

Copingstrategier hos barn och tonåringar i skolålder

Bo Larsson

Forskningen kring coping hos barn/tonåringar är ännu begränsad till omfattning och inriktning. Enstaka longitudinella studier föreligger idag som belyser samband mellan coping strategier och problem i barnets vardag eller vid akut eller kronisk sjukdom. Kunskapen om vilka kausala mekanismer som ligger bakom dessa fenomen och vilka coping strategier som är skyddande eller skadliga för barn och tonåringar är därför mycket ofullständig. Här finns ett stort behov av ökade kunskaper. Resultaten från behandlingsforskningen visar emellertid att coping strategier kan vara effektiva och praktiskt användbara vid ett flertal hälsoproblem hos barn och tonåringar.

Bo Larsson är läkare och docent, verksam vid Centrum för omvårdnadsvetenskap vid Uppsala universitet.

Under det senaste decenniet har man i forskningen studerat s.k. copingstrategier som barn och tonåringar använder för att bemästra yttre stressfaktorer eller starka negativa emotioner, t ex rädsla eller smärta (1-4). På svenska finns ingen bra term för coping medan man på norska använder begreppet "bemestring". Man brukar skilja på s k coping style som avser ett mera stabilt reaktionsmönster hos individen och coping strategier som används i en viss situation och tidpunkt. En coping-strategi är en mer eller mindre avsiktlig handling eller tanke som individen använder för att hantera yttre stress eller minska starka obehagsupplevelser (5).

En stress-coping modell för hur individen handskas med sådana problem har formulerats av Lazarus & Folkman (1984) (5). I denna modell delas individens coping strategier bl a upp i en problemfokuserad och en emotions-fokuserad dimension. Problemfokuserad coping används för att bemästra yttre stressorer och emotionsfokuserad för att minska starka obehagskänslor.

Under senare år har man i forskning belyst coping strategier som barn och ungdomar i kliniska populatio-

ner använder vid olika sjukdomar eller handikapp, t ex astma, huvudvärk, diabetes, cancer och akut smärta (1, 3-4, 6). Ett annat område är coping strategier som barn och tonåringar använder inför planerade åtgärder inom hälso- eller sjukvården, t ex sjukhusvistelse, blodprov-stagning, narkos eller operation (3, 7). Dessa coping metoder varierar sannolikt beroende på om barn/tonåringar är i en förberedelsefas (appraisal), åtgärdsfas (encounter) eller återhämtningsfas (recovery). Vid sidan av denna aspekt visar resultaten från den empiriska forskningen att föräldrars beteende (coping) och ångest i samband med den medicinska åtgärden, barnets eventuella separation från förälder och ålder, typ av stressor är viktiga faktorer som samvarierar med barnets coping strategier (4).

Här belyses främst den empiriska forskningen kring coping strategier som barn och tonåringar i skolålder använder vid prestationssituationer och interpersonella problem i skolan, depressiva besvär, rädsla/ängslan eller smärta.

Stress hos barn och vuxna

Yttre stressfaktorer skiljer sig mellan barn och vuxna. För barn/ tonåringar är många av dessa faktorer relaterade till konflikter med vuxna och barn har ofta mindre kontroll över sådana stressorer. En annan viktig särskiljande faktor är barns intensiva kognitiva utveckling som spelar stor roll i deras bedömning och reaktioner på olika stressfaktorer.

Vilken roll barns ålder och utvecklingsnivå spelar vid coping har undersökts i begränsad omfattning i empirisk forskning. I denna har belysts hur kognitiva aspekter t.ex. problemlösning varierar med barnets ålder.

Yttre stressfaktorer skiljer sig mellan barn och vuxna. För barn/tonåringar är många av dessa faktorer relaterade till konflikter med vuxna och barn har ofta mindre kontroll över sådana stressorer

Förmåga att kunna generera olika förslag som lösning på ett problem kan ses hos 4-5 åriga barn. Vid 8-10 års ålder har barnet ofta utvecklat ett sekvensiellt tänkande kring hur mål kan uppnås vid ett interpersonellt problem (8).

Metoder

Få standardiserade metoder finns idag i utvärdering av vilka copingmetoder barn/tonåringar använder och hur väl metoderna fungerar (9). I översikter över de senaste årens forskning på området, fann Ryan-Wenger (9-10) att de flesta studier använde egna definitioner av barn/tonåringars copingstrategier. Andra faktorer som varierar mellan studierna var barnets ålder, metodik vid datainsamlingen och vilka stressfaktorer som undersökts. De flesta copingstrategier kunde enl Ryan-Wenger (1992)(9) klassificeras enligt *tabell 1*.

