



HØGSKULEN I VOLDA

Ma

**Masteroppgåve i helse- og sosialfag
- meistring og myndiggjering**

Ungdom og depresjon

- utbredelse og sammenheng med sentrale faktorer i unges liv

**Kristoffer Ciemski
November 2008**

Innholdsfortegnelse

1.1	Innledning.....	3
1.2	Problemstilling og presisering.....	4
1.3	Disposisjon for oppgaven.....	5
2.1	Teoretiske perspektiver i psykologien og diagnosen depresjon.....	6
2.1.1	Det psykodynamiske perspektivet.....	6
2.1.2	Det kognitive perspektivet.....	7
2.1.1	Det biologiske perspektivet.....	8
2.1.2	Stress- og sårbarhetsmodellen.....	9
2.2	Diagnosen depresjon.....	9
3.1	Hva kan vi forså med begrepet ungdom?.....	11
3.2	Moderne ungdom.....	12
3.3	Individualisering og refleksiv modernitet.....	13
3.4	Mestring.....	14
4.1	Hva kjennetegner deprimert ungdom? Studier av depresjon hos ungdom.....	15
4.2	Hva kjennetegner deprimert ungdom?.....	16
4.3	Hva sier litteraturen om hvor utbredt depresjon er hos ungdom?.....	17
4.4	Depresjon og kjønn.....	18
4.5	Depresjon hos ungdom og alder.....	21
4.5.1	Senere fødselsår gir mindre depresjon.....	21
4.6	Depresjon knyttet til faktorer som er brukt i konstruerte indekser.....	22
4.6.1	Forhold til kropp og utseende.....	22
4.6.2	Forhold til skolen.....	22
4.6.3	Opplevelse av sosial integrasjon.....	23
4.6.4	Forhold til familie.....	23
4.6.5	Mestring.....	24
5.1	Metode.....	25
5.2	Om datagrunnlaget Ung i Norge.....	25
5.3	Konstruksjon av indekser.....	26
5.3.1	Depresjonsindeks.....	27
5.3.2	Indekser for familiære faktorer.....	27
5.3.3	Indeks for opplevelse av sosial integrasjon.....	28
5.3.4	Indeks for forhold til skolen.....	29
5.3.5	Indeks for forhold til kropp og utseende.....	29
5.3.6	Mestringsindeks.....	30
5.4	Omkoding og verdifordelinger.....	30
5.5	Mulige sterke og svake sider med datamaterialet.....	33
5.6	Analyse av tall gjennom krysstabeller og regresjonsanalyse.....	35
6.1	Presentasjon av funn.....	36
6.1.1	Opplevelse av sosial integrasjon og depresjon.....	37
6.1.2	Forhold til kropp og utseende og depresjon.....	38
6.1.3	Forhold til skolen og depresjon.....	38
6.1.4	Karakterer og depresjon.....	39
6.1.5	Grad av støtte fra familie og depresjon.....	39
6.1.6	Ubehag knyttet til familierespons og depresjon.....	40
6.1.7	Mangel på respons og depresjon.....	40
6.1.8	Mestring og depresjon.....	41
6.2	Forekomst av depresjon hos jenter og gutter, 1992 og 2002.....	41
6.3	Forekomst av depresjon 1992 og 2002, alder og kjønn.....	42

6.4	Regresjonsanalyse.....	43
6.4.1	Lineær regresjonsanalyse.....	43
6.4.2	Regresjonsanalyse – hvordan vi kan lese tabellene.....	43
7.1	Drøfting.....	46
7.2	Sammenligning av antall deprimerte med andre undersøkelser.....	46
7.3	Depresjon og kjønn.....	49
7.4	Depresjon og alder.....	51
7.5	Forekomst av depresjon, utvikling fra 1992 til 2002.....	52
7.6	Om kausalitet og årsak – virkning.....	54
7.7	De ulike indeksenes sammenheng med depresjon.....	56
7.7.1	Hvordan kan vi forstå de ulike faktorenes betydning med depresjon?.....	57
7.7.2	Forhold til skolen og depresjon.....	58
7.7.3	Opplevelse av sosial integrasjon og depresjon.....	59
7.7.4	Forhold til kropp og utseende og depresjon.....	60
7.7.5	Forhold til familien og depresjon.....	61
7.7.6	Mestring og depresjon.....	62
8.1	Avslutning.....	63
8.2	Kilder.....	65

”Det er en kamp, hver dag er en kamp. Det å være deprimert er som å være i sorg 24/7. Av og til (eller hele tiden) presser selvmordstankene seg på. Man lever i en tilstand hvor døden virker mer tiltalende enn livet. Og la meg bare påpeke at dette er veldig vanskelig å skrive. Men av og til... ønsker jeg å dø. Jobben min er å være deprimert. Jobben min er å kjempe mot meg selv, for å takle hverdagen. Forskjellen fra en vanlig jobb er dog det at min aldri slutter. Jeg får ikke lunchpauser, og jeg har det fortsatt vondt etter klokken fire”. (En ung deprimert).

1.1 Innledning

Ungdomstiden er noe som ofte har blitt sett på som en turbulent fase der den unge har mange humørsvinginger, er selvfokusert og der konflikter med foreldre ikke er uvanlige. Hvor mange ganger har vi ikke hørt utsagnet om at ”alle tenåringer er vanskelige”? Gjennom årene har det blitt utviklet langt flere slike klisjører. Men har vi i befolkningen generelt nok kunnskap om ungdom og psykisk helse? Mye kan tyde på at kunnskapen er mangelfull. Det antas i dag at 80000 barn og unge i Norge går rundt med behandlingstrengende psykiske lidelser (Holte, 2006). Dette er et høyt tall, og mange ville nok blitt overrasket over dette omfanget. Depresjon blir regnet som den hyppigste psykiske lidelsen i den generelle befolkning (Worley, 2006). Det er dermed god grunn til å anta at en stor del ungdom sliter med denne type problemer. Depresjon blir dessuten regnet av Verdens Helseorganisasjon som den fjerde største sykdommen som reduserer livskvalitet og funksjon (ibid). Dette viser at depresjon hos unge er et problem som må tas på alvor. Den viktigste utfordringen kan være å oppdage depresjonen. Det kan være grunn til å tro at depresjon hos mange unge ikke blir oppdaget på et tidlig stadium, noe som kan være viktig for videre forebygging. Hos en del unge kan det også tenkes at de psykiske lidelsene ikke blir oppdaget i det hele tatt. Konsekvensene av dette er store, når grunnlaget for god psykisk helse i voksenalder ofte legges i ungdomsårene. Dermed er betydningen for å fange opp de unge som er deprimerte helt vesentlig. Grunnen til at depresjon ikke oppdages kan være flere. For det første kan det være manglende kunnskap hos voksne om symptomer på denne lidelsen, samtidig kan den allmenne oppfatningen om ungdomstiden som en vanskelig periode gjøre at voksne ikke handler før det er for sent. For ungdom kan det være vanskelig å snakke om problemer relatert til psykiske lidelser. Unge mennesker har dessuten begrensede mentale ressurser som gjør at de ikke fullt ut forstår rekkevidden av hva depresjon og andre psykiske lidelser innebærer. At mange ikke tar opp problemene eller har nok forståelse for dette, kan også være en konsekvens av måten

samfunnet vårt er i dag. Til tross for at man i dag har begynt å sette mer fokus på psykiske lidelser, er depresjon fortsatt regnet som tabu i ulike miljøer. En rapport fra folkehelseinstituttet viste at over halvparten av de med psykiske plager ikke søkte hjelp for problemet (Folkehelseinstituttet, 2005). Verdens Helseorganisasjon venter dessuten at psykiske problemer vil øke i årene fremover (Folkehelseinstituttet, 2005). På en nettside om unge og psykisk helse er det en ungdom som skriver; *"Familien har alltid sett på psykiske problemer som tabu, og jeg befinner meg i en vanskelig situasjon når det kommer til det å stå fram. Jeg vet ikke hva jeg skal gjøre"*. Langt flere unge kan være i denne situasjonen. Er det ikke oppsiktsvekkende at selv om depresjon er en av de mest vanlige lidelsene slik Verdens Helseorganisasjon konkluderte med, så skal man ikke snakke om den? I tillegg til økt kunnskap hos befolkningen vil et steg i riktig retning være å bryte ned tabuene slik at problemene kan behandles på lik linje med andre helseproblemer.

1.2 Problemstilling og presisering

I oppgaven vil jeg ta utgangspunkt i følgende problemstillinger:

1. I hvor stor grad forekommer depresjon blant skoleungdom, og i hvor stor grad henger dette sammen med familiære forhold, opplevelse av sosial integrasjon, forhold til skolen, forhold til kropp og utseende samt mestring?

2. Hva kan vi si om forskjeller i forekomst av depresjon i 1992 og 2002, og i forhold til kjønn og alder?

Jeg vil nå presisere problemstillingen. I denne oppgaven ønsker jeg å sette fokus på ungdom og depresjon. Jeg ønsker å finne ut hvor stor forekomsten av depresjon er hos ungdom i videregående - og ungdomsskolen ut ifra en kvantitativ undersøkelse som tar utgangspunkt i datamaterialet fra Ung i Norge 2002 undersøkelsen, som jeg har fått tilgang på. Ung i Norge undersøkelsene er de største og mest omfattende undersøkelsene som er gjort om ungdom i Norge og de dekker mange sentrale områder i forhold til ungdom. Depresjon skal måles opp mot fem faktorer og dette er faktorer knyttet til familien, opplevelse av sosial integrasjon, forhold til skolen, forhold til kropp og utseende og mestring. Familiære forhold vil bli delt inn i tre ulike grupper (indekser); positiv respons, ubehag knyttet til familierespons samt mangel på respons. For å svare på problemstilling 2., kommer jeg også til å benytte datamaterialet fra Ung i Norge 1992 for å finne ut hvor mange som var deprimert i 1992 i forhold til 2002, samt

betrakte depresjon i forhold til spredning i alder og kjønn. Når jeg bruker begrepet ”depresjon” i forhold til mitt datamateriale, vil jeg understreke at hensikten ikke er å konkludere med at noen av intervjuobjektene er klinisk deprimerte. Det dreier seg utelukkende om hvem som kan ha indikasjoner på depresjon. Det samme vil gjelde i forhold til de andre faktorene. Når jeg i forhold til undersøkelsen skriver at noen for eksempel har et negativt kroppsbilde eller lav grad av mestring, betyr dette kun at de har indikasjoner på dårlig kroppsbilde og lav mestring. Jeg vil senere i oppgaven gjøre rede for hvordan kriteriene i forhold til å plassere respondentene i de ulike kategoriene for grad av depresjon, mestring, positiv respons etc. er.

1.2 Disposisjon for oppgaven

I del 2. av oppgaven, vil jeg først presentere noen teoretiske perspektiver på depresjon. Jeg tar for meg det psykodynamiske, det kognitive og det biologiske perspektivet samt stress- og sårbarhetsmodellen. Deretter vil jeg skrive om selve diagnosen depresjon. I del 3. vil jeg beskrive hva vi kan forstå med begrepet ungdom før jeg retter fokus på moderne ungdom. Her vil jeg blant annet gå inn på begrepene refleksiv modernitet og individualisering samt mestring. I del 4. vil jeg gå nærmere inn på depresjon og ungdom og først redegjøre for hva som kan kjennetegne deprimert ungdom. Deretter vil jeg presentere en del studier på forekomsten av depresjon hos ungdom, hvor jeg også tar for meg depresjon og kjønn samt depresjon og alder. Til slutt i denne delen vil jeg kort presentere noen studier som kobler de fem ulike faktorene, forhold til kropp og utseende, opplevelse av sosial integrasjon, forhold til skolen, familiære faktorer samt mestring, til depresjon. I del 5. av oppgaven som kan ses på som et metodekapittel, vil jeg først gi en kort presentasjon av datagrunnlaget i Ung i Norge, før jeg gjør rede for hvordan jeg har konstruert de ulike indeksene som brukes i oppgaven. En forklaring på hvordan jeg har omkodet de ulike variabler vil også bli presentert. Jeg vil også skrive om mulige sterke og svake sider med datamaterialet samt beskrive hva slags analyseteknikker jeg har brukt. I del 6. vil jeg presentere funnene i min undersøkelse på bakgrunn av krysstabeller og regresjonsanalyse. Jeg vil presentere ulike tabeller og figurer som kan illustrere funnene. I del 7. vil jeg først drøfte funnene om forekomst av depresjon fra min egen undersøkelse, og sammenligne de med andre undersøkelser som presenteres i oppgaven. Mulige årsaker til forskjeller i depresjon mellom kjønn og alder vil også bli drøftet. Deretter vil jeg diskutere hvordan vi kan forstå forskjeller i forekomst av depresjon i 1992 og 2002. Til slutt i del 7. vil jeg igjen ta for meg de fem faktorene og drøfte i hvor stor grad de

henger sammen med depresjon, samt diskutere på hvilke måter vi kan forklare de ulike faktorenes betydning med depresjon.

2.1 Teoretiske perspektiver i psykologien og diagnosen depresjon

I dette kapitlet vil jeg første presentere noen teoretiske perspektiver i psykologien som kan hjelpe oss med å forstå mekanismene bak depresjon og andre psykiske lidelser. Til slutt vil jeg beskrive hvilke forhold som må være til stede for at det kan være snakk om en klinisk depresjon.

Psykologi kan defineres som det vitenskapelige studiet av atferd og mentale prosesser (Ekeland, 2004:16). Atferd vil i denne sammenhengen være alt vi uttrykker og gjør, det som er iakttakbart for andre. Mentale prosesser er det som er skjult for andre, vi kan si at dette er en betegnelse for hva som foregår i vårt indre liv når vi tenker, føler og opplever verden og oss selv (ibid). En viktig del av studiet i psykologien har vært knyttet til psykiske lidelser, blant annet depresjon. Jeg skal nå presentere noen teoretiske perspektiver i psykologien. Slike perspektiver finnes det mange av og de er på mange måter gjensidig overlappende, konkurrerende og utfyllende. De fleste psykologer i dag ser nytten av alle perspektivene selv om de har noen de har mer tro på (ibid). Jeg vil her beskrive det psykodynamiske, biologiske og kognitive perspektivet samt stress- og sårbarhetsmodellen.

2.1.1 Det psykodynamiske perspektivet

Sigmund Freud lanserte psykoanalysen og det som var nytt i forhold til faget var at han la vekt på det ubevisste og at dette hadde en innflytelse på både bevissthet og atferd (Ekeland, 2004). All atferd kunne man forstå i lys av fortidens hendelser og motiver for våres handlinger kunne være skjult for oss selv og knyttet til forhold til de første viktige personene i våre liv (Thuen, 2001). Freud mente at psykiske lidelser hadde psykiske årsaker som man kunne sette i sammenheng med uløste konflikter i barndommen (Ekeland, 2004). Konfliktene var spesielt knyttet til seksualitet og disse konfliktene skapte spenning og angst som individet måtte forsvare seg mot og holde borte fra bevisstheten (ibid). Vi kan si at psykodynamiske teoretikere hevder at noen mennesker til stadighet befinner seg i uheldige/destruktive relasjoner, som har en sammenheng med tidlige barndomsopplevelser og hvordan de ble møtt/behandlet av sine nære omsorgsgivere (Nolen-Hoeksema, 2004). Disse tidlige destruktive relasjonene forhindret individet fra å utvikle en sterk og positiv selvopplevelse,

som er fornuftig løsrevet fra andres meninger om en selv som person (Nolen-Hoeksema, 2004). Som voksne vil disse individene til stadighet søke etter relasjoner hvor de kan få bekreftet eget selvværd og få en trygghet de ikke fikk som barn. De er også angstfulle for å bli forlatt og avvist, og kan til og med tillate andre å utnytte dem, heller enn å miste relasjonen. De streber hele tiden etter perfektjon for å bli elsket, og er meget selvkritiske i dette henseende. Til og med når de oppnår noe positivt, føler de seg ikke trygge på seg selv. Mange psykodynamikere baserer teoriene sine på Freuds betydningsfulle artikkel "Mourning and Melancholia" når de forklarer hvordan depresjon utvikler seg. Depresjon utvikler seg når personen opplever å ha mislykkes eller blitt forlatt. Freud mente at mange personer med depresjon har likhetstrekk med mennesker som sørger over en død person: de føler seg triste, alene, umotivert og apatiske. Men til forskjell fra disse har deprimerte personer betydningsfullt selvhat og skyldfølelse. Ifølge Freud er det tilsynelatende som om deprimerte personer ønsker å straffe og seg selv, til og med å ta livet av seg selv. Freud mente at deprimerte i bunn og grunn ikke ønsker å straffe seg selv, men at de beskylder og straffer de menneskene de opplever har forlatt dem, det vil si "kjærlighetsobjektene". Deprimerte er så avhengige av andres anerkjennelse at deres ego og selvopplevelse er laget av bilder av introjisererte andre (love objects). Når den deprimerte opplever å ha blitt forlatt, føles det for truende å uttrykke aggresjonen og sinne direkte mot objektet, men isteden vendes dette sinnet innover mot selvet, som er tilholdssted for de introjisererte betydningsfulle andre. Deres skyldfølelse og straffing er egentlig skyld og straff rettet mot de som har forlatt dem. Dette er Freuds teori om den "introjisererte fiendtlighet" (ibid).

2.1.2 Det kognitive perspektivet

I forhold til det kognitive perspektivet vil jeg ta utgangspunkt i Aaron Becks sin kognitive teori som kanskje er det viktigste bidraget innenfor dette perspektivet (Thuen, 2001). Denne teorien tar utgangspunkt i at kognitive feilfunksjoner kan bidra til psykiske problemer. Tanker, indre bilder og symboler som er i vår bevissthet, skapes i et samspill mellom ytre hendelser, tankeprosesser og noe vi kan kalle for "skjemaer". Disse skjemaene er indre psykologiske strukturer som integrerer og knytter mening til hendelser samtidig som det gir personligheten konsistens. Men en kognitiv dysfunksjon kan oppstå og skyldes systematiske feil i bearbeidelsen av informasjon. Beck trekker fram tre kognitive fordreininger han mener er ansvarlige for deprimerte som er; en tendens til katastrofetenking, overgeneralisering og selektiv abstraksjon (negative detaljer fester seg i hukommelsen) (ibid). Når noe går galt vil negative hendelser som bekrefter slik tenking igjen påvirke et individs feiloppfatninger og

forsterke skjema, og dette fører til at onde sirkler oppstår (Thuen, 2001). Etter hvert oppstår ”automatiske negative tanker” uten påvirkning av ytre hendelser. Dette er tanker som et individ kan formulere inne i seg som svar på en situasjon. For eksempel kan en som har slike negative tanker automatisk reagere på en tilfeldig latter i en forsamling og tenke at det er han eller hun folk ler av. Beck mente at de kognitive fordreiningene er årsak til depresjon eller angst. Bedring kan finne sted hvis det skjer en modifisering eller endring av dysfunksjonell tenking. Selv om man ikke har funnet dekning for Becks hypotese om at dette er årsak til depresjon har forskning imidlertid vist at ved at man tar for seg dysfunksjonelle skjemaer og automatiske tanker kan man påvirke en rekke lidelser i positiv retning (ibid).

2.1.3 Det biologiske perspektivet

”Psykologi er også biologi” hevder Ekeland (2004). Med dette mener han at når vi for eksempel føler eller tenker er dette også samtidig komplekse kroppslige prosesser. Alt som skjer i sjelen skjer også samtidig i kroppen, og spørsmålet for den biologiske psykologien har vært og er, å kartlegge disse sammenhengene og biologiske forutsetningene for psykologiske fenomener samtidig som man stiller spørsmålet i hvilken grad biologi kan forklare psykologiske fenomener (ibid). I de seneste årene har interessen for biologiske forståelsesmodeller økt (Thuen, 2001). Det samme har forskningen på dette området. Vi har etter hvert fått en økende kunnskap om hjernen og dens autonomi, biokjemi og fysiologi. Innenfor psykiatrien har vi også fått nye typer legemidler med færre bivirkninger og som antas å virke gjennom mer spesifikke mekanismer enn de gamle. Kunnskapene om nevrotransmittorsubstanser i hjernen som overfører signaler og deltar i regulering av følelseslivet har for eksempel vært et nyttig teoretisk bidrag som har gitt oss medikamenter som virker på serotonin (SSRI – medikamenter) og noradrenalin (SNRI – medikamenter) i hjernen. Det har blitt avdekket at deprimerte personer har lavere nivåer av serotonin i hjernen, men det er usikkert om lavt nivå av serotonin er årsaken til eller resultatet av depresjon (ibid). Studier har dessuten vist at det er en viss sammenheng mellom arv og depresjon. Hvis en enegget tvilling blir deprimert, er risikoen for at den andre tvillingen blir deprimert mye høyere enn for et hvilket som helst annet individ tilfeldig valgt fra befolkningen (Gilbert, 2007). Risikoen øker dessuten i takt med alvorligheten av depresjonen. For toeggede tvillinger er risikoen også større enn for resten av befolkningen hvis den andre tvillingen har blitt deprimert. Det er imidlertid viktig å påpeke at det ikke alltid er en arvelig genetisk risiko med i bildet. Man har for eksempel avdekket at schizofreni har en høy arvelighet, men alle

som har denne arveligheten utvikler ikke schizofreni (Gilbert, 2007). Det samme vil gjelde for depresjoner (ibid).

2.1.4 Stress – sårbarhetsmodellen

I løpet av de siste årene har mange begynt å se på stress-sårbarhetsmodellen som forklaring på depresjon og andre psykiske lidelser (Bruke & Elliot 1999). Denne modellen tar hensyn til sårbarhetsfaktorer, utløsende faktorer og opprettholdende faktorer. Den bygger på den bio-psyko-sosiale modellen som er opptatt av å forklare depresjon med biologiske, psykologiske og sosiale faktorer. I motsetning til mange eldre teorier som er mer ensidige, handler denne modellen mer om samspillet og den gjensidige avhengigheten av forskjellige faktorer som kan være årsaker til at psykiske lidelser som depresjon oppstår. Det viktige er imidlertid ikke bare selve samspillet mellom de forskjellige faktorene, men det er i modellen snakk om grad av sårbarhet for et individ, om at en eller flere faktorer skal kunne utløse en depresjon. Ifølge modellen har individer forskjellige predisposisjoner og grad av sårbarhet for å utvikle depresjon. Dette kan eksempelvis være biologiske faktorer som arv, sosiale faktorer som traumatiske opplevelser, eller psykologiske faktorer som å ha ”automatiske negative tanker”. Modellen sier imidlertid at predisposisjon for depresjon ikke er nok for å utvikle denne. Disse sårbarhetsfaktorene må kombineres med stress som er betydelig for den enkelte på grunn av hvordan den fortøner seg, dets alvorlighetsgrad, tilknyttede assosiasjoner eller mulige implikasjoner. Desto større et individs sårbarhet er, jo mindre stress trenger det for å kunne utvikle depresjon og omvendt. For et individ kan for eksempel dødsfall i familien være nok for å utvikle depresjon, men for andre må det betydelige flere stressorer til for at depresjonen utvikles. Inntil det ”kritiske” punktet for stress har blitt nådd for et individ vil den potensielle depresjonen fortsatt være ”skjult” (ibid).

2.2. Diagnosen depresjon

Man bruker i dag ordet depresjon i dagligtale som en betegnelse på en følelsetilstand og på en sykdomstilstand. Det er imidlertid viktig å huske på at når vi snakker om diagnosen depresjon så er dette noe annet enn en alminnelig nedtrykthet som ikke er en sykdomstilstand. Det er nokså vanlig å føle seg nedstemt i perioder i livet uten at man kan stille en diagnose på at man har en depresjon (Sørensen & Thomsen, 2003).

