopplevelser. Spesielt var dette synlig for skilsmisse og problematisk alkoholbruk hos foreldre. Å være nær pårørende til noen som har problemer med rusmiddelbruk, fører til bekymring og belastning over tid, og det kan ha en negativ innvirkning på den pårørendes egen psykiske helse. En norsk studie blant pårørende til

mennesker med rusmiddelavhengighet fant at de hadde klare belastnings-symptomer, familiens funksjon som en familie var nedsatt, og familieklimaet ble beskrevet som konfliktfylt (Vederhus et al., 2019), noe som kan ha bidratt til brudd i relasjoner.

Vi finner altså det samme i denne norske befolkningsstudien som i andre ACE studier: Én vanskelig barndomsopplevelse gir en økt risiko for å oppleve andre vanskelige barndomsopplevelser (Anda et al., 2002). Det kan også bemerkes at 17 % (3,2 % av 18,3 %, Figur 6.1) av de som opplevd foreldres skilsmisse, hadde samtidig opplevd mangel på voksenstøtte i barndom. Det sier noe om hvor viktig det er at foreldre, i familiesituasjoner som kan være vanskelige, likevel klarer å sikre at barna opplever voksenstøtte fra minst én voksen, og slik sett kan redusere de mulige psykiske skadevirkninger på lang sikt. Nettopp dette påpekes i tidligere forskning om det å vokse opp med problematisk alkoholbruk blant foreldre; at det er viktig å tenke på faktorer som kan bygge resiliens og motvirke negative konsekvenser. Det kan skje ved å sørge for mest mulig støtte fra voksne til utsatte barn, enten innad i familien eller fra noen utenfor familien: en venn, en lærer, en helsesøster eller andre (Park & Schepp, 2015).

Jo flere vanskelige barndomsopplevelser, jo større risiko for senere psykososiale utfordringer

I tråd med annen forskning på dette feltet fant vi at de som har flere vanskelige barndomsopplevelser, i større grad hadde psykiske helseplager. Gjennomsnittsskåren for de som hadde tre vanskelige barndomsopplevelser i vår studie, lå også over det som regnes som en klinisk grenseverdi (> 2). Det sier noe om belastningen av de psykiske plagene en «bærer med seg» opp i voksen alder, og samstemmer godt med oppsummering av ACE-studien: Vanskelige barndomsopplevelser setter avtrykk i sinnet som varer langt opp i voksen alder (Felitti & Anda, 2010).

De som hadde hatt vanskelige barndomsopplevelser, angir også i større grad å ha en vanskelig økonomisk situasjon som voksen. Det kan tenkes at denne sammenhengen eksisterte allerede da deltagerne var barn, fordi vanskelige barndomsopplevelser er vanligere blant barn som vokser opp i familier med vanskeligere sosioøkonomiske forhold (Metzler et al., 2017). Antagelig er sammenhengen mer komplisert, fordi det har vist seg at vanskelige barn-

domsopplevelser kan føre til dårligere tilknytning til skole- og arbeidsliv, også uavhengig av familiens økonomiske situasjon (Hardcastle et al., 2018; Houtepen et al., 2020). Dette er også funnet i en nordisk setting, og en svensk studie viste at de som vokste opp med foreldres rusmiddelproblem hadde større sjanse for å stå utenfor skole- og arbeidsliv i ung voksen alder (Welford et al., 2022). Hvis vanskelige barndomsopplevelser øker risikoen for eksklusjon fra utdanning- og arbeidsliv, vil dette kunne medvirke til en vanskelig økonomisk situasjon i voksenlivet.

Vi fant også at sosial isolasjon i voksenlivet øker med økende antall vanskelige barndomsopplevelser. Forklaringen på dette er antagelig kompleks. På den ene siden kan vansker i barndommen gjøre det vanskeligere å utvikle stabile relasjoner og trygg relasjonskompetanse, og dette kan følge personen inn i voksenlivet. Videre kan nettopp dette at flere av dem med vanskelige barndomsopplevelser får psykiske helseplager, bidra til å øke risikoen for sosial isolasjon (Richter & Hoffmann, 2019). Andre studier har funnet at flere av dem som har vanskelige barndomsopplevelser og/eller psykiske helseproblemer, har dårlig økonomi, noe som samlet sett kan bidra til mer sosial isolasjon (Topor et al., 2016).