Tabell 1. Barnens coping strategier (ålder 8-12 år) (efter Ryan-Wenger, 1992).

Aggressivt beteende	Kognitiv problemlösning
Undvikande beteende	Kognitiv restrukturerings
Undvikande distraktion	Emotionella uttryck
Kognitivt undvikande	Endurance ("Stå ut")
Kognitiv distraktion	Informations-sökande
Socialt stöd	Isolerad social aktivitet
Själsligt stöd	Stressor modifikation

Även om dessa kategorier visade god interbedömar-reliabilitet menar författaren att det ännu är oklart om klassifikationen är användbar.

I en senare översikt över standardiserade metoder som mäter coping styles eller copingstrategier hos barn i olika situationer och problem, fann Ryan-Wenger (1994) (10) att metoderna baserades på intervjuer, observationer, projektiva test, (barnens) självrapportering eller föräldrabedömning. Många av metoderna har utvecklats för barn med specifika problem, t.ex. kronisk sjukdom och endast ett fåtal är generella och anpassade för bedömning av skolbarns copingstrategier (11-12). Instrumenten avser att utvärdera hur ofta skolbarn använder olika copingstrategier och några inkluderar även hur väl de fungerar.

Coping i vardagssituationer

Som framgått ovan har de flesta metoder utvecklats för att studera vilka coping strategier som barn i specialpopulationer använder, t.ex. vid kronisk sjukdom eller

Studier av barns coping i prestationssituationer i skolan har visat att framgångsrika barn tillskriver framgång till sin egen förmåga och misslyckande till faktorer som är påverkbara

i samband med medicinsk åtgärd. Band & Weisz (1988) (13) undersökte emellertid 6-12-åringars användning av copingstrategier och deras i effektivitet i vardagssituationer. Man fann därvid att copingmetoderna varierade med barnets ålder och situation. Förf påpekar att 6-åringarna i en intervju kunde beskriva metoder för att handskas t.ex. med stress i skolan, problem med kamrater eller vuxna.

Prestations- och interpersonella problem

Studier av barns coping i prestationssituationer i skolan har visat att framgångsrika barn tillskriver framgång till sin egen förmåga och misslyckande till faktorer som är påverkbara (14-15). Hjälplösa barn klandrar sig själva för sitt misslyckande och ser framgång som av andra kontrollerbara faktorer. Dessa barn är också generellt mer benägna att söka förklaringar till sitt eventuella misslyckande än de framgångsrika.

I en studie över skolrelaterad stress i en prestations-situation och interpersonella relationer hos barn i 10-14 års åldern fann Compas, Malcarne & Fondarco (1988) (16), att användningen av emotions-fokuserade coping strategier ökade med åldern medan problem-fokuserad coping ej samvarierade med ålder. Signifika samband framkom mellan grad av emotionella/beteendeproblem och barnets coping med sociala stressorer, men var ej relaterad till stress vid skolprestation. Barn/tonåringar med högre grad av emotionella- och beteendeproblem angav färre problem-fokuserade men fler emotions-fokuserade copingstrategier. Både pojkar och flickor använde flera problem-fokuserade coping metoder vid prestations-relaterade stressorer än vid social stress. Måttligt starka samband observerades för barnens användning av coping strategier vid bemästrandet av de två stressorerna. Stabiliteten över längre tid (9 månader) för användning av olika coping strategier var relativt låg. Ett intressant resultat var att förekomsten av sådana problem var högst hos de elever som föreslog för få problem-fokuserade alternativ när de upplevde kontroll över situationen eller för många coping metoder när de inte upplevde en sådan kontroll.

Ryan-Wenger (1990) (17) identifierade med hjälp av både enkäter och intervjuer följande coping strategier hos 8-12-åriga skolbarn (i rangordning): socialt stöd, undvikande, emotionella, distraktion och kognitiva strategier. 8-9 åriga och 12-åriga barn använde fler coping-strategier än 10-11-åringar, men ingen skillnad framkom i barnens värdering av strategiernas effektivitet avseende ålder, ej heller någon könsskillnad. Författaren drar bl.a. slutsatsen att 8-12-åriga skolbarn kan bedöma coping strategier och deras effektivitet.

Hos 11-14-åriga skolbarn undersöktes samband mellan olika livshändelser och coping strategier förutom förekomst av ångest, depressiva och psykosomatiska besvär (11). Följande coping strategier var vanligast: aggression, stress-identifikation, distraktion, själv-destruktion och "stå ut" (endurance). Test-retest visade låga-måttliga samband för coping strategier över tid. Låg användning av stress-identifikations- och distraktionsstrategier fann man hos elever som av sina lärare bedömdes ha mer problem. Signifikanta men låga samband framkom mellan ångest, psykosomatiska och depressiva besvär. Särskilt påtagliga samband fann man mellan negativa coping strategier och psykiska problem. Förf drar slutsatsen att negativa coping strategier är starkare relaterade till förekomst av psykiska besvär än antalet positiva coping strategier som skolbarn i dessa åldrar använder. Förf menar också att barn i dessa åldrar är medvetna om vilka copingstrategier man använder och vilka som fungerar eller är ineffektiva vid stress.

Depressiva besvär

Vilka copingstrategier som barn i åldrarna 4-11 år använder vid depressiva besvär undersöktes i en studie av Kenealy (1989)(18). Vid intervjuer visades bilder på barn med glada-ledsna ansikten. Den vanligaste metoden barnen som uppgav sig använda när de kände sig ledsna var "lek" (77%), "undvikande" (24%), "söka hjälp eller tröst" (24%) eller "titta på TV" (23%). En tendens att äldre barn använde fler strategier observerades. Barnen uppgav att "leka med vänner" var den bäst fungerande copingstrategien.

Rädsla/ängslan

Rädsla och ängslan är vanligt förekommande problem

Barnen uppgav att "leka med vänner" var den bäst fungerande copingstrategien

Positivt "självrprat" var den vanligaste kognitiva strategin och användningen ökade med barnets ålder liksom totala antalet coping strategier

hos skolbarn. I en undersökning av skolbarns coping-strategier i tre tänkta stressituationer, "få en spruta vid tandläkarbesök", "berätta något i klassen" och "en obehaglig händelse som nyligen inträffat", fann Brown och medarbetare (19) att antalet barn i åldrarna 8-18 år som klarade dessa stressorer väl ("copers") ökade med ålder. Av samtliga barn bedömdes 37-44% vara copers i de tre situationerna och antalet ökade med ålder. Ungefär dubbelt så många barn i 16-18 års ålder rapporterade användning av kognitiva copingmetoder jämfört med barn i 8-9 års ålder. Copers rapporterade också mindre ångest och flickor använde oftare negativa copingtekniker. Positivt "självrprat" var den vanligaste kognitiva strategin och användningen ökade med barnets ålder liksom totala antalet copingstrategier. Copers rapporterade mindre rädsla/ängslan än sådana barn som hade katastrofkänslor ("catastrophers"). Undvikande och flykt var vanligast bland dessa copingmetoder. Äldre barn använde också fler copingstrategier av katastrof-typ och bland dessa var rumination och nedsättande kommentarer om sig själva de vanligaste. Även om barn tycks utveckla bättre copingstrategier i äldre åldrar är det oklart hur förvärvandet av dessa sker i samspelet med föräldrar, lärare eller kamrater.

I en studie över copingstrategiers variation i vardagssituationer fann Larsson, Melin & Morris (1994) (20) att skolbarn i åldrarna 8 och 12 år främst använde kognitiva strategier eller undvikande vid ängslan hemma eller i skolan. De vardagssituationer som väckte mest ängslan var "lämna hemmet på morgonen", "i klassen" och "gå och lägga sig". 8-åringarna använde också fler copingstrategier än 12-åringarna. Barn med hög grad av ängslan i de flesta vardagssituationer använde oftare "tala med en vuxen" eller "undvikande" än de med låg symtombelastning.

Hur skolbarn/tonåringar handskas med rädslor i en specifik situation har även studerats. Ett vanligt sådant problem är barns rädslor i en formell testsituation i skolan. Resultaten från undersökningar av Zatz och Chassan (21-22) visar att barn/tonåringar med hög ängslan oftare använder negativ självvärdering eller "off-task" tänkande än barn med låg ängslan. För pojkar

samvarierar användningen av sådanacoping strategier med sämre prestationer. Elever med hög nivå av ängslan rapporterade mer självprat som coping metod än sådana med låg ängslan och presterade också sämre i klassen. Liknande resultat fann Beidel & Turner (1988)(23) i en studie över skolbarn i åldrarna 8-12 år. Barn med hög nivå av test-ängslan rapporterade mer tankar än barn med låg ängslan. Ingen skillnad noterades avseende mängden positiva eller neutrala tankar medan barn med höga besvärnivåer uttryckte mer negativa tankar under två beteendetest än sådana med låga nivåer.

Tonåringar i skolålder med hög test ängslan rapporterade även fler "off-task" tankar och fler negativa självvärderande påståenden än elever med låg ängslan (24). Av intresse är att mängden kognitiva coping strategier (statements) var högre hos elever med höga nivåer av test ängslan. Enl. förf försöker sådana elever att använda copingtekniker vid upplevt hot i test-situationer, men förhindras att göra detta pga "off-task" tankar och negativ självvärdering. Behandlingfokus bör därför vara att åtgärda individens negativa självvärdering och "off-task" tankar snarare än mängden kognitiva copingstrategier (self-statements).

Prins (1985) (25) fann även att c:a 2/3 av skolbarn använde sig av självprat och att det mesta av detta vid tandläkarbesök var negativt laddat. Barn med högre nivåer av rädsla i väntrummet rapporterade en stark upptagenhet med externa, aversiva stimuli och flykt- fantasier. Få barn hade en plan och när en sådan användes var den global till sin karaktär.

I en studie över mörkerrädsla fann Mooney, Graziano och Katz (1985)(26) att självkontroll, socialt stöd, användning av fysiska objekt (kudde eller nallebjörn), be en bön, undvikande eller flykt var de vanligaste coping-strategierna hos skolbarn i åldrarna 8-13 år. Dessa strategier kunde urskiljas vid faktoranalys av såväl barnens som föräldrarnas beskrivningar.

Smärta

Bland skolbarn är magvärk och huvudvärk vanliga hälsoproblem. Ross & Ross (1984)(27-28) rapporterade att 61% av 5-12-åriga skolbarn "försökte undvika att tänka på" smärta som coping strategi medan 34% angav att "försöka sova" var det mest effektiva sättet att minska sin smärta. Inga köns- eller ålderskillnader noterades. Relativt få elever, 21%, uppgav att de använde någon självinitierad coping metod vid smärta. Bland dessa elever var distraktion (43%) och fysisk aktivitet

(43%) vanligast, följda av tankestopp (14%), avslappning eller fantasi (14%). Förf ifrågsätter validiteten för de yngsta barnens svar och deras användning av coping-metoder vid smärta.

I en egen studie fann vi i likhet med ängslan hos skolbarn att 8-och 12-åringarna använde "tala med en vuxen", distraktion ("försöka tänka på något annat") och undvikande för att hantera sin magvärk eller huvudvärk (20). Få könsskillnader framkom och de yngre barnen använde alla copingtekniker oftare än de äldre barnen.

Vilka copingmetoder som tonåringar med nästan daglig huvudvärk använder och deras effektivitet har undersökts (29). Att "gå till sängs" (om möjligt), medicin och avslappning var de vanligaste metoderna man använde för att minska huvudvärken. De bedömdes också som mest effektiva, särskilt vid mera intensiv huvudvärk av migräntyp. Distraktion, fysisk aktivitet och kognitiva metoder ("försöka tänka på något annat") användes oftare vid mindre intensiv huvudvärk av spänningsskarakter. Få samband noterades dock mellan förbättring av huvudvärken och användningen av viss copingstrategi.

Coping och behandling

Behandling med syfte att förbättra barns coping har prövats i ett begränsat antal empiriska studier, t.ex. inför sjukhusvistelse (4, 30) eller för att förbättra barns och tonåringars interpersonella relationer och problemlösningsförmåga (8). Barn i kliniska populationer med astma eller kronisk huvudvärk har även behandlats med biofeedback som coping strategi (31). En standardiserad avslappningsträning använd som copingmetod har visat sig vara effektiv särskilt vid kronisk spänningshuvudvärk hos tonåringar (32). I denna åldersgrupp har metoden även visat sig vara en attraktiv behandlingsform.