Ved diagnosen depresjon, er det snakk om en samling av flere forskjellige symptomer, der vedvarende lavt stemningsleie er en av dem (Olsson, 2006). Vi har i dag flere ulike klassifikasjonssystemer på depresjon, blant annet DSM-IV-R og ICD-10. Disse to systemene er ganske like slik at diagnosene i hovedsak lar seg oversette fra det ene til det andre (ibid). Hvis vi tar for oss ICD-10 systemet så inneholder den to grupper med kriterier. I den første gruppen, der hovedsymptomene på depresjon inngår har vi følgende kriterier; depressivt stemningsleie, manglende interesse eller glede av lystbetonte aktiviteter, nedsatt energi (Norsk legemiddelhandbok, 2007). I den andre gruppen har vi tilleggssymptomene og dette er; dårlig selvtillit, skyldfølelse, tanker om død og selvmord, nedsatt konsentrasjonsevne, lite initiativ, forandret matlyst og søvn, psykomotorisk agitasjon eller retardasjon. Minst to av hovedsymptomene og minst to av tilleggssymptomene må være tilstede nesten hver dag i minst 14 dager, for at det skal være snakk om en klinisk mild depresjon. Minst to av hovedsymptomene, og minst tre-fire av tilleggssymptomene må være til stede for at det skal være snakk om en moderat depresjon. Ved alvorlig depresjon skal alle tre hovedsymptomene, samt fire av tilleggssymptomene være til stede (ibid).

Nielsen (1997) skriver at tristhet er noe som hører til våre vanlige følelser, og når vi blir rammet av en negativ hendelse eller lider nederlag er det dermed naturlig at denne tristheten kommer. Men disse følelsene vil som oftest gå over og stemningsleiet går tilbake til det normale. Stemningsleie må være så nedsatt at det svekker personens psykososiale funksjonering i vesentlig grad for at det skal være snakk om en klinisk depresjon. Eller så må den depressive reaksjonen være så sterk at den står i et klart misforhold til den situasjonen som utløste den. Forfatteren deler depresjon grovt inn i alvorlige stemningslidelser og lettere og mer moderate grader av nedstemthet som ofte går under betegnelsen *nevrotisk depresjon*. Hovedkjennetegnet for alvorlige stemningslidelser er ekstreme forandringer i stemningsleie og følelsesliv. Videre kan man hos de som har denne diagnosen kunne observere en generell reduksjon av intellektuell og fysisk effektivitet. Dette preges videre av langsom tale og tanker og at motorikk blir tung og uenergisk. Mimikk og gestikulering er også nedsatt. Når det gjelder de depressive tankene har disse en tendens til å kretse rundt egen utilstrekkelighet, anger og selvbebreidelse, skyld, sykdom og død. Mange av de depressive føler seg fullstendig verdiløse og ubrukelige, og hos noen ender dette med selvmord eller selvmordsforsøk. Videre kan sterkt nedsatt appetitt, vekttap, søvnproblemer, og nedsatt seksuell lyst være forårsaket av depresjonen. For mange pasienter med alvorlige stemningslidelser er det vanlig at de svinger mellom en normal følelsesmessig tilstand og enten depressive eller maniske faser (ibid). Hvis

tilfellet er at en pasient svinger fra en manisk fase til en fase med sterkt redusert stemningsleie er det snakk om en bipolar lidelse (Nielsen 1997). Ingen annen diagnosegruppe har større risiko for selvmord enn ved alvorlige stemningslidelser. Det er langt vanligere med de lettere og moderate gradene av nedstemthet, altså *nevrotisk depresjon*. Personen har lite energi og lavt aktivitetsnivå i tillegg til det lave stemningsleiet. Konsentrasjonen og evnen til å føle glede er også nedsatt samtidig som han eller hun også preges av økt tretthet, mot og maktesløshet. Søvn er ofte forstyrret og man våkner ofte flere timer tidligere enn vanlig. I tillegg er selvfølelse og selvtilitt nesten alltid nedsatt og personens tanker om skyld og egen utilstrekkelighet er ofte framtrødende (ibid).

3.1 Hva kan vi forstå med begrepet ungdom?

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for hva vi kan forstå med begrepet ungdom, samt hva som kjennetegner moderne ungdom. Jeg vil beskrive begreper som individualisering og refleksiv modernitet. I tillegg vil jeg beskrive hva som kan forstås med begrepet mestring i forhold til ungdom.

Petersen og Spida definerer begrepet "ungdomstid" som "*en periode med forandringer karakterisert av en prosess med endringer i kognitive, sosiale og psykologiske virkemåter, samt fysiske forandringer*" (Seiffge-Krenke, 1995:1).

Heggen og Øia (2005) beskriver ungdom som en kategori som oppfattes og defineres ut ifra ulike forståelser og kriterier. Vi kan skille mellom biologiske, psykologiske og sosialt konstruerte forståelser. I en biologisk forståelse refereres det til ungdom som en periode i livet der individer på samme alder gjennomgår bestemte fysiologiske eller mentale utviklingstrekk. Det er her snakk om kjønnsmodning og endringer i kroppen som foregår i puberteten. Denne forståelsen går ut på at ungdom ikke er en sosial eller kulturell kategori men det fokuseres på de fysiske og psykiske endringer som foregår i puberteten. Ungdom kommer fortere i puberteten i dag enn for 50 år siden, mye på grunn av ytre ernæringsmessige forhold, men det er tvilsomt om den mentale og intellektuelle modning følger etter på samme måte.

Psykologiske teorier om ungdom er knyttet mer til forestillinger om ulike mentale stadier som ungdom går gjennom på vei til å bli voksen (ibid). Erik Erikson er sentral her med sin teori om ungdomsfasen som en periode preget av driftskonflikter og hvor det for ungdom handler om identitetsarbeid og identitetsdanning som kan skape mange utfordringer og konflikter med

blant annet foreldre (Heggen & Øia, 2005). Fra tidlig i tenårene skjer den en begynnende frigjøring fra foreldre som varer fram til 20-årsalderen, der den individuelle og mer stabile personligheten danner seg. Forfatterne beskriver også ungdom som en sosial konstruksjon. De refererer til Durkheim og Parsons og skriver om ungdomstiden som en forberedelsesfase eller et mellomstadium mellom barndommens avhengighet og voksenalderens ansvar og uavhengighet. Durkheim så på oppdragelsen som en metodisk sosialisering av den unge generasjon. Oppdragelsen skjer i samspill mellom den unge og den voksne generasjonen hvor ungdomslivet fungerer som en treningsarena for de unge for å prøve ut meninger og eksperimenter på ulike arenaer (ibid).

3.2 Moderne ungdom

Hva er det som preger moderne ungdom i det senmoderne samfunn? Flere kjente forfattere har skrevet om ungdom som er i endring som en konsekvens av løsrivelse fra tradisjonelle generasjoner og verdier. Margareth Mead skrev om "generasjonskløften" som har oppstått mens Thomas Ziehe brukte begrepet "kulturell frisetting" for å beskrive at ungdom nå er i et samfunnsmessig rom der tradisjon og kontinuitet ikke lenger har noe å si for meningsdanningen (Heggen & Øia, 2005). Parsons legger vekt på at ungdomsmiljøet noen ganger kan utvikle dysfunksjonelle trekk som bidrar til å svekke integrasjonen i samfunnet og hevder at moderne ungdomstid er preget av noe han kaller for diskontinuitet. Han måler den moderne ungdomstiden opp mot mer tradisjonsbaserte samfunn der faktorer som omsorg, utdanning, materiell og kulturell reproduksjon var forent i ett system som var familien. I det tradisjonsbaserte samfunnet foregikk læring og sosialisering internt i familien og fungerte som effektive modeller for senere voksen liv. Det var snakk om en kontinuitet mellom den unges posisjon og rolle i familien, og rollen ungdom senere skulle spille som voksen. Han hevder familien har mistet mange av disse funksjonene i moderne ungdomstid. I dagens samfunn har arbeidsliv, skole, hjem og fritid derimot utviklet seg til fire atskilte arenaer med delvis gjensidig utelukkende og aldersbestemt deltakelse. Som en konsekvens av dette skapes det en 'unntakstilstand' mellom barndom og voksenhet og de unge må søke ut av familien for å kvalifisere seg til et liv som voksne. Det er denne "unntakstilstanden" og dette "gapet" som skaper jevnaldergrupper og ungdomskulturen. Tyngdepunktet i sosialiseringen kan ha forskjøvet seg fra familie og nærmiljø til ulike sekundære sosialiseringsarenaer som skole, massemedia og jevnaldergruppa (ibid).

3.3 Individualisering og refleksiv modernitet

For å kunne forstå moderne ungdom og de utfordringene de vokser opp i kan det være lurt å se på utviklingen i samfunnet i forbindelse med senmoderniteten. Her kan begreper som individualisering og refleksiv modernitet stå sentralt. Med individualisering menes her den prosessen der tradisjonelle, institusjonelle, og normative føringer på ungdoms handlinger og valg svekkes (Heggen & Øia, 2005:26). Den handler også om det enkelte individs handlingsevne og unikheter. Individer må innenfor visse rammer selv forme sine liv samtidig som egen identitet og egne normer og verdier dannes (Heggen & Øia, 2005).

Med individualisering oppløses sosiale systemer som fantes i mer tradisjonelle samfunn eller de trer mer i bakgrunnen. Heggen og Øia henviser til Beck som hevdet at ulike muligheter, farer og valg som menneskene sto overfor i de eldre samfunnene ofte var predefinerte i disse. Gjennom samhandling fikk ungdom ta del i samfunnets kompetanse, og denne deltakelsen synliggjorde handlingsalternativene og bestemte også ofte handlingsmulighetene. Med dette bygde de opp en kompetanse som var nyttig og på mange måter uunnværlig for egen framtid, og det lå mer i kortene hvordan denne fremtiden skulle bli enn i dagens samfunn. I dagens samfunn vil tryggheten i kollektiver være mindre, og individene vil være mer overlatt til seg selv når de skal foreta en mengde viktige valg og fallhøyden kan dermed bli større. Ungdom må ta flere valg, og med flere valg følger ofte mer risiko. De konstruerer seg selv gjennom de valgene de tar i forbindelse med utdanning, venner, livsstil og identitet (ibid). Giddens kaller dette for ulike ”risikofaktorer” i tillegg til for eksempel miljøkatastrofer og atomkrig i et ”risikosamfunn” (Helland & Øia, 2000). I senmoderniteten handler mye om at de riktige valgene må tas for å kunne mestre fremtiden noe som setter ungdom i en sårbar posisjon. Mange klarer ikke å takle disse valgene på en hensiktsmessig måte og møter motgang eller nederlag (ibid). I boken ”De Andre” skriver Heggen om ungdom i et samfunn i endring. De skriver at ungdom påvirkes av endringene på mange måter. Familiens fortid er ikke lenger en målestokk for hvordan deres eget livsløp vil bli (Heggen m.fl., 2003). Tidligere var det slik at livsløpet var forutbestemt ut fra individets kjønn, bosted, etnisitet og sosial bakgrunn. Ungdom kan dermed langt friere ta valg for å utforme deres eget livsløp. Vi kan si at ungdom ikke lenger vokser inn i allerede etablerte rollemønstre, men de velger. Dette medfører at individet selv må finne nye former for tilhørighet og tilknytning og dette skaper sårbarhet. Mulighetene og antall valg er som tidligere nevnt mye større i dag enn tidligere og dette bidrar også til å øke presset på de unge om å orientere seg i alle disse mulighetene (ibid).

Refleksiv modernitet er et begrep som er utviklet av Giddens og er beslektet med individualiseringen med tanke på at individene frigjøres fra eldre, kulturelle tradisjoner, familie og lokalsamfunn og at det sosiale livet er mer åpent med flere valg. Det er ungdom som velger sin egen livsstil, for eksempel gjennom valg av venner, sosiale miljøer og utdanning. Livsstilen overføres ikke lenger fra eldre generasjoner, den blir igjen som et slags uttrykk for identitet og dannes gjennom en slags refleksjon (Giddens, 1997). I det refleksive samfunnet siktes det til psykologiske prosesser, der individet forventes å være i stand til å reflektere over egen posisjon og å skape et stabilt selv – en selvdanningsprosess (Heggen & Øia 2005). Utfordringen blir dermed å skape en identitet i rommet mellom muligheter og risiko som preger det senmoderne samfunnet (ibid).

3.4 Mestring

Mestring eller det å mestre noe kan knyttes til mange forskjellige områder og arenaer. Vi kan finne litteratur som beskriver forskjellige perspektiver på mestring. Noen knytter mestring til smale og mer konkrete områder mens andre knytter mestring til mer overordnede nivåer. Jeg skal her nevne noen eksempler.

Mestring blir ofte knyttet til personers reaksjoner på stress og truende situasjoner, og det er her snakk om individets håndtering av ulike problemstillinger (Heggen & Øia, 2005). Boekaerts definerer blant annet mestring som individets forsøk på å håndtere stressede eller utfordrende situasjoner. Grue beskriver mestring generelt som menneskers evne til å forholde seg til de utfordringer og påkjenninger de møter i livet (ibid.) Richard Lazarus er en psykolog og professor som har tatt for seg ulike former for mestring og jobbet med dette på mange forskjellige områder. I engelsk litteratur blir mestring ofte beskrevet som "*coping*". Han definerer mestring eller coping som "*forsøk på å håndtere miljømessige og interne krav og konflikter som truer eller overskrider personens ressurser*" (Seiffge-Krenke, 1995:1). Lazarus utforsket sammen med Folkman forholdet mellom problemfokuset og følelsesmessig fokusert mestring. En problemfokuset mestringsstrategi innebærer at personen forøker å påvirke omgivelsene rundt den aktuelle situasjonen, mens ved emosjonelt fokusert strategi forsøker han å påvirke sin egen oppfatning av hendelsen (Håkonsen, 1999). Folkman hevder at mestring også dreier seg om relasjoner mellom individet og dens omgivelser (Heggen & Øia, 2005). Omgivelsene er for eksempel med på å bestemme hvor stor belastning en sykdom kan være fordi den som har sykdommen også er i relasjon med sine omgivelser, og omgivelsene kan reagere på sykdommen på ulike måter (ibid). En overvektig ungdom kan for

eksempel mestre sin overvekt på en bedre måte hvis omgivelsene ikke reagerer negativt på den, enn om ungdommen blir mobbet for å være tjukk (Heggen & Øia 2005). Ogden knytter begrepet mestring hos ungdom til kompetanse på sentrale ungdomsarenaer. Han beskriver mestring hos ungdom som stabile kjennetegn i form av ferdigheter, kunnskap og holdninger som gjør det mulig å etablere og vedlikeholde sosiale relasjoner (ibid).

Som vi ser av definisjonene over, dreier noen av disse seg om mer snevre områder av mestring der det kan være snakk om mestring på mer konkrete situasjoner, mens andre knytter mestring til mer overordnede nivåer. Et godt eksempel på det siste kan være et sosiologisk mestringsperspektiv. Det handler om at vår evne til å håndtere utfordringer er knyttet til våre ferdigheter, kunnskaper og ressurser, og disse kan igjen knyttes til våre posisjoner i sosiale nettverk (Heggen & Øia, 2005). Vi bruker en ”sosial kapital” som finnes i våre sosiale forbindelser til andre grupper eller nettverk. I tillegg til individets handlingsevne trekkes altså også mestring inn i ulike sosiale sammenhenger. Det er snakk om at mestring må ses i sammenheng med våre omgivelser. Dette perspektivet tar dessuten ikke bare for seg en her og nå sammenheng men det tar også utgangspunkt i mestring og tidligere barndomserfaringer. Flere omfattende studier viser hvordan problemer i voksen alder henger sammen med ulike og sammensatte problemer i barndommen. I forbindelse med senmoderniteten nevnes dessuten ofte mestring som et uttrykk for å ha en identitet. Giddens hevder at en stabil identitet er et grunnlag for personlig og eksistensiell mestring under modernitetens betingelser. Steen-Olsen bruker begrepet *ontologisk mestring* om det å realisere seg selv og å ha en opplevelse av egen tilstrekkelighet. Mestring vil dermed her være å opprettholde et ønsket og kontinuerlig selvbilde over tid (ibid).

4.1 Hva kjennetegner deprimert ungdom? Studier av depresjon hos ungdom om forekomst, alder og kjønnsforskjeller.

I dette kapitlet vil jeg først beskrive ulike symptomer på depresjon hos ungdom. Deretter vil jeg presentere en del tilgjengelig forskning som sier noe om forekomsten av depresjon hos ungdom, før jeg går nærmere inn på studier om depresjon og kjønn, samt alder. Til slutt i dette kapitlet vil jeg kort presentere forskning som knytter depresjon til de fem faktorene som brukes i problemstilling 1.

4.2 Hva kjennetegner deprimert ungdom?

Bildet av ungdomsperioden som en turbulent periode i livet med mange humørsvinginger og selvfokusering har gjort sitt til at betydelige vanskeligheter hos ungdom i denne perioden har blitt oversett. Mange ungdommer som ga signaler om depresjon ble oversett og man ”skyldte” ofte bare på puberteten. Mange gikk ut ifra en overbevisning om at dette var noe ungdom ”vokste av seg”. Heldigvis har økt kunnskap om ungdomstiden ført til at bildet har blitt mer nyansert, og forskning om ungdom og depresjon har økt betraktelig de siste 20 årene.

Allikevel forblir ofte depresjon uoppdaget hos ungdom (Holsen, 1997). Olsson (2006) trekker fram en del symptomer og trekk som kan være typiske for ungdom som er deprimerte. Jeg ønsker å ta med disse fordi en depresjon hos ungdom kan skille seg ut på visse områder, sammenlignet med depresjon hos voksne.

Det tunge: Hvis en depresjon er dyp føles det ofte som om den ikke er til å holde ut, fordi alt føles så tungt og elendig (Olsson, 2006). Hvis det ikke går over snart kan det være umulig å leve videre. Det kan føles vanskelig å sitte i klasserommet og se alle de andre ungdommene som prater, ler og har det morsomt. Mange greier ikke en hel skoledag og går hjem. Ofte har de en følelse av at det er ingen som forstår hvor vanskelig de har det (ibid).

Irritabilitet: Ofte forstår ikke foreldre hvor nedstemt tenåringsen er, og de vil dermed være til liten trøst (Olsson, 2006). tenåringer vil ofte være så irritable at atferden vil bli en belastning også for foreldrene. Ofte merker foreldrene bare irritabiliteten mens det er vanskelig å se nedstemtheten bak. Det er ikke uvanlig at ungdommer med depresjon trekker seg tilbake fra foreldrene og stenger seg inne på rommet sitt, og hvis foreldrene kommer inn blir de møtt med raseri. Isolasjon kan være farlig fordi da kan selvmordstanker få større rom.

Irritabilitet kan ofte være sidestilt med nedstemthet hos ungdom. Ungdom med depresjon skiller seg her ut fra deprimerte voksne ved at irritabilitet spiller en mye større rolle. Ungdom kan være deprimerte ved å bare vise irritabilitet og ikke nedstemthet. Vanligvis kamuflerer irritabiliteten nedstemtheten innimellom, men man ser som oftest også lavt stemningsleie (ibid).

Atferdsforstyrrelser: Når det gjelder atferdsforstyrrelser er dette spesielt vanlig hos gutter (Olsson, 2006). Dette kan være alt fra skulking til utagering av asosial art. I noen tilfeller går ikke atferdsforstyrrelsen over selv om depresjonen gjør det og dette kan skape onde sirkler

med mange konflikter. Utredning tidlig er dermed viktig for ungdom som kommer på feil spor, fordi behandling senere vil bli vanskeligere (Olsson, 2006).

Manglende evne til å oppdage glede: Deprimerte ungdom kan ofte føle at ingenting er gøy lenger (Olsson, 2006). De mister interessen for fritidsaktiviteter som de hadde før. Mange går med en opplevelse av at de går glipp av det spennende og morsomme livet som de andre i samme aldersgruppe ser ut til å ha. Noen går på fester og ruser seg, som kan føre til avhengighet (ibid).

Gråt: Ofte gråter deprimerte ungdommer alene på rommet sitt (Olsson, 2006). De forsøker å holde maska når de er sammen med andre, men når de er for seg selv kommer ofte tårene frem. I tenårene er posisjonen i vennegjengen viktig og det siste ungdom vil er å være en kjedelig person som ingen vil være sammen med. Jenter kan ha en tendens til å kunne smile som om de ikke var deprimerte og gutter kan ha vanskelig for å beskrive følelsen av å være deprimert. Under en samtale med for eksempel en lege vil tårene allikevel ofte komme frem når de forteller hvordan de har det, noe de ofte aldri har fått anledning til eller klart å fortelle til noen (ibid).

4.3 Hva sier litteraturen om hvor utbredt depresjoner er hos ungdom?

Det har blitt gjennomført en rekke internasjonale studier på utbredelsen av depresjon hos ungdom, og jeg vil presentere noen av disse her. Jeg vil også ta med noen norske, men det har ikke blitt gjennomført særlig mange undersøkelser om depresjon hos ungdom i Norge.

Tallene på antall deprimerte er varierende i undersøkelsene, og grunnen til dette kan være at forskere ofte vil stille forskjellige kriterier når de fastsetter grensen for depresjon. Det stilles dessuten forskjellige spørsmål i disse undersøkelsene, samt at hvem som blir spurt også vil spille en rolle med tanke på for eksempel kulturelle og sosiale forhold. En undersøkelse om depresjon blant ungdom i Oslo kan gi andre tall enn om man gjennomførte en undersøkelse på landsbasis.

Som en del av ”Hubro” undersøkelsen konkluderte Haavet med at hver femte 16 åring i Oslo var deprimert (Moen & Holte, 2004). I en undersøkelse gjennomført ved Hemil- senteret i Bergen i 1995 fant man blant 18-åringene at 16 % av guttene og 23 % av jentene oppga stor grad av depressive lidelser (Holsen, 1997:47). Ved en nyere studie konkluderte Holsen med lignende tall, at opp mot 20 % av ungdommene sliter med moderate og alvorlige depresjoner

(Hjukse & Ørslie, 2003). I en ny norsk undersøkelse kalt TOPP- studien fra 2007 oppga hver fjerde ungdom mellom 14 og 15 år at han eller hun i løpet av de siste to ukene hadde opplevd tristhet, lav selvfølelse, ensomhet og uro (Mathiesen m. fl., 2007:23).

Når det gjelder internasjonal forskning trekker Wichstrøm (2007) fram at prevalensen for alvorlig depresjon varierer veldig mellom forskjellige studier. Når prevalensen var målt mellom to uker til tre måneder skriver han om varierende forekomster på mellom 0,4 % og 8,3 % på alvorlige depressive lidelser. Han skriver videre at ved intervjuer, der man har større mulighet til å gå i dybden for å avklare om et symptom er til stede eller ikke, vil man finne lavere tall for depresjoner enn ved spørreskjemaer. Når man bruker slike intervjuer finner man at 3-måneders prevalens for alvorlig depresjon hos ungdom opp til 15- års alder ligger i området mellom 1,5 – 4 % (Wichstrøm, 2007:95). Snoek (2000:222) skriver også at undersøkelser om depresjon vanskelig kan sammenlignes med hverandre på grunn av ulike kriterier og datasett, men skriver at nøkterne tall angir en forekomst av alvorlig depressiv lidelse på mellom 2 og 5 % hos 8-16 åringer, og en variasjon fra 1,5 til 7 % når det gjelder vedvarende depressiv lidelse (dystymi). I en svensk studie av tenårige skoleelever rapporterte 10 % om depressive symptomer, mens 4 % hadde symptomer på egentlig depresjon (Lagerheim 2000:147). En annen svensk undersøkelse viste at 7 % av gymnaselever som ble spurt i Göteborg hadde høye symptomer på depresjon (ibid). Wasserman skriver at det antas at mellom 3 og 4 % av svenske tenåringer lider av depresjon (Wasserman, 1999:56). En annen svensk undersøkelse viste at 9,2 % av jenter og 2,3 % av gutter i 16-17 års alder hadde vært deprimert det seneste året (Sørensen & Thomsen, 2003:45).

Hvis vi ser på intervjubaserte undersøkelser viser en amerikansk studie at 2,9 % av 18-åringene som deltok hadde vært deprimert den seneste måneden og 6 % det seneste året, uavhengig av kjønn (Sørensen & Thomsen, 2003:45). Et annet intervju blant 14-18 åringer viste en hyppighet på 3,4 % hos jenter på det daværende tidspunkt og 24,8 % noensinne, mens tallet for gutter var 2 % på det daværende tidspunkt og 11,6 % noensinne (ibid).