Tversnittdesignet i denne studien gjør at vi kan ikke trekke slutninger om årsak-virkning på basis av de sammenhengene som er avdekket, og en kan ikke utelukke at det finnes andre bakenforliggende faktorer som kan forklare sammenhengene.

Kliniske implikasjoner

Studien viser at selv i en større, representativ befolkningsundersøkelse i Norge finner vi at vanskelige barndomsopplevelser gir plager helt opp i voksen alder. En kan derfor regne med at dette er en høyst aktuell problematikk i helse- og velferdstjenester, kanskje spesielt innenfor spesialisthelsetjenesten for psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Vederhus et al. (2022) anbefaler å bruke det enkle DCQ-skjemaet til systematisk å kartlegge og sjekke ut om vanskelige barndomsopplevelser er en aktuell problematikk. Hva gjør en så hvis en gjennom en slik kartlegging eller gjennom en klinisk samtale finner ut at pasienter har traumatiske opplevelser fra barndommen og strever med minner fra fortiden? Felitti sitt enkle budskap er at vi ikke trenger å være avanserte traumeterapeuter for å våge å gå inn i tematikken.

Han anbefaler å stille ett enkelt spørsmål og så la pasienten si det han/hun vil (eller ikke vil) om tematikken. I sammenheng med bruk av DCQ kan det for eksempel formuleres slik: «Jeg ser at du skårer høyt på temaet om vanskelige barndomsopplevelser, hvordan har dette preget livet ditt nå som voksen?». Deretter skal en bare lytte til det pasienten har å si. Erfaringene fra ACE-forskningen var at det å våge å spørre, lytte til og akseptere det som blir sagt, er det viktigste vi kan gjøre (Felitti, 2019). Uansett om pasienten ikke ønsker å si noe særlig, kan et slikt spørsmål bidra til å sette i gang en refleksjon som kan føre til større innsikt i sammenhengen mellom vanskelige barndomsopplevelser og nåværende helsesituasjon.

Felittis forslag kan oppfattes som en «brief intervention». Hemmeligheten ved en slik spørsmålsstilling, på samme måten som spørsmålsstillingene i DCQ, er at en beholder en forsiktig, delvis indirekte tilnærming. Konsekvenser for her og nå står i fokus, og en går ikke direkte inn i en utforskning av selve traumet/-ene. Dette er spesielt viktig innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling, da direkte utforskning av traumer kan reaktivere vanskelige emosjoner og føre til økt rusbruk i et forsøk på å håndtere dem. Direkte utforskning av traumet/-er oppfattes derfor som kontraindisert, og det anbefales å ha en solid rusfri periode og en rimelig god livsmestring generelt før en eventuelt tar fatt på en slik direkte utforskning eller fortolkende psykodynamisk terapi (Najavits, 2002, s. 14). Vi håper at oppfordringen til å ta i bruk det enkle kartleggingsverktøy DCQ og Felittis «brief intervention»-metode, som beskrevet over, kan gi helse- og sosialpersonell trygghet til å utforske temaet i kliniske samtaler, gi positive samtaleerfaringer og kunne bidra til at pasienter som bærer på tunge byrder fra barndommen, kan få hjelp til å mestre konsekvensene av disse. Da kan de også i større grad åpne opp for å se sammenhenger med negative livsstilsmønstre i voksen alder. Det gir en mulighet til å kunne endre slike negative mønstre i positiv retning.

