



Høgskolen i **Hedmark**

Avdeling for folkehelsefag

Malin Hvam Haugen

## Bacheloroppgave

# Sosioøkonomisk posisjon og angst og depresjon hos ungdom

Socioeconomic position and adolescent anxiety and depression

B1FOA Bachelor i folkehelse

2016

Samtykker til utlån hos høyskolebiblioteket

JA  NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA  NEI

## Forord

Denne bacheloroppgaven er av det avsluttende arbeidet i bachelor i folkehelse, ved Høgskolen i Hedmark. Det har vært tre lærerike år, hvor jeg har tilegnet meg kunnskap som legger grunnlaget for videre utdanning og arbeidsliv. Gjennom praksisopphold har jeg fått mulighet til å møte mennesker som har lært meg så mye, og ikke minst har jeg fått utvidet synet på folkehelse, hvor jeg når ser områder jeg ikke tidligere ville tenkt på som viktige arenaer for folkehelsearbeid.

Sosiale ulikheter og betydning av sosioøkonomisk posisjon forbundet med helseulikheter er noe jeg synes er meget interessant. Arbeidsprosessen med denne oppgaven har vært krevende, og ikke minst lærerik. Jeg har fått mulighet til å fordype meg i emner jeg tidligere kun har hatt kjennskap til. Dette er et omfattende område jeg ønsker å engasjere meg mer i, hvor jeg ser denne bacheloroppgaven som en innledning til videre arbeid. Jeg ønsker å takke min veileder Stein Egil Kolderup Hervik for konstruktive og motiverende tilbakemeldinger underveis.

Elverum, 29.04.16  
Malin Hvam Haugen

# **Sammendrag**

## **Forfatter**

Malin Hvam Haugen

## **Oppgavens tittel**

Sosioøkonomisk posisjon og angst og depresjon hos ungdom.

## **Problemstilling**

Hvilken betydning kan foreldres sosioøkonomiske posisjon ha for utvikling av angst og depresjon blant ungdom?

## **Teori**

Sosial ulikhet i helse, sosiale miljøfaktorer som påvirker ens psykiske helse og hvilke måleindikatorer som brukes for sosioøkonomisk posisjon teoretiseres i denne delen. I tillegg inngår psykiske lidelser og psykiske plager i teoridelen, samt kort om ungdomstiden som en eventuell sårbar periode i livet.

## **Metode**

I denne oppgaven anvendes litteraturstudie som metode.

## **Datapresentasjon og diskusjon**

I datapresentasjonen presenteres de fire artiklene som inngår i litteraturstudiet. Videre diskuteres de gjeldende artiklene opp mot teori.

## **Konklusjon**

Det konkluderes med at foreldres sosioøkonomiske posisjon er av betydning for utvikling av angst og depresjon hos ungdom. Det foreligger få årsaksfaktorer, derimot argumenteres det for ungdomstiden som en sårbar periode, hvor en utsettes for økt risiko for utvikling av angst og depresjon.

---

# Innholdsfortegnelse

<b>Forord</b> .....	<b>s. 2</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>s. 3</b>
<b>Innholdsfortegnelse</b> .....	<b>s. 4</b>
<b>1. Innledning</b> .....	<b>s. 6</b>
<b>1.1 Problemstilling</b> .....	<b>s. 7</b>
<b>1.2 Avgrensning og presisering av problemstilling</b> .....	<b>s. 7</b>
<b>2. Teori</b> .....	<b>s. 9</b>
<b>2.1 Sosial ulikhet i helse</b> .....	<b>s. 9</b>
2.1.1 Sosiale miljøfaktorer .....	s. 10
2.1.2 Måleindikatorer på sosioøkonomisk posisjon .....	s. 11
<b>2.2 Psykiske lidelser og psykiske plager</b> .....	<b>s. 13</b>
2.2.1 Angst .....	s. 15
2.2.2 Depresjon .....	s. 16
2.2.3 Ungdomstid- er sårbar periode? .....	s. 16
<b>3. Metode</b> .....	<b>s. 18</b>
<b>3.1 Hva er metode?</b> .....	<b>s. 18</b>
3.1.1 Litteraturstudie .....	s. 18
<b>3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier</b> .....	<b>s. 19</b>
<b>3.3 Søkeprosessen</b> .....	<b>s. 19</b>
<b>3.4 Utvalg</b> .....	<b>s. 21</b>
<b>3.5 Forskningsstrategier og måleindikatorer som anvendes i artiklene</b> .....	<b>s. 23</b>

---

<b>3.6 Kildekritikk .....</b>	<b>s. 23</b>
<b>4. Resultater .....</b>	<b>s. 25</b>
<b>5. Diskusjon .....</b>	<b>s. 28</b>
<b>5.1 Hvilken betydning kan foreldres sosioøkonomiske posisjon ha for utvikling av angst og depresjon hos ungdom? .....</b>	<b>s. 28</b>
<b>5.2 Vurdering av måleindikatorer på sosioøkonomisk posisjon .....</b>	<b>s. 32</b>
<b>6. Konklusjon .....</b>	<b>s. 35</b>
<b>Litteraturliste .....</b>	<b>s. 36</b>

# 1. Innledning

Helseforskjeller knyttet til sosiale ulikheter er blant utfordringene innen folkehelsearbeidet. Sosiale ulikheter er systematiske forskjeller og resultat av noe som er sosialt frembrakt (Sletteland & Donovan, 2012). Disse kan ses hvor individer lever under belastende forhold eller i forhold til hvilken sosioøkonomisk posisjon individer har i det sosiale hierarkiet (Sletteland & Donovan, 2012). Individers posisjon i det sosiale hierarkiet kan måles ut fra indikatorer som utdanning, inntekt og yrke. Disse indikatorene kan videre påvirke helsedeterminanter som makt, kontroll, prestisje, arbeidsforhold, ressurser, levestandard og livsstil (Mæland, 2009). Levekårene for barn og ungdom er utgangspunkt for helsen i voksen alder, da sosioøkonomiske faktorer gjennom livet skaper helseulikhetene blant den voksne befolkningen (Sund & Eikemo, 2011). Problemområde og tema for denne bacheloroppgaven er derfor hvordan sosioøkonomiske posisjon er av betydning for ens psykiske helse.

Omtrent 20% av alle mennesker rammes av psykiske lidelser gjennom livsløpet, og disse er av de vanligste årsakene til sykmeldinger og arbeidsuførhet (Martinsen, 2011a). Psykiske lidelser fører ofte til svekket funksjon i dagliglivet og samfunnet generelt. Individer med psykiske lidelser har ofte økt risiko for kroppslige sykdommer og økt dødelighet, som følge av gjennomgående usunn livsstil og fysisk inaktivitet (Martinsen, 2011b). Hva kan være årsaker til at ungdom utvikler psykiske lidelser? Kan foreldres tilhørighet i en sosioøkonomisk gruppe være av betydning? Helseforskjellene i befolkningen er mange og sammensatte, hvor individuelle forskjeller i de ulike gruppene vil forekomme. I forhold til forekomsten av psykiske lidelser er Norge og andre vestlige land omtrent på samme nivå (Martinsen, 2011a). Problemområdet i denne oppgaven vil derfor ikke omhandle Norge spesifikt, og det vil bli brukt studier fra ulike vestlige land.

---

Av psykiske lidelser er angst og depresjon de med hyppigst forekomst (NOVA, 2015). Angst og depresjon påvirker følelser, tanker, kroppslige funksjoner, atferd og funksjonsnivå (Martinsen, 2011a). I samspillet mellom sårbarhet, miljøfaktorer og livshendelser kan psykiske lidelser utløses (Martinsen, 2011a). Hva er egentlig sårbarhet, og hva påvirker denne? Hvilke miljøfaktorer påvirker ens psykiske helse? I følge Martinsen (2011b) rammes barn og ungdom oftere av depresjon nå enn tidligere år. Innen folkehelsearbeid blir det derfor viktig å se hvordan kan en arbeide forebyggende i forhold til psykiske lidelser, og se hvilke årsaksfaktorer som foreligger.

I denne oppgaven er formålet å se i hvilken grad sosioøkonomisk posisjon er av betydning for psykisk helse, og hvorvidt det kan være en årsaksfaktor for utvikling av angst og depresjon hos ungdom. Dette innebærer blant annet å se eventuelle risiko- og beskyttelsesfaktorer som kan ha sammenheng med den sosioøkonomiske gruppen en har tilhørighet i. Og videre om prevalens kan ses i forhold til helseulikheter innenfor ulike sosioøkonomiske grupper.

### **1.1 Problemstilling**

Hvilken betydning kan foreldres sosioøkonomiske posisjon ha for utvikling av angst og depresjon blant ungdom?