4.4 Depresjon og kjønn

Forskning viser tydelig at depresjon ses hyppigere blant jenter enn hos gutter. Dette kan vi se i flere av undersøkelsene jeg har tatt med i forrige avsnitt. Vi kan imidlertid se på litt flere studier på dette. En amerikansk studie som tok for seg ungdom og unge voksne i alderen 15 til 24 år viste at 8 % av jentene hadde vært deprimert den siste måneden mens tallet for gutter

var 3,8 % (Sørensen & Thomsen, 2003:45). Videre kan vi i en amerikansk intervjubasert studie se at 13,7 % av jentene på 18 år hadde vært deprimert hittil i livet, mens bare 5,1 % av guttene hadde vært det. I en annen studie fra USA var tallet 4,5 % depresjon hos jenter mellom 14 og 17 år hittil i livet, mens tallet hos gutter var 2,9 % (ibid). Vi ser at tallene her også varierer ganske mye, men vi kan generelt si at tallene viser at depresjon forekommer dobbelt så ofte hos jenter enn hos gutter.

Olsson (2006) skriver at depresjon er like vanlig hos jenter og gutter før puberteten inntreffer. Vi kan dermed anta at overgangen til ungdomsalderen kan være spesielt vanskelig for jenter når det gjelder depresjon. Hvordan kan vi forklare disse forskjellene? Holsen skriver at kjønnsforskjeller på depresjon kan forklares gjennom biologiske, psykologiske og sosiologiske tilnæringsmåter (Holsen, 1997). Kroppslige og biologiske forandringer som skjer hos gutter og jenter i forbindelse med puberteten, knyttet til hormoner, er ulike men dette alene er imidlertid ikke noe som fører til depressive tendenser. Hos den voksne befolkningen ses hyppighet av depresjon også oftere hos kvinner enn hos menn, dermed kan ikke de kjønnsbaserte forskjellene alene forklares med kroppslige og hormonelle forandringer i puberteten (Olsson, 2006). Holsen (1997) hevder videre at gutter og jenter går gjennom en ulik sosialiseringssprosess og det stilles ulike forventninger til det å bli en voksen mann og det å bli en voksen dame. Holsen skriver videre at flere forskere har påpekt forskjeller i personligheter hos deprimerte gutter og jenter. Jenter med depressive tendenser forventes å ha et innadvendt selvfokus med en overveiende skjult bekymring for sin egen tilstrekkelighet, mens det for gutter med depressive tendenser heller kan forventes at de uttrykker at de er deprimerte gjennom en mer utagerende atferd. Holsen refererer også til Nolen-Hoeksema som mener at jenter er mer sårbare for depresjon gjennom ulike karaktertrekk som sammenfaller med ulike utfordringer i ungdomsperioden (Holsen, 1997). Hun kaller dette for pubertetsforandringer og hun trekker også frem hyppigere depresjon som en konsekvens av at flere jenter blir seksuelt misbrukt, at vi har ulike kjønnsroller og at samfunnets restriksjoner på jenters valg av karriere og livsstil fortsatt er til stede (ibid). Olsson (2006) tar opp spørsmålet om i hvilken grad det er hormonene eller de ulike kjønnsrollene som de unge møter og er nødt til å tilpasse seg som fører til ulik hyppighet eller grad av depresjon hos gutter og jenter. Hun mener at den tydelige koplingen til at depresjonen øker såpass mye i puberteten tyder på at hormonverdiene spiller en rolle, men hevder at samfunnets motstridende krav til de unge også spiller sin rolle (ibid). Når det gjelder kjønnsroller hevder hun at den gamle orientering i å prioritere omsorg og gode relasjoner framfor selvhverdelse hos kvinner også spiller en rolle i moderne tid, og dermed gir

et utslag i at jenter er mer sårbare for depresjon (Olsson, 2006). Siden jenter har mer fokus på relasjoner er det nettopp denne egenskapen som kan gjøre de mer sårbare for påkjenninger i forhold til relasjoner. Samtidig møter jenter en del motstridende krav i samfunnet. De oppfordres til å bli aktive og selvstendige samtidig som de gamle kjønnsrollene fortsatt henger igjen og hindrer dem i å leve ut et ønske om å være aktiv, utadvendt og selvstendig på samme måte som hos guttene. Slike motstridende signaler kan gjøre jentene usikre og mer sårbare. Hun hevder dessuten at arvelighet påvirker risikoen for depresjon hos jenter mer enn hos gutter. For gutter spiller kjønnshormonene en annen rolle, der guttene blir mer aggressive, selvhevdende og mer konkurranseorienterte. Når gutter blir deprimerte kan de ofte vise dette på en annen måte, ofte ved utagerende atferd. Dette kan føre til at de kun blir diagnostisert med en atferdsforstyrrelse og ikke depresjon (ibid).

Noen mener imidlertid at forskjellen i rapporteringen av depressive lidelser blant gutter og jenter ikke er så reel, men forklarer forskjellene med at det er kulturbestemt at jenter har lettere for å rapportere om dette (Holsen, 1997). Siden det å være gutt forbindes med maskulinitet vil terskelen for at en gutt rapporterer om depressive symptomer være mye høyere, fordi maskulinitet ikke er noe som skal forbindes med det å være "svak". En jente kan lettere fortelle om sin følelse om å være deprimert fordi det er en del av en feminin måte å utrykke seg på å snakke om disse følelsene (ibid). Wasserman (1999) skriver at større hyppighet av depresjon hos jenter kan forklares med at depresjon og dårlig selvtillit henger sammen fordi jenters selvtillit ofte blir dårligere under puberteten, mye på grunn av opplevelse av egen kropp. På grunn av det sterke skjønnhetsidealet som jenter blir utsatt for blant annet gjennom media, kan dette idealet oppleves som vanskelig å leve opp til og bidra til jenters følelse av utilstrekkelighet (ibid). Ikke alle er imidlertid enige i at det bare er jenter som blir utsatt for et press mot et perfekt kroppsideal. Ståle Wadsworth, en tidligere misbruker av anabole steroider hevder at det i dag er flere gutter som bruker anabole steroider enn jenter som slanker seg (LMS, 2006). Han mener det blant annet er "presset" for å se bra ut som bidrar til dette (ibid). I en nyere studie fant dessuten Holsen ut at sammenhengen mellom dårlig kroppsilde og depresjon var like sterk hos gutter som hos jenter (Hjukse & Ørslie, 2003). Wasserman (1999) skriver videre at jenter har en større tendens til å gruble over ting de ikke lykkes med enn gutter og får dermed lettere en opplevelse av håpløshet. Men hun trekker også fram at siden jenter utvikles tidligere enn gutter kan de ha lettere for å kunne kommunisere at de er deprimerte enn gutter (ibid). Dermed er det ikke sikkert at jenter er mer

deprimerte enn gutter, men at det kan være vanskeligere å oppdage depresjon hos gutter (Wasserman, 1999).

4.5 Depresjon hos ungdom og alder

Hva sier forskningen om forholdet mellom alder blant ungdom og depresjon? I hvilken alder begynner ungdom å bli utsatt for depressive tendenser? Thuen (2001:97) skriver at det skjer en klar økning i 12-13 års- alderen og henviser til en studie der tendensen til depressiv sinnssstemning i 10-11 års- alderen var 13 % mens den hadde økt til 40 % for 14-15 åringene. Sørensen og Thomsen (2003) skriver at depresjon før puberteten er omtrent like hyppig hos begge kjønn, men at hyppigheten spesielt stiger for jenter ved begynnelsen av puberteten. Man vet ikke hvorfor depresjon stiger rundt puberteten men forfatterne hevder det finnes teorier om at barn er mer beskyttet mot depresjon enn ungdom fordi de har et bedre nettverk og ikke er utsatt for samme belastninger som ungdom. Videre skriver de at andre forskere peker på at den kraftige økningen i ungdomstiden skyldes hormonelle forandringer i puberteten (ibid). Dette er noe mange flere forskere synes å være enige om ifølge litteraturen. Wasserman (1999:56) skriver også at depresjon blant jenter er fire ganger så vanlig under puberteten som før denne perioden. Når det gjelder depresjon og puberteten skriver Olsson (2006:50) at når puberteten inntreffer blir hyppigheten av egentlig depresjon femdoblet fra 1 % til hele 5 %. I forhold til en undersøkelse fra Hemil- senteret i Bergen fra 1995 jeg har skrevet om tidligere, fulgte man ungdom fra 13 til 18-års alder. Her rapporterte både gutter og jenter om mer depressive lidelser ettersom de ble eldre. Da de var 13 år rapporterte 18 % av jentene og 13 % av guttene om stor grad av depressive tendenser, mens tallet var økt til 23 % for jenter og 16 % for gutter da de ble 18 år (Holsen, 1997:47). Holsen skriver at grunnen til at depressive tendenser øker med alderen under puberteten, forklares med at 18- åringene for eksempel har opplevd flere livsbelastninger enn en 13- åring, og at selve livsbelastningene kan være en utløsende faktor for en depresjon (ibid).

4.5.1 Senere fødselsår gir mer depresjon

Noen undersøkelser har også sett på hyppigheten av depresjon gjennom tidene, og disse studiene peker på at jo senere man er født jo større sjanser har man for å utvikle depresjon (Sørensen & Thomsen, 2003) Risikoen for å utvikle depresjon vil dermed for eksempel være større for en som er født i 1990 enn i 1930. Det ser også ut til at depresjon typisk starter i tidligere alder i dag enn før. Dette kan bety at ungdom i dag har større risiko for å utvikle depresjon enn deres foreldre hadde og at de er yngre når de får depresjonen (ibid). Holsen

skriver at samfunnet i dag endrer seg raskere og tilbyr ungdom flere muligheter og utfordringer enn tidligere (Holsen, 1997). Det stadig mer kompliserte samfunnet kan gjøre at ungdomstiden blir en enda mer krevende periode, der kravene til å prestere strekker seg på mange arenaer. Dessuten kan det synes som ungdomsperioden har blitt lenger i begge ender samt at pubertetsutviklingen starter tidligere. Hamburg snakker om en bio-psyko-sosial ubalanse som opptrer fordi den lavere pubertetsalder og den lange ungdomstiden har forårsaket en atskillelse av den biologiske utvikling på den ene siden og den psykologiske og sosiale utvikling på den andre (Holsen, 1997:50). Når en ung person ser ut som en voksen vil det også forventes at han eller hun oppfører seg som det. Men hjernen har ikke nådd før utvikling før i slutten av tenårene (ibid). Lagerheim (2000) bekrefter dette da hun skriver at siden pubertet inntreffer tidligere i dag enn før, er ikke ungdom mentalt nok modne til å takle de mange utfordringene dette gjelder.

4.6 Depresjon knyttet til faktorer som er brukt i konstruerte indekser

I neste kapittel om metode vil jeg presentere en rekke indekser som skal måles opp mot depresjon. Jeg ønsker imidlertid først å kort presentere noen undersøkelser og teorier som knytter depresjon til disse områdene.

4.6.1 Forhold til kropp og utseende

Forskning har vist at forholdt til kropp og utseende kan ha en sammenheng med depresjon. Holsen fant i en studie av ungdommer og depresjoner at dårlig kroppslig selvbylde var en av hovedårsakene til depresjon og at dette gjelder både gutter og jenter (Hjukse & Ørslie, 2003). Holsen (1997) påpeker også at kroppen har stor betydning for ungdom i puberteten. Resultatet fra en undersøkelse blant ungdommer i Hordaland viste at et negativt kroppsbilde hadde svært mye å si for utviklingen av et negativt kroppsbilde (Holsen, 1997:49). Dette skyldes både de kroppslige forandringene som den enkelte gjennomgår, det at ungdommene blir veldig opptatt av hvordan de ser ut og ofte sammenligner seg med andre, samtidig som tynne fotomodeller kan sende ut signaler om den ”perfekte kropp” som det blir vanskelig å leve opp til (Holsen, 1997). Dette er noe som skaper mange bekymringer hos ungdom (ibid).

4.6.2 Forhold til skolen

En undersøkelse fra en 9. klasse i skoleåret 1993-94 viste at både psykiske og kroppslige plager var lavest hos de elevene som er skoleflinke, høyere hos de som var gjennomsnittelig flinke og høyest hos de som var minst skoleflinke (Aarø, 1997:215). Det viste seg dessuten at

forekomsten av kroppslige og psykiske plager økte entydig med synkende skoletrivsel (Aarø, 1997:215). Videre viste undersøkelsen at jo mer elevene kjedet seg på skolen, desto høyere scoret de på både psykiske og kroppslige plager. De psykiske plagene omfattet nedstemthet, engstelighet, søvnproblemer og irritabilitet (ibid). Undersøkelsene kan fortelle oss at både grad av skoletrivsel og skoleprestasjoner kan ha en sammenheng med depresjon.

I en annen norsk undersøkelse fant man ut at manglende støtte fra lærere kan føre til at skoleungdom utvikler depressive symptomer (Undheim, 2005). I tillegg ble det konkludert med at andre skolefaktorer som trivsel i klassen, hvor mye stress ungdom opplever i skolen og karakterer påvirker psykisk helse (ibid).

4.6.3 Opplevelse av sosial integrasjon

Forskning har vist at ulike faktorer som er knyttet til lav opplevelse av sosial tilpasning kan føre til depresjon. Lagerheim (2000) skriver at depresjon kan utløses av ensomhet og at man havner utenfor grupper. Thompson, Flood og Goodwin skriver at mangel på sosial støtte fra jevnaldrende kan bidra til utvikling av psykiske plager (Mathiesen m.fl., 2007). Holsen påpeker at de som har problemer med å finne sin plass i sosiale sammenhenger er mer sårbare for å utvikle depresjon og hvor lett den enkelte har for å få venner har en sammenheng med psykisk helse (Holsen, 1997). I en amerikansk studie fant man en sterk sammenheng mellom ensomhet og depresjon. Disse ungdommene hadde ofte problemer med sosiale interaksjoner med jevnaldrende (Brage & Meredith, 1993). Som vi ser kan både ensomhet, egenskaper for å lett kunne få venner, sosial støtte fra jevnaldrende og det å finne sin plass i sosiale settinger ha en sammenheng med depresjon.

4.6.4 Forhold til familie

Snoek (2000) skriver blant annet at familieproblemer har en overhyppighet ved alle barne- og ungdomspsykiatriske lidelser. Wichstrøm (2007) skriver at deprimerte ungdommer rapporterer oftere om familierelasjoner preget av konflikt, lite varme eller ustabilitet enn ungdommer som ikke er deprimert. Han påpeker også at lav grad av støtte fra foreldre er noe som predikerer for framtidig depresjon (ibid). Videre hever Sørensen og Thomsen (2003) at konflikter i hjemmet og dårlige relasjoner mellom ungdom og foreldre er en risikofaktor for å utvikle depresjon. I en kanadisk undersøkelse ønsket man å finne de største risikofaktorene for depresjon hos ungdom (MacPhee & Andrews, 2006). Man gjennomførte undersøkelsen blant 13 åringer der til sammen 9 mulige risikofaktorer ble benyttet. Ved siden av lav selvtilit ble ungdoms oppfattelse av foreldreavvisning og negativ oppfattelse av foreldrenes atferd

nevnt som de viktigste risikofaktorene (MacPhee & Andrews, 2006). I en annen studie om ungdom fant man ut at ungdom med dårligere relasjoner til foreldre, oftere var deprimert enn ungdom med gode foreldrerelasjoner (Field, m.fl., 2001).

4.6.5 Mestring

Heggen og Øia bruker begrepet mestring til å beskrive hvordan ungdom håndterer typiske utfordringer og påkjenninger som ungdomsfasen stiller den enkelte overfor (Heggen & Øia, 2005:139). Mestring blir knyttet til faktorer som sosial tilpasning, til å oppfylle krav og forventinger, til selvbilde og til kompetanse og innsikt. De skriver videre at mestring er noe som utspiller seg på ulike arenaer og at dette for ungdom gjelder primært skolesamfunnet, jevnaldersmiljøet og familien. Mangel på mestring vil kunne slå seg ut i ulike former for mistilpasning, konflikter og marginalisering, der marginalisering er en risikosone som kan føre til sosial utstøting og personlige problemer. Slike problemer i skolealder kan føre med seg dårlig psykisk helse i form av blant annet depresjoner (ibid). Som vi ser bruker Heggen og Øia begrepet mestring om alle typiske utfordringer og påkjenninger for ungdom i ungdomsfasen som utspiller seg blant annet i jevnaldersmiljøet og skolen. Heggen og Øia (2005) trekker for eksempel frem "selvbilde" som en indikator for mestring, og innenfor denne indikatoren ligger det begreper slik som kroppsbilde, akademisk selvbilde og sosialt selvbilde. Holsen (1997) skriver at en faktor som kan ha betydning for om ungdom føler seg deprimert eller ikke kan være den enkeltes evne til å mestre hendelser og forandringer i ungdommens liv. De forandringene den unge gjennomgår må ses i sammenheng med den respons de unge møter hos familie, venner, skole og samfunnet ellers (ibid).

5.1 Metode

I oppgaven har jeg tatt i bruk datagrunnlaget fra undersøkelsene Ung i Norge 2002 og 1992. Før jeg går nærmere inn på hvordan jeg har konstruert indeksene vil jeg først beskrive generelt hva Ung i Norge undersøkelsene gikk ut på, samt hvilke mulige sterke og svake sider det å benytte seg av et slikt datagrunnlag kan ha for min oppgave. Jeg vil beskrive selve analyseteknikkene helt til slutt kapittelet.

5.2 Om datagrunnlaget Ung i Norge

I 1992 ble den første store nasjonale undersøkelsen av ungdoms levekår foretatt i Norge (Rossow & Bø, 2003). Denne fikk navnet Ung i Norge og omfattet et utvalg på omtrent 12000 elever i ungdoms- og videregående skole. Undersøkelsen var omfattende og hensikten var dermed at den skulle kunne utnyttes til ulike formål og dekke ulike områder hos ungdom samt at den hadde høy kvalitet og generaliserbarhet. Forskerne Lars Wichstrøm, Ketil Skogen og Tormod Øia ved Program for ungdomsforskning (UNGForsk) sto bak denne. På bakgrunn av undersøkelsen ønsket man å gjennomføre en ny og tilsvarende studie ti år senere i 2002, etter initiativ fra Tormod Øia, Arild Hovland og gruppe for ungdomsforskning NOVA. Denne ble kalt for Ung i Norge 2002. Hovedformålet med den nye undersøkelsen var som i 1992 et ønske om å kartlegge en rekke sider ved ungdoms levekår og livsstil, men man ønsket samtidig å også se på mulige endringer i disse som en konsekvens av samfunnsutviklingen. I løpet av disse årene hadde det blant annet blitt gjennomført to store skolereformer, ungdomskullene har blitt mindre, arbeidsmarkedet strammere og både tilgjengelighet og bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi hadde økt enormt. Det hadde også skjedd endringer i ungdomskulturelle strømninger, fritidsbruk, verdiorientering og forbruksmønstre. Siden man på en rekke områder skulle sammenligne svarene i 2002 med undersøkelsen 1992, måtte mange av spørsmålene i undersøkelsen samt utvalgsmetoden og prosedyrene være identiske. Det ble imidlertid konstruert en rekke nye spørsmål som skulle dekke de nye aktuelle problemstillingene. I forbindelse med begge undersøkelsene ble skolene og elevene som skulle delta tilfeldig trukket ut av Statistisk Sentralbyrå. Det ble også tatt hensyn til geografiske regioner slik at utvalget ble mest mulig representativt. I Ung i Norge 2002 ble det i alt trukket ut 76 skoler, derav 47 ungdomsskoler og 26 videregående skoler. 11928 elever mellom 13 og 19 år deltok i undersøkelsen og svarprosenten var på 92,3 %. Omtrent like mange jenter (51,4) som gutter (48,6) deltok i undersøkelsen (ibid). Man opplevde imidlertid et lite avvik i alders sammensetningen da 19-åringene var noe underrepresentert (4,1 %), mens

17-åringene var noe overrepresentert (17,4 %) i forhold til de andre aldersgruppene (Rossow & Bø, 2003). Når det gjelder bosted var andelen som bor i store byer, mindre byer og tettsteder ganske tilsvarende som hos resten av befolkningen. Skolene ble delt inn i fem regioner. Representativiteten var noe dårligere blant elever på VKII fordi mange av disse hadde lærlingplass og ikke var tilstede på skolen, samt at undersøkelsen ikke fanget opp ungdom som hadde droppet ut av skolen. Styrken til undersøkelsen er den høye svarprosenten, mens den største svakheten er at de som ikke går på skole ikke blir fanget opp. Dette datagrunnlaget ble senere utgangspunktet for selve datafilen i SPSS (som jeg har brukt) som omhandler Ung i Norge 2002 og resultatene fra undersøkelsen er publisert gjennom en rekke publikasjoner (ibid). Det kan leses mer om metoderapporten på <http://www.nova.no/subnet/UngiNorge/metode.pdf>

5.3 Konstruksjon av indekser

Ung i Norge undersøkelsen inneholder en del spørsmål som er relevante for min problemstilling og for å redusere datamengden og styrke bredden, har jeg konstruert indekser som fungerer som mine variabler. Hver indeks inneholder spørsmål/enkeltvariabler fra undersøkelsen som er knyttet til det aktuelle området eller temaet som indeksen omhandler. Tall fra 1992 brukes kun når det gjelder forekomst av depresjon i forhold til kjønn og alder. Det er også viktig å påpeke at indeksene kun fungerer som indikatorer på hvert sitt område. Spørsmålene som for eksempel inngår i depresjonsindeksen konkluderer som tidligere nevnt på ingen måte at noen er deprimerte eller ikke. Det handler kun om hvem som har indikasjoner på depresjon.

Jeg har konstruert totalt 9 indekser i forhold til sentrale temaer i oppgaven. Dette er indekser i forhold til; *depresjon, familiære faktorer (positiv respons, ubehag knyttet til familierespons og mangel på respons), opplevelse av sosial integrasjon, forhold til kropp og utseende, forhold til skolen og karakterer*. I tillegg har jeg laget en egen *mestringsindeks* som er summen av de 3 siste indeksene. Det er indeksen *indikasjoner på depresjon* som er avhengig variabel og som skal måles opp mot de andre indeksene som fungerer som uavhengige variabler, slik at vi ser hvor stor sammenheng de ulike indeksene synes å ha med indeksen for depresjon.

Begrunnelsen for konstruksjon av indekser er for det første at de den gjør det lettere å bearbeide tallmaterialet, de fører til en forenkling der en felles indeks i forhold til en bestemt faktor er samlet, istedenfor at hver variabel er hver for seg. Dessuten vil en indeks kunne ha

mer bredde for å kunne dekke et fenomen på grunn av at det er flere enkeltvariabler som er med i den. Eksempelvis ville flere av spørsmålene brukt i depresjonsindeksen alene ikke vært nok til at det kunne være snakk om depresjon. Om noen føler sterkt at ”alt er et slit” er dette alene en mye svakere indikator på depresjon, enn om for eksempel ”søvnproblemer” og ”selvmordstanker” også var tatt med i betraktning samtidig.

5.3.1 Depresjonsindeks

Depresjonsindeksen består av 5 spørsmål som omhandler indikasjoner på depresjon. Dette er spørsmål om ungdommene har; *kjent at alt var et slit, hatt søvnproblemer, kjent seg ulykkelig trist eller deprimert, følt håpløshet med tanke på fremtiden og om de har tenkt på å gjøre det slutt på livet sitt*. Det er 4 svarnivåer i forhold til alle disse spørsmålene i spørreskjemaet avhengig av hvor store plagene er. Dette er; *ikke i det hele tatt, litt plaget, ganske mye plaget og veldig mye plaget*. Jeg har valgt å bruke disse spørsmålene fordi jeg anser at relevansen for depresjon er stor siden dette er spørsmål som blant annet inngår i klassifikasjonssystemene for depresjon, ICD-10 og DSM-IV-R. Disse systemene bygger på at visse, nærmere angitte symptomer må være til stede for at en diagnose skal kunne stilles (Norsk legemiddelhåndbok, 2007). I kriteriene for egentlig depresjon hos tenåringer finner vi i ICD-10 at alle de fem spørsmålene som inngår i depresjonsindeksen er en del av totalt ti symptomer som listes opp i dette klassifikasjonssystemet. I tillegg er disse spørsmålene også tatt med i måleinstrumenter for depresjon som blant annet MADRS, og SCL-90.