Referanser

- Anda, R. F., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Chapman, D., Edwards, V. J., Dube, S. R. & Williamson, D. F. (2002). Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression. *Psychiatric Services*, 53(8), 1001–1009. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.8.1001>
- Auersperg, F., Vlasak, T., Ponocny, I. & Barth, A. (2019). Long-term effects of parental divorce on mental health – A meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 119, 107–115. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.09.011>
- Bellis, M. A., Hughes, K., Ford, K., Hardcastle, K. A., Sharp, C. A., Wood, S., Homolova, L. & Davies, A. (2018). Adverse childhood experiences and sources of childhood resilience: A retrospective study of their combined relationships with child health and educational attendance. *BMC Public Health*, 18, 792. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5699-8>
- Bellis, M. A., Hughes, K., Ford, K., Ramos Rodriguez, G., Sethi, D. & Passmore, J. (2019). Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 4(10), e517–e528. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30145-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30145-8)
- Boen, H., Dalgard, O. S. & Bjertness, E. (2012). The importance of social support in the associations between psychological distress and somatic health problems and socio-economic factors among older adults living at home: A cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 12, 27. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-12-27>
- Felitti, V. J. (2019). Origins of the ACE Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 56(6), 787–789. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.02.011>
- Felitti, V. J. & Anda, R. F. (2010). The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric disorders and sexual behavior: Implications for healthcare. I R. A. Lanius, E. Vermetten & C. Pain (Red.), *The impact of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic* (s. 77–87). Cambridge University Press.
- Felitti, V. J., Jakstis, K., Pepper, V. & Ray, A. (2010). Obesity: Problem, solution, or both? *The Permanente Journal*, 14(1), 24–30. <https://doi.org/10.7812/TPP/10.996>
- Fryers, T., Melzer, D., Jenkins, R. & Brugha, T. (2005). The distribution of the common mental disorders: Social inequalities in Europe. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1, 14. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-1-14>
- Goldblatt, P., Castedo, A., Allen, J., Lionello, L., Bell, R., Marmot, M., Heimburg, D. v. & Ness, O. (2023). *Rapid review of inequalities in health and wellbeing in Norway since 2014* (03/23). The UCL Institute of Health Equity.
- Hafstad, G. S. & Augusti, E.-M. (2019). *Ungdoms erfaringer med vold og overgrep i oppveksten: En nasjonal undersøkelse av ungdom i alderen 12 til 16 år* (Rapport nr. 4/2019). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Hakulinen, C., Pulkki-Råback, L., Jokela, M., Ferrie, J. E., Aalto, A. M., Virtanen, M., Kivimäki, M., Vahtera, J. & Elovainio, M. (2016). Structural and functional aspects of social support as predictors of mental and physical health trajectories: Whitehall II cohort study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 70(7), 710–715. <https://doi.org/10.1136/jech-2015-206165>

- Hardcastle, K., Bellis, M. A., Ford, K., Hughes, K., Garner, J. & Ramos Rodriguez, G. (2018). Measuring the relationships between adverse childhood experiences and educational and employment success in England and Wales: Findings from a retrospective study. *Public Health*, 165, 106–116. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.09.014>
- Haugland, S. H., Carvalho, B., Stea, T. H., Strandheim, A. & Vederhus, J. K. (2021). Associations between parental alcohol problems in childhood and adversities during childhood and later adulthood: A cross-sectional study of 28,047 adults from the general population. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 16(1), 47. <https://doi.org/10.1186/s13011-021-00384-9>
- Haugland, S. H., Dovran, A., Albæk, A. U. & Sivertsen, B. (2021). Adverse childhood experiences among 28,047 Norwegian adults from a general population. *Frontiers in Public Health*, 9, 711344. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.711344>
- Hodgins, D. C., Maticka-Tyndale, E., el-Guebaly, N. & West, M. (1993). The CAST-6: Development of a short-form of the Children of Alcoholics Screening Test. *Addictive Behaviors*, 18(3), 337–345. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(93\)90035-8](https://doi.org/10.1016/0306-4603(93)90035-8)
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T. & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- Houtepen, L. C., Heron, J., Suderman, M. J., Fraser, A., Chittleborough, C. R. & Howe, L. D. (2020). Associations of adverse childhood experiences with educational attainment and adolescent health and the role of family and socioeconomic factors: A prospective cohort study in the UK. *PLoS Medicine*, 17(3), e1003031. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003031>
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L. & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), e356–e366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
- Hughes, K., Bellis, M. A., Sethi, D., Andrew, R., Yon, Y., Wood, S., Ford, K., Baban, A., Boderscova, L., Kachaeva, M., Makaruk, K., Markovic, M., Povilaitis, R., Raleva, M., Terzic, N., Veleminsky, M., Wlodarczyk, J. & Zakhosha, V. (2019). Adverse childhood experiences, childhood relationships and associated substance use and mental health in young Europeans. *European Journal of Public Health*, 29(4), 741–747. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz037>
- Kirkengen, A. L. & Næss, A. B. (2021). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Kirkengen, A. L., Schei, B. & Steine, S. (1993). Indicators of childhood sexual abuse in gynaecological patients in a general practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 11(4), 276–280. <https://doi.org/10.3109/02813439308994843>
- Merrick, M. T., Ports, K. A., Ford, D. C., Afifi, T. O., Gershoff, E. T. & Grogan-Kaylor, A. (2017). Unpacking the impact of adverse childhood experiences on adult mental health. *Child Abuse & Neglect*, 69, 10–19. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.03.016>
- Merz, E. M. & Jak, S. (2013). The long reach of childhood: Childhood experiences influence close relationships and loneliness across life. *Advances in Life Course Research*, 18(3), 212–222. <https://doi.org/10.1016/j.alcr.2013.05.002>

- Mesel, T. & B. V. (2017). *Vilje til frihet: En manns fortelling om barndom og overgrep*. Portal Forlag.
- Metzler, M., Merrick, M. T., Klevens, J., Ports, K. A. & Ford, D. C. (2017). Adverse childhood experiences and life opportunities: Shifting the narrative. *Children and Youth Services Review*, 72, 141–149. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.10.021>
- Najavits, L. (2002). *Seeking safety: A treatment manual for PTSD and substance abuse*. Guilford Press.
- Olsen, T. K. (2020). Fedme. I *Store medisinske leksikon*. Hentet 21. september 2022 fra <https://sml.snl.no/fedme>
- Park, S. & Schepp, K. (2015). A systematic review of research on children of alcoholics: Their inherent resilience and vulnerability. *Journal of Child and Family Studies*, 24, 1222–1231.
- Pickett, K. E. & Wilkinson, R. G. (2015). Income inequality and health: A causal review. *Social Science & Medicine*, 128, 316–326. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.031>
- Richter, D. & Hoffmann, H. (2019). Social exclusion of people with severe mental illness in Switzerland: Results from the Swiss Health Survey. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(4), 427–435. <https://doi.org/10.1017/S2045796017000786>
- Santini, Z. I., Stougaard, S., Koyanagi, A., Ersbøll, A. K., Nielsen, L., Hinrichsen, C., Madsen, K. R., Meilstrup, C., Stewart-Brown, S. & Koushede, V. (2020). Predictors of high and low mental well-being and common mental disorders: Findings from a Danish population-based study. *European Journal of Public Health*, 30(3), 532–538. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa021>
- Sethi, D., Yon, Y., Parekh, N., Anderson, T., Huber, J., Rakovac, I. & Meinck, F. (2018). *European status report on preventing child maltreatment*. World Health Organization.
- Steine, I. M., Milde, A. M., Bjorvatn, B., Grønli, J., Nordhus, I. H., Mrdalj, J. & Pallesen, S. (2012). Forekomsten av seksuelle overgrep i et representativt befolkningsutvalg i Norge. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49(10), 950–957.
- 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>
- Tomasdottir, M. O., Sigurdsson, J. A., Petursson, H., Kirkengen, A. L., Krokstad, S., McEwen, B., Hetlevik, I. & Getz, L. (2015). Self-reported childhood difficulties, adult multimorbidity and allostatic load: A cross-sectional analysis of the Norwegian HUNT Study. *PLoS One*, 10(6), e0130591. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0130591>
- Topor, A., Ljungqvist, I. & Strandberg, E.-L. (2016). The costs of friendship: Severe mental illness, poverty and social isolation. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 8(4), 336–345. <https://doi.org/10.1080/17522439.2016.1167947>
- Vederhus, J. K., Haugland, S. H. & Timko, C. (2022). A mediational analysis of adverse experiences in childhood and quality of life in adulthood. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 31(1), e1904. <https://doi.org/10.1002/mpr.1904>
- Vederhus, J. K., Kristensen, O. & Timko, C. (2019). How do psychological characteristics of family members affected by substance use influence quality of life? *Quality of Life Research*, 28(8), 2161–2170. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02169-x>

- Vederhus, J. K., Timko, C. & Haugland, S. H. (2021). Adverse childhood experiences and impact on quality of life in adulthood: Development and validation of a short difficult childhood questionnaire in a large population-based health survey. *Quality of Life Research*, 30(6), 1769–1778. <https://doi.org/10.1007/s11136-021-02761-0>
- Walsh, D., McCartney, G., Smith, M. & Armour, G. (2019). Relationship between childhood socioeconomic position and adverse childhood experiences (ACEs): A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 73(12), 1087–1093. <https://doi.org/10.1136/jech-2019-212738>
- Welford, P., Danielsson, A. K. & Manhica, H. (2022). Parental substance use disorder and offspring not in education, employment or training: A national cohort study of young adults in Sweden. *Addiction*, 117(7), 2047–2056. <https://doi.org/10.1111/add.15807>