### **1.2 Avgrensning og presisering av problemstilling**

I denne problemstillingen anvendes begrepet sosioøkonomisk posisjon, samt at det underveis i oppgaven blir brukt sosioøkonomisk status. Sosioøkonomisk posisjon eller status er individets plass i det sosiale hierarkiet i samfunnet, hvor indikatorer som påvirker posisjon er utdanning, inntekt og yrke (Mæland, 2009). Av psykiske plager og lidelser er det avgrenset til angst og depresjon på det generelle plan. Angst kjennetegnes av blant annet engstelse, uro, frykt, panikk og økt aktivitet i det sympatiske nervesystemet (Martinsen, 2011b). Og

ved depresjon vises det til blant annet nedstemthet, motløshet og dominante negative tanker (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010). Ved flere tilfeller brukes internaliserende problemer om angst og depresjon. Noe som innebærer at væremåter og personlighetstrekk internaliseres hos individer, og det dannes personlighetsstrukturer det vil ta tid å endre på når de først er en del av individers atferd (Håkonsen, 2009). Problemstillingen omfatter samtidig ungdom. Heggen og Øia (2005) definerer ungdom mellom puberteten og tjuårsalderen. Kringlen (2011) definerer puberteten mellom 12 til 16 år, og ungdomsalderen mellom 16 til 19 år. I denne oppgaven inkluderes ungdom mellom 12 og 21 år. Det tas ikke hensyn til kjønnsviser forskjeller knyttet til psykiske lidelser i denne oppgaven. I det kommende teorikapittelet vil begrepene som anvendes bli grundigere forklart og teoretisert.



## 2. Teori

### 2.1 Sosial ulikhet i helse

Som nevnt innledningsvis er sosiale ulikheter urettferdige og noe sosialt frembrakt, som fremkommer i forhold til individers levekår og sosioøkonomiske posisjon (Sletteland & Donovan, 2012). Sosiale ulikheter innebærer helseulikheter, hvor årsaker er mange og multifaktorielle. Blant årsaksfaktorer til helseulikheter trekker Mæland (2014) frem levekår, miljø, livsstil, genetikk og biologi. Han nevner samtidig helseproblemer som tidlig i livet plasserer individer i lavere sosioøkonomiske grupper, samt i hvilken grad dette har betydning for opplevelse av kontroll over egen helse. Vedøy og Skulberg (2015) viser til utjevning av sosiale ulikheter som et grunnleggende prinsipp i folkehelsearbeid.

I det sosiale hierarkiet er det strukturer. Disse er resultat av mønstre hvor individer plasseres i forhold til hverandre, som gir begrensninger, føringer og muligheter for atferd og tilpasning (Schiefløe, 2011). I samfunnets overordnede sosiale strukturer kan en se hvordan rangordnede posisjoner dannes, da samfunnet er ordnet etter prinsipper som blant annet kjønn, sosioøkonomisk posisjon eller religion (Schiefløe, 2011). Indikatorer som påvirker individets sosioøkonomiske posisjon er utdanning, inntekt og yrke (Mæland, 2009). Videre viser Mæland (2009) til helsedeterminanter som makt, autonomi, kontroll, prestisje, arbeidsforhold, ressurser og livsstil som har klar sammenheng med utdanning, inntekt og yrke, og videre med sosioøkonomisk posisjon.

Gjennom blant annet landsdekkende helse- og levekårsundersøkelser kan en innhente rapporter på egenvurdert helse. Tendensen er at andelen med høyere utdanning ofte vurderer sin helse som god, i forhold til andelen med lavere utdanning. Den største andelen som rapporterer psykiske plager er de med lavere sosioøkonomisk posisjon, hvor kvinner representerer den største andelen (Strand & Næss, 2009). Tall på egenvurdert helse viser

---

samtidig til at individer med lavere sosioøkonomisk posisjon i særlig grad er belastet for langvarig sykdom og kroniske sykdommer (Strand & Næss, 2009). Av ungdom fra familier med det som betegnes som dårlig råd, rapporterer at de er fornøyd med egen helse er andelen 48%, mot 75% som kommer fra familier med det som betegnes som god råd (NOVA, 2013).

### **2.1.1 Sosiale miljøfaktorer**

Som nevnt ovenfor er det en rekke årsaksfaktorer som er av betydning for sosiale ulikheter i helse. Blant annet påvirkes en av sosiale miljøfaktorer, hvor disse kan omhandle familie og det sosiale nettverket, skole- og arbeidsmiljø, og ikke minst levekår og bomiljø (Mæland, 2014). Det sosiale miljøet ses som både helsefremmende og helsehemmende. Da familie legger grunnlaget for fremtidig helse, hvor barn er arvelig betinget. Både av biologisk arv, likeledes sosial arv. Barns levekår er som nevnt av betydning for fremtidig helse, og videre kan oppvekstvilkår og foreldres sosioøkonomiske posisjon prege deres fremtidige muligheter, som utdanning og yrkeskarriere. Det sosiale nettverket består i tillegg av venner, naboer, kollegaer og liknende, som kan bidra til sosial forankring (Mæland, 2014). I det sosiale nettverket påvirkes en av informasjon og innflytelse, hvor en gjennom et nettverk kan føle seg verdsatt og få tilgang til goder og ressurser, som igjen kan forsterke ens identitet (Heggen & Øia, 2005).

Wold og Samdal (2009) viser til den franske sosiologen Pierre Bourdieu og begrepet habitus, og hvordan dette kan anvendes for å få en forståelse av et individs tilstand og helsevaner. I følge Bourdieu blir individets sosiale strukturer preget av sosiale omgivelser, og habitus blir primært formet gjennom familie og utdanningssystem, altså er det et produkt av sosialisering. Habitus kan ses som system for hvorfor en handler slik en gjør, da habitus gjenspeiles i sosial sammenheng. For eksempel kan habitus representere ulike helsevaner, som videre brukes aktivt for å gjenspeile tilhørighet og posisjon (referert i Wold & Samdal, 2009). Bourdieu hevder habitus reflekterer individets sosiale historier. Men ikke

---

nødvendigvis som sammenhengende eller harmoniske, da flere kan oppleve brudd med strukturene som formet deres habitus, som for eksempel arbeidsløse og alvorlig syke (referert i Wilken, 2008). Bourdieu anvender samtidig begrepene kulturell kapital og sosial kapital.

Kapitalbegrepet innebærer å besitte og akkumulere (Wilken, 2008). Kulturell kapital gjenspeiler seg i kunnskap, utdanning og kompetanse. Gjennom familierelasjoner, nettverk og forbindelser vises sosial kapital. I tillegg viser Bourdieu til økonomisk kapital, som gjenspeiles i det materielle (referert i Wilken, 2008). Det handler samtidig om individers innsikt i egen kapital og evne til å veksle sin kapital, da en kan bruke en kapital for omsetning til en annen (Wilken, 2008). De ulike kapitalformene er av betydning for hvilken sosioøkonomisk posisjon en har, og er noe som tilegnes gjennom oppvekst og sosialisering (Schiefløe, 2011). Ved å se på helsevaner i forhold til kapitalformer, kan individer igjen identifisere seg med ens posisjon (Mæland, 2014). For eksempel kan en se årsaker til hvorfor individer velger å være fysisk aktive i sammenheng med identitet og sosial tilhørighet i sosioøkonomisk gruppe.

### **2.1.2 Måleindikatorer på sosioøkonomisk posisjon**

Det er en viss usikkerhet knyttet til måling av sosiale ulikheter, da dette ofte avhenger av geografi og når de måles, hvilke sosiodemografiske faktorer og sosioøkonomiske indikatorer som anvendes, samt om det benyttes absolutt eller relativt mål (Sund & Eikemo, 2011).

Størrelsen på helseulikheter kan variere i forhold til hvilket måleinstrument som anvendes.

Hvor den absolutte helseulikheter gir den faktiske differansen, hvor en kan se risiko i en gruppe og trekke fra risiko i en annen gruppe. Relative tall gir derimot forholdstallet mellom to grupper. Hvor en da ser risiko i en gruppe, og dividerer med risiko i en annen gruppe (Sund & Eikemo, 2011). Utdanning, yrke og inntekt er ofte brukte sosioøkonomiske

---

måleindikatorer. Hvor hver indikator måler ulike aspekter ved det sosiale hierarkiet (Strand & Næss, 2009).

Utdanning er ofte brukt som mål på sosioøkonomisk posisjon da det fanger opp de fleste grupper i samfunnet, samt at utdanning kan fange opp levekår blant barn og ungdom (Strand & Næss, 2009). Utdanning er samtidig viktig i forhold til kunnskap, kulturell kapital og andre psykososiale ressurser som er av betydning for livsstil og helse (Mæland, 2009). Dette er en indikator som ofte er forbundet med foreldres sosioøkonomiske posisjon. Økt kunnskap bidrar igjen til at en er mer mottakelig for helsefremmende kunnskap, samt at det påvirker ens evne til å oppsøke helsetjenester og å kommunisere med helsepersonell (Sund & Eikemo, 2011).