5.3.2 Indekser for familiære faktorer

Indeksene for familiære faktorer består av totalt 8 enkeltvariabler fra undersøkelsen. Dette er; *mine foreldre snakker ofte om hvor flink jeg er, de har forstått mine problemer og bekymringer, mine foreldre forteller meg ofte hvor dum og håpløs jeg er, jeg krangler ofte med foreldrene mine, det er ofte krangling mellom de voksne i min familie, de har ikke snakket noe særlig med meg, de har ikke hjulpet meg så mye som jeg har trengt, de har brukt for lite tid sammen med meg*. Noen enkeltvariabler handler om manglende støtte fra foreldre i forhold til kommunikasjon og å tilbringe tid sammen med ungdommene mens andre handler mer om konflikter i familien. I spørsmålene som omhandler familien er det også to enkeltvariabler som inneholder spørsmål som er positivt formulert. Disse er tatt med i en egen indeks og omhandler positiv respons fra foreldre. Vi kan si at alle spørsmålene omhandler en ulik type respons fra foreldrene og jeg valgte dermed å dele spørsmålene inn i 3 indekser ut ifra hva slags type respons det dreier seg om, da det kan være interessant å se på forskjeller i

forhold til dette. Jeg ga de tre indeksene navnene; *positiv respons*, *mangel på respons* og *ubehag knyttet til familierespons*.

I den første indeksen *positiv respons* inngår variablene; *mine foreldre snakker ofte om hvor flink jeg er og de har forstått mine problemer og bekymringer*. Det er altså denne variabelen som har spørsmål som er positivt formulert og den inneholder bare 2 spørsmål fra Ung i Norge undersøkelsen. Den første variabelen har 5 svarnivåer og dette er; *stemmer helt*, *stemmer ganske godt*, *stemmer omtrent*, *stemmer ganske dårlig* og *stemmer ikke i det hele tatt*, mens den andre variabelen har 4 svarnivåer og dette er; *stemmer svært godt*, *stemmer ganske godt*, *stemmer ganske dårlig* og *stemmer ikke i det hele tatt*.

I den andre indeksen *ubehag knyttet til familierespons* inngår enkeltvariablene; *mine foreldre forteller meg ofte hvor dum og håpløs jeg er, jeg krangler ofte med foreldrene mine og det er ofte krangling mellom de voksne i min familie*. Den første går på "negative bemerkninger", mens de to andre går på "krangling" enten med de voksne eller med ungdom og voksne, og samlet sett kan vi si at det handler om konflikter i familien som skaper ubehag. Bredden her er litt større, da denne indeksen inneholder 3 spørsmål fra undersøkelsen.

Alle disse enkeltvariablene har 4 svarnivåer og svaralternativene er helt like; *stemmer svært godt*, *stemmer ganske godt*, *stemmer ganske dårlig* og *stemmer svært dårlig*.

I den tredje indeksen *mangel på respons* inngår enkeltvariablene; *de har ikke snakket noe særlig med meg, de har ikke hjulpet meg så mye som jeg har trengt og de har brukt for lite tid sammen med meg*. Som vi ser inneholder også denne indeksen 3 enkeltvariabler. I denne indeksen handler det mer om fravær av foreldre i forhold til å kommunisere med ungdommene og å kunne tilbringe tid sammen med dem. Alle disse variablene har 5 ulike svarnivåer som er helt like for hvert enkelt spørsmål: *stemmer helt*, *stemmer ganske godt*, *stemmer omtrent*, *stemmer ganske dårlig* og *stemmer ikke i det hele tatt*.

5.3.3 Indeks for opplevelse av sosial integrasjon

I indeksen for opplevelse av sosial integrasjon har jeg valgt å ta med enkeltvariablene; *jeg har mange venner, jeg er populær blant jevnaldrende, jeg synes det er ganske vanskelig å få venner, andre ungdommer har vanskelig for å like meg, jeg føler meg ensom og jeg føler meg på bølgelengde med folk rundt meg*. Disse spørsmålene fra Ung i Norge undersøkelsen skal til sammen i indeksen fortelle noe om opplevelsen av sosial integrasjon for den enkelte, og som

vi ser er spørsmålene både positivt og negativt formulert. De 4 første spørsmålene har 4 forskjellige svarnivåer; *stemmer svært godt, stemmer ganske godt, stemmer nokså dårlig og stemmer svært dårlig*. De to siste spørsmålene har også 4 svarnivåer men de har disse svaralternativene; *aldri, sjelden, av og til og ofte*.

5.3.4 Indeks for forhold til skolen

I denne indeksen har jeg tatt med 6 forskjellige enkeltvariabler som danner indeksen *forhold til skolen*. Dette er; *jeg trives på skolen, jeg gruer meg ofte til å gå på skolen, lærerne våre er flinke til å undervise, jeg synes jeg får for lite oppmerksomhet fra lærerne mine, jeg gjør det svært godt på skolen og jeg har vansker med å svare riktig på skolen*. Også her er spørsmålene av både positiv og negativ karakter og de omhandler altså forhold som trivsel på skolen, forhold til lærere og opplevelse av skoleprestasjoner. De 4 første variablene har 4 svaralternativer; *helt enig, litt enig, litt uenig og helt uenig*. Det samme gjelder de 2 siste variablene men disse inneholder følgende svaralternativer; *stemmer svært godt, stemmer ganske god, stemmer nokså dårlig og stemmer svært dårlig*. I tillegg vil jeg bruke en egen karakterindeks som er konstruert ut ifra karakterer som ungdom får på skolen. I denne indeksen inngår spørsmål om karakterer i fagene *norsk, matte og engelsk*.

5.3.5 Indekse for forhold til kropp og utseende

Indeksen *forhold til kropp og utseende* består av 6 enkeltvariabler og dette er; *jeg er ikke fornøyd med utseendet mitt, jeg ønsker at kroppen min var annerledes, jeg ønsker at jeg så annerledes ut, jeg synes jeg ser bra ut, jeg liker utseende mitt veldig godt og jeg er opptatt av å bli tynnere*. Som vi ser er dette en del spørsmål som omhandler tilfredshet av eget kroppsbilde og også her er spørsmålene både negativt og positivt formulert. I tillegg inneholder indeksen et spørsmål som handler om slanking. Alle spørsmålene i indeksen har 4 svarnivåer der alle unntatt spørsmålet om opptatthet av å bli tynnere har disse svaralternativene; *stemmer svært godt, stemmer ganske godt, stemmer nokså dårlig og stemmer svært dårlig*. Spørsmålet *jeg er opptatt av å bli tynnere* har svaralternativer; *alltid, ofte, sjelden og aldri*.

5.3.6 Mestringsindeks

Til slutt har jeg også laget en indeks for mestring som er summen av de 3 indeksene; *opplevelse av sosial integrasjon, forhold til skolen og forhold til kropp og utseende*. Siden denne indeksen er summen av de tre nevnte indeksene kan vi nok forvente at sammenhengen med depresjon blir større her enn i forhold til de andre indeksene. Det er større sannsynlighet for at noen som skårer dårlig på opplevelse av sosial integrasjon, forhold til skolen og forhold til kropp og utseende til sammen, vil være deprimert. Selv om sammenhengen mellom denne indeksen og de andre kan bli større og det kan bli vanskelig å måle den direkte med de andre, vil den kunne bidra med å gi et bilde av hvordan sammenheng med opplevelse av mestring og depresjon er i tillegg til de andre nevnte indeksene. Begrunnelsen for at disse tre indeksene kan utgjøre en egen mestringsindeks er at mestring hos ungdom, som vi har sett tidligere, kan knyttes til det å mestre sentrale ungdomsarenaer ifølge både Ogden og Heggen (Heggen & Øia, 2005).

5.4 Omkodning og verdifordelinger

Jeg vil her beskrive hvordan jeg har omkodet de ulike enkeltvariablene. Flere av disse hadde ikke samme firedelte skala, og spørsmålene som inngår i indeksene var av både positiv og negativ karakter. I tillegg vil jeg beskrive hva verdifordelingen i hver indeks er og skrive en begrunnelse for dette. Jeg har valgt å la alle spørsmål i en indeks telle likt, da jeg anser at de har en omtrentlig lik verdi i forhold til det indeksen handler om.

Hver enkeltvariabel fra Ung i Norge undersøkelsen består av et spørsmål med fire til fem ulike svaralternativer. Ungdommene fikk en skåre i hvert spørsmål avhengig av hva de svarte på dette. Jeg vil nå bruke depresjonsindeksen som et eksempel på hvordan verdiskårene er regnet ut i de ulike indeksene. I en enkeltvariabel fra undersøkelsen ga for eksempel svaralternativet *ikke i det hele tatt* en verdiskåre på 1, *litt plaget* ga en verdiskåre på 2, *ganske mye plaget* ga en verdiskåre på 3 og *veldig mye plaget* ga en verdiskåre på 4. Verdiskårene i alle enkeltvariabler ble lagt sammen. Siden det i depresjonsindeksen var snakk om 5 spørsmål som alle hadde 4 nivåer blir minimum verdiskåre 5 og maksimal verdiskåre 20.

I depresjonsindeksen valgte jeg at de som fikk en verdiskåre på mellom 5 og 7 kom i gruppen *ikke deprimert*, de som fikk en verdiskåre på mellom 8 og 10 kom i gruppen *lite indikasjon på depresjon*, de som fikk en verdiskåre på mellom 11 og 13 poeng havnet i gruppen *en del indikasjon på depresjon* og de som fikk en verdiskåre på mellom 14 og 20 havnet i gruppen

klar indikasjon på depresjon. Dette begrunner jeg med at frekvensfordelingen i depresjonsindeksen bør være mest mulig lik frekvensfordelingen i de variablene som indeksen bygger på. Jeg tok for meg hver eneste enkeltvariabel i indeksene og frekvensfordelingen i forhold til hver eneste enkeltvariabel var utgangspunktet for de valgte verdiskårene i indeksen. Dette for å få en indeks som best mulig reflekterer ungdommens egne vurderinger av sine plager. Et eksempel kan illustrere dette. Hvis for eksempel omtrent 50 % av alle hadde svart *ikke plaget i det hele tatt* i forhold til alle variablene, betydde dette at omtrent 50 % av alle i depresjonsindeksen også skulle utgjøre den laveste av gruppene i depresjonsindeksen, *ikke deprimert*.

De 3 forskjellige indeksene som omhandler familien består av til sammen 8 forskjellige enkeltvariabler. I den første variabelen *positiv respons* er spørsmålene i motsetning til de andre av positiv karakter. Dette løses ved at verdi score 1 må omkodes til score 5 osv, før de blir lagt sammen på samme måte som i depresjonsindeksen. Den verdien som danner størst risikofaktor for indikasjoner på depresjon skal i dette tilfellet være omkodet slikt at den er minst i variablene før de summerte skårene legges sammen og danner indeksene. Den første variabelen *positiv respons* har 5 svarnivåer mens den andre har 4. Dette løses med at variabelen med de 4 nivåene omkodes slik at de også strekker seg i skåringsverdi fra 1 til 5 istedenfor fra 1 til 4. Dette vil si at laveste skåringsverdi fortsatt blir 1. Skåringsverdi 2 blir forandret til 2,33, skåringsverdi 3 blir forandret til 3,67 og høyeste skåringsverdi 4 blir forandret til 5. Variablene kan dermed summeres og indeksen deles inn i 4 verdi grupper. Verdifordelingen blir; verdiskåre mellom 2 til 4,33 kommer i gruppen *veldig lite støtte fra familie*, verdiskåre mellom 4,67 til 6,33 kommer i gruppen *noe støtte fra familie*, verdiskåre mellom 6,67 til 8 kommer i gruppen *brukbar støtte fra familie* og verdiskåre mellom 8,67 til 10 kommer i gruppen *mye støtte fra familie*. Begrunnelsen for valg av akkurat denne verdifordelingen er av samme prinsipp som i den forrige indeksen, og denne begrunnelsen vil for øvrig gjelde for alle indekser.

Neste indeks i forhold til familiære faktorer er *ubehag knyttet til familierespons*. Denne består av 5 enkeltvariabler som alle har 5 svarnivåer og ingen omkoding er nødvendig i forhold til variablene. Variablene summeres på samme måte som de andre og danner altså indeksen *ubehag knyttet til familierespons*. Verdifordelingen her blir at verdiskåre mellom 3-8 kommer i gruppen *veldig høyt ubehag knyttet til familierespons*, verdiskåre mellom 9-10 kommer i gruppen *noe ubehag knyttet til familierespons*, verdiskåre mellom 11-12 danner gruppen

ganske lite ubehag knyttet til familierespons, og verdiskåre mellom 13-15 danner gruppen minimalt ubehag knyttet til familierespons.

Den siste variabelen som inngår i familiære faktorer er *mangel på respons* og inneholder variablene; *de har ikke snakket noe særlig med meg, de har ikke hjulpet meg så mye som jeg har trengt og de har brukt for lite tid sammen med meg.* Alle variablene i disse to indeksene har 4 svarnivåer og de omkodes på samme måte som i den første indeksen slik at laveste skåringsverdi fortsatt blir 1, men høyeste skåringsverdi blir 5 (1, 2,33 3,67 og 5).

Verdifordelingen her blir at verdiskåre fra 3 til 7 danner gruppen *veldig høy mangel på respons*, verdiskåre mellom 8,33 til 9,67 danner gruppen *noe mangel på respons*, verdiskåre fra 11 til 12,33 danner gruppen *brukbar respons* og verdiskåre mellom 12,34 til 15 danner gruppen *god respons*.

I indeksen for *opplevelse av sosial integrasjon*, der spørsmålene fra Ung i Norge undersøkelsen er av både positiv og negativ karakter, omkodes de som er av positiv karakter slik som i indeksen for *positiv respons*. Spørsmålene har 4 svarnivåer og dette løses på samme måte som tidligere. Verdifordelingen i denne indeksen blir at de som har en verdiskåre fra 6-12 kommer i gruppen *lav opplevelse av sosial tilpasning*, de som har en verdiskåre fra 13-16 kommer i gruppen *noe svak opplevelse av sosial tilpasning*, de som har en verdiskåre fra 17-20 kommer i gruppen *brukbar opplevelse av sosial tilpasning* og de som har en verdiskåre fra 21-24 havner i gruppen *god opplevelse av sosial integrasjon*.

I indeksen *forhold til skole* er prinsippet for å omkode de positive variablene og de 4 svarnivåene de samme som beskrevet i de forrige indeksene. Verdifordelingen i denne indeksen blir at de som har en verdiskåre fra 6-12 kommer i gruppen *veldig negativt forhold til skolen*, de som har en verdiskåre fra 13-16 kommer i gruppen *noe negativt forhold til skolen*, de som har en verdiskåre fra 17-19 kommer i gruppen *brukbart forhold til skolen* og de som får en verdiskåre fra 20-24 kommer i gruppen *godt forhold til skolen*.

Når det gjelder variablene for *karakterer i skolen* i de tre fagene, blir disse omkodet slik at karakterene 1-2 gir en skåre på 1, karakterene 3-4 gir en skåre på 2, og karakterene 5-6 gir en skore på 3. Disse summeres og danner indeksen *karakterer i skolen*. Verdifordelingen for 3 nivåer og indeksen blir begrunnet med samme prinsipp som tidligere. Fordelingen blir 1-4 = svake karakterer, 5-6 = middels karakterer og 7-9 = svært gode karakterer.

Alle spørsmålene i indeksen *forhold til kropp og utseende* er av negativ karakter og trenger ikke omkodes, men variablene med 4 svarnivåer omkodes slik som før.

Verdifordelingen i denne indeksen blir at de som har en skåre på 6-10 kommer i gruppen *svært negativt kroppsbilde*, de som har en skåre på 11-15 kommer i gruppen *noe negativt kroppsbilde*, de som har en skåre på 16-19 kommer i gruppen *brukbart kroppsbilde* og de som har en skåre på 20-24 kommer i gruppen *positivt kroppsbilde*.

I mestringsindeksen der 3 av indeksene er slått sammen blir verdifordelingen slik;

De som har en skåre på 3-5 kommer i gruppen *lav grad av mestring*, de som har en skåre på 6-7 kommer i gruppen *noe lav grad av mestring*, de som har en skåre på 8-10 kommer i gruppen *brukbar grad av mestring* og de som har en skåre på 11-12 kommer i gruppen *høy grad av mestring*.

5.5 Mulige sterke og svake sider med datamaterialet

Kvantitativ metode har som kvalitative studier sine styrker og svakheter (Grimen, 2003). Forfatteren nevner tre grunner til at kvantitativ forskning er viktig. Den første er at denne type forskning kan måle fenomener som bare er kvantitativt tilgjengelige. Den andre er at kvantitative studier gjør det mulig å generalisere. Den tredje grunnen er det presise grunnlaget kvantitative studier gir for testing av hypoteser. Forfatteren nevner også tre ulike kritiske innfallsvinkler til kvantitativ forskning. Den første kritikken er hermeneutisk eller tolkningsrelatert. Selv om spørsmålene i spørreskjemaer er like for alle som blir spurt vil de allikevel bli fortolket forskjellig av respondentene. Forskeren har dermed ingen garanti for at alle virkelig har besvart "de samme" spørsmålene, og slik forskeren vil. Man kan allikevel komme langt ved å lage spørsmålene så presise som mulig. Det andre kritiske argumentet er ontologisk og går ut på at kvantitative studier forutsetter et individualistisk og atomistisk syn på samfunnet. Det vil si at de tar utgangspunkt i en teori som innebærer at samfunnet er satt sammen av enkeltindivider og ikke er noe mer enn summen av disse enkeltindividene. Det tredje kritiske argumentet er rettet mot begrepsvagheter og sensitiviserende begreper og går ut på at kvantitative studier forutsetter presise begreper som kan fange inn det som er felles for flere fenomener. De fleste begrepene som brukes i samfunnsvitenskapen er vage og når forskere forsøker å operasjonalisere disse begrepene blir det "som å gjøre vold mot begrepene". Kvantitativ forskning vil dermed ligge på et abstraksjonsnivå som vil gjøre at det unike og individuelle forsvinner (ibid).

Når det gjelder sterke og svake sider med datamaterialet jeg bruker i oppgaven så vil den sterke siden akkurat som i Ung i Norge undersøkelsen først og fremst være det store utvalget av elever som har deltatt, samt at svarprosenten hos disse er høy, da over 92 % av elevene i skoler som ble trukket ut til å delta er representert. Funnene vil dermed i stor grad være representative for ungdom i Norge. Til tross for at noen elever mangler og at de som har droppet ut av skolen ikke er tatt med, er representativiteten ganske stor. Alle konstruerte indekser inneholder spørsmål som er relevante for de ulike områdene de skal ta for seg, slik som opplevelse av sosial tilhørighet, forhold til kropp og utseende etc. Dermed vil vi generelt kunne skape oss et bilde av hvor mange som for eksempel har et positivt eller negativt kroppsbilde ved å se på funnene i forhold til denne indeksen. Konstruksjon av indekser vil dessuten forenkle datamaterialet betraktelig. Et kritisk argument kan være om indeksene synes å inneholde litt for generelle spørsmål i forhold til å kunne belyse noe på hele området. Problemet kan være å kunne si noe om i hvor stor grad de enkelte indeksene kan være representable for det området de omhandler. Indeksen *opplevelse av sosial tilhørighet* kan være et eksempel, der den uten tvil fanger opp spørsmål som er relevante for denne indeksen, men opplevelse av sosial tilhørighet kan være mye mer enn det spørsmålene som inngår i indeksen kan fange opp. Dette blir et spørsmål om validitet, og slik jeg ser det er den høy nok til at vi kan bruke de ulike spørsmålene som danner hver indeks til å måle de ulike faktorene på et generelt grunnlag, men vi må regne med at det finnes flere forhold ved de ulike faktorene som spørsmålene i indeksen ikke fanger opp. Jeg vil si at validiteten i forbindelse med depresjonsindeksen er størst fordi den tar utgangspunkt i fem spørsmål som brukes i diagnosesystemene for depresjon. Indeksen for positiv respons inneholder bare to spørsmål, og de to andre familiære indeksene har tre hver. Et annet kritisk argument kan dermed være at spesielt den første inneholder for få spørsmål for å fange opp ”positiv respons”. Spørsmålet er om de tre familiære indeksene ikke burde dannet en egen indeks. Jeg valgte imidlertid å dele disse inn tre grupper for å se hvilken type av disse faktorene som har mest å si for depresjon. Slik jeg ser det behøver ikke enkeltvariablene i en indeks være mange for å dekke det spesifikke området. Hvor mange spørsmål som trengs for å fange opp ulike sider av et fenomen vil være avhengig av hvor sammensatt et fenomen er. Depresjon er et eksempel på et fenomen som er mer sammensatt, der en rekke symptomer må være til stede for at det skal være snakk om en depresjon. I forbindelse med de familiære faktorene er det snakk om mindre sammensatte fenomen, og det trengs derfor ikke nødvendigvis flere enkeltvariabler i en indeks for å representere fenomenet på en god måte. En annen mulig svak side med

indekser kan være at den ikke forteller oss noe om hvilken enkeltvariabel innenfor hver indeks som kan ha hatt størst betydning for totalskåren. Det kan for eksempel være at spørsmålet; ”jeg gruer meg ofte til å gå på skolen” har en mye sterkere sammenheng med depresjon enn de andre. Og dermed kan de andre enkeltvariablene trekke ned betydningen av denne. En annen svakhet blir sammenligning av datamaterialet med andre funn. I mange tilfeller blir det for eksempel vanskelig å avdekke hva andre forskere har lagt til grunn for depresjon i deres undersøkelser. Noen opererer med tall for lettere depresjon, mens andre er strengere på dette og inkluderer kun de tungt deprimerte når de presenterer tall for antall deprimerte ungdom.

5.6 Analyse av tall gjennom krysstabeller og regresjonsanalyse

Jeg har brukt programmet SPSS 15.0 for Windows for å beregne tallmaterialet fra Ung i Norge undersøkelsen. Jeg har først brukt krysstabeller for å sammenligne en avhengig variabel med en uavhengig. I krysstabeller ser man på hvordan enhetene på verdiene til den uavhengige variabelen fordeler seg på verdiene til den avhengige variabelen (Eikemo & Clausen, 2007). Hensikten er altså å se hva slags sammenheng den avhengige variabelen har med den uavhengige, for eksempel hvordan sammenheng med depresjon og forhold til kropp og utseende er, eller hvor mange av de som for eksempel har et negativt kroppsbilde som også har klare indikasjoner på depresjon. Alle uavhengige variabler som brukes sammenlignes med den avhengige hver for seg. I forbindelse med krysstabellene bruker jeg også Chi Square testen som skal fortelle oss om hvor høyt signifikansnivået er i sammenhengen mellom to variabler (ibid).

For å se på sammenhengen mellom depresjon og de andre faktorene som brukes i oppgaven vil jeg i tillegg til krysstabeller bruke regresjonsanalyse. For å undersøke flere variabler samtidig blir det veldig uoversiktlig å bruke krysstabeller, og til dette har jeg dermed brukt regresjonsanalyse i SPSS. Jeg gjennomfører en lineær regresjonsanalyse hvor jeg måler den avhengige variabelen med flere uavhengige. Hensikten med regresjonsanalysen er å undersøke hvordan eller hvilke uavhengige variabler gjør det mulig å predikere utfall på en avhengig variabel i tillegg til å se på i hvilken grad man kan predikere utfall når effekter fra andre uavhengige variabler er kontrollert for (Eikemo & Clausen, 2007). Jeg har brukt lineær regresjon fordi jeg i tallmaterialet har å gjøre med en avhengig variabel som har et høyt antall målenivåer (7 til 18) og som inneholder forholdstall eller intervallnivå. Det viktigste bidraget for meg gjennom regresjonsanalysen er å se hvilke av de uavhengige variablene som har mest

å si for depresjon, og hvilke som mister sin forklaringskraft når det blir tatt hensyn til de andre variablene. Jeg bruker stegvis regresjon hvor alle de uavhengige variablene blir tatt med, og det er SPSS som bestemmer i hvilken rekkefølge de uavhengige variablene kommer. Det er den variabelen med høyest Pearsons r (kontrollert for de andre uavhengige variablene) som kommer først, deretter den med nest høyest Pearsons R og så videre. Pearsons R forteller hvor sterk samvariasjonen (korrelasjon) mellom variablene er (Eikemo & Clausen, 2007).