Sammanfattning

Som framgått har man undersökt barns/tonåringars copingstrategier på ett flertal områden, t.ex. inför planerade medicinska åtgärder (sjukhusvistelse, smärtsamma diagnostiska eller kirurgiska ingrepp), vid kro-

Få samband noterades mellan förbättring av huvudvärken och användningen av viss coping strategi

En standardiserad avslappningsträning använd som coping metod har visat sig vara effektiv särskilt vid kronisk spänningshuvudvärk hos tonåringar

niska sjukdomar (astma och huvudvärk) hos barn i kliniska populationer och i skolålder vid rädsla/ångest, smärta och depressiva besvär. En slutsats som kan dras är att barn i skolålder tycks vara medvetna om att de använder olika sätt att hantera yttre stress eller starka obehagskänslor, medan uppgifterna för barn i förskoleålder är mera osäkra. Det är dock oklart i vilken utsträckning barn/tonåringar faktiskt använder de copingmetoder som man beskriver och hur dessa varierar med typ av stress, barnets ålder och utveckling. Vissa copingmetoder används troligen mera systematiskt och framgångsrikt i situationer som är likartade, t.ex vid tandläkarbesök eller blodprovstagning. Copingstrategierna kan också variera med fasen i en bestämd stresssituation, t.ex före, under eller efter blodprovstagning. Effekten av metoderna beror sannolikt också på hur intensiva obehagsupplevelserna är för barnet/tonåringen. Ett problem i tolkningen av resultaten i forskningen är att man i de flesta studier har frågat barnen om hur de

oftast tänker eller beter sig i en hypotetisk situation där man sannolikt reagerar med rädsla eller smärta. Ange- läget är därför att systematiskt undersöka hur barnen faktiskt tänker och reagerar i en reell, hotfull situation eller vid starkt obehag.

REFERENSER

5. Lazarus R S, Folkman S: Stress, appraisal and coping. New York: Springer, 1984.
6. LaGreca A M, Siegel L J, Wallander J L, Walker E (eds): Stress and coping in child health. New York: Guildford Press, 1992.
10. Ryan-Wenger N M: Coping behavior in children: methods of measurement for research and clinical practice. J Pediatr Nurs 1994;9:183-195.
16. Compas B E, Malcarne V L, Fondarco K M: Coping with stressful events in older children and young adolescents. J Consult Clin Psychol 1988;56:405-411.
19. Brown J M, O'Keeffe, Sanders S H, Baker B: Developmental changes in children's cognition to stressful and painful situations. J Pediatr Psychol 1986;11:343-357.
29. Larsson B, Melin L: Relaxation training in the treatment of recurrent headache: The Uppsala studies. Scand J Behav Therapy, 1988;17:1215-137.
31. Gagnon D J, Hudnall L, Andrasik F: Biofeedback and related procedures in coping with stress. In LaGreca A M, Siegel L J, Wallander J L, Walker E (eds): Stress and coping in child health, Chapt 14. New York: Guilford Press, 1992.

Fullständig referenslista kan fås från författaren.

5:e Forskningskonferensen

MÄNNISKA HANDIKAPP 95 LIVSVILLKOR

ÖREBRO

5 – 6 april 1995

Årets konferens anknyter till LSS.

Aktuella forsknings- och utvecklingsprojekt redovisas och livsvillkoren beskrivs för de olika handikappgrupper som omfattas av lagen.

Bland 20-talet symposier kan nämnas rubriker som: "Autonomi – beroende", "Inflytande", "Rätten till kommunikation", "Rehabilitering" och "Datoriserade hjälpmedel".

Upplysningar på tel: 019-15 71 53, 019-15 72 13

VÄLKOMMEN!

Landstingets social- och omsorgsstyrelse



ÖREBRO LÄNS
LANDSTING

CSA

Centralförbundet för socialt arbete utdelar anslag för bl a forskningsinformation och kommunikation mellan det sociala fältet och forskningen. Bidrag kan t ex gälla anordnandet av konferenser, symposier, publicering av rapporter och liknande från det sociala forskningsarbetet. *Bidrag till resor lämnas icke.*

Anslag beviljas vanligen med belopp om högst 20.000 kronor.

Kortfattad ansökan om bidrag med kostnadsberäkning och med angivande av eventuella övriga finansierare insändes till:

Centralförbundet för socialt arbete

Karlavägen 100

115 26 Stockholm

Tel 08/663 96 07

FÖRE DEN 1 MARS 1995