Utdanning er en determinant for inntekt og yrke, og inntekt kan ses i forhold til ens valgfrihet og tilgang til ressurser (Mæland, 2009). Som Fugelli og Ingstad (2009) påpeker, kan man ikke kjøpe helse for penger, men penger er nødvendig for helsebetingelser som trivsel, trygghet, fred, likevekt, frihet, selvbilde og sunn mat. I forhold til dette viser Sund og Eikemo (2011) til hvordan inntekt påvirker bruk av ressurser til helsefremmende goder, samt at inntekt påvirker ens valgmuligheter og eventuelle begrensninger. Likevel gir inntekt som mål på sosioøkonomisk posisjon kun et nåtidsbilde, da inntekt kan endre seg over tid, i tillegg til at det ikke dekker alle materielle goder (Strand & Næss, 2009). I tillegg kan inntekt som indikator på sosioøkonomisk posisjon underestimere funn da inntekter og formuer kan unndra skatt, og ikke fremgå i offentlige statistikker. Samtidig fremkommer ikke alltid arv, gaver og verdiøkning i eiendommer som en del av denne indikatoren (Schiefløe, 2011).

Yrke ses som viktig da det gir en formell makt og status i det sosioøkonomiske hierarkiet. I tillegg til at det er en faktor av betydning for hva en eksponeres for i arbeidsmiljøet (Mæland, 2009). Yrke som mål på sosioøkonomisk posisjon fanger derimot ikke opp alle

---

grupper i samfunnet, som blant annet arbeidsløse, minoriteter og eldre mennesker (Strand & Næss, 2009). I og med at lavere sosioøkonomiske grupper ofte forbindes med dårligere helse, kan en også se at individer i disse gruppene har økt risiko for å utvikle helseproblemer som kan føre til seleksjon ut av arbeidslivet, og videre til lavere inntekt (Dahl & Elstad, 2009). Dermed kan yrke som indikator tidvis underestimere sosiale ulikheter (Strand & Næss, 2009).

Sosial mobilitet er individets mulighet til å endre plass i det sosiale hierarkiet i forhold til utgangspunkt. Schiefloe (2011) viser til en sammenheng mellom foreldres sosioøkonomiske posisjon som betydning for barnets sosioøkonomiske posisjon som voksen. I følge Mæland (2009) kan ens sosioøkonomiske posisjon påvirkes av familiære betingelser, individuelle egenskaper og handlinger, samt samfunnsbetingede muligheter og begrensninger. I tillegg kan ens sosioøkonomiske posisjon forandre seg gjennom livsløpet, altså sosial mobilitet. Dette da en for eksempel kan bli født inn i en familie med lav sosioøkonomisk posisjon, for så å arbeide seg oppover i hierarkiet og oppnå en høyere posisjon. Mens det på andre siden kan gå motsatt vei. Sosial mobilitet kan i stor grad påvirke inntektsnivå, som videre er av betydning for den sosioøkonomiske posisjonen (Sund & Eikemo, 2011).

## **2.2 Psykiske lidelser og psykiske plager**

Det går et skille mellom psykiske plager og psykiske lidelser. Psykiske plager, symptomer og sykdom er ofte forbigående, eller periodisk tilbakevendende, og sjeldent noe man kommer foruten gjennom livsløpet (Håkonsen, 2014). Hvor psykiske lidelser ikke kun er sykdommer, men også livsformer som uttrykker både identitet og forsøk på å mestre komplekse erfaringer (Skårderud et al., 2010). Psykiske lidelser fører ofte til svekket funksjon i dagliglivet og samfunnet generelt. Individer med psykiske lidelser har ofte økt risiko for kroppslige sykdommer og økt dødelighet, som følge av gjennomgående usunn livsstil og fysisk inaktivitet (Martinsen, 2011b).

---

Det er to klassifikasjonssystemer for å beskrive de diagnostiske kriteriene i forhold til psykiske lidelser. ICD- 10 er den internasjonale sykdomsklassifikasjon, og det diagnosesystemet som brukes i Norge. Samtidig brukes systemet DSM- IV mye i forskning. I tillegg til disse anvendes det strukturerte kliniske intervjuer for å kunne sikre presise diagnoser (Martinsen, 2011a). I befolkningsundersøkelser for å undersøke psykisk helse kan en bruke strukturerte kliniske intervjuer av representative utvalg, eller det kan anvendes spørreskjemaer til selvutfylling. Sistnevnte kan ikke gi diagnoser, men kan likevel kartlegge insidens av symptomer og plager (Martinsen, 2011a).

Omtrent 20% av alle mennesker rammes av psykiske lidelser gjennom livsløpet, og disse er av de vanligste årsakene til sykmeldinger og arbeidsuførhet (Martinsen, 2011a). Det er usikkert hvorvidt insidensen av psykiske lidelser har økt de siste årene, men relativt flere psykiske helsetjenester og mer åpenhet angående psykisk helse har ført til at disse er mer synlige i dagens samfunn (Mæland, 2014). I forhold til forekomsten av sykdommene er Norge og andre vestlige land omtrent på samme nivå (Martinsen, 2011a). Psykiske lidelser er multifaktorielle, hvor både enkeltindividet og det sosiale samspillet utgjør rammen for disse (Håkonsen, 2014). Mæland (2014) refererer særlig til tre punkter som er viktige i forebygging av psykiske lidelser; trygge og gode oppvekstvilkår, utviklende og meningsfull tilværelse, samt støttende og stimulerende omgivelser.

I Ungdata- undersøkelsene fremkommer det at forekomsten av psykiske plager øker gjennom ungdomstiden, hvor jenter utgjør den største andelen. Angst og depresjon er plager med hyppigst forekomst blant unge (NOVA, 2015). Blant unge voksne mellom 16 og 24 år rapporterte 18% i 2012 at de har psykiske plager og symptomer (Folkehelseinstituttet, s.a.). Skårderud et al. (2010) hevder at psykiske lidelser er gåtefulle. Hva er egentlig psykisk uhelse? Psykiske lidelser er sjeldent synlige, og det faktum at individer med symptomer og lidelser ofte skjuler dette, kan skape desto større utfordringer. Psykisk uhelse kan samtidig

---

preges av ambivalens (Skårderud et al., 2010). Dette da symptomene som preger lidelsen legger grunnlaget for løsninger individer bruker i utfordrende situasjoner, og som gir en irrasjonell opplevelse av kontroll. Hvor en i neste omgang da må oppgi det som oppleves som orden og struktur, for å gi seg hen til endring og følelsen av avmakt (Håkonsen, 2014).

Mennesker inngår i et samspill mellom arv og miljø, hvor Kringlen (2011) referer til disse som komplementære størrelser, da individet hverken er fullstendig arvelig betinget eller fullstendig miljøbetinget. Individuell disposisjon, enten i form av sårbarhet eller robusthet, har vi med oss i møtet med livets belastninger (Mæland, 2014). Det er en rekke faktorer som påvirker denne, blant annet sosiale relasjoner og sosialt nettverk (Martinsen, 2011a).

Sårbarhet er noe som også kan påvirkes under graviditeten, hvor risikofaktorer kan være dersom mor bruker rusmidler, er feilernært eller utsatt for miljøgifter (Folkehelseinstituttet, 2010). I samspillet mellom sårbarhet, miljøfaktorer og livshendelser kan psykiske lidelser utløses (Martinsen, 2011a). Håkonsen (2014) referer til en tålegrense for hvor vanskelige situasjoner en kan håndtere og kontrollere. Og risikoen for psykiske lidelser øker dersom en går over denne grensen, da psykiske lidelser kan bli resultat av en løsning på et individs uholdbare situasjon. Kringlen (2011) påpeker samtidig at det ikke nødvendigvis er påkjenninger som er utslagsgivende for å utvikle internaliserende problemer, men det kan også være konsekvenser i ettertid av påkjenninger som er av betydning.

### **2.2.1 Angst**

Angst er noe de fleste mennesker opplever i livet, og spesielt utsatt er en når en opplever store påkjenninger (Martinsen, 2011b). Engstelse, uro, frykt, panikk, bekymring og katastrofetenkning er følelser og tanker som ofte oppleves ved angst. Angst blir først en psykisk lidelse når det svekker funksjonsnivå og livsutfoldelse (Martinsen, 2011b), og som Skårderud et al. (2010) uttrykker som livsformer. I tillegg påvirkes kroppslige reaksjoner, ved at det er økt aktivitet i det sympatiske nervesystemet, som videre fører til blant annet

---

hjerterebank, svimmelhet, ubehag, rask puls og svetting. Og atferden påvirkes i den grad at en ofte trekker seg tilbake og isolerer seg (Martinsen, 2011b). Angst varsler om psykisk fare, og retter oppmerksomheten mot truende eller farlige gjenstander i omgivelsene eller i situasjonen som føles ukontrollerbare (Håkonsen, 2014). Wichstrøm (2007) viser til at angst kan være arvelig betinget, da risikoen for å utvikle angst øker dersom nære familiemedlemmer har dette.