6.1 Presentasjon av funn

I denne delen vil jeg først presentere frekvensfordelingen i alle indeksene som er konstruert i en tabell. Her kan vi få en enkel oversikt over hvor mange prosent av ungdom som havner i hvilken kategori i forhold til hver indeks.

Indikasjoner på depresjon	Klar indikasjon	En del indikasjon	Noe indikasjon	Ikke deprimert
	7,60 %	12,60 %	32,40 %	47,40 %
Positiv respons familiestøtte	Veldig lite støtte	Noe støtte	Brukbar støtte	Mye støtte
	11,40 %	21,50 %	42,20 %	24,90 %
Mangel på respons fra familie	Veldig høy mangel	Noe mangel	Brukbar respons	God respons
	4,00 %	9,00 %	17,70 %	69,30 %
Ubehag knyttet til familierespons	Veldig høyt ubehag	Noe ubehag	Ganske lite ubehag	Minimalt ubehag
	7,50 %	10,90 %	24,40 %	57,30 %
Forhold til skolen	Veldig negativt	Noe negativt	Brukbart	Godt
	4,50 %	20,70 %	37,50 %	37,30 %
Opplevelse av sosial integrasjon	Lav	Noe lav	Brukbar	God
	3,90 %	15,10 %	43,30 %	37,90 %
Forhold til kropp og utseende	Svært negativt	Noe negativt	Brukbart	Positivt
	13,70 %	30,30 %	34,80 %	21,30 %
Grad av mestring	Lav grad	Noe lav grad	Brukbar grad	Høy grad
	5,30 %	17,80 %	54,30 %	22,60 %

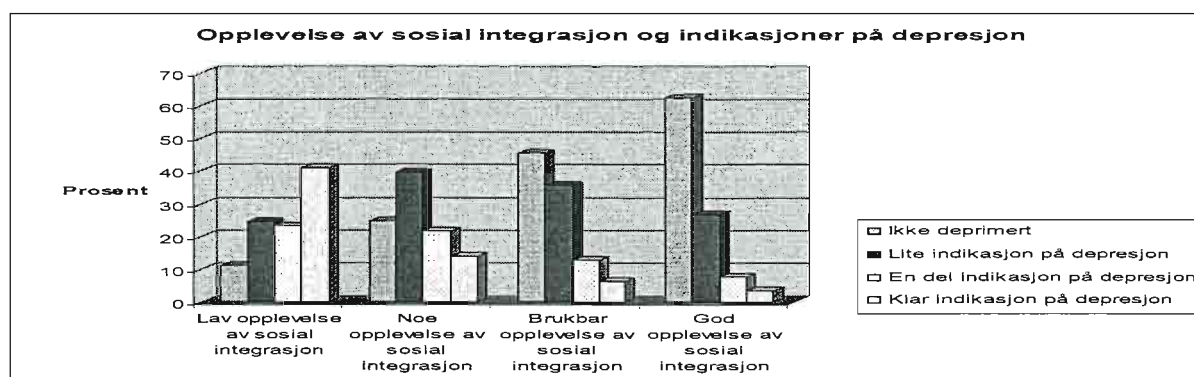
Tabell 1. viser frekvensfordelingen av alle indeksene i prosent.

Deretter skal jeg ta for meg funn i depresjonsindeksen (avhengig variabel) og sammenligne den med funn i de andre indeksene (uavhengige variabler) hver for seg. Jeg vil dermed vise hvor sterk sammenheng det er mellom depresjon og hver enkelt indeks. Jeg vil presentere

figurer til hver eneste indeks hvor man kan se sammenhenger mellom depresjon og den andre valgte indeksen. Figurene er konstruert ut ifra krysstabeller. Tidligere i oppgaven gjorde jeg rede for at jeg delte inn hver indeks i fire nivåer i forhold til for eksempel hvor høy opplevelse av sosial integrasjon noen har, eller hvor sterk mangel på respons noen opplever fra foreldre etc. Jeg vil nå bruke disse kategoriene i selve tekstpresentasjonen av funnene for å forenkle presentasjonen. Jeg vil hovedsakelig ta for meg de søylene som viser til den kategorien med høyest verdiskåre for depresjon, (*klar indikasjon på depresjon*) og de som kommer i den laveste og høyeste kategorien i forhold til de uavhengige variablene, da dette kan ses på som de viktigste funnene. Resten kan man se selv ut ifra figurene. Deretter vil jeg se på depresjon, kjønn og alder hvor jeg også tar for meg Ung i Norge undersøkelsen som er gjort i 1992 og sammenligne funnene med undersøkelsen fra 2002. Sammenligningen her blir også gjort gjennom tekst og figurer. Til slutt vil jeg presentere funnene gjennom lineær regresjonsanalyse, der jeg sammenligner depresjon med alle de andre variablene samtidig. Jeg vil først kommentere hvilke variabler som har sterkest korrelasjon med depresjon. Funnene vil også presenteres i tabeller, men da disse kan være litt vanskelige å lese kommer jeg til å forklare hvordan dette gjøres gjennom noen eksempler.

6.1.1 Opplevelse av sosial integrasjon og depresjon

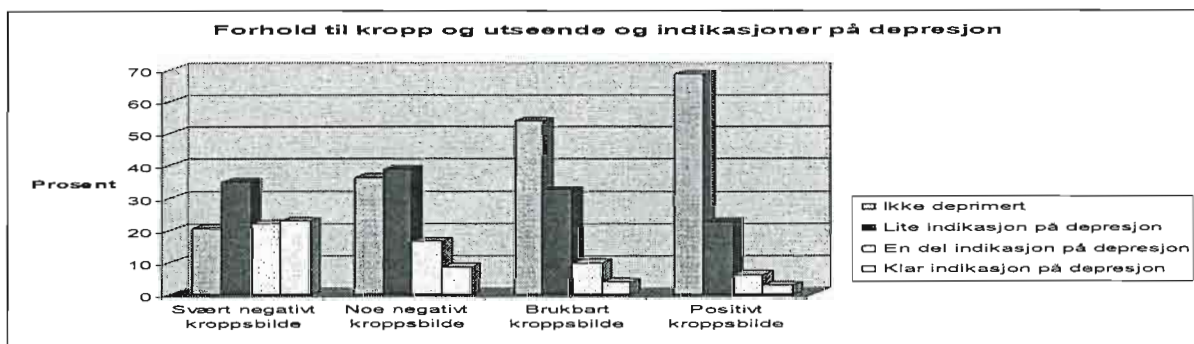
Som vi ser av figur 1. har 41,1 % av de med *lav opplevelse av sosial integrasjon* klare indikasjoner på depresjon, mens bare 3,3 % av de med *god opplevelse av sosial integrasjon* har klare indikasjoner på depresjon. Vi ser ellers at antallet med klare indikasjoner på depresjon minker i takt med økende grad av sosial integrasjon. Dette gir størst utslag mellom gruppen med *lav opplevelse av sosial integrasjon* og de med *noe opplevelse av sosial integrasjon*, der det er omtrent 27 % færre deprimerte. (Sign. nivå er $P = \text{mindre enn } 0,05$)



Figur 1. viser sammenhengen mellom depresjon og opplevelse av sosial integrasjon.

6.1.2 Forhold til kropp og utseende og depresjon

Av figur 2. kan vi se at blant de med *svært negativt kroppsbilde* har hele 22.7 % klare indikasjoner på depresjon mens det blant de som kommer i kategorien *positivt kroppsbilde*, bare er 2,9 % som har klare indikasjoner på depresjon. Vi ser også at grad av depresjon synker i takt med høyere skåre på opplevelse av forhold til kropp og utseende, altså at jo bedre kroppsbilde, jo færre deprimerte finner man. Også her finner vi den største differansen i mellom de to kategoriene med lavest og nest lavest skåre i forhold til den variabelen som måles opp mot depresjon. Det er over 14 % færre med klare indikasjoner på depresjon blant de med *noe negativt kroppsbilde*, enn hos de med *svært negativt kroppsbilde* (Sign. nivå er $P = \text{mindre enn } 0,05$)



Figur 2. viser sammenhengen mellom depresjon og forhold til kropp og utseende.

6.1.3 Forhold til skolen og depresjon

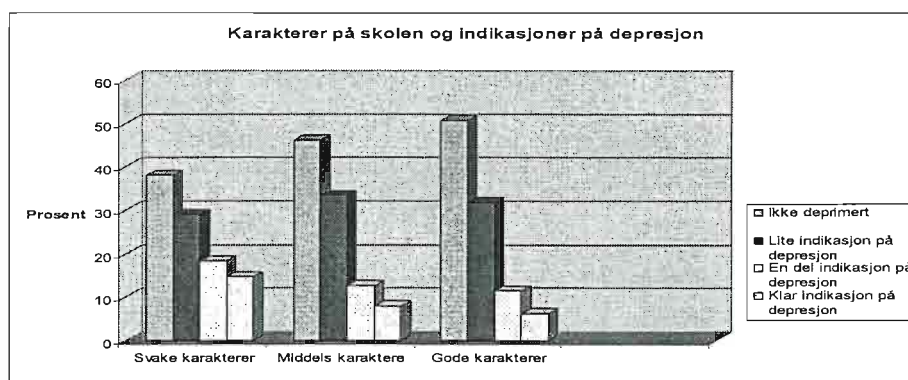
Hvis vi ser på antallet med klare indikasjoner på depresjon og forhold til skolen ser vi i figur 3. at under at 39,4 % av de med et *veldig negativt forhold til skolen* har klare indikasjoner på depresjon mens bare 2,1 % av de med et *godt forhold til skolen* har indikasjoner på dette. Vi kan også her se at antallet deprimerte minker i takt med bedre forhold til skolen. Hvis vi ser på hver kategori i *forhold til skole indeksen* kan vi se at antallet av de mest deprimerte minker med to til tre ganger for hver gruppe hvis vi leser figuren fra venstre mot høyre. (Sign. nivå er $P = \text{mindre enn } 0,05$).



Figur 3. viser sammenhengen mellom grad av forhold til skolen og depresjon.

6.1.4 Karakterer og depresjon

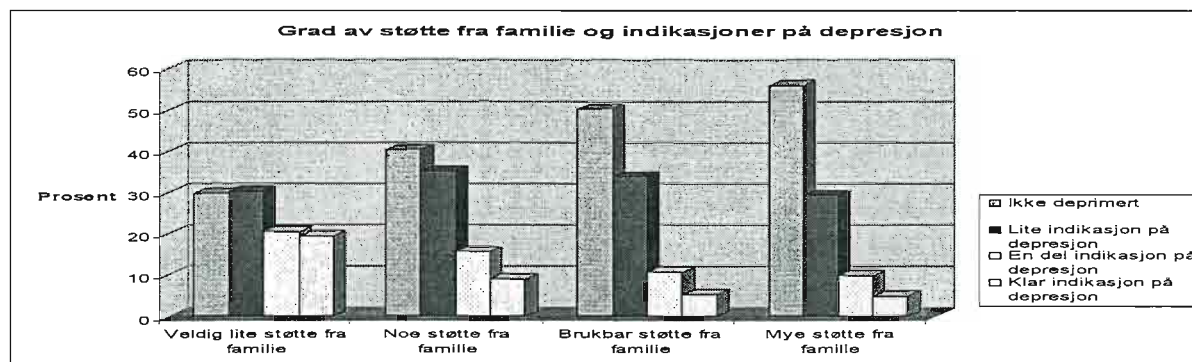
I figur 4. ser vi på forholdet mellom karakterer og grad på indikasjoner på depresjon. Av figuren ser vi at det blant de med *svake karakterer* er 14,7 % som har klare indikasjoner på depresjon, mens tallet for de med *middels gode karakterer* og *svake karakterer* er henholdsvis 7,9 % og 6,2 %. Vi ser altså at det største utslaget mellom karakterer og depresjon ligger hos de som har dårligst karakterer, og at sammenhengen mellom *middels gode karakterer* og *gode karakterer* ikke er store med tanke på depresjon. (Sign. nivå er $P = \text{mindre enn } 0,05$).



Figur 4 viser sammenhengen mellom depresjon og karakterer.

6.1.5 Grad av støtte fra familie og depresjon

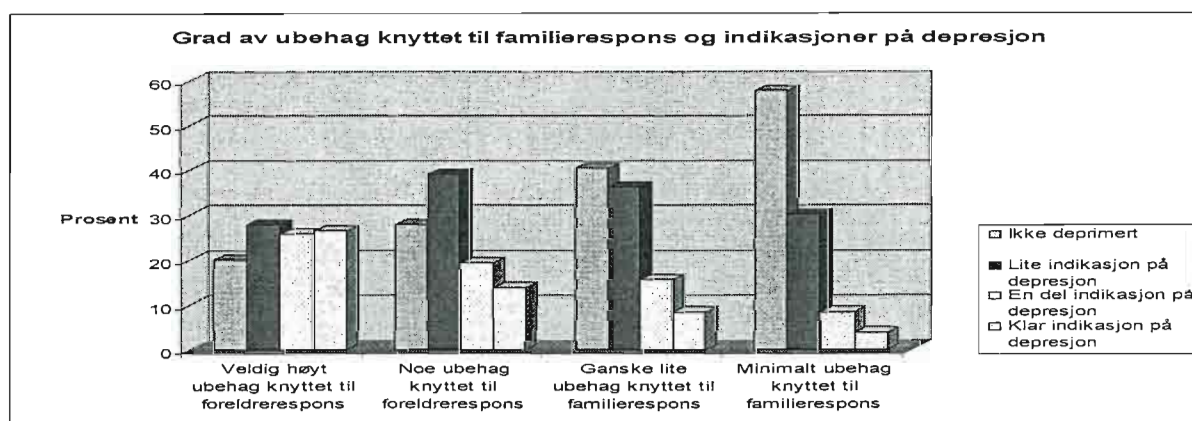
Figur 5. tar for seg positiv respons i form av støtte fra familie og forholdet mellom dette og depresjon. Av de som opplevde *veldig lite støtte fra familie* hadde 19,4 % klare indikasjoner på depresjon. Motsatt ser vi at det blant de som kom i kategorien *mye støtte fra familie* var 4,9 % som hadde klare indikasjoner på depresjon. Akkurat som i de tidligere indeksene, minker kurven for antallet med klare indikasjoner på depresjon i takt med høyere skåre på den indeksen som måles opp mot depresjon og gruppen med minst skåre har klart flest med klare indikasjoner på depresjon. (Sign. nivå er $P = \text{mindre enn } 0,05$).



Figur 5 viser sammenhengen mellom grad av støtte fra familie og depresjon.

6.1.6 Ubehag knyttet til familierespons og depresjon

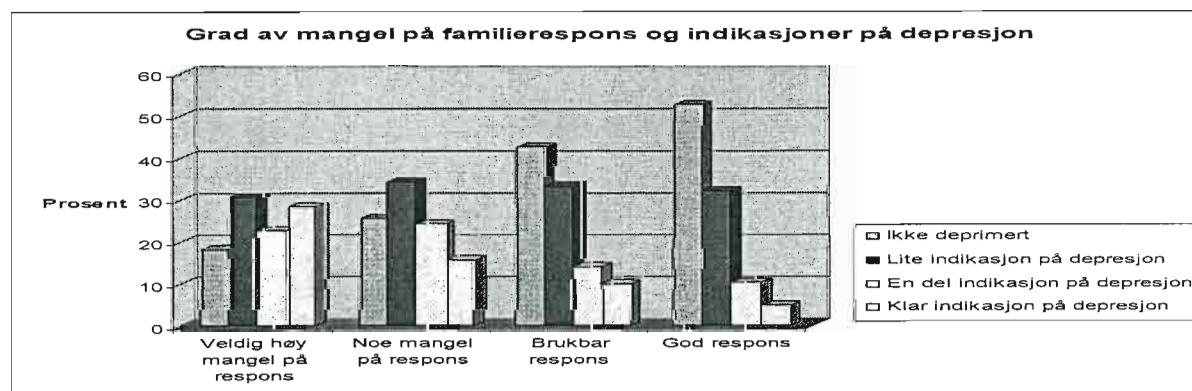
Figur 6. tar for seg ubehag knyttet til familierespons og indikasjoner på depresjon. Av de som opplever *veldig høyt ubehag knyttet til familierespons* har 26,5 % klare indikasjoner på depresjon, mens bare 3,8 % av de med *minimalt ubehag knyttet til familierespons* kommer i kategorien for de mest deprimerte. Vi ser den samme trenden her som i de andre figurene, at antallet deprimerte synker i takt med høyere skåre på den andre indeksen. For hver gruppe i denne figuren, minker antallet med klare indikasjoner på depresjon med omtrent det dobbelte. (Sign. nivå er $P = \text{mindre enn } 0,05$).



Figur 6 viser sammenhengen mellom ubehag knyttet til familierespons og depresjon.

6.1.7 Mangel på respons og depresjon

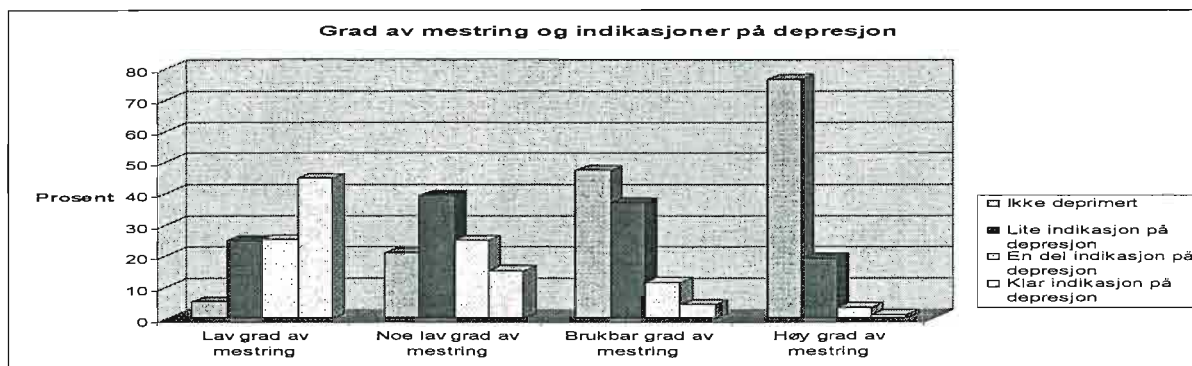
Den siste figuren som tar for seg familiære forhold viser forholdet mellom depresjon og opplevelse av mangel på respons. Av de som opplever *veldig høy mangel på respons* har 28,4 % klare indikasjoner på depresjon. I motsatt ende av figuren ser vi at 3,8 % av de som opplever *god respons* har klare indikasjoner på depresjon. (Sign. nivå er $P = \text{mindre enn } 0,05$)



Figur 7. viser sammenhengen mellom grad av mangel på familierespons og depresjon.

6.1.8 Mestring og depresjon

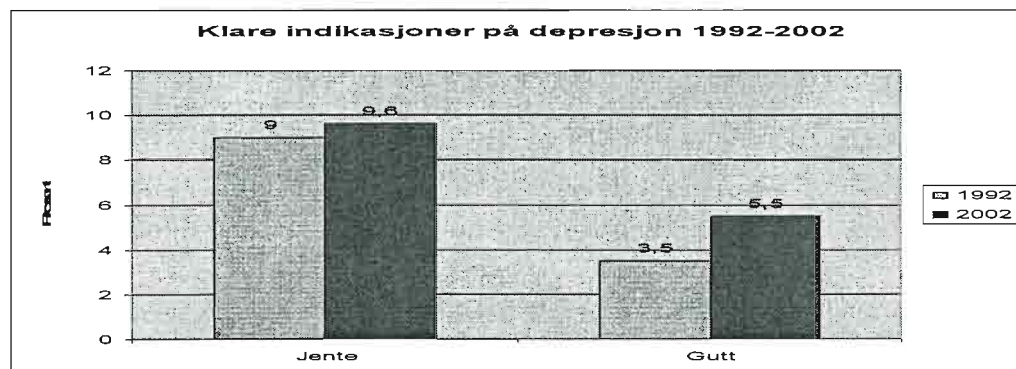
Figur 7. viser sammenhengen mellom depresjon og grad av mestring. Av de med *lav grad av mestring* hadde 44,7 % klare indikasjoner på depresjon, mens blant de med *høy grad av mestring* er det bare 1 % som har indikasjoner på dette. Indikasjoner på depresjon minker betraktelig med grad av mestring. Figuren viser at opplevelse av mestring har den sterkeste sammenhengen med indikasjoner på depresjon. Dette ser vi spesielt på antallet deprimerte i den laveste og høyeste gruppen for mestring, da disse har henholdsvis det høyeste og laveste antallet med klare indikasjoner på depresjon. Dette er allikevel ikke overraskende med tanke på at det for eksempel i den laveste gruppen for mestring havner mange ungdom som skårer lavt på alle de tre indeksene opplevelse av sosial tilhørighet, forhold til kropp og utseende og forhold til skolen til sammen. Sannsynligheten for at de skårer høyt på klare indikasjoner på depresjon vil dermed være større. (Sign. nivå er $P = \text{mindre enn } 0,05$).



Figur 8. viser sammenhengen mellom mestring og depresjon.

6.2 Forekomst av depresjon hos jenter og gutter, 1992 og 2002

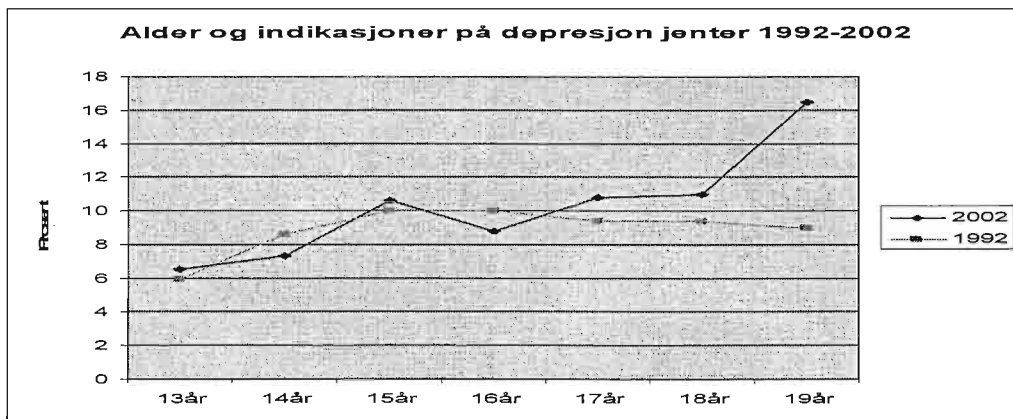
I figur 10. ser vi hvor mange prosent av gutter og jenter som var deprimerte i 1992 og 2002. Som vi ser var det en økning hos gutter fra 3,5 % til 5,5 % fra 1992 og 2002. Jenter opplevde også en økning i depresjon, men denne er en del mindre og går opp fra 9 % til 9,6 %.



Figur 10 viser antall deprimerte for begge kjønn i 1992 og 2002.

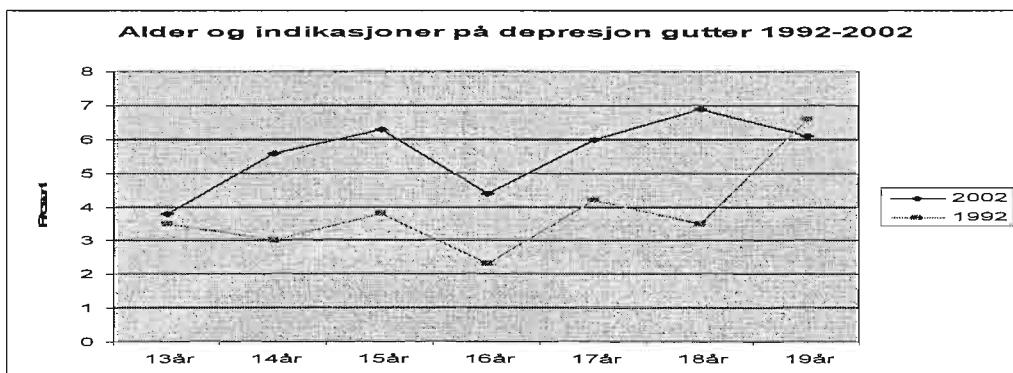
6.3 Forekomst av depresjon 1992 og 2002, alder og kjønn

Figur 11. og 12. viser forekomsten av depresjon hos gutter og jenter i 1992 og 2002. Som vi ser av figur 11. er det ingen vesentlige forskjeller hos jenter i alderen 13 til 18 år mellom 1992 og 2002. Rundt 6 % av jentene er deprimerte i 13 års alderen og tallet stiger til omtrent 10 % i 15 års alderen. I 2002 var det en liten nedgang for jenter ved 16 års alderen før kurven stiger igjen til litt over 11 % frem til 18 års alderen. Det spesielle her er at antallet deprimerte stiger til over 16 % i 19 års alderen i 2002, noe den ikke gjorde i 1992.