### **2.2.2 Depresjon**

Kjennetegn ved depresjon er ofte følelsen av å være nedstemt, tungsinnet og motløs, hvor negative tanker er dominerende. Videre kan disse trekkene ofte føre til blant annet sosial isolasjon, kroppslige funksjoner reduseres, og kroppsspråk og talemåte uttrykkes med flat og fattig mimikk (Skårderud et al., 2010). Depresjon betegner ikke bare en sykdom, ofte brukes ordet også som samlebegrep for en gruppe psykiske lidelser som er alvorlige og svært vanlige. I gruppen finner en blant annet unipolare depresjoner og dystymi. Unipolare depresjoner er lidelser som rammer omkring 20% av alle mennesker i livsløpet, hvor noen kun opplever én periode med dyp depresjon, mens andre opplever flere. Dystymi er en kronisk og mildere form for depresjon, hvor periodene oppstår mer jevnlig, men de som rammes er aldri dypt deprimerte (Martinsen, 2011b). Videre viser Martinsen (2011b) til at depresjon er noe som påvirker hele mennesket i den grad at funksjonsnivå og selvopplevd helse reduseres. Andelen med depressive symptomer er størst for ungdom fra familier med det som betegnes som dårlig råd. Denne andelen er 34%, mot 9% av ungdom fra familier med god råd (NOVA, 2013).

### **2.2.3 Ungdomstid- en sårbar periode?**

Ungdomstiden omfatter en periode fra puberteten til tjuårsalderen, hvor en blant annet forbereder seg til etablering senere i livet, gjennom utdanning og kvalifisering. Det er også en periode for å utvikle egenverdi, livsvilkår, og en selvstendig status og identitet. Gjennom



---

et biologisk perspektiv ser en fysiologiske forandringer som pubertet, kjønnsmodning og ulike endringer i kroppen (Heggen & Øia, 2005). Identitetsbegrepet består av to aspekter. Personlig identitet er beskrivelser og egenskaper ved en selv. Sosial identitet knyttes derimot til det sosiale nettverket og gruppen en tilhører (Håkonsen, 2014). Håkonsen (2014) viser videre til ungdomstiden som en periode hvor en utfordrer begge identitetsaspektene i nye situasjoner, med særlig vekt på sosial identitet. Da sosial identitet utvikles i overgangen fra avhengighet av familie til tilhørighet i nye grupper. Kontinuitet gjennom barndom, ungdom og voksentid knyttes til identitet. Hvor stabilitet i nære relasjoner legger grunnlaget for kontinuitet (Håkonsen, 2014).

Forventninger om atferd og holdninger er knyttet til posisjon, og videre til hvilken sosial rolle en har. Den tildelte rollen kan enten motstride oppfatninger av en selv, eller være en identitet og en del av hvem en er (Schiefløe, 2011). Samtidig viser Schiefløe (2011) til at et individ har flere roller, hvor det kan oppstå rollekonflikter når disse motstrides.

Rollekonflikter er også noe som kan oppstå dersom atferd og holdninger motstrider forventningene knyttet til innehaverens rolle. Og i de tilfeller hvor en ikke makter å leve opp til krav og forventninger, er tilfeller hvor emosjonelle vansker forsterkes (Håkonsen, 2014).

Heggen og Øia (2005) hevder at mestring er et sentralt begrep i ungdomstiden. Hvor de videre knytter begrepet til hvorvidt en person er i stand til å håndtere ulike utfordringer. Ut fra et psykologisk perspektiv kan mestring knyttes til individers reaksjoner på stress og utfordrende situasjoner. Sosial isolasjon er en uttrykksform for manglende mestring (Heggen & Øia, 2005). Ofte er det en sammenheng med oppvekstforhold og symptomer på psykiske lidelser i ungdomsalder. Risikoen for å utvikle psykiske lidelser øker dersom foreldre selv har symptomer på psykiske lidelser, konfliktfylte forhold, mangelfulle foreldreferdigheter eller mange belastninger og lite sosial støtte (Folkehelseinstituttet, 2010).

## **3. Metode**

### **3.1 Hva er metode?**

Metode er et redskap for å se nye løsninger og komme frem til ny kunnskap (Dalland, 2012). Metode er viktig i innsamling av data, og videre hvordan disse kategoriseres, analyseres og tolkes (Støren, 2013). Kvantitativ og kvalitativ er to forskningsstrategier for innsamling av data. Kvantitativ metode brukes for å gi et representativt utvalg i form av målbare data. I kvantitativ metode brukes ofte strukturerte spørreskjema med svaralternativer for å avdekke årsaksforklaringer (Ringdal, 2013). Kvalitativ metode innebærer derimot færre undersøkelsesenheter, hvor forskeren får mulighet til å gå mer i dybden gjennom intervju og se på formålsforklaringer (Ringdal, 2013). I kvalitativ metode brukes sjeldent målbare tall for å presentere data, derimot skal funnene gi mening og forståelse av et fenomen (Dalland, 2012). Samtidig skal det understrekes at det kan være studier hvor det er en kombinasjon av begge metoder, og dette kalles triangulering. Da er enten en metode underordnet den andre, eller de er likestilte (Ringdal, 2013). Artikkene som anvendes i denne litteraturstudien bruker kvantitativ metode, med langsgående design, som forskningsstrategier. Denne type design følger én eller flere analyseenheter over tid. Langsgående design har som formål å beskrive og forklare stabilitet og endring (Ringdal, 2013).

#### **3.1.1 Litteraturstudie**

I denne oppgaven anvendes litteraturstudie som metode. Kvantitativ og kvalitativ metode brukes som nevnt for å finne ny kunnskap, mens litteraturstudie innebærer å studere litteratur som allerede er undersøkt og skrevet om, og kunnskap som allerede er presentert gjennom artikler. Dermed presenterer en ikke ny kunnskap i en litteraturstudie, men en kan derimot få frem nye tolkninger og perspektiver av allerede eksisterende kunnskap, og videre kan en se dette som en systematisering av kunnskapen (Støren, 2013).

---

### 3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Av inklusjonskriteriene er blant annet at artiklene skal inneholde en eller flere mål på sosioøkonomisk posisjon, samt at disse analyseres i sammenheng med ungdom, angst eller depresjon. Artiklene jeg søker på har engelsk språk, og jeg inkluderer land i Europa, samt Australia og USA, da forekomst av psykiske lidelser i Norge er omtrent på samme nivå som i andre vestlige land (Martinsen, 2011a). Studier fra land med svært ulik kultur eller økonomi i forhold til Norge er ekskludert, da sosioøkonomisk posisjon påvirkes av en rekke faktorer (jfr. kap. 2.1), som igjen kan påvirke grad av representativitet. Under søkeprosessen har jeg kun inkludert artikler fra 2010 til 2016, da dette er et fagfelt i stadig forandring. Likevel har jeg inkludert artikler hvor årstall for datainnsamling går tilbake til 1981, da disse er undersøkelser som blant annet har oppstart ved fødsel. Den ytre validiteten kan derimot vurderes i tilfeller hvor den opprinnelige undersøkelsen ble foretatt så langt tilbake i tid at den ikke kan gjentas i nåtid. På en annen side kan begrepsvaliditeten være den samme (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010).

Jeg har samtidig inkludert artikler som omhandler både barn og unge, da det blant annet kan anvendes langsgående design, som nevnt ovenfor, som kan følge respondentene fra barndom til ungdomstid. De studier som kun omhandler barn eller voksne er derimot ekskludert. Jeg har samtidig inkludert studier hvor mors psykiske helse er en variabel, da dette igjen kan være av betydning for deres sosioøkonomiske posisjon. Dersom artikkelforfatter(e) ikke selv påpeker mangler eller svakheter ved studien, ekskluderes denne.

### 3.3 Søkeprosessen

Søk ble gjort i databasen Oria, som Høgskolen i Hedmark bruker som søkemotor for å få tilgang til bibliotekets samlede ressurser. Ved første søk brukte jeg søkeordene *socioeconomic position*, *adolescence*, *anxiety* og *depression*. Videre krysset jeg av for artikler og fagfellevurderte. Dette søket ga syv treff, hvorav kun to av artiklene var relevante

etter å ha lest abstract for disse. Derfor valgte jeg å åpne søket ved å kun bruke *socioeconomic\** som et av søkeordene, i tillegg til *adolescent\**, *anxiety* og *depression*. Trunkering blir brukt med en stjerne bak ordet på både *socioeconomic\** og *adolescent\**, da dette bidrar til at søket inkluderer flere artikler som inneholder ordene. Deretter valgte jeg å kun søke i artikler, videre fagfelleverderte, innenfor år 2010 til 2016. Alle artiklene skulle i tillegg være på engelsk. Dette søket ga 172 treff.

Av de 172 treffene leste jeg gjennom alle titler. Av disse var det 12 aktuelle titler som inneholdt mål på sosioøkonomisk posisjon i sammenheng med ungdom, angst eller depresjon. Deretter leste jeg abstract fra disse 12, for så å ende opp med seks artikler for videre arbeid. De seks artiklene ble ekskludert på bakgrunn av at de ikke inkluderte forbindelser mellom sosioøkonomisk posisjon og psykisk helse i den grad dette var ønskelig. Videre ble seks artikler gjennomgått og vurdert, hvor jeg videre har valgt å bruke fire av disse i denne bacheloroppgaven. De to artiklene som ble ekskludert inneholdt ikke ønskede variabler og mål på sosioøkonomisk posisjon. De fire inkluderte artiklene har brukt ulike indikatorer som mål på sosioøkonomisk posisjon, som da kan presentere ulike funn i forhold til mål som anvendes, men jeg mener likevel at disse er relevante til å svare på min problemstilling.

### 3.4 Utvalg

**Artikkel 1: Family poverty over the early life course and recurrent adolescent and young adult anxiety and depression: A longitudinal study.**

**Forfattere:** J. M. Najman, M. R. Hayatbakhsh, A. Clavarino, W. Bor, M. J. O'Callaghan og G. M. Williams

**Publisert:** 2010, American Journal of Public Health

Formål for denne studien er å se om erfart familiefattigdom i tidlig livsfase kan forutsi periodisk tilbakevendende angst og depresjon hos ungdom og unge voksne i Australia. Videre er det en tredelt problemstilling, hvor spørsmålene er; Kan familiefattigdom i ulike stadier i tidlig livsfase påvirke angst og depresjon blant 14- og 21- åringer? Kan det å være utsatt for periodisk familiefattigdom ha en økende effekt på angst og depresjon hos ungdom og unge voksne? Er sammenhengen mellom familiefattigdom og angst og depresjon uavhengig av faktorer som blant annet mors alder under svangerskap, mors sivilstatus, mors eventuelle symptomer på angst og depresjon og barns inntekt som voksne?

**Artikkel 2: The relationship between socio- economic status and antidepressant prescription: a longitudinal survey and register study of young adults.**

**Forfattere:** T. von Soest, J. G. Bramness, W. Pedersen og L. Wichstrøm

**Publisert:** 2012, Epidemiology of Psychiatric Sciences

Målet for denne studien er å se om forskrivning av antidepressiva er forbundet med sosioøkonomisk status for unge voksne nordmenn. Er det en sosial gradient som har betydning for bruk av antidepressiva? Mer spesifikt formål er å se om individer med lavere sosioøkonomisk posisjon er mulig overrepresentert i gruppen med psykiske symptomer, mulige ulikheter i behandling av psykiske lidelser blant lav- og høy sosioøkonomisk posisjon, samt sosioøkonomiske ulikheter i faglig bakgrunn blant helsepersonell.

**Artikkel 3: Family income and youths' symptoms of depression and anxiety: a longitudinal study of the French Gazel Youth cohort.**

**Forfattere:** M. Melchior, J.-F. Chastang, V. Walburg, L. Arseneault, C. Galéra og E. Fombonne.

**Publisert:** 2010, Depression and Anxiety

Med bakgrunn i det faktum at det er uklart om sosioøkonomiske ulikheter i forhold til angst og depresjon kan knyttes til ungdom og unge voksne, ønsker forfatterne å undersøke om ungdom som vokser opp i familier med lav inntekt har økt risiko for psykiske lidelser. Videre er målet å se om det er en sammenheng mellom varig sosioøkonomisk posisjon og ungdoms symptomer på angst og depresjon. Denne studien har foregått i Frankrike.

**Artikkel 4: Is growing up affluent risky for adolescent or is the problem growing up in an affluent neighborhood?**

**Forfattere:** T. J. Lund og E. Dearing

**Utgivelsesår:** 2012, Journal of Research on Adolescence

I følge Lund og Dearing (2012) kan konkurransepregede normer ha betydning i et samfunn, og likeledes press angående måloppnåelse og emosjonell isolasjon innad i en familie. Videre kan relasjoner innad i familier påvirkes av nabolagskontekst. Målet for denne amerikanske studien er å se om det eksisterer en sammenheng mellom en oppvekst i velstående nabolag eller oppvekst i velstående familie, og risiko for utvikling av angst og depresjon hos jenter og lovbrudd hos gutter i ungdomstiden. Hvor hypotesen er at angst og depresjon hos jenter og lovbrudd hos gutter er forbundet med oppvekst i velstående nabolag. Til tross for at denne studien inkluderer variabelen for lovbrudd, har jeg valgt å anvende den, da den samtidig inkluderer variabelen for angst og depresjon for begge kjønn.

---

### 3.5 Forskningsstrategier og måleindikatorer som anvendes i artiklene

Najman et al. (2010), Soest et al. (2012), Melchior et al. (2010) og Lund og Dearing (2012) presenterer studier hvor analysene baseres på data fra eksisterende datasett hvor det anvendes kvantitativ metode, med langsgående design. Familieinntekt er en måleindikator på sosioøkonomisk posisjon som anvendes i de gjeldende analysene (Najman et al., 2010, Soest et al., 2012, Melchior et al., 2010 og Lund & Dearing, 2012). Najman et al. (2010) bruker i tillegg en variabel for angst og depresjon hos barn og unge, samt kontrollvariabler, som mors alder ved første klinikkbesøk, mors sivilstatus og mødres rapporter for sivilstatus. Soest et al. (2012) bruker som nevnt familieinntekt som mål på sosioøkonomisk posisjon, i tillegg til utdanningsnivå for respondenter og deres foreldre. Inntekt er inndelt etter yrkesinntekt, trygdeytelser, arbeidsledighetstrygd, uføretrygd og attføringsstønad. Samt at Soest et al. (2012) inkluderer variabler på forskrivning av antidepressive medikamenter, mental helse, kontakt med helsetjenester for psykisk helse og demografiske variabler. Melchior et al. (2010) inkluderer ungdoms mentale helse, familiekarakteristika og –situasjon, og ungdomskarakteristika i deres analyse. Samt at respondentene rapporterer inn på eventuelle livshendelser for de siste tolv måneder. I tillegg til familieinntekt, anvender Lund og Dearing (2012) nabolagsvelstand og foreldres utdannings- og yrkesnivå, demografiske variabler, mors mentale helse, mors personlighet og verbale intelligens, samt ungdoms sosiale og emosjonelle problemer.

### 3.6 Kildekritikk

Kildekritikk vil si at en vurderer og karakteriserer litteraturen en benytter seg av (Dalland, 2012). Reliabilitet og validitet kan brukes for å vurdere kvaliteten til et mål. Reliabilitet, eller pålitelighet, påvirkes av tilfeldige målefeil, men likevel skal gjentatte målinger med samme måleinstrument gi omtrent samme resultat. Dersom det er høy reliabilitet er det små tilfeldige målefeil i presentert data (Ringdal, 2013). For å være kildekritisk vurderer jeg

derfor datainnsamlinger som brukes i studiene, hvor jeg eventuelt har undersøkt den opprinnelige undersøkelsen for å se datainnsamling og aktuelle spørsmål som brukes, før jeg videre har sett på analysestrategier i den gjeldende studien. Validitet, eller gyldighet, er om en måler det en faktisk vil måle. Høy reliabilitet er en forutsetning for høy validitet, hvor systematiske målefeil går utover dataenes validitet (Ringdal, 2013). Validitetsbegrepet har flere aspekter, hvor begrepsvaliditet er hvorvidt det er samsvar mellom fenomenet som undersøkes og de konkrete data. Ytre validitet er hvorvidt utvalget er representativt for populasjonen, og relevans av overførbarhet til andre områder og situasjoner (Johannessen et al., 2010).

Et annet aspekt ved kildekritikken er at jeg velger å bruke fagfelleverderte artikler, altså artikler som er kvalitetssikret av eksperter innen det gjeldende forskningsfeltet før de er publisert. I tillegg er det et kriterium at artiklene er publisert i fagtidsskrifter, da redaksjoner igjen kvalitetssikrer produktet (Dalland, 2012).



---

## 4. Resultater

Najman et al. (2010) anvender eksisterende datasett av individer født i Australia mellom 1981 og 1984. Individer rapporterer inn egen helse, angst og depresjon i alderen 14 og 21 år. Disse undersøkelsene er oppfølgingsundersøkelser, da første undersøkelse ble foretatt ved fødsel. Av 2609 respondenter er det 50,6% som ikke opplever fattigdom. I tredje oppfølgingsundersøkelse ved 14- års alder, opplever 10,4% fattigdom. Gruppen som opplever fattigdom, blir redusert over tid, og andelen som frafaller selve undersøkelsen er størst for de fra lavere sosioøkonomiske grupper (Najman et al., 2010). Resultater viser at fattigdom erfart i ungdomstiden er den sterkeste indikatoren på tilbakevendende angst og depresjon. Da disse viser at erfart fattigdom som 14- åring har størst betydning for perioder med tilbakevendende angst og depresjon hos ungdom og unge voksne. Desto oftere barnet blir eksponert for fattigdom, desto større er sjansen for at individet er engstelig og deprimert under oppfølgingsundersøkelsene i 14- og 21- års alder. Denne studien fastslår ikke tiden hvor ungdom og unge voksne utvikler mentale helseplager, men heller for samlet risiko i perioder fattigdom erfares (Najman et al., 2010). Najman et al. (2010) konkluderer med at økt eksponering av fattigdom for barn er en overensstemmende faktor for angst og depresjon, og videre at gjentatte erfaringer med fattigdom i tidlig livsfase assosieres med økt risiko for svak mental helse.

I følge Soest et al. (2012) er det utfordringer hvor individer som har behov for antidepressiva ikke nødvendigvis får dette, og tilfeller hvor individer får dette uten at deres psykiske lidelser er alvorlige nok. Soest et al. (2012) anvender data samlet inn i Ung Norge, en nasjonal undersøkelse hvor datainnsamlingen foregikk fire ganger i løpet av en 13-årsperiode. Disse data ble innhentet via spørreundersøkelser, og ikke gjennom diagnoseinformasjon, for så å linkes til data fra nasjonalt reseptbasert legemiddelregister og

---

statistisk sentralbyrå. Ved første undersøkelse inkluderes 12 287 skoleelever i alderen 12 til 20 år. De som rapporterte foreldre med lav utdanning er underrepresentert i denne studien og respondenter som ikke gikk på skole under første undersøkelse kunne ikke inkluderes, og dermed kan studien representere en gruppe med høyere utdanning enn gjennomsnittlig (Soest et al., 2012). Ved fjerde undersøkelse er det 2606 respondenter, hvor 88 mottok minst en resept på antidepressiva seks måneder før eller etter undersøkelsen. Av disse utgjør kvinner den største andelen (Soest et al., 2012).

Soest et al. (2012) viser videre til funn hvor alle indikatorene på lav sosioøkonomisk status, bortsett fra foreldres utdanning, kan relateres til høyere sannsynlighet for forskrivning av antidepressiva. I tillegg kan lav sosioøkonomisk status relateres til jevnlig bruk av psykiske helsetjenester. Sosiale ulikheter knyttet til forskrivning av antidepressiva er til en viss grad en konsekvens av en høyere prevalens av psykiske plager blant individer med lavere sosioøkonomisk status (Soest et al., (2012).

Melchior et al. (2010) anvender data samlet inn i 1991 og 1999, hvor 2582 barn og ungdom deltok ved første undersøkelse. Melchior et al. (2010) presenterer funn hvor foreldres inntekt ikke nødvendigvis er av betydning for ungdoms psykiske helse, men at det likeledes er en sammenheng mellom grupper med lavere sosioøkonomisk posisjon og psykiske lidelser. Hvor det for familier med lav inntekt fremkommer økt risiko for symptomer på angst og depresjon, og lav inntekt i barndom eller i tenårene er av betydning. For ungdom i familier med lav inntekt er risikoen for internaliserende problemer 1,96 gang høyere enn for ungdom i familier med høy gjennomsnittsinntekt. Melchior et al. (2010) hevder sosioøkonomiske ulikheter kan påvirke ungdoms psykiske helse på ulike måter; gjennom langvarig påvirkning i tidlige livssituasjoner, gjennom akademisk og sosioøkonomisk oppnåelse, eller gjennom biologiske mekanismer. Melchior et al. (2010) argumenterer for at tiden hvor ungdom er

---

spesielt sårbare for internaliserende symptomer, medfølgende sosioøkonomiske utfordringer, utgjør en relevant risiko.

Lund og Dearing (2012) anvender datasett fra 1991, hvor 1364 barn og deres familier rapporterer inn fra barnas første leveår og frem til 15- års alderen. Undersøkelsen ble foretatt i en rekke amerikanske byer for å sikre geografiske og økonomiske ulikheter. Lund og Dearing (2012) viser til resultater hvor antatt risiko kun fremkommer i alderen 15 år, men om risikoen kun gjelder i ungdomstid eller om den er langvarig er uvisst. Resultatene viser også at det ikke fremgår funn som knytter familievelstand eller samlet velstand til risiko for ungdom, da ungdom i velstående familier rapporterte færre problemer enn ungdom i mindre velstående familier. Samtidig som oddsratio mindre enn én viser at mindre velstående ungdom rapporterte færre høye problemnivå enn velstående ungdom. Altså opplever velstående ungdom færre problemer, men i tilfeller hvor disse erfare, er problemene mer omfattende enn for ungdom i mindre velstående familier. Videre fremkommer det at ungdom i velstående nabolag demonstrerer psykologisk sårbarhet. Hvorpå oppvekst i middelklassenabolag utgjør mindre risiko enn oppvekst i mer velstående nabolag (Lund & Dearing, 2012).

---

## 5. Diskusjon

### 5.1 Hvilken betydning kan foreldres sosioøkonomiske posisjon ha for utvikling av angst og depresjon hos ungdom?

Angst og depresjon er psykiske lidelser som er multifaktorielle, og hvorvidt kan foreldres sosioøkonomiske posisjon ha betydning for utvikling av disse lidelsene blant ungdom? Kan denne indikatoren ses som kun marginal som mål på utvikling av angst og depresjon hos ungdom? Da ungdomstiden er en periode med endring og utvikling (Heggen & Øia, 2005), kan en videre se dette som en sårbar og avgjørende periode for utvikling av angst og depresjon?

Hvordan kan sosiale ulikheter ha betydning for ens psykiske helse? Er utjevning av sosiale ulikheter i det hele tatt realistisk? Eller kan en ved å arbeide for utjevning sørge for at individer i lavere sosiale lag kan oppnå bedre helse, likeledes som individer i høyere sosiale lag oppnår bedre helse? Som Mæland (2009) påpeker er det helsedeterminanter, som blant annet makt, autonomi, kontroll, prestisje, arbeidsforhold, ressurser og livsstil, som har klar sammenheng med utdanning, inntekt og yrke. Disse er med på å påvirke livsstil, hvor blant annet utdanning er viktig for økt kunnskap som kan bidra til helsefremmende atferd, og en indikator som er forbundet med foreldres sosioøkonomiske posisjon (Sund & Eikemo, 2011). Hvorpå Mæland (2014) referer til sosial arv. Er det slik at sosioøkonomisk posisjon går i arv? Eller er sosial arv av betydning for en rekke faktorer forbundet med ens sosioøkonomiske posisjon? Schiefloe (2011) viser til en sammenheng mellom foreldres sosioøkonomiske posisjon og barnets posisjon som voksen. På en side kan en dermed se det som gitt at en forblir i den sosioøkonomiske klassen en er født inn i. På en annen side kan en evne å benytte seg av muligheter til sosial mobilitet. Som Mæland (2014) viser til, kan sosiale miljøfaktorer være enten helsefremmende eller helsehemmende, hvor

---

oppvekstsvilkår og foreldres sosioøkonomiske posisjon spiller en betydelig rolle for fremtidige muligheter.

Som Sund og Eikemo (2011) referer til, levekår i ung alder utgjør grunnlaget for helse i voksen alder. I følge Najman et al. (2010) er erfart fattigdom i alderen 14 år av størst betydning for tilbakevendende angst og depresjon hos ungdom og unge voksne. Samt at antallet perioder hvor dette erfarer er relevant for økt risiko for utvikling av psykiske lidelser og symptomer. Melchior et al. (2010) hevder at utfordrende sosioøkonomiske forhold bidrar til økt risiko for internaliserende symptomer, som angst og depresjon. Samtidig viser Melchior et al. (2010) til at sosioøkonomiske ulikheter påvirker ungdoms psykiske helse gjennom flere faktorer, som blant annet akademisk og sosioøkonomisk oppnåelse, i tillegg til biologiske mekanismer. Altså kan en, som Kringlen (2011) påpeker, preges av både arv og miljø. Er det videre slik at akademisk og sosioøkonomisk oppnåelse er relevant i forhold til foreldres sosioøkonomiske posisjon? For eksempel dersom far har høy akademisk utdannelse, er forventningene til ungdommen at målet er det samme. Som i ordtaket; *Som far, som sønn*? Men hva om presset på tålegrensen, som Håkonsen (2014) refererer til, blir for stort, og mestring av situasjonen uteblir?

Det er forventninger om atferd og holdninger knyttet til posisjon, og videre til hvilken sosial rolle en har. Det er tilfeller hvor den tildelte rollen motstrider ens oppfatninger av en selv (Schiefløe, 2011). Som Håkonsen (2014) understreker er identiteten todelt, hvor den både defineres av en selv, og også av det sosiale miljøet en inngår i. Dermed kan den sosiale identiteten defineres av den sosioøkonomiske gruppen en tilhører. Videre kan det stilles spørsmål ved hvorvidt utvikling av angst eller depresjon har sammenheng med et ønske om å tilhøre en annen sosioøkonomisk gruppe og endring av habitus. Da jakten på identitet er et sentralt aspekt gjennom ungdomstiden, hvor avhengighet til familien reduseres og det legges spesielt vekt på å endre ens sosiale identitet (Håkonsen, 2014). Samtidig kan det oppstå et

---

ønske om å veksle inn sosial kapital. Denne er, som tidligere nevnt, av betydning for tilhørighet i en sosioøkonomisk gruppe, som også tilegnes gjennom sosialisering (Schieffloe, 2011). Kan det videre tenkes at stresset en påfører seg selv i en slik endringsprosess øker risikoen for å utvikle psykiske lidelser?

Najman et al. (2010) og Lund og Dearing (2012) viser til at undersøkelsene ikke kan anslå tiden hvor utvikling av angst og depresjon foregår, men heller til perioder for økt risiko for utvikling av internaliserende problemer. Melchior et al. (2010) viser til en variabel for eventuelle livshendelser de siste tolv måneder, som kan bidra til å fastslå tid. Men likevel viser ikke deres funn til at dette er relevant, da de konkluderer med ungdom som særlig sårbare for internaliserende problemer. Lund og Dearing (2012) trekker inn nabolagskontekst og argumenterer for at økt risiko forbundet med psykisk helse fremkommer hos ungdom som vokser opp i velstående nabolag, hvor familiens sosioøkonomiske posisjon har liten betydning. På den andre siden kan familiens sosioøkonomiske posisjon være av betydning for hvilket nabolag en bosetter seg i. Som tidligere nevnt rapporterte ungdom i velstående familier færre problemer enn ungdom i mindre velstående familier (Lund & Dearing, 2012). Er det dermed økt risiko for utvikling internaliserende problemer forbundet med mindre velstående ungdom som vokser opp i velstående nabolag? Da dette kan være resultat av forventninger knyttet til nabolagskontekst og kulturell, sosial og økonomisk kapital. Likeledes som det kan grunnes i motsetninger mellom sosial identitet og familiens sosioøkonomiske posisjon.

Melchior et al. (2010) argumenterer derimot for at foreldres inntekt ikke nødvendigvis er av like stor betydning for utvikling av angst og depresjon hos ungdom, til tross for at det fremkommer i deres resultater at ungdom i familier med lav inntekt har økt risiko for symptomer på angst og depresjon. Dette kan være forbundet med konklusjonen til Soest et al. (2012), som hevder at individer med lavere sosioøkonomisk posisjon har høyere

---

prevalens av psykiske plager. Hvor angst og depresjon hos ungdom ikke nødvendigvis er et resultat av sosioøkonomisk posisjon, men heller internaliserende problemer som påvirkes av de samlede helsedeterminantene knyttet til lavere sosioøkonomiske grupper. I tillegg argumenterer Soest et al. (2012) for at individer med lav sosioøkonomisk posisjon benytter seg mer jevnlig av psykiske helsetjenester. Er årsaken gitt at prevalensen da er høyere i lavere sosioøkonomiske grupper? Eller kan det tenkes at terskelen for å oppsøke helsetjenester er høyere for individer med høy sosioøkonomisk posisjon? Som igjen kan grunnes i det faktum at psykiske lidelser fremdeles kan ses som tabubelagte i samfunnet.

Sosial mobilitet kan påvirke inntektsnivå, og videre posisjonen (Sund & Eikemo, 2011). Kan dårlig helse påvirke den sosioøkonomiske posisjonen? Eller er det slik at den sosioøkonomiske posisjonen påvirker helsen? I likhet med Soest et al. (2012), påpeker Dahl og Elstad (2009) det faktum at individer i lavere sosioøkonomiske grupper ofte har dårligere helse enn individer i høyere grupper. Som videre kan ses som relevant i forhold til helseproblemer som kan bidra til seleksjon ut av yrkeslivet, hvor resultatet blir lavere inntekt enn utgangspunktet. Samtidig kan den sosiale mobiliteten som Mæland (2009) viser til, gå i en annen retning. Det kan tenkes at dersom en er i en familie med høyere sosioøkonomisk posisjon, og en forelder rammes av helseproblemer som fører til at inntektskilden blir trygd eller liknende, at den sosiale mobiliteten går nedover. Hvordan kan dette da påvirke ungdom i familien? Ikke bare opplever en økonomisk endring, en er også i en sårbar periode i livet hvor slike påkjenninger kan øke risikoen for at psykiske lidelser utløses (Martinsen, 2011a).

Hvorfor er det slik som Najman et al. (2010) sine funn presenterer, at erfart fattigdom i ungdomstid har betydning for utvikling av angst og depresjon blant ungdom? Hvilken betydning har familiens økonomiske kapital for psykisk helse? Vi lever i et samfunn preget av økonomiske tjenester, hvor mye handler om fortjeneste og avkastning. Det kan hevdes at økonomi er av betydning for psykisk velbefinnende, da økonomisk stress påvirker den

---

psykiske tålegrensen. Som Fugelli og Ingstad (2009) understreker, kan en ikke kjøpe helse for penger, men god økonomi kan bidra til trivsel, trygghet og andre helsebetingelser. Lund og Dearing (2012) konkluderer med oppvekst i middelklassenabolag som mindre preget av risiko for internaliserende problemer hos ungdom, enn for unge som vokser opp i mer velstående nabolag, da individer i mer velstående nabolag demonstrerer psykologisk sårbarhet. Dette blir da motargumenter til ovennevnte, hvor fattigdom i ungdomstid øker risikoen for utvikling av internaliserende problemer. Kan en videre konkludere med at hverken erfart fattigdom eller erfart velstand er gunstig for utvikling av ungdoms psykiske helse?

Psykiske lidelser har lang eksistens, og kan det tenkes at prevalensen øker i tiden fremover? I og med at disse blir mindre tabubelagte (Mæland, 2014), vil flere individer oppsøke hjelp? Kan det samtidig føre til at flere ungdommer vil rapportere inn psykiske plager via spørreskjemaer og liknende? Eller kan åpenhet rundt psykiske lidelser og plager bidra til forebygging?

## **5.2 Vurdering av måleindikatorer på sosioøkonomisk posisjon**

Sosioøkonomisk posisjon kan anvendes for å se helseulikheter og hvordan ulike helsedeterminanter forbindes med utdanning, inntekt og yrke (Mæland, 2009). Som tidligere nevnt gir inntekt som mål på sosioøkonomisk posisjon kun et nåtidsbilde, samt at inntekt ikke nødvendigvis dekker alle materielle goder (Strand & Næss, 2009). Både Najman et al. (2010) og Melchior et al. (2010) bruker familieinntekt som måleindikator på sosioøkonomisk posisjon. I hvilken grad kan disse resultatene da overføres til dagens samfunnsbilde? Til tross for at Najman et al. (2010) henter sine datasett fra 1981 og 1984, og Melchior et al. (2010) henter sine datasett fra 1991 og 1999. I disse datasettene kan begrepsvaliditeten utfordres, samtidig som den ytre validiteten kan være høy, da inntekt som mål på sosioøkonomisk posisjon kan anvendes til å få innsyn i valgmuligheter og eventuelle



---

begrensninger (Sund & Eikemo, 2011). Inntekt er samtidig forbundet med utdanning og yrke (Mæland, 2009), som da kan bidra til å gi et innblikk i foreldres utdannings- og yrkessituasjon.

I tillegg til yrkesinntekt som mål på sosioøkonomisk posisjon, bruker Soest et al. (2012) også foreldres og barnas utdanningsnivå, trygdeytelser, arbeidsledighetstrygd, uføretrygd og attføringsstønad som måleindikatorer. Ved å inkludere velferdsordninger som trygd og stønad kan de gjennom studien inkludere flere individer, også de som faller utenfor dersom kun yrkesinntekt skulle vært en måleindikator (Strand & Næss, 2009). Ved å bruke både foreldres og barnas utdanningsnivå kan de inkludere de fleste grupper i samfunnet, i tillegg til at utdanning som måleindikator kan bidra til å fange opp levekår blant barn og unge (Strand & Næss, 2009). Til tross for dette fremkommer det likevel at ungdom av foreldre med lav utdanning er underrepresentert, samt at ungdom som ikke gikk på skole ved første datainnsamling har blitt utelatt (Soest et al., 2012). Det er likevel et representativt utvalg, da det er 2606 respondenter. Soest et al. (2012) hevder samtidig at alle indikatorer på lav sosioøkonomisk status, bortsett fra foreldres utdanning, kan relateres til høyere sannsynlighet for forskrivning av antidepressiva. Lund og Dearing (2012) bruker samlet familieinntekt, i tillegg til foreldres utdanning og yrkesstatus, som måleindikatorer på sosioøkonomisk posisjon. I likhet med Soest et al. (2012) sine resultater, kan ikke Lund og Dearing (2012) sine funn vise til en sammenheng med familieinntekt og økt risiko for internaliserende problemer hos ungdom.

Najman et al. (2010), Soest et al. (2012), Melchior et al. (2010) og Lund og Dearing (2012) anvender eksisterende datasett samlet inn via spørreskjemaer. Som tidligere nevnt er andelen som vurderer egen helse som god, ofte individer med høyere sosioøkonomisk posisjon (Strand & Næss, 2009). I tillegg fremkommer det i en Ungdata- rapport at kun 48% av ungdom fra familier med det som betegnes som dårlig råd rapporterer at de er fornøye med

egen helse (NOVA, 2013). Dermed kan det stilles spørsmål ved hvorvidt spørreskjemaer til selvutfylling kan estimere prevalens av psykiske lidelser. Og videre bør det vurderes hvor høy reliabilitet det er i denne type undersøkelser. Samtidig viser Martinsen (2011a) til hvordan spørreskjemaer kan anvendes som verktøy for å kartlegge insidens av symptomer og plager. Dermed kan befolkningsundersøkelser hvor det anvendes spørreskjemaer til selvutfylling for psykiske lidelser bli misvisende, men dersom det gjelder psykiske plager, kan spørreskjemaer bidra til kartlegging.

---

## 6. Konklusjon

Det vises til ungdomstiden som en sårbar periode for utvikling av psykisk helse, hvor ungdom som møter sosioøkonomiske utfordringer har økt risiko for utvikling av internaliserende problemer (Melchior et al., 2010). Samtidig kan det konkluderes med at forskrivning av antidepressiva er forbundet med lavere sosioøkonomisk posisjon, tatt i betraktning at det er økt prevalens av psykiske lidelser i lavere sosiale lag (Soest et al., 2012). Najman et al. (2010) viser til erfart fattigdom i ungdomstid som utgjør en relevant risiko for internaliserende problemer. Hvorpå Lund og Dearing (2012) konkluderer med oppvekst i middelklassenabolag som mindre preget av risiko for utvikling av internaliserende problemer. Med grunnlag i foregående teori og forskningsartikler, kan det konkluderes med at foreldres sosioøkonomiske posisjon er av betydning for utvikling av angst og depresjon blant ungdom. Det vises til perioder en er utsatt for økt risiko for utvikling av angst og depresjon, men derimot tyder funnene på at det er vanskelig å fastslå i hvilken grad sosioøkonomisk posisjon er av betydning, og videre hvilke årsaksfaktorer som foreligger.

Det nevnes sosiale miljøfaktorer og sosial arv, hvor det påpekes at foreldres sosioøkonomiske posisjon påvirker barnets posisjon som voksen (Schieffloe, 2011). Dette kan underbygges av det faktum at helsevaner i tidlig alder er av betydning for helse som voksen (Sund & Eikemo, 2011). I forhold til betydningen av foreldres sosioøkonomiske posisjon for utvikling av angst og depresjon hos ungdom, kan det videre være nyttig å studere årsaksfaktorer som ligger til grunn for hvorfor sosioøkonomiske faktorer er av betydning.

---

## Litteraturliste

Dahl, E. & Elstad, J. I. (2009). Kan helsereelatert seleksjon forklare sosial ulikhet i helse? I J.

G. Mæland, J. I. Elstad, Ø. Næss & S. Westin (red.), *Sosial epidemiologi: Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt* (1.utg., s. 249-265). Oslo: Gyldendal akademisk.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Folkehelseinstituttet. (2010). *Psykiske plager og lidelser hos barn og unge*. (Lokalisert på:

<http://www.fhi.no/artikler/?id=84062>)

Folkehelseinstituttet. (s.a.). Norgeshelse statistikkbank. (Lokalisert på:

<http://www.norgeshelse.no/norgeshelse/?language=no>)

Fugelli, P. & Ingstad, B. (2009). *Helse på norsk: God helse slik folk ser det*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Heggen, K. & Øia, T. (2005). *Ungdom i endring: Mestring og marginalisering*. Oslo:

Abstraks forlag AS.

Håkonsen, K. M. (2009). *Innføring i psykologi* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5.utg.). Oslo: Gyldendal

Akademisk.

Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til*

*samfunnsvitenskapelig metode* (4.utg.). Oslo: Abstrakt forlag.

Kringlen, E. (2011). *Psykiatri* (10.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- 
- Lund, T. J. & Dearing, E. (2012). Is growing up affluent risky for adolescents or is the problem growing up in an affluent neighborhood? *Journal of Research on Adolescence*, 23(2), 274-282. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-7795.2012.00829.x>
- Martinsen, E. W. (2011a). Psykiske lidelser som folkehelseutfordring. I N. C. Øverby, M. K. Torstveit & R. Høigaard (red.), *Folkehelsearbeid* (1.utg., s. 112- 123). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Martinsen, E. W. (2011b). *Kropp og sinn: Fysisk aktivitet - Psykisk helse - Kognitiv terapi* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Melchior, M., Chastang, J.-F., Walburg, V., Arseneault, L., Galéra, C. & Fombonne, E. (2010). Family income and youths' symptoms of depression and anxiety: A longitudinal study of the French Gazel Youth cohort. *Depression and Anxiety*, 27, 1095- 1103. <http://dx.doi.org/10.1002/da.20761>
- Mæland, J.G. (2009). Sammenfattende årsaksmodeller for sosiale ulikheter i helse. I J. G. Mæland, J. I. Elstad, Ø. Næss & S. Westin (red.), *Sosial epidemiologi: Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt* (1.utg., s. 213-231). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Mæland, J. G. (2014). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Najman, J. M., Hayatbakhsh, M. R., Clavarino, A., Bor, W., O'Callaghan, M. J. & Williams, G. M. (2010). Family poverty over the early life course and recurrent adolescent and young adult anxiety and depression: a longitudinal study. *American Journal of Public Health*, 100(9), 1719-1723

---

NOVA. (2013). *Ungdata. Nasjonale resultater 2010- 2012* (NOVA Rapport 10/13). Oslo: NOVA.

NOVA. (2015). *Ungdata. Nasjonale resultater 2014* (NOVA Rapport 7/15). Oslo: NOVA .

Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold: Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Schiefloe, P. M. (2011). *Mennesker og samfunn: Innføring i sosiologisk forståelse* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken: Sinn – Kropp – Samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Sletteland, N., & Donovan, R. M. (2012). *Helsefremmende lokalsamfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Soest, T. v., Bramness, J. G., Pedersen, W. & Wichström, L. (2012). The relationship between socio-economic status and antidepressant prescription: a longitudinal survey and register study of young adults. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21, 87-95. <http://dx.doi.org/10.1017/S2045796011000722>

Strand, B. H. & Næss, Ø. (2009). Folkehelsens sosioøkonomiske fordeling. I J. G. Mæland, J. I. Elstad, Ø. Næss, & S. Westin (red.), *Sosial epidemiologi: Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt* (1. utg., s. 59-79). Oslo: Gyldendal akademisk.

Støren, I. (2013). *Bare søk!: Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

- 
- Sund, E.R. & Eikemo, T.A. (2011). Sosiale ulikheter i helse. I N. C. Øverby, M. K. Torstveit & R. Høigaard (Red.), *Folkehelsearbeid* (1.utg., s. 124-144). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Vedøy, I. B. & Skulberg, K. R. (2015). Folkehelse – hva er det? I E. Å. Skille, I. B. Vedøy & K. R. Skulberg (red.), *Folkehelse – en tverrfaglig grunnbok* (1.utg., s. 11-38). Vallset: Oplandske Bokforlag AS.
- Wichstrøm, L. (2007). Internaliserende vansker. I I. L. Kvalem & L. Wichstrøm (Red.), *Ung i Norge: Psykososiale utfordringer* (1. utg., s. 69-77). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Wilken, L. (2008). *Pierre Bourdieu*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag
- Wold, B. & Samdal, O. (2009). Levevaner: individuelle valg eller sosiokulturelle produkter? I J. G. Mæland, J. I. Elstad, Ø. Næss, & S. Westin (red.), *Sosial epidemiologi: Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt* (1.utg., s. 83-95). Oslo: Gyldendal akademisk.