Figur 11 viser forholdet mellom alder og depresjon hos jenter i 1992 og 2002.

I figur 12. ser vi et litt annet bilde hos gutter, der det nesten gjennom hele ungdomsperioden er en god del flere deprimerte i 2002 enn i 1992. Rundt 13 års alderen er det ingen forskjeller mellom 1992 og 2002 og antall deprimerte ligger på ca 3,5 %. Men rundt 14 års alderen og frem til 15 års alder ser vi en klar økning. Indikasjoner på depresjon øker fra 4 % til 6 % mellom 1992 og 2002. Også gutter opplever en nedgang rundt 16 års alder. Denne er imidlertid en del større enn hos jenter og forekommer både i 1992 og 2002. Antallet deprimerte begynner å øke igjen i 17 års alderen og ligger på rundt 6 % i 19 års alder.



Figur 12. viser forholdet mellom alder og depresjon hos gutter i 1992 og 2002

6.4 Regresjonsanalyse

Nå vil jeg ta for meg sammenhengen mellom depresjon og flere variabler samtidig og dette gjøres gjennom lineær regresjonsanalyse. De uavhengige variablene som er brukt her er, forhold til kropp og utseende, opplevelse av sosial integrasjon, forhold til skolen, ubehag knyttet til familierespons, positiv respons, mangel på respons, alder og karakterer.

Mestring er ikke tatt med i regresjonsanalysen siden denne er summen av de tre første indeksene. Jeg kommer til å presentere to tabeller i forhold til regresjonsanalysen. Slike tabeller kan være vanskelige å lese, men det ville blitt enda mer tunglest om jeg bare skulle ha beskrevet alle funnene som tekst. Jeg vil dermed først presentere hovedfunnene i analysen før jeg forklarer hvordan tabellene kan leses.

6.4.1 Lineær regresjonsanalyse

Regresjonsanalysen viser oss at forhold til skolen er den variabelen som har sterkest korrelasjon og dermed størst sammenheng med depresjon når vi kontrollerer for de andre variablene. Samtidig er den videre rekkefølgen for sammenheng med depresjon; 2. forhold til kropp og utseende, 3. opplevelse av sosial integrasjon, 4. ubehag knyttet til familierespons, 5. alder, 6. mangel på respons, 7. karakterer 8. positiv respons.

6.4.2 Regresjonsanalyse – hvordan vi kan lese tabellene

Tabell 2 – regresjonsanalyse

Uavhengige variabler	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1. Forhold til skole	,468(a)	,219	,219	2,65366
2. Forhold til kropp og utseende	,534(b)	,285	,285	2,53908
3. Opplevelse av sosial integrasjon	,556(c)	,309	,309	2,49603
4. Ubehag til knyttet til familierespons	,575(d)	,330	,330	2,45787
5. Alder	,585(e)	,343	,342	2,43507
6. Mangel på respons	,590(f)	,348	,348	2,42499
7. Karakterer	,591(g)	,349	,349	2,42262
8. Positiv respons	,591(h)	,350	,349	2,42206

Tabell 2. forteller oss blant annet at variabelen forhold til skole har den sterkeste korrelasjonen med depresjon.

I tillegg ser vi hvor mye depresjon kan antas å forklares med de andre uavhengige variabler som er brukt i analysen når disse er kontrollert med hverandre.

Det første vi kan se på i tabell 2. er tallene under kolonnen R. Tallet 0,468 forteller oss graden av linearitet mellom den avhengige og uavhengige variabelen. Vi ser at dette er et positivt tall, og at det dermed er en positiv korrelasjon mellom disse variablene. Deretter kan vi se på tallene under kolonnen Adjusted R Square. Disse tallene forteller oss hvor mange prosent av variasjonen i den avhengige variabelen som kan forklares med de uavhengige variablene som er brukt i analysen. Helt nederst under Adjusted R Square kan vi se tallet 0,349. Dette betyr at de uavhengige variablene samlet, antas å forklare 35 % av variansen i depresjonsvariabelen. De resterende 65 % må dermed forklares av helt andre faktorer og som ikke er en del av de uavhengige variablene jeg bruker.

Vi ser videre øverst i samme kolonne at den første variabelen under kolonnen "uavhengige variabler" er forhold til skole, og at denne i kolonnen på Adjusted R Square har en koeffisient på 0,219. Siden denne variabelen står øverst, betyr det at denne indeksen er den som har sterkest korrelasjon til depresjon, og forklarer videre omtrent 22 % av variansen i depresjonsvariabelen. Videre ser vi indeksen forhold til kropp og utseende og at denne har en koeffisient på 0,285. Dette betyr imidlertid at forhold til kropp og utseende og forhold til skole antas å til sammen forklare 28,5 % av variansen i depresjonsvariabelen. Når uavhengige variabler er kontrollert for andre uavhengige variabler, ser vi at betydningen av en ny uavhengig variabel minker jo lenger ned i tabellen vi kommer. Vi ser at differansen i koeffisientene mellom variabelen alder (nr 5. i tabellen) og positiv respons (nr 8. i tabellen) er på bare 7 % mer forklart av variansen i depresjonsvariabelen.

I tabell 3. (se neste side) kan vi se at de uavhengige variablene kommer i samme rekkefølge som i den første, forhold til skolen er den som kommer først og dermed har sterkest korrelasjon med depresjon, og så videre. Vi kan videre se på den tredje kolonnen som er merket med bokstaven B. Det tallet som står til høyre for "Konstant" er konstanten for variabelen "forhold til skolen". Alle variabler i analysen består av forskjellige nivåer og alle disse starter på 0. Koeffisienten på 0,788 forteller oss forventet grad av depresjon for de som kommer i det beste nivået (nivå 0) i forhold til skolen. Under dette ser vi tallet 0,468, og dette er en forventet økning i depresjon for hvert nivå, i variabelen forhold til skolen. Forventet grad av depresjon for den som for eksempel kommer i nivå fem for forhold til skolen blir å multiplisere 0,468 med 5 og addere med konstanten. Dette blir altså $0,468 \times 5 + 0,788 = 3,128$.

Ser vi ett hakk lenger ned i tabellen vil vi se koeffisientene for forventet grad av depresjon, når variabelen forhold til skolen også er kontrollert for variabelen forhold til kropp og utseende. Vi ser at koeffisienten er 0,392 for variabelen forhold til skole, og 0,180 for variabelen forhold til kropp og utseende. Dette er altså forventet økning i grad av depresjon for de som kommer i det beste nivået i forhold til skolen i kombinasjon med de som er i det beste nivået i variabelen forhold til kropp og utseende, i forhold til konstanten som er -0,259. Vi ser at variablene karakterer og positiv respons har negative koeffisienter, men dette skyldes ikke at de alene ikke har en korrelasjon med depresjon, men at koeffisientene blir negative når de er kontrollert for de andre variablene. Dette ble kontrollert gjennom en bivariat analyse mellom to og to variabler, der vi så korrelasjonen mellom hver enkelt uavhengig variabel og depresjon.

Tabell 3 - regresjonsanalyse

Model	Uavhengige variabler	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Konstant)	,788	,061		12,960	,000
	Forhold til skolen	,468	,009	,468	49,296	,000
2	(Konstant)	-,259	,069		-3,754	,000
	Forhold til skolen	,392	,009	,392	41,402	,000
	Forhold til kropp og utseende	,180	,006	,268	28,311	,000
3	(Konstant)	-,491	,069		-7,102	,000
	Forhold til skolen	,346	,010	,346	35,733	,000
	Forhold til kropp og utseende	,144	,007	,214	21,777	,000
	Opplevelse av sosial integrasjon Sosialt	,166	,010	,175	17,400	,000
4	(Konstant)	-,623	,068		-9,094	,000
	Forhold til skolen	,302	,010	,302	30,558	,000
	Forhold til kropp og utseende	,131	,007	,195	20,022	,000
	Opplevelse av sosial integrasjon	,155	,009	,164	16,543	,000
	Ubehag knyttet til familie respons	,204	,012	,156	16,503	,000
5	(Konstant)	-1,161	,080		-	,000
	Forhold til skolen	,292	,010	,292	14,551	,000
	Forhold til kropp	,131	,006	,194	29,666	,000
	Opplevelse av sosial integrasjon	,164	,009	,174	20,153	,000
	Ubehag knyttet til familie respons	,212	,012	,162	17,627	,000
	Alder	,195	,015	,112	17,260	,000
					12,810	,000
6	(Konstant)	-1,146	,080		-	,000
	Forhold til skolen	,280	,010	,280	14,411	,000
	Forhold til kropp og utseende	,131	,006	,195	28,258	,000
	Opplevelse av sosial integrasjon	,155	,009	,164	20,331	,000
	Ubehag knyttet til familie respons	,172	,013	,132	16,550	,000
	Alder	,190	,015	,109	13,214	,000
	Mangel på respons	,106	,012	,084	12,509	,000
					8,560	,000
7	(Konstant)	-,997	,087		-	,000
	Forhold til skolen	,295	,011	,295	11,480	,000
	Forhold til kropp og utseende	,129	,006	,192	27,989	,000
	Opplevelse av sosial integrasjon	,152	,009	,161	19,940	,000
				16,281	,000	

	Ubehag knyttet til familie respons	,174	,013	,133	13,321	,000
	Alder	,194	,015	,112	12,773	,000
	Mangel på respons	,106	,012	,084	8,550	,000
	Karakterer	-,088	,021	-,040	-4,238	,000
8	(Konstant)	-,957	,089		-	,000
					10,795	
	Forhold til skolen	,298	,011	,298	28,065	,000
	Forhold til kropp og utseende	,129	,006	,192	19,956	,000
	Opplevelse av sosial integrasjon	,154	,009	,162	16,384	,000
	Ubehag knyttet til familie respons	,180	,013	,137	13,504	,000
	Alder	,198	,015	,114	12,940	,000
	Mangel på respons	,113	,013	,090	8,840	,000
	Karakterer	-,085	,021	-,038	-4,057	,000
	Positiv respons null	-,037	,016	-,022	-2,241	,025

I tillegg til å vise oss hvilken variabel som har sterkest korrelasjon med depresjon, viser tabell 3. oss blant annet hvor mye depresjon antas å øke eller minke, kontrollert for hvert nivå av de uavhengige variablene.

7.1 Drøfting

I denne delen av oppgaven kommer jeg først til å sammenligne funn om forekomst av depresjon fra min egen undersøkelse, med andre undersøkelser som er presentert tidligere i oppgaven. Jeg vil også diskutere hvordan vi kan forstå forskjeller på forekomst av depresjon hos jenter og gutter. Deretter vil jeg ta for meg depresjon og alder, og diskutere mulige årsaker til de funnene vi ser i undersøkelsen. Etter det vil jeg diskutere forskjeller i forekomst av depresjon mellom 1992 og 2002 samt drøfte hva endringene kan skyldes.

Til slutt vil jeg ta for meg de ulike faktorene som måles opp mot depresjon. Her vil jeg skrive om hvor mye de ser ut til å ha en sammenheng med depresjon, samt diskutere på hvilke måter vi kan forklare de ulike faktorenes betydning med depresjon.

7.2 Sammenligning av antall deprimerte med andre undersøkelser

I min undersøkelse fant jeg ut at 7,6 % av ungdommene var deprimerte, se tabell 1.

Ytterligere 12,6 % hadde en del indikasjon på depresjon. I diskusjonen og sammenligningen med andre undersøkelser om depresjon kommer jeg imidlertid til å konsentrere meg om tallet i den første gruppen, altså antall deprimerte. Dette fordi de andre undersøkelsene hovedsakelig også bare tar for seg de som kommer under kategorien deprimerte.

Da jeg presenterte andre undersøkelser på depresjon tidligere i oppgaven skrev jeg at tallet på antall deprimerte varierte noe, og at dette kan skyldes at forskere har stilt forskjellige kriterier når de fastsetter grensen på hva som må til for at vi kan si at noen kommer innenfor kategorien ”deprimert”. I noen undersøkelser har man benyttet seg av intervjuer istedenfor spørreskjemaundersøkelser for å finne antall deprimerte. Som Wichstrøm (2007) skrev vil

man finne lavere tall for depresjon ved intervjuer fordi man har muligheten til å gå mer i dybden i disse. Undersøkelsene er dessuten fra ulike land og har ulikt utvalg, noe som kan gi ulike resultater. Noen undersøkelser opererer med tall på depresjon der de tar med ungdom som noensinne har vært deprimert, mens andre opererer med en prevalens på fra to uker til tre måneder. Alt dette må vi ta i betraktning når vi skal lese og sammenligne tallene. Noen av undersøkelsene er dessuten eldre og det kan ha skjedd endringer i mellomtiden som gjør at tallet i dag hadde vært lavere eller høyere.

Før jeg sammenligner andre undersøkelser med min egen kan jeg stille spørsmålet i hvilken kategori jeg kan stille min egen undersøkelse med tanke på hvilke kriterier jeg har lagt til grunn for depresjon. Jeg har brukt fem av spørsmålene som inngår i klassifikasjonssystemene ICD-10 og DSM-IV-R som omhandler depresjon. Det å bruke spørsmål som fanger opp kjennetegn på depresjon fra diagnosesystemene bør sørge for høy validitet. Vi husker at i diagnosesystemet ICD-10 måtte minst fire (minst 2 hovedsymptomer) av ti symptomer være til stede for at vi det skal være snakk om en mild depresjon, minst fem-seks (minst 2 hovedsymptomer) av ti symptomer for at det skal være snakk om en moderat depresjon, og minst sju (alle 3 hovedsymptomene) av ti symptomer for at det skal være snakk om en alvorlig depresjon (Norsk legemiddelhåndbok, 2007). Kriteriene i min undersøkelse var at de som er definert som deprimerte må ha svart at de minst var ”veldig mye plaget” på tre av fem symptomer og ”ganske mye plaget” på de to andre. To av spørsmålene er en av de tre hovedsymptomene til ICD-10. Dette er strengere kriterier enn kriteriet for milde depresjoner. I forhold til dette diagnosesystemet vil kanskje kriteriene for min undersøkelse ligge et sted mellom kriteriene for moderate og alvorlige depresjoner i ICD-10. De som blir karakterisert som deprimert i undersøkelsen har alle de fem symptomene til stede, og i minst 3 av disse må de svare at de er ”ganske mye plaget” av et symptom i tillegg til å minst svare at de er ”ganske mye plaget” i forhold til de to andre. Jeg vil dermed si at min undersøkelse er sammenlignbar med de spørreskjemaundersøkelsene som tar utgangspunkt i mer alvorlige depresjoner. Jeg vil videre legge til at det høye antall respondenter i mitt utvalg vil bidra med et ganske nøyaktig tall for depresjon i forhold til disse fem spørsmålene. Prosentdelen av antall deprimerte kan allikevel ligge noe i overkant av det vi hadde funnet om vi hadde intervjuet det samme utvalget, da man ved intervju har muligheten til å gå mer i dybden, men siden kriteriene i min undersøkelse er såpass strenge, vil det ikke være snakk om mye.

Er det noen forhold ved undersøkelsen og selve settingen der ungdom svarer på spørsmålene som kan hå påvirket resultatet? Jeg har vært inne på ulike kritiske innfallsvinkler for kvantitative studier (Grimen, 2003). Den tolkningsrelaterte kritikken vil være aktuell her. Eksempler på dette kan være at selve spørreskjemaet fra Ung i Norge undersøkelsen var ganske langt og tidkrevende. Er vi sikre på at intervjuobjektene brukt nok tid på spørsmålene, og at de har forstått og tolket de riktig? Grimen (2003) sitt kritiske argumentet om begrepsvaget kan også gjelde her. De ulike spørsmålene i depresjonsindeksen vil inneholde vage og sensitiviserende begreper som har blitt operasjonalisert av forskeren. Spørsmålet om respondentene i det siste har følt at "alt var et slit" kan være et eksempel. "Slit" er et vagt og sensitiviserende begrep som har blitt operasjonalisert uten å ta hensyn til det unike.

Andre forhold som også kan ha påvirket resultatet er at noen ungdom tuller når de svarer på undersøkelsen og gir ikke riktige svar, men dette har for det meste blitt avslørt og luket bort fra selve datagrunnlaget (Rossow & Bø, 2003). Vi må regne med at selve settingen for utførelsen av undersøkelsen i klasserommene også kan ha en liten innvirkning på resultatet, Det kan for eksempel være at intervjuobjektene er redde for at sidemannen i klasserommet skal se hva de svarer. Visse tilfeldige variasjoner og feil fra enkeltindivid vil nok elimineres av det store utvalget. Men hvis det er en tendens i respondentene sin atferd om å for eksempel ikke svare riktig fordi de er redd for at sidemannen skal se dette, kan dette gi oss skjevheter. Men slike tendenser hos respondentene kan også gjelde i forbindelse med intervjuer fordi intervjuobjektet kan være redd for å røpe svakheter for en fremmed person som de ikke stoler på.

Som vi kan se tidligere i oppgaven viser undersøkelser på depresjon en hyppighet fra 0,4 % til omtrent 20 %. Hvis vi kontrollerer for kjønn også blir tallet på depresjon hos jenter, enda høyere. Hvis vi bare tar utgangspunkt i undersøkelser der prevalensen var målt mellom to uker til tre måneder finner vi tall på mellom 0,4 % og 8,3 % hos Wichstrøm (2007): Lignende tall kan vi finne hos Snoek (2000) som fant en varians på mellom 2 % og 5 % på forekomst av alvorlig depressiv lidelse og fra 1,5 til 7 % når det gjelder vedvarende depressiv lidelse. Disse tallene synes også å stemme med de svenske undersøkelsene om depresjon (Lagerheim, 2000) og (Wasserman, 1999). De undersøkelsene som kan synes å skille seg ut er Hubro undersøkelsen (Moen & Holthe, 2004) som viste at hver femte 16 åring i Oslo var deprimert, samt undersøkelsen fra Hemil senteret i Bergen (Holsen, 1997) der 16 %

av guttene og 23 % av jentene oppga stor grad av depressive lidelser. Topp undersøkelsen (Mathiesen, m.fl., 2007) oppga også at hver fjerde ungdom hadde symptomer på depressive lidelser, men her er det kjent at kriteriene er lavere. Kriteriene for depresjon for de fleste undersøkelsene er ukjent, men det kan tyde på at de høye tallene kan skyldes at kriteriene er noe lavere enn i de andre undersøkelsene. Vi ser at de fleste tar utgangspunkt i depresjon, men andre opererer også med symptomer på depressive lidelser i undersøkelsene. I Hubro undersøkelsen (Moen & Holthe, 2004) var det imidlertid brukt en HSCL-10 skala (et annet diagnosesystem) og de som ble definert som deprimerte i denne undersøkelsen, skåret så høyt på skalaen at det ifølge Haavet er snakk om en reell depresjon.

I intervjubaserte undersøkelser ser vi som forventet noe lavere tall. Wichstrøm (2007) viste til en varians mellom 1,5 % til 4 %, mens hyppigheten på depresjon i undersøkelsen Sørensen og Thomsen (2003) viste til var 2,9 % den siste måneden og 6 % det seneste året.

Hva sier min undersøkelse om depresjon i forhold til disse studiene? Siden variansen mellom de ulike undersøkelsene er så stor og vi ikke kjenner kriteriene godt nok blir sammenligningen vanskelig. Vi kan generelt si at den blant alle undersøkelser havner midt på treet, men i forhold til undersøkelsene der vi kan anta at kriteriene er strenge vil den havne i det øverste sjiktet, med flere deprimerte. Hubro undersøkelsen (Moen & Holthe, 2004) viser imidlertid tall som er betydelig høyere, og dette kan være oppsiktsvekkende med tanke på at det her er brukt en skala der de deprimerte kom innenfor den medisinske definisjonen på depresjon. Denne undersøkelsen omfattet imidlertid bare ungdom fra Oslo. Vi kan ikke utelukke at depresjon blant unge er mer utbredt i storbyer. Samtidig ser vi at vi finner lavere tall i de undersøkelsene vi vet er intervjubasert i forhold til spørreskjemaundersøkelsene.

7.3 Depresjon og kjønn

Vi har nå sett på hvordan forekomsten av depresjon blant ungdom ser ut til å være, uavhengig av kjønn. Men hva sier mitt datamateriale og andre undersøkelser om kjønnsforskjeller på dette området? Jeg vil nå diskutere dette samt trekke inn mulige forklaringer på kjønnsforskjeller i depresjon.

I min undersøkelse så vi at 9,6 % av jentene og 5,5 % av guttene var deprimerte, se figur 10. Vi ser altså at depresjon ser ut til å forekomme nesten dobbelt så ofte hos jenter enn hos gutter. Alle andre undersøkelser jeg har presentert tidligere i oppgaven viser også at jenter oftere er deprimert enn gutter. Siden jeg allerede har diskutert hyppighet av forekomst i

depresjon uavhengig av kjønn, vil jeg nå i diskusjonen om depresjon og kjønn ta for meg en og en undersøkelse og sammenligne hvor mange ganger hyppigere depresjon gjennomsnittelig er hos jenter enn gutter. Da slipper vi å ta stilling til de ulike kriteriene for depresjon, samtidig som vi får et bilde av hvor store forskjellene hos jenter og gutter er med tanke på depresjon. De største forskjellene ser vi i to av undersøkelsene som Sørensen og Thomsen (2003) viste til, der tallet for depresjon i en undersøkelse var fire ganger så hyppig hos jenter (9,2 %) enn hos gutter (2,3 %) og i en annen nesten tre ganger så hyppig (jenter 13,7 %, gutter 5,1%). Resten av undersøkelsene viser imidlertid litt mindre forskjeller. I undersøkelsen fra Hemil- senteret som Holsen (1997) viser til ser vi litt mindre forskjeller der 23 % av jentene og 17 % av guttene var deprimerte. Vi kan generelt si at depresjon ifølge undersøkelsene gjennomsnittelig forekommer dobbelt så hyppig hos jenter enn hos gutter. Dette ser vi eksempelvis i den amerikanske undersøkelsene som Sørensen og Thomsen (2003) viser til der den ene viste at 8 % av jentene og 3,8 % av gutter var deprimert. Tallene i min undersøkelse om kjønnsforskjeller i forhold til depresjon synes således å være godt i samsvar med gjennomsnittstall for andre studier.

Men hva er det som kan forklare forskjellene i forekomst av depresjon hos gutter og jenter? Som jeg har vært inne på tidligere viser litteraturen at det er en del uenighet om dette. Forskjellene med at jenter er oftere deprimert enn gutter forklares blant annet med at kroppslige forandringer og hormoner i forbindelse med puberteten forgår annerledes hos jenter enn hos gutter, at det på grunn av en ulik sosialiseringssprosess stilles andre forventninger hos jenter, at betydningen av kjønnsrollene spiller en rolle, at jenter er utsatt for et større press når det gjelder kropp og utseende og at jenter er mer sårbare for påkjenninger i forbindelse med relasjoner. Som jeg skrev tidligere finnes det studier som ikke viser noen forskjeller i forekomst av depresjon hos jenter og gutter som enda ikke har kommet i puberteten (Sørensen & Thomsen 2003). Tar vi for oss depresjon og kjønn i voksen alder ser vi omtrent de samme tallene som hos ungdom, at kvinner oftere er deprimert. Starten på puberteten ser altså ut til å være det tidspunktet der jenter får det vanskeligere med tanke på depressive lidelser. Dette kan vi se på som en konsekvens av de nevnte faktorene ovenfor som argumenterer for hvorfor jenter oftere er deprimert. Dette bilde endrer seg ikke noe særlig i voksen alder heller. Holsen (1997) er en av de som tar opp spørsmålet om forskjellene i undersøkelser ikke er så reelle som tallene viser og at depresjon hos gutter kan være underrapportert. Det hevdes at dette henger sammen med at gutter viser at de er deprimerte på en annen måte, gjennom utagerende atferd og at de dermed får diagnosen atferdsforstyrrelse istedenfor depresjon. Det

hevdes også at terskelen for at gutter rapporterer om depresjon er mye høyere fordi maskulinitet ikke er noe som skal forbindes med å være deprimert og dermed ”svak” (ibid). Vi kan også spørre oss om det ikke er noe ved selve diagnosesystemene som lettere avdekker depresjon hos jenter enn gutter? Siden depresjon hos gutter kan ha et noe annet bilde, kan man ikke helt utelukke dette. Holsen fant dessuten ut ved en studie at et negativt kroppsbilde ikke bare var et problem som i hovedsak gjaldt jenter (Hjukse & Ørslie 2003).

Som vi ser er det ikke lett å gi et svar på hva forskjellene skyldes, men en kombinasjon av disse argumentene vil kanskje være det mest riktige. Jenter har en rekke områder og utfordringer i forbindelse med puberteten som gjør at de kan være mer utsatt for depresjon, men forskjellene kan kanskje være mindre enn vi tror. Vi vet imidlertid at jenter og gutter på noen områder er forskjellige og at puberteten kan oppleves på ulike måter for begge kjønn. Dette viser at det kan være rom for at det blir satt mer fokus på forskjellene for hvordan depresjon oppleves og vises hos de ulike kjønnene når man bruker diagnosesystemer og stiller diagnoser.

7.4 Depresjon og alder

Hva kan vi observere når det gjelder depresjon og alder i forhold til min undersøkelse? Generelt kan vi si at depresjonen øker med alderen i løpet av puberteten. Det mest påfallende vi kanskje kan se er at depresjon øker kraftig hos begge kjønn fra 13 til 15 års alder, se figur 11. og 12. Vi ser en betydelig økning hos jenter fra 14 til 15 års alderen mens gutter opplever en kraftig økning allerede fra 13 til 14 års alderen. Det er imidlertid viktig å påpeke at tallet for antall deprimerte jenter allerede er høyt i 13 års alderen. Noe av forklaringen kan ligge i at jenter kommer i puberteten tidligere enn gutter. Depresjonen hos jenter forholder seg relativt stabil i de senere pubertetsårene etter at de fyller 15 år, men vi ser igjen en kraftig økning fra 18 til 19 års alderen. Dette kan kanskje delvis forklares med at utvalget av 19 åringer har vært en del mindre, noe som kan føre til en viss skjevhet, vi kan også se at gutter i 1992 hadde en tilsvarende økning ved 19 års alder. Utover økningen fra 13 til 15 års alder ser vi ellers at gutter opplever en nedgang mellom 15 og 16 års alder, men denne øker igjen ved 17 års alder. Også jenter opplever en nedgang mellom 15 og 16 år. Det virker altså som overgangen mellom ungdomsskole og den videregående skolen virker positivt med tanke på at færre er deprimerte. Kan nedgangen skyldes at noen av elevene som går på siste trinn på ungdomsskolen og som kommer i kategorien ”deprimert”, dropper ut av skolen etter ungdomsskolen og dermed ikke er med i undersøkelsen når de er 16 år?

Vi finner ingen store forskjeller når vi sammenligner funn om alder og depresjon blant jenter i 1992 og 2002 bortsett fra den kraftige stigningen ved 19 års alder i 2002. Hos gutter ser vi også noe av det samme mønsteret i 1992 og 2002, bortsett fra en kraftig stigning ved 19 års alder i 1992, og det faktum at vi finner flere deprimerte. Generelt ut i fra undersøkelsen kan vi si at jo eldre ungdom er jo flere deprimerte finner vi. Hvorfor kan vi forklare dette? Noe av forklaringen kan ligge i det at jo lenger man kommer i puberteten desto sterkere vil de ulike pubertetsrelaterte biologiske og psykologiske kreftene være, som gjør ungdom mer sårbare slik blant annet Sørensen og Thomsen (2003) hevder. Eldre ungdom kan dessuten tenkes å stå overfor flere valg med tanke på fremtiden og som en konsekvens av risikosamfunnet som Giddens snakker om (Helland & Øia, 2000). Ikke alle lykkes med å velge en konstruktiv identitet og tilhørighet. Samtidig kan krav om prestasjoner i skolen øke utover i videregående skole, samt at ungdom kan ha erfart flere episoder som kan bidra til depresjon. Ut ifra stress- og sårbarhetsmodellen kan økt depresjon utover i pubertetsalderen forklares med at jo eldre man er jo større sjanser har man for å ha opplevd påkjenninger eller "stress" som kan utløse en depresjon (Bruke & Elliot, 1999). Ut ifra et psykodynamisk perspektiv kan det tenkes at ulike uløste konflikter fra barneårene blir forsterket lenger ut i puberteten (Thuen, 2001).

Sørensen og Thomsen (2003) skrev at forekomst av depresjon øker kraftig i perioden fra å være barn til man kommer i puberteten. Mye av dette kan kanskje forklares med fraværet av noen av de nevnte mekanismene som gjør ungdom sårbare for depresjon, hos barn, fordi disse er knyttet til ungdomstiden. Barna gjennomgår ikke de samme kroppsforandringene som ungdom og kan være mer beskyttet mot de ulike påkjenningene dette innebærer. I forhold til psykodynamisk teori sier dessuten Erikson at starten på et nytt utviklingsstadium alltid vil innebære en utviklingskrise (Nielsen, 1997). Overgangen til puberteten er en av de mest betydningsfulle overgangene i livet og hvis dette oppleves stressende og en føler seg usikker, kan depresjon være en av konsekvensene (ibid).

7.5 Forekomst av depresjon, utvikling fra 1992 til 2002

I metodekapittelet presenterte jeg også tall for forekomst av depresjon i 1992 fra Ung i Norge undersøkelsen. Hva kan vi si om utviklingen av depresjon fra 1992 til 2002? Vi så at det var en økning i depresjon for begge kjønn, spesielt hos gutter der 2 % flere var deprimerte mens økningen for jenter var på 0,6 %. Totalt var det 1,3 % flere deprimerte i 2002 (7,6 %) enn i 1992 (6,3 %), uansett kjønn. Er dette store eller små forskjeller? Hvis vi ser på tallene uavhengig av kjønn kan vi kanskje si at det er snakk om en moderat økning i depresjon. Ser vi

på tallene for gutter og jenter hver for seg kan vi si at det hos gutter var en ganske stor økning i antall deprimerte siden det var over 50 % flere deprimerte i 2002, mens økningen i antall deprimerte jenter var forholdsvis liten. Vi må samtidig også huske på at disse økningene kun har skjedd i løpet av en tiårsperiode.

Holsen (1997) pekte på at samfunnet i dag endrer seg raskere og at dette fører meg seg flere muligheter, men også flere utfordringer og risikoer. Ungdom må forholde seg til flere arenaer, og det forventes at de mestrer disse. Dette er blant annet i tråd med teoriene til Beck og Giddens (Heggen & Øia, 2005). Hamburg snakket om den bio-psyko-sosiale ubalansen som opptrer som en konsekvens av at den psykososiale utviklingen ikke lenger følger den biologiske (Holsen, 1997). Dette medfører at ungdom raskere "blir voksne", men ikke mentalt. Dette gjør at de forventningene som stilles til de, ikke samsvarer med det ungdom kan takle mentalt. Siden vi har å gjøre med et tiårsperspektiv kan det være vanskelig å si at det har skjedd en så stor forandring på disse områdene i løpet av disse årene. Men vi kan heller ikke utelukke helt at de ulike arenaene, valgene og risikoene som følger med disse har bidratt til enda mer sårbarhet for depresjon.

Selv om vi bare har å gjøre med et tiårsperspektiv, kan det ha skjedd visse endringer på flere områder. Spesielt når det gjelder massemedia, kan det ha skjedd en del endringer. Det største endringen er kanskje utbredelsen av internett. Det har også skjedd visse endringer i for eksempel TV – programmer. Vi har blant annet fått ulike reality programmer på TV-skjermen som stadig søker å sprengre ulike grenser. Den siste trenden har vært ulike programmer som handler om å fikse på utseende, som for eksempel programmet Extreme Makeover. Vi kan også se en annen trend innenfor popmusikken, der eksponering av kropp og seksualitet kan synes å spille en større rolle i dag. Hvis vi for eksempel sammenligner dagens musikkvideoer, med de fra begynnelsen av 90- tallet er forskjellene store. Mye handler om eksponering av kropp. Og vi vet at ungdom i stor grad bruker artister som forbilder. Medias rolle kan dermed være med på å skape sosiokulturelle normer om at "skjønnhet er best". Siden forhold til kropp og utseende regnes for å ha en så stor betydning i ungdomstiden slik blant annet Holsen hevder (Hjukse & Ørslie 2003), kan vi ikke utelukke at økt depresjon kan være en uheldig konsekvens av disse forholdene. Det kan tyde på at den bio-psyko-sosiale ubalansen Hamburg snakket om (Holsen, 1997), kan ha blitt enda større. Den største økningen i depresjon ser vi imidlertid hos gutter. Kan massemedias påvirkning ha hatt størst betydning for gutter? Det er ikke utenkelig at den kan ha hatt det med tanke på

kropp og utseende. Mange forskere har hevdet at dårlig kroppsbilde var et problem som var forbeholdt jenter, men flere av disse teoriene stammer fra 90- tallet. Wasserman (1999) brukte dette som et argument for hyppigere depresjon hos jenter. Mark Simpson kom i 2000 med et nytt uttrykk – den metroseksuelle mannen (Meland, 2003). Dette er en betegnelse på en mann som er bevisst sitt utseende, og som tar vare på det. Trenden så ut til å starte på 90 – tallet, men tok først av ved århundreskiftet. I en artikkel i Dagbladet kan vi lese at blader som Vi Menn er helt ut blant unge menn i dag. Disse er erstattet med utenlandske blader (noen finnes nå også på norsk) med bilder av unge menn muskuløse menn i sporty, kostbare klær. Det hevdes at de unge mannlige leserne finstuderer bildene med en blanding av misunnelse og et ønske om å se slik ut selv (ibid). Jeg nevnte tidligere at Wadsworth hevdet at det er like vanlig for gutter å bruke anabole steroider, som det er for jenter å slanke seg (LMS, 2006). Vi vet at mange jenter har slitt med sitt eget kroppsbilde, og hvis dette problemet i denne sterke risikofaktoren nå også på lik linje skal gjelde for gutter, kan vi forvente en økning i depresjon hos gutter.

7.6 Om kausalitet og årsak - virkning

Vi har nå sett på hyppigheten av forekomsten på depresjon hos ungdom. For å forstå mulige årsaker til depresjon skal vi nå se på i hvor stor grad de ulike faktorene som er brukt i oppgaven synes å henge sammen med depresjon, samt hvilke av de som har mest å si. Først vil jeg imidlertid ta opp to viktige forhold med tanke på hvordan vi skal tolke disse sammenligningene, spørsmålet om kausalitet og hva som er årsak og hva som er virkning. Spørsmålet om kausalitet (at noe er årsak til noe annet) vil i oppgavens kontekst være om vi kan si at de ulike faktorene er årsak til depresjon, mens det andre spørsmålet vil dreie seg om årsaksretningen, om det er de ulike faktorene som er årsak til depresjon eller omvendt.

Kausalitet har sine røtter i filosofen David Hume og teorien om assymetri, lokalitet og konstant konjunksjon (Skog, 2004). Dette er strenge kausallover som det kan være vanskelig å bruke i empirisk samfunnsforskning der vi studerer statistiske sammenhenger av varierende styrke. Grunnen til at vi ikke alltid kan observere samme virkning av en bestemt årsak er at det finnes mange forskjellige årsaksfaktorer som påvirker utfallet, og at disse andre årsaksfaktorene varierer fra gang til gang. I samfunnsvitenskapen opererer vi med tendensielle årsakssammenhenger og dermed blir kriteriene for kausalitet lavere (ibid).

Et eksempel som kan være relevant for samfunnsvitenskapen kan illustrerer dette: Selv om A ikke alltid frembringer B, kan vi fortsatt si at i de tilfellene A frembringer B, kan det være at

det er A som er årsaken til B, og at det altså foreligger et kausalt forhold mellom disse (Skog, 2004). I slike tilfeller er det snakk om kausale tilbøyeligheter (ibid). For å forstå hvordan vi skal tolke sammenhengene mellom de ulike faktorene som måles opp mot depresjon i denne oppgaven kan vi se på et nytt eksempel: Selv om mange med et negativt kroppsbilde er deprimert, betyr det ikke at det i hvert tilfelle er opplevelsen av det negative kroppsbilde som er årsak til depresjonen. Vi kan heller ikke utelukke at det er andre bakenforliggende faktorer som påvirker både kroppsbilde og depresjon. Allikevel kan vi anta at i en del tilfeller vil nettopp et negativt kroppsbilde være årsaken til depresjon, og i disse tilfellene vil det være snakk om en kausal effekt mellom disse. Generelt kan vi si at det er snakk om en kausal tilbøyelighet mellom kroppsbilde og depresjon ut ifra de statistiske observasjoner som er gjort. Og det er nettopp slik vi må lese funnene i undersøkelsen når vi skal se hvor mye en variabel synes å være årsak til depresjon.

Et annet spørsmål vi må ta stilling til er hva som er årsak og hva som er virkning. Er det slik at depresjonen er et resultat av et negativt kroppsbilde eller omvendt? I denne konteksten kan det være vanskelig å avgjøre hva som er årsak og hva som er virkning fordi vi ikke vet hva som kom først i tid. Vi vet ikke om de som for eksempel opplever et negativt kroppsbilde i noen tilfeller opplever dette som en konsekvens av at de nettopp er deprimert. Vi må dermed regne med at kausalpilens retning kan gå begge veier. Jeg nevnte tidligere hva som kan kjennetegne deprimert ungdom. Et eksempel kan illustrere dette; Olsson (2006) trekker frem en del kjennetegn der den deprimerte fokuserer på det negative, at alt føles så tungt og elendig og at evnen til å oppdage glede er fraværende. Depresjonen i seg selv kan altså gjøre at man ser negativt på seg selv, sine relasjoner og fremtiden. Det kan imidlertid tenkes at når depresjonen først har blitt en realitet, vil dette føre til at man overdriver de negative opplevelsene av for eksempel et negativt kroppsbilde eller manglende mestringsopplevelse. Vi kan si at de negative opplevelsene knyttet til disse faktorene i seg selv kan føre et individ inn i en depresjon. Men de negative opplevelsene i forhold til negativt kroppsbilde og manglende mestringsopplevelse må også ses som en mulig konsekvens av en depresjon.

7.7 De ulike indeksenes sammenheng med depresjon

Nå som jeg har forklart hvordan vi skal tolke sammenhengene mellom de ulike faktorer og depresjon kan vi se på hvordan forholdet mellom disse faktorene og depresjon er.

I figurene fra metodekapittelet som var basert på krysstabeller, så vi at alle de forskjellige indeksene så ut til å ha ganske store sammenhenger med depresjon, unntatt indeksen for karakterer, der sammenhengen så ut til å være en del mindre. Som vi kan se ut ifra figurene, var det mestring (figur 8.) som hadde størst sammenheng med depresjon. Dette var kanskje ikke overraskende da de som havner i gruppen med dårligst mestring også skårer dårlig på indeksene for opplevelse av sosial integrasjon, forhold til skole og forhold til kropp og utseende. Hvilken av disse indeksene inkludert de tre som er en del av indeksen mestring synes å ha størst sammenheng med depresjon når vi ser dem hver for seg? Det viser seg her at forhold til skolen (figur 3.) og opplevelse av sosial integrasjon (figur 1.) synes å størst sammenheng med depresjon. Vi ser at det er svært små forskjeller på sammenhengen mellom disse to og depresjon. I begge indeksene er det et svært høyt antall av de som har lav opplevelse av sosial integrasjon og veldig negativt forhold til skolen som er deprimerte (omtrent 40 %). Motsatt ser vi at svært få av de som skårer bra på disse indeksene er deprimerte. Det var imidlertid trivsel på skolen som så ut til å ha klart størst sammenheng. Skolekarakterer viste bare en liten, eller i beste fall moderat sammenheng. Ut ifra figur 2. ser vi at forhold til kropp og utseende så ut til å ha mindre sammenheng med depresjon, der omtrent 20 % av de som hadde svært negativt forhold til kropp og utseende var deprimert, men sammenhengen med depresjon er allikevel på ingen måte liten. Når det gjelder de familiære indeksene, så var ikke disse helt ulike med hverandre. Vi kan allikevel ut ifra figurene 5., 6. og 7. se at grad av mangel på familierespons hadde størst sammenheng med depresjon, deretter grad av ubehag knyttet til familierespons og til slutt grad av støtte fra familie. Forskjellene mellom de to første familieindeksene er imidlertid svært små, og blant de som skårer dårligst i disse to indeksene er litt i underkant av 30 % deprimert. Hvis vi sammenligner de familiære indeksene med de andre faktorene så kan vi si at alle tre hadde mindre sammenheng med depresjon enn forhold til skolen og opplevelse av sosial integrasjon. Sammenhengen er noe mer lik den kropp og utseende hadde med depresjon. Ubeknag knyttet til familierespons og grad av støtte fra familie hadde noe mer å si enn denne, mens grad av støtte fra familie hadde omtrent like mye å si som denne indeksen

I regresjonsanalysen (tabell 2. og 3.) så vi at det var forhold til skolen som hadde størst sammenheng med depresjon når det var kontrollert for de andre variablene. Her så imidlertid forhold til kropp og utseende å ha nest størst sammenheng med depresjon, med opplevelse av sosial integrasjon på en tredje plass. Ellers så ser vi noe av det samme bildet som ut ifra krysstabellene, bortsett fra forhold til kropp har også ubehag knyttet til familierespons en noe større betydning her. De andre familiære faktorene er av noe mindre betydning, og positiv respons var den indeksen som hadde minst sammenheng med depresjon av alle indekser. Generelt må vi allikevel se alle faktorene som viktige og med en klar (unntatt skolekarakterer) sammenheng med depresjon. Mestring var ikke tatt med i regresjonsanalysen siden denne indeksen var summen av tre andre.

Når det gjelder mulige svakheter med undersøkelsen i forhold til disse faktorene vil de kritiske argumentene til Grimen (2003) også gjelde her av samme prinsipp som i eksemplene ovenfor i forhold til depresjonsindeksen. En annen mulig svakhet kan være at indeksene ikke forteller oss hvilken enkeltvariabel som har hatt mest å si for depresjon. Vi kan ikke utelukke at noen enkeltvariabler kan trekke betydningen for totalskåren i begge retninger. Vi må også huske på at de ulike indeksene ikke forteller oss noe om hele området i forhold til hver faktor. Vi kan stille oss spørsmålet om de familiære faktorene hadde hatt en annen betydning om de hadde inneholdt flere spørsmål? Dette kan vi ikke utelukke helt da positiv respons for eksempel kan være mer enn det spørsmålene i denne indeksen klarer å dekke. Men til gjengjeld vet vi hvordan forholdet mellom de tre ulike familiære faktorene er med tanke på hvilken type respons som har mest å si for depresjon.

7.7.1 Hvordan kan vi forstå de ulike faktorenes betydning med depresjon?

Vi vet altså nå hvor mye de ulike faktorene synes å ha en sammenheng med depresjon, og vi vet også hvordan vi kan tolke sammenhengene med tanke på spørsmålet om kausalitet og årsakspilens retning.

Men på hvilken måte kan vi forstå de ulike faktorenes betydning med depresjon?

Jeg vil nå ta for meg alle faktorene og diskutere hvorfor de kan ha en sammenheng med depresjon. Jeg vil komme med noen eksempler på hva som i forhold til de ulike faktorene kan forårsake en depresjon. I tillegg vil jeg komme med eksempler på hvordan vi kan forstå depresjon ut ifra disse faktorene, knyttet til teoretiske perspektiver i psykologien samt trekk ved det senmoderne samfunnet.

7.7.2 Forhold til skolen og depresjon

Når det gjelder skolen, så vi eksempler på hvilken betydning trivsel og prestasjoner på skolen hadde i undersøkelsen til Undheim (2005) samt de undersøkelsene Aarø (1997) refererte til. Siden skolen kan ses på som den største arenaen for ungdom kan det være mange forhold her som gjør at dårlig skoletrivsel har en sammenheng med depresjon. De viktigste er kanskje de sosiale og faglige. Skolen er en arena der det finnes mange muligheter for å treffe jevnaldrende, få venner, lære og utvikle en identitet. Men den store skolearenaen kan også føre med seg mange risikoer og negative erfaringer. Noen ungdom kan erfare at de blir stengt utenfor sosiale grupper, de kan bli mobbet eller erfare at de ikke er flinke nok faglig. Det kan dessuten oppstå konflikter med både elever og lærere. I forhold til det sosiale og det faglige vil det også være ulike krav som mange kan oppleve at de ikke klarer å oppfylle. Sosiale krav kan for eksempel være kulturelt bestemte forventinger om å gå med de riktige klærne eller å være attraktiv for det motsatte kjønn. Det kan generelt handle om å klare å hevde seg i forhold til andre jevnaldringer. For de som opplever at de ikke klarer dette kan skoletrivselen være lav, og det kan være et ork å være på skolen og være vitne til at en selv ikke strekker til. Dette er eksempler på årsaker som kan være med på å utløse depresjon men for å få en forståelse av hvordan dette kan skje kan det være hensiktsmessig å se dette i lys av teoretiske perspektiver i psykologien.

Vi husker at noen av spørsmålene fra indeksene i forhold til skolen handler om forhold ved lærere. Jeg vil nå gi et eksempel på hvordan opplevelse av manglende oppmerksomhet fra lærere kan være sårbart, spesielt for de som også opplever dette på andre arenaer. Desto flere ytre erfaringer med manglende oppmerksomhet (som bekreftelse på at man ikke er god nok) man har, desto raskere kan den unge introjisere de ytre hendelser/situasjoner inn i sine indre, psykiske strukturer (Nolen-Hoeksema, 2004). Som vi så i det psykodynamiske perspektivet handler depresjon blant annet om en frykt for å mislykkes og å bli forlatt (ibid). I dette eksempelet kan dermed manglende oppmerksomhet fra lærere henge sammen med opplevelser som frykt for å bli avvist og mislykkes. Hvis vi ser dette eksempelet i tråd med det kognitive perspektivet (Thuen, 2001) vil man da kunne si at dersom den unge i utgangspunktet har en sårbar side, kan denne gjøre at vedkommende fortolker mangel på oppmerksomhet fra lærere som bekreftelser på egen utilstrekkelighet. Dette kan dermed kunne både predisponere og vedlikeholde en negativ selvoppfattelse og depresjon. Som vi ser må vi forstå de ytre mekanismene som i dette eksempelet er manglende oppmerksomhet fra

lærere sammen med de indre, psykiske. Disse eksemplene kan på samme måte forstås i forhold til relasjoner med jevnaldrende.

7.7.3 Opplevelse av sosial integrasjon og depresjon

Hvordan kan vi forstå sammenhengen mellom opplevelse av sosial integrasjon og depresjon? Vi kan kanskje se opplevelse av ensomhet som det mest typiske for unge som i stor grad opplever lav grad av sosial integrasjon. Lagerheim (2001) hevdet at ensomhet var noe som ofte kunne utløse depresjon. For det første kan den som er ensom ofte føle at han ikke har tilhørighet noe sted, og dermed føle seg uønsket eller mindre verdt i forhold til andre. Det samme vil kunne gjelde for de som føler at de havner utenfor grupper. De som er ensomme kan dessuten gå glipp av et viktig forhold som kan være til stor hjelp når man har det vanskelig, nemlig det å kunne snakke med noen om problemene. Å ha en identitet kan også knyttes til det å se seg selv som del av en sosial sammenheng. Siden ungdomstiden er en periode der identiteten utvikles, ofte i samhandlinger med venner, kan de med lav grad av sosial integrasjon ha vanskeligere med å utvikle en identitet på samme måte som andre. Dette kan igjen føre til mer usikkerhet rundt en selv. Giddens (1997) hevdet at en stabil identitet er grunnlaget for mestring under modernitetens betingelser. Mye av grunnlaget for fremtidige relasjoner med andre mennesker kan også ofte ligge i erfaringene med andre som man gjør seg i løpet av ungdomstiden. Ungdom som opplever at de har vanskelig for å få nye venner kan dessuten være mer engstelige, stille og forsiktige. Studier har vist at denne type ungdom oftere blir utsatt for mobbing (Olweus, 1992). Vi kan også tenke oss at for ungdom som har vanskelige familierelasjoner, kan venner få en ekstra stor betydning. På den måten kan opplevelse av sosial integrasjon med tanke på det å ha gode venner være en stor beskyttelsesfaktor. Relasjoner til jevnaldrende blir viktige i ungdomstiden og blir mer basert på likeverdighet enn relasjoner mellom voksne og unge (Erling & Hwang, 2001). Derfor kan man kanskje si at læringen som foregår i disse situasjonene er meget verdifull. Venner kan fungere som bekreftelse på en selv og at man er god nok eller verdig. Denne type bekreftelse kan være vel så viktig som den bekreftelsen man får fra voksne relasjoner. Gode relasjoner med jevnaldrende kan dessuten også ha en betydning for opplevelsen av tilhørighet, fordi man gjennom disse relasjonene kan føle at man er en del av en eller flere sosiale grupper.

7.7.4 Forhold til kropp og utseende og depresjon

Olsson (2006) skriver at mange unge opplever stor usikkerhet i tenårene. Hun beskriver tenårene som en intens søken etter en egen identitet. Det vil være mye usikkerhet knyttet til egen identitet, om hvem man er, og om man er bra nok. Kroppen forandres også, noe som fører til at mange tenker og grubler over om de er normale eller ikke (ibid). På grunn av dette kan kropp, utseende og klær dermed ha en stor symbolverdi for ungdom. Gjennom klesstilen og utseende kan man lettere signalisere hvem man er. I tillegg kan dette brukes som en slags kompensasjon for at man føler seg usikker og mindreverdig. Usikre gutter kan for eksempel spille "tøffe" overfor andre og kle seg deretter, for å kompensere for usikkerheten og skjule den. Kroppen og utseende kan dermed spille en stor rolle for ungdom.

Det finnes mange studier som kobler negativt kroppsbilde til depresjon, og jeg viste tidligere til en studie av Holsen (2003) som påpekte at dårlig kroppslig selvbilde var en av hovedårsakene til depresjon. Det er mye fokus på kropp og utseende i både media og samfunnet generelt, og dette kan spesielt ha uheldige virkninger på ungdom. Det at kroppen forandrer seg i ungdomstiden og at man blir seksuelt tiltrukket av det motsatte kjønn kan gjøre ungdom ekstra sårbare overfor alle ytre påvirkninger rundt kropp og utseende. Flere mediekkanaler sender daglig ut signaler om hvordan vi skal være, rike, pene, vakre og ikke minst slanke. Ungdom sammenligner seg ofte med andre og presset fra media kan være med på å skape et kroppsideal som mange føler at de ikke klarer å leve opp til. Et negativt kroppsbilde kan ofte føre til slanking, bruk av anabole steroider og spiseforstyrrelser. For noen blir presset om å ha en perfekt kropp så stort at dette til slutt styrer tankene deres og kan utløse en depresjon. Vi kjenner til at mange av de som sliter med spiseforstyrrelser ikke er overvektige, men tankene styrer de til å tro at de ikke er slanke. Dette viser hvor sterk de psykiske kreftene kan være.

Vi kan nå se på hvordan trekk ved samfunnet vi lever i kan spille en rolle i forbindelse med kroppsbilde. Jeg har tidligere skrevet om kulturell frisetting og at dette har flyttet sosialisering bort fra tradisjon og familie (Heggen & Øia, 2005). Dette kan samtidig være et fenomen som skaper meningsperspektiver og valgmuligheter som kan medføre at unges subjektivitet blir overbelastet med ansvar for egne valg i forhold til kropp og utseende. Dette kan skape en subjektiv forståelse av at det derfor er den enkelte unges ansvar å fikse på det som i følge kulturen ikke er ansett som "riktig" eller "godt nok". Det kan føre til at ungdom tyr til skjønnhetskorrigerende tiltak som for eksempel slanking. Vi lever i en kultur som ofte blant

annet gjennom massemedia sender ut signaler om at man kan oppnå det meste bare man vil og har råd til det. Det er nesten som om du må se bra ut for å være vellykket. Virkeligheten er dessverre ikke sånn. Konsekvensen kan bli at mange klandrer seg selv for at de ikke oppfyller kroppsidealene.

7.7.5 Forhold til familien og depresjon

Generelt kan vi si at mindre konflikter mellom ungdom og foreldre i en viss forstand er mer eller mindre normalt. Dette kan vi blant annet se i lys av Eriksons teori om ungdomsfasen som en turbulent tid med driftskonflikter og der identitetsdanning og identitetsarbeid kan føre til mange konflikter med foreldre i en slags "frigjøringsprosess" (Heggen & Øia, 2005).

Sørensen og Thomsen (2003) skrev om betydningen av hormonforandringer under puberteten. Siden ungdomsalderen er en periode med store hormonelle forandringer og nye roller, kan utfordringer i familieforholdene få gamle relasjonelle traumer til å blusse opp igjen slik vi kjenner det fra den psykodynamiske teorien (Nolen-Hoeksema, 2004). Eksempler på dette kan være konflikter som maktforhandlinger mellom foreldre og unge. Funn fra nevropsykologisk forskning viser at de hjernestrukturene som har det overordnede ansvaret for planlegging og kontroll av atferd ikke er ferdigutviklet på dette tidspunktet (Anderson, m.fl., 2001). Dette kan bety at de unge har begrensede evner til å håndtere strenge krav til selvutvikling og kontroll fra foreldre.

Avvisning eller manglende respons fra foreldre kan tenkes i større grad enn konflikter å knyttes til depresjon fordi de i større grad kan påvirke ungdom psykisk. Selv om undersøkelsen i oppgaven tar utgangspunkt i et her og nå perspektiv, må vi huske på at et dårlig forhold til foreldrene under ungdomstiden kan ha rot i tidligere alder. Et eksempel kan være at foreldre er de første som bekrefter selvopplevelse (Kihlbom, 2000). Hvis man ikke har blitt "speilet" og fått selvbekreftelser fra de første kjærlighetsobjektene (foreldre) vil dette ifølge psykodynamisk teori danne grunnlaget for en opplevelse av utilstrekkelighet som kan vedvare inn i ungdomsalderen (ibid).

Flere studier har pekt på hvordan lite støtte og respons fra foreldre kan virke inn på ungdom (Wichstrøm, 2007) og (MacPhee & Andrews, 2006). Foreldre ses primært som de primære omsorgspersonene og hvis ungdom ikke mottar støtte eller respons på denne arenaen, kan det bli vanskelig å utvikle seg som et selvstendig og selvsikkert individ. Den mulige kognitive betydningen av mangel på respons eller støtte kan resultere i "automatiske negative tanker"

om at man ikke er god nok (Thuen, 2001). Ungdom kan på bakgrunn av relasjonelle opplevelser med sine foreldre utvikle et negativt tankesett om seg selv som de senere tar med seg i andre relasjoner (ibid). Dette kan medføre at den unge blir veldig sårbar i forhold til egen oppfatning av seg selv og i møtet med andre mennesker. Dette igjen øker sannsynligheten for at ungdom ifølge stress- og sårbarhetsmodellen opplever ”stress” som kan utløse en depresjon på grunn av økt sårbarhet som en konsekvens av forholdet til foreldrene (Bruke & Elliot 1999).

7.7.6 Mestring og depresjon

Bunkholdt (2002:20) skriver at mennesket gjennom hele livet har behov for å mestre og ha kontroll over viktige deler av sin tilværelse. Det handler om at mennesket i den forstand må vite at det er kompetent. Videre skriver hun at hvis mennesket mister muligheten til å oppleve seg selv som mestrende kan det reagere med raseri, oppgivelse, depresjon eller avhengighet, og det utvikler lav selvfølelse. Det er gjennom erfaringer det skapes et mønster av forventinger om å være mestrende, eller ikke-mestrende (ibid). Dette viser hvor viktig det kan være for et individ å oppleve mestring. Det kan gi god selvtillit og opplevelse av kontroll samtidig som det er forebyggende mot depresjon fordi mennesket tar med seg erfaringene der de mestrer videre i livet, og dette kan igjen gi gode forutsetninger for å mestre også senere i livet på andre arenaer. Jo mer erfaringer man har av at man mestrer jo bedre vil også sjansen være for at man mestrer senere i livet, fordi man selv har tro på det. Motsatt kan manglende mestring bli som en ond sirkel.

Mestring er et vidt begrep og utspiller seg på mange forskjellige arenaer. For å se mestring i sammenheng med depresjon kan det være lurt å se på ulike årsaker til at ungdom ikke mestrer. En av hovedgrunnene har jeg nevnt ovenfor, om at manglende mestring kan ses i sammenheng gjennom tidligere erfaringer med manglende mestring. Jeg vil nå komme med noen eksempler på hva det er som gjør at ungdom ikke mestrer ut ifra i psykologiske, sosiologiske og biologiske perspektiver. Ut ifra et psykologisk perspektiv kan vi prøve å finne svarene på dette både i kognitive skjemaer og tidligere relasjonelle opplevelser i lys av det psykodynamiske perspektivet der all atferd kan forstås i lys av fortidens hendelser (Thuen, 2001). Dette kan utvikle seg til negative tankemønstre det kan være vanskelig å bryte ut av. Manglende mestring sett i et sosiologisk perspektiv kan for eksempel forklares med mobbing eller utestenging fra sosiale arenaer på grunn av noen kulturelt definerte roller blant ungdom om hvordan noen skal være eller kle seg. Ungdom som er ”annerledes” kan dermed falle

utenfor sosiale systemer, fordi de ikke oppfyller de fastsatte normene som blant ungdom er fastsatt. Et biologisk perspektiv kan igjen være at noen har store konsentrasjonsproblemer for eksempel på grunn av en AD/HD diagnose som igjen går utover for eksempel mestring i forhold til skoleprestasjoner.

Ungdom som opplever liten mestring kan dessuten tenkes å prøve å finne andre alternative måter å finne tilhørighet på. Siden tyngdepunktet i sosialiseringen ifølge Parsons har flyttet seg fra familien til sekundære sosialisingsarenaer som jevnaldergruppa (Heggen & Øia, 2005), vil betydningen av en slik tilhørighet være stor. Dette kan handle om de ulike og mangfoldige valgene som ungdom står ovenfor i moderniteten som Giddens kaller for risikofaktorer i risikosamfunnet (Helland & Øia, 2000). Det handler om at de riktige valgene må tas for å mestre fremtiden og det kan være mange valg som er feil å ta. For ungdom som ikke mestrer kan dette for eksempel innebære å sosialisere seg med annen marginalisert ungdom eller å ty til rusmidler. Tankegangen kan være at det er bedre å finne tilhørighet i mer marginale grupper, enn å ikke oppleve tilhørighet noe sted. Problemene kan da bli enda større da kriminalitet kan bli en del av hverdagen, i tillegg til at rusmidler kan forverre eller utløse de depressive symptomene. Ungdom vil da kunne være i sosiale grupper og arenaer som bærer med seg en lang rekke mer alvorlige risikofaktorer og som samtidig gjør at det blir vanskelig å komme på rett vei igjen. I stedet for å oppleve mestring kan vi si at denne type ungdom blir marginalisert.

8.1 Avslutning

I denne oppgaven har jeg sett på hvor mange ungdom i skolen som er deprimert ut ifra en kvantitativ undersøkelse. Jeg har også valgt ut noen sentrale ungdomsarenaer og sett på hvordan disse henger sammen med depresjon. I tillegg har jeg også sett på antall deprimerte i 1992 kontra 2002, samt sett på betydningen mellom kjønn og alder knyttet til depresjon. Undersøkelsen min viser at 7,6 % av ungdom i videregående - og ungdomsskolen er deprimerte. Tallene fra denne undersøkelsen har blitt sammenlignet med flere andre norske, og internasjonale undersøkelser om depresjon. Det viser seg at funnene om forekomst av depresjon ikke skiller seg mye ut med en del andre undersøkelser der vi kan anta at kriteriene for depresjon som i denne undersøkelsen, er forholdsvis strenge. I forhold til disse studiene havner min undersøkelse i det øverste sjiktet, med noe flere deprimerte enn gjennomsnittet. Flere jenter enn gutter er deprimert. Funn fra denne undersøkelsen viser at 9,6 % av jentene

var deprimert, mens tallet for gutter var noe mindre, med 5,5 % deprimerte. Dette synes å stemme godt med de fleste andre studier, som viser at forekomsten av depresjon hos jenter generelt er dobbelt så stor som hos gutter. Jeg har vært inne på noen av årsakene til disse forskjellene. På grunn av at også alle andre studier som er presentert her viser at depresjon forekommer hyppigere hos jenter med ganske god margin, kan vi ganske sikkert konkludere med at jenter oftere er deprimert. Jeg har imidlertid også vært inne på at depresjon hos gutter kan være noe underrapportert da symptomene hos gutter kan være noe annerledes enn det diagnosesystemene fanger opp. Undersøkelsen viser at depresjon generelt synes å øke utover i pubertetsalderen. Vi ser blant annet en kraftig økning mellom 13- og 15 års alderen. Begge kjønn opplever en nedgang mellom 15- og 16 års alder før depresjonen øker igjen ved 17 års alder og holder seg ganske stabil frem til 19 års alder (med unntak av jenter i 2002 og gutter i 1992). Generelt kan vi si at vi ser mye av det samme mønsteret med tanke på alder og depresjon i forhold til undersøkelsene i 1992 og 2002. Når det gjelder antall deprimerte i 1992 og 2002, viser undersøkelsen at vi i 2002 finner 1,3 % flere deprimerte uansett kjønn. Vi kan si at denne økningen er moderat siden det kun er snakk om en tiårsperiode. Økningen er helt klart størst hos gutter med 2 %. En av årsakene til denne økningen kan være et økt fokus på kropp og utseende hos gutter. Jenter opplever en forholdsvis liten økning med 0,6 %.

Når det gjelder de ulike indeksenes sammenheng med depresjon viser undersøkelsen ut ifra krysstabellen at alle ser ut til å ha en ganske sterk sammenheng med depresjon, unntatt indeksen for karakterer der sammenhengen var noe mindre. Det vi ser i undersøkelsen er imidlertid kun statistiske sammenhenger. Selv om ulike teorier støtter at de ulike faktorene kan være årsak til depresjon må vi regne med at de ulike faktorene ikke i alle tilfeller er årsak til depresjonen, selv om det foreligger en statistisk sammenheng. Kausalpilens retning kan dessuten gå begge veier fordi depresjon kan i seg selv være noe som forsterker de negative opplevelsene i forhold til disse faktorene. Ut ifra krysstabellene var mestring den faktoren som hadde størst sammenheng med depresjon. Deretter hadde forhold til skolen nest størst, og opplevelse av sosial integrasjon tredje størst sammenheng med depresjon. Forskjellene mellom disse to var imidlertid veldig små. Blant de familiære faktorene var det mangel på familierespons, deretter ubehag knyttet til familierespons og grad av støtte fra familie som hadde størst sammenheng med depresjon. Disse faktorene hadde imidlertid svakere sammenhenger med depresjon enn både forhold til skolen og opplevelse av sosial integrasjon. De to første familiære faktorene hadde noe sterkere sammenheng enn forhold til kropp og utseende, mens den siste hadde omtrent like sterk sammenheng. Ut ifra regresjonsanalysen

kan vi si at forhold til skolen er den faktoren som har størst sammenheng med depresjon, når det var kontrollert for de andre variablene. Deretter kom faktorene forhold til kropp og utseende og opplevelse av sosial integrasjon. Forhold til kropp og utseende har dermed en mer betydelig sammenheng med depresjon i regresjonsanalysen enn ut ifra krysstabellene.

Ungdomstiden har ofte blitt sett på som en turbulent tid og det har blant folk generelt vært mange ulike oppfatninger om hva denne perioden kan føre med seg. Undersøkelsene har vist at mange unge ikke har det lett og at depresjon kan være et økende problem blant ungdom. Det er viktig at symptomene på depresjon av voksne ikke blir oppfattet som ”vanlige problemer” i forbindelse med ungdomstiden. Å oppdage depresjon er en av de viktigste utfordringene og forutsetningene til at den som trenger det får behandling. Til det trengs det kunnskap om fenomenet. Vi trenger også å bryte ned tabuene slik at flere søker hjelp, og ikke føler seg mislykket på grunn av lidelsen. Med behandling finnes det håp. Jeg har i denne oppgaven vist hvilke sentrale faktorer som har størst sammenheng med depresjon. Disse faktorenes sammenheng med depresjon må ses i sammenheng med ulike perspektiver i psykologien samt i tiden og samfunnet vi lever i og hva slags innvirkning dette har på ungdom og depresjon. Eksempler på dette kan være at ungdom i dag står overfor flere valg som dermed medfører flere risikoer enn tidligere, samtidig som arenaer som skole, jevnaldrende og massemedia har mer å si i forbindelse med sosialiseringen.

9.1 Kilder

Anderson, V., Northam E., Hendy J. & Wrennal, J. (2001): *Developmental neuropsychology. A clinical approach.* Psychology Press. Hove & New York.

Brage, D., Meredith, W. (1993): A casual model of adolescent depression. *The journal of psychology* 128(4)

Bruke, P., Elliot, M. (1999): Depression in Pediatric Chronic Illness. A diathesis-Stress Model. *Psychosomatics* 40:5-17.

Eikemo, T.A., Clausen T. H. (red.) (2007): *Kvantitativ analyse med SPSS – en praktisk innføring i kvantitative analyseteknikker.* Trondheim: Tapir akademisk forlag.

Ekeland, T-J. (2004): Introduksjon. I Ekeland, T-J., Iversen O., Ohnstad, A., Nordhelle, G. (red.), *Psykologi for sosial- og helsefag.* Oslo: J.W. Cappelens Forlag.

- Erling, A., Hwang P. (2001): Sociala relationer. I Erling, A., Hwang P. (red.), *Ungdomspsykologi, Utveckling och livsvillkor*. Stockholm: Natur och kultur.
- Field, T. Diego, M., Sanders, C. (2001). Adolescent depression and risk factors. *Adolescence* 36(143).
- Folkehelseinstituttet (2008, 24. september): *Over halvparten søker ikke hjelp for psykiske plager*. Hentet 10. november 2008 fra folkehelseinstituttet
http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5565&MainArea_5661=5565:0:15,2336:1:0:0:::0:0&MainLeft_5565=5544:71712::1:5569:1:::0:0
- Folkehelseinstituttet (2008, 27. februar): *Hovedfunn*. Hentet 14. mars 2008 fra folkehelseinstituttet
http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5631:0:15,4335:1:0:0:::0:0
- Folkehelseinstituttet (2008, 22. februar): *Psykiske plager og lidelser*. Hentet 10. november 2008 fra folkehelseinstituttet
http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5631:0:15,2337:1:0:0:::0:0
- Giddens, A. (1997): *Modernitetens Konsekvenser*. Oslo: Pax.
- Gilbert, P. (2007): *Å bekjempe depresjon*. Trondheim: Tapir akademisk forlag.
- Heggen, K., Jørgensen, G., Paulgaard, G. (2003): *De andre: ungdom, risikosoner og marginalisering*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Heggen K, Øia, T. (2005): *Ungdom i endring – mestring og marginalisering*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Helland, H, Øia, T. (2000): *Forebyggende ungdomsarbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Hjukse, A. K., Ørslie G. A (2003): Lille speil på veggen der... *Dagbladet*. Hentet 4. oktober 2008 fra <http://www.dagbladet.no/magasinet/2003/05/26/369609.html>
- Holsen, I. (1997): Ungdom som ikke trives med livet. I Klepp, K-I, Aarø, L. E. (red.), *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid* 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

- Holte, A. (2006): Bedre hjelp til barn og unge med psykiske problem. *Helsenytt for alle*. Hentet 2. november 2008 fra http://www.helsenytt.no/artikler/hjelp_bu_psyk.html
- Håkonsen, K. M. (1999): *Mestring og relasjon – Psykologi med eksempler fra sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kihlbom, M. (2000): Psykologiske faktorerens betydelse i ett psykodynamisk perspektiv. I Gillberg, C., Hellgren, L. (red.) 2. utg. *Barn- og ungdomspsykologi*. Stockholm: Natur och kultur.
- LMS (2006): *Steroider2 – Advarer mot anabole steroider*. Hentet 22. april 2008 fra LMS <http://www.motstoff.no/?pageID=256&ItemID=623>
- Lagerheim, B. (2000): Depression. I Gillberg C., Hellgren, L. (red.), *Barn och ungdomspsykiatri*. Stockholm: Natur och Kultur.
- MacPhee, R. A., Andrews J. W. J. (2006): Risk factors for depression in early adolescence. *Adolescence*. 41(163).
- Mathiesen, K., Kjeldsen A., Skipstein A., Karevold E., Torgersen L., Helgeland H. (2007): Trivsel og oppvekst – barndom og ungdomstid. *Rapport 2007:5, Folkehelseinstituttet*.
- Meland, A.(2003): Jeg elsker meg. *Dagbladet*. Hentet 4. oktober 2008 fra <http://www.dagbladet.no/magasinet/2003/03/10/363561.html>
- Moen, K. E., Holthe G. (2004): Hver femte 16 – åring er deprimert. *NRK*. Hentet 24. september 2008 fra <http://www.nrk.no/programmer/tv/puls/3737739.html>
- Nielsen, H., G. (1997): Psykiske lidelser. I Nielsen, H., G, Raaheim, K. (red.), *En innføringsbok i psykologi for universiteter og høyskoler*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.
- Nolen-Hoeksema, S. (2004): *Abnormal psychology*. 3.rd ed. Boston: McGraw-Hill.
- Norsk legemiddelhandbok (2007): *T5.5 Depresjoner*. Hentet 10. november 2008 fra Norsk legemiddelhandbok <http://www.legemiddelhandboka.no/xml/index.php?frid=Tk-05-psykisk-813&ID=Tk-05-psykisk-865&stord=7439>

- Olsson, G. (2006): *Depresjoner i tenårene – ung trett og trist*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Olweus, D. (1992): *Mobbing i skolen : hva vi vet og hva vi kan gjøre*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Seiffge-Krenke, I. (1995): *Stress, Coping, and Relationships in Adolescence*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- Skog, O-J. (2004): *Å forklare sosiale fenomener. En regresjonsbasert tilnærming*. 2. utg. rev. Oslo: Gyldendal akademisk forlag.
- Snoek, E. J. (2000): Stemningslidelser hos ungdom. I Kruger, B. M., Lund, A., Skarstein, J., Stubhaug, B. (red.), *Depresjonshåndboka*. Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag.
- Sørensen M. J., Thomsen H. P. (2003): *Om børn og unge med depression*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Thuen, H. (2001): Det teoretiske grunnlaget. I Grøholt B., Sommerschild H., Garløv I. *Lærebok i barnepsykiatri* 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Undheim, A. M., Sund A. M. (2005). School factors and the emergence of depressive symptoms among young Norwegian adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14(8).
- Wasserman, D. (1999): *Depression en vanlig sjukdom. Symptom, orsaker och behandlingsmuligheter*. Borås: Natur och Kultur.
- Wichstrøm, L. (2007): Depresjon og suicidalitet. I Kvale, L. I., Wichstrøm Lars (red.), *Ung i Norge – psykososiale utfordringer*. Oslo: J.W. Cappelens Forlag.
- Worley, H. (2006, juni): *Depression a Leading Contributor to Global Burden of Disease*. Hentet 10. November fra <http://www.prb.org/Articles/2006/DepressionaLeadingContributortoGlobalBurdenofDisease.aspx>
- Aarø, L. E., (1997): Skolen – ressurs eller risikofaktor? I Klepp Knut-Inge, Aarø Leif E. (red.), *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid* 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget