

Fakultet for medisin- og helsevitenskap  
Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap

**Eksamensoppgave i HERG3004 (Bacheloroppgave)**

**Kandidatnummer: 10023, 10037**

## **Sosiale relasjoner og psykisk helse hos ungdom**

### **Social relations and mental health in youth**

**Kull: BET16**

**Antall ord: 8210**

Annen informasjon:

NTNU har intet ansvar for synspunkter eller innhold i oppgaven.  
Framstillingen står utelukkende for studentens regning og ansvar.

## **Sammendrag**

**Tittel:** Sosiale relasjoner og påvirkning på psykisk helse

**Bakgrunnsinformasjon:** Formålet med denne oppgaven er å besvare problemstillingen “*Hvordan kan sosiale relasjoner påvirke psykisk helse hos ungdom?*”. Psykiske lidelser forekommer ofte. Ifølge Folkehelseinstituttet vil mellom 30 og 50 prosent få en psykisk lidelse i løpet av livet. Valgt teori for å belyse temaet er modellen om person, aktivitet og omgivelser (PEO-modellen) og aktivitetsidentitet.

**Metode:** Denne bacheloroppgaven er en litteraturstudie. Vi har benyttet fem vitenskapelige artikler hentet fra databasen Oria. Analysearbeidet er inspirert av Malteruds firetrinnsmodell for analyse.

**Resultat og konklusjon:** Forskning tyder på at sosiale relasjoner kan påvirke psykisk helse både positivt og negativt. Gode sosiale relasjoner kan bidra til å forebygge psykiske plager, samt å gjenopprette seg fra eventuelt oppståtte utfordringer. Dårlige sosiale relasjoner kan medføre sosial tilbaketrekning og psykisk uhelse.

**Nøkkelord:** Depresjon, ungdom, psykisk helse, relasjoner

## Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	5
1.1 Kunnskapsgrunnlag.....	5
1.2 Sosial støtte.....	5
1.3 Betydningen av sosial støtte for god psykisk helse.....	6
1.4 Problemstillingen.....	7
2.0 Avgrensninger og begrepsavklaringer.....	8
2.1 Aktivitet og deltakelse.....	8
2.2 Videre struktur.....	8
3.0 Teori.....	8
3.1 PEO-modellen.....	9
3.2 Aktivitetsidentitet.....	9
4.0 Metode.....	10
4.1 Databaser.....	10
4.2 Søkord og avgrensninger.....	10
4.3 Kildekritikk.....	11
4.4 Analyse.....	12
4.4.1 Helhetsinntrykk.....	12
4.4.2 Meningsbærende enheter.....	12
4.4.3 Kondensering.....	13
4.4.4 Syntese.....	13
4.4.5 Oversikt over hovedtema og subtema.....	13
5.0 Resultat.....	14
5.1 Relasjonsvansker.....	15
5.1.1 Familie.....	15
5.1.2 Jevnaldrende.....	16
5.1.3 Sosial tilbaketrekning.....	16
5.2 Positive relasjoner.....	17
5.2.1 Familie.....	18
5.2.2 Jevnaldrende.....	18
6.0 Diskusjon.....	19
6.1 Relasjonsvansker.....	19
6.1.1 Familie.....	20
6.1.2 Jevnaldrende.....	21
6.1.3 Sosial tilbaketrekning.....	22
6.2 Positive relasjoner.....	24
6.2.1 Familie.....	26

6.2.2 Jevnaldrende.....	27
6.3 Kritisk refleksjon.....	28
7.0 Konklusjon .....	29
Referanseliste .....	31
Vedlegg 1 .....	35
Vedlegg 2 .....	36

# 1.0 Innledning

I denne litteraturstudien har vi tatt utgangspunkt i et samfunnsaktuelt og faglig relevant tema; psykisk helse og ungdom. Vi har formulert en problemstilling, som skal undersøkes og diskuteres nærmere ved hjelp av innsamlet datamateriale fra fem ulike forskningsartikler, aktivitetsperspektiv og sentrale nasjonale føringer. Heretter vil kunnskapsgrunnlag legges frem, og videre vil problemstillingen bli presentert.

## 1.1 Kunnskapsgrunnlag

Psykiske lidelser forekommer ofte, og ifølge Folkehelseinstituttet vil mellom 30 og 50 prosent få en psykisk lidelse i løpet av livet (Regjeringen, 2017-2022). Regjeringen har som mål at flere skal oppleve trivsel og god psykisk helse, og at sosiale forskjeller innen psykisk helse skal reduseres. I tillegg vil de tilrettelegge for å oppdage mennesker som har behov for hjelp, og iverksette målrettede tiltak for personer i en sårbar situasjon, før de eventuelt utvikler psykiske lidelser. Vi trenger økt åpenhet og kunnskap om psykisk helse. Dette kan gjøre det lettere både å takle store og små utfordringer, forebygge og behandle sykdom. I tillegg kan det bli enklere å mestre å leve med sykdom (Regjeringen, 2017-2022).

Psykiske lidelser er den viktigste årsaken til uførhet blant personer under 30 år (Regjeringen, 2017-2022), og kan derfor anses som samfunnsaktuelt. Ifølge Swarbrick og Noyes (2018) er psykisk og sosial helse nødvendig for en positiv følelse av velvære, og overgår alle medisinske diagnoser og utfordringer man trenger bistand til. Virkningen av sosial og psykisk helse er en vurdering gjennom alle ergoterapeutiske intervensjoner, og sikrer at alle får muligheter til å delta i livet gjennom deltakelse i meningsfulle aktiviteter (Swarbrick & Noyes, 2018).

## 1.2 Sosial støtte

Opplevelsen av å håndtere og mestre hverdagslivet kan være nødvendig for helse og trivsel (Det kongelige helse- og omsorgsdepartement, 2014-2015). Sosial støtte og sosiale nettverk påvirker den psykiske helsen positivt, mens utenforskap, ensomhet og stress har negativ effekt. Sosial støtte kan bidra til mening i tilværelsen, mestring, selvspekt og identitet,

fellesskap, tilhørighet og trygghet. Det sosiale nettverket bidrar til sosial støtte og har derfor betydning for helsen. Sosial støtte innebærer å få kjærighet og omsorg, bli anerkjent og verdsatt og å tilhøre et fellesskap. Et velfungerende sosialt nettverk der man opplever støtte og tilhørighet assosieres med redusert risiko for å utvikle depresjon, i tillegg til at man i et sosialt nettverk kan ha noen å snakke med om det som er vondt og vanskelig (Det kongelige helse- og omsorgsdepartement, 2014-2015).

Ungdata-undersøkelsene (Bakken, 2016) viser at rundt én av ti ungdommer mangler fortrolige venner. For å tilrettelegge deltakelse for alle i sosiale aktiviteter, vil regjeringen bidra til utvikling av gode nærmiljø (Det kongelige helse- og omsorgsdepartement, 2014-2015). Ensomhet, sosial utstøting og forskjellige former for psykiske belastninger er aktuelle utfordringer i folkehelsearbeidet. For å fremme trivsel og god psykisk helse kan det være hensiktsmessig å tilrettelegge for etablering av sosiale nettverk, deltakelse og sosial støtte i hverdagslivet gjennom sentrale arenaer som skole og arbeidsliv (Det kongelige helse- og omsorgsdepartement, 2014-2015).

Flere faktorer kan føre til sosial utstøting, og psykiske lidelser er en av dem. For eksempel kan ungdom som faller ut av skole, og ikke har noen alternativer til jobb eller utdanning, ha økt risiko for å bli marginalisert. Mangel på sosial støtte kan øke risikoen for både somatiske og psykiske lidelser (Det kongelige helse- og omsorgsdepartement, 2014-2015).

I forbindelse med Ungdata-undersøkelsene (Bakken, 2016) er andelen ungdom som rapporterer om psykiske utfordringer høyere enn forventet. For eksempel rapporterer litt over ti prosent at de er plaget av depresjonssymptomer. Andelen øker med alder og det er flere jenter enn gutter som rapporterer dette (Det kongelige helse- og omsorgsdepartement, 2014-2015).

### 1.3 Betydningen av sosial støtte for god psykisk helse

Depresjon er utbredt blant ungdom (Babiss & Gangwisch, 2009). Ifølge World Health Organization (2004) har én av åtte ungdommer under 18 år en psykisk lidelse. En god og robust psykisk helse kan bidra til at et redusert antall barn og unge utsettes for risikosituasjoner der de kan utvikle psykiske utfordringer (Regjeringen, 2017-2022). Ungdom

med en manglende følelse av tilhørighet i sosiale grupper som egen familie, venner eller i skolesammenheng, kan ha større sannsynlighet for å utvikle utfordringer med psykisk helse (Miller, Wakefield & Sani, 2017). I en rapport fra NOVA (Sletten & Bakken, 2016) kobles nå høyere opplevelse av stress i hverdagen til psykiske plager blant ungdom, sammenlignet med generasjonene før dem.

Gode og trygge rammer i oppveksten kan bidra til god psykisk helse. Barn og unges viktigste omsorgspersoner og støttespillere er ofte foreldre, og dermed er et godt foreldreskap viktig for å forhindre psykisk uhelse hos barn og unge (Regjeringen, 2017-2022). Ungdataundersøkelsene (Bakken, 2016) viser at barn og unge stort sett har et godt forhold til sine foreldre. Til tross for dette er det også mange som har utfordringer med å lykkes i foreldrerollen (Regjeringen, 2017-2022). Det kan være utfordrende for foreldre å vite om barnet deres er deprimert, eller om det bare går gjennom en vanskelig periode (Helsenorge, 2019).

Opplevd sosial støtte kan fungere beskyttende mot belastninger og ulike former for stress barn og unge utsettes for, og det er derfor viktig at alle barn og unge har tilgang på vennskap og sosial støtte, og har positive opplevelser med relasjoner til voksne, yngre og jevnaldrende (Regjeringen, 2017-2022).

## 1.4 Problemstillingen

Basert på kunnskapsgrunnlaget nevnt ovenfor har vi formulert følgende problemstilling:

*“Hvordan kan sosiale relasjoner påvirke psykisk helse hos ungdom?”*

Vi har valgt ordet “påvirke” i problemstillingen for å kunne undersøke både virkningen av sosiale relasjoner for utvikling av psykiske utfordringer, og hvordan sosiale relasjoner kan påvirke positivt før, eller når psykiske plager har inntruffet.

## 2.0 Avgrensninger og begrepsavklaringer

Ved innhenting av forskningsartikler kom det frem at hovedfokuset er på depresjon blant ungdom. Derfor vil dette belyses mest gjennom oppgaven.

### 2.1 Aktivitet og deltakelse

Med begrepet aktivitet menes å utføre lek, arbeid og hverdagsaktiviteter innenfor en sosiokulturell, tidsbestemt og fysisk kontekst. Identitet påvirkes av aktivitetene man utfører (Kielhofner, 2008).

Deltakelse er å bli involvert i eller ta del i hverdagsaktiviteter, arbeid eller lek. I Kielhofner (2008) nevnes det at engasjement i aktivitet innebærer en subjektiv opplevelse av både situasjon og utførelse. Deltakelse er både personlig og kontekstuell. Aktivitetene man deltar i påvirkes av individets unike motivasjoner, roller, vaner, begrensninger og muligheter. Omgivelsene kan fremme eller hemme deltakelse. Begrensninger i en persons utførelse av aktivitet kan påvirke deltakelse, men ikke nødvendigvis forhindre deltakelse (Kielhofner, 2008).

### 2.2 Videre struktur

Vi har delt oppgaven inn i sju kapitler. Heretter følger kapittel tre som er en beskrivelse av den ergoterapeutiske teorien vi har tatt utgangspunkt i. Videre følger kapittel fire som er metodekapittelet. Der beskrives søkeprosessen og kildekritikk legges frem. Deretter presenteres funnene våre fra forskningsartiklene i kapittel fem. I kapittel seks kommer diskusjonen hvor vi belyser problemstillingen ved hjelp av forskning, teori og kunnskapsgrunnlag. Til slutt, i kapittel sju, gis det en konklusjon på problemstillingen.

## 3.0 Teori

I denne oppgaven vil modellen om person, aktivitet og omgivelse (PEO-modellen) anvendes for å belyse sammenhengen mellom sosiale relasjoner og psykisk helse. Aktivitetsidentitet



benyttes også for å undersøke hvordan depresjon og psykiske utfordringer påvirker individet og dets identitet.

### 3.1 PEO-modellen

PEO-modellen kan brukes for å beskrive og vurdere sosiale omgivers betydning for deltakelse hos mennesker med psykisk uhelse (Law, Cooper, Strong, Stewart, Rigby & Letts, 1996). Modellen består av komponentene person, environment (omgivelser) og occupation (aktivitet). Med person menes personens erfaringer, ferdigheter og kunnskaper. Alle individer har forskjellige roller og motivasjon for å utøve aktiviteter. Omgivelser beskriver i hvilken kontekst aktiviteten finner sted. Kontekst innebærer blant annet sosiale, fysiske, kulturelle, institusjonelle og sosioøkonomiske omgivelser. Disse kan både fremme og hemme utførelse av aktivitet. Aktiviteter er alt et menneske utfører, innen områder som fritid, skole, hverdagsaktiviteter og arbeid (Law et. al., 1996).

Law et. al. (1996) hevder videre at de tre komponentene påvirker en persons mulighet til å utføre aktivitet. PEO-modellen belyser balansen mellom disse komponentene, og fremstilles ofte som tre sirkler når den illustreres (se vedlegg 1). Desto mer komponentene overlapper, jo større er muligheten for god aktivitetsutførelse. Selve overlappingen representerer aktivitetsutførelsen. Det er nødvendig at komponentene vurderes sammen, da de gjensidig påvirker hverandre (Law et. al., 1996). Videre i oppgaven vil PEO-modellen bli anvendt for å vurdere de sosiale omgivers påvirkning på ungdommens psykiske helse, og mulighet for sosial deltakelse.

### 3.2 Aktivitetsidentitet

Identitet er en sammensatt definisjon av individet og inkluderer verdier, roller, oppfattelse av seg selv og personlige ønsker og mål (Christiansen, 1999). Christiansen (1999) sier at deltakelse i aktiviteter er med på å forme aktivitetsidentiteten vår. Kielhofner (2008) tolker aktivitetsidentitet som en sammensatt forståelse av hvem man er og hvem man ønsker å være som aktivitetsvesen. Aktivitetsidentitet innebærer også individets egen tro på utførelseskapasitet, hva man interesserer seg for, hvem man opplever at man er og ens deltakelse i aktiviteter. Kielhofner (2008) nevner også at aktivitetsidentiteten utvikles over tid.

Ved en endring i helsesituasjonen, blant annet ved symptomer på depresjon, kan individets aktivitetsidentitet bli påvirket. Man kan da oppleve redusert mulighet for utførelse av meningsfulle aktiviteter, altså de aktivitetene som er med på å forme deres aktivitetsidentitet.

Videre vil metode for innhenting av data, og analyse av materialet legges frem.

## 4.0 Metode

For å undersøke hvordan sosiale relasjoner kan påvirke psykisk helse hos ungdom ble det tatt utgangspunkt i fem vitenskapelige artikler. I denne delen av oppgaven vil metode for litteratursøk og vår strategi for å analysere de vitenskapelige artiklene bli beskrevet.

### 4.1 Databaser

Vi søkte etter vitenskapelige artikler som omhandlet temaet i problemstillingen vår i databasene Oria, PsycINFO, PubMed og OTseeker. I Oria får man tilgang til litteratur som finnes ved de fleste norske fag- og forskningsbibliotek (Bibsys, u.å.). PsycINFO er en database som inneholder artikler med hovedfokus i atferds- og sosialvitenskap (APA, u.å.). På databasen PubMed kan man også finne artikler fra atferds- og sosialvitenskap, i tillegg til artikler om helse og biomedisin, biologi og kjemi (NCBI, 2019). Databasen OTseeker inneholder artikler mer spesifikt rettet mot ergoterapi og som er relevante for ergoterapeutiske intervensjoner (OTSEE, u.å.). Disse databasene ble brukt under søkeprosessen for å undersøke hvilke som ga mest relevant kunnskap for vår problemstilling. Vi ønsket å utforske flere databaser enn de vi har brukt mest hittil.

### 4.2 Søkord og avgrensninger

Litteratursøket foregikk hovedsakelig på engelsk, da de fleste artikler er publisert på engelsk for å nå en større målgruppe. Dersom vi hadde søkt på et mindre utbredt språk kunne vi risikert å gå glipp av relevant informasjon.

Følgende søkeord ble brukt for å finne artiklene; adolescent, adolescents, depression, depressive, disconnection, disorder, loss, mental health, school, socialization, stress, teenagers, youth. Vi prøvde ulike kombinasjoner av ordene for å finne litteratur som belyste problemstillingen vår. Søkeordene ble valgt ut på bakgrunn av tema og problemstilling. Det ble foretatt litteratursøk på alle de fire nevnte litteraturoppslagsdatabasene; Oria, PsycINFO, PubMed og OTseeker. Alle fem artiklene ble funnet på Oria. Oria ble brukt mest, fordi denne databasen har gode muligheter for avgrensning i form av blant annet emner. Søkene ble avgrenset med følgende emner; adolescent, adolescents, adolescent psychiatry, depression. Søkeperioden foregikk mellom 28. mars 2019 og 30. april 2019.

De fem artiklene ble blant annet valgt på bakgrunn av vårt aktivitetsperspektiv og samfunnsaktualitet. Alle søkene ble avgrenset til å bare vise fagfellevurderte artikler skrevet på engelsk. Fire av fem søk ble begrenset med utgivelsesår fra 2000, mens ett av fem søk ble begrenset med utgivelsesår fra 2010. Vi avgrenset søkene til utgivelsesår på bakgrunn av at vi ønsket å lese nyere artikler, da vi ville finne den mest oppdaterte forskningen (Dalland, 2012). Se vedlegg 2 for mer utfyllende søkemetodikk og detaljer.

### 4.3 Kildekritikk

Alle forskningsartiklene vi har brukt i denne oppgaven er skrevet på engelsk. Oversettingen av disse kan medføre misforståelser eller feiltolkninger fra vår side (Dalland, 2012).

I all hovedsak har vi holdt oss til primærkilder, men vi har likevel valgt å bruke en oversiktsartikkel. Grunnen til dette er at en oversiktsartikkel gir bred oversikt over forskning innenfor et tema, da den belyser og kritisk vurderer forskning som allerede er presentert i vitenskapelige tidsskrifter (Dalland, 2015). Samtidig kan det oppstå utfordringer med å bruke oversiktsartikler fordi informasjonen allerede er fortolket og videreformidlet av noen andre, som kan medføre feiltolkninger som vi igjen fortolker og videreformidler (Dalland, 2015).

Ved vurdering av gyldighet og holdbarhet stilte vi oss noen spørsmål for å kartlegge kildenes kvalitet i forhold til vår oppgave og problemstilling (Dalland, 2015). I denne prosessen forsøkte vi å vurdere hva slags type tekst kildene er, hvem som har skrevet teksten, hvem teksten er skrevet for, hvorfor forfatteren skriver om dette, formålet med teksten og når teksten er skrevet (Dalland, 2015).

Videre stilte vi oss nye spørsmål i forhold til forskningsartiklenes relevans for vår problemstilling; hvordan og på hvilken måte kildene kan belyse problemstillingen vår, og hvordan vi forestilte oss at vi kunne bruke kildene i oppgaven (Dalland, 2015). Som nevnt under metode, ble artiklene valgt ut på bakgrunn av tema for vår oppgave og at de kan belyses i sammenheng med samfunnsaktualitet og vårt aktivitetsperspektiv.

Vi har analysert artiklene, og videre følger en beskrivelse av analysen og utvalgte funn.

## 4.4 Analyse

I analysearbeidet har vi vært inspirert av metoden fra Malterud (2017), som består av følgende fire trinn: 1) Helhetsinntrykk, 2) Meningsbærende enheter, 3) Kondensering og 4) Syntese. Denne analysemetoden har vi brukt for å strukturere fremgangsmåten.

### 4.4.1 Helhetsinntrykk

Dette trinnet handler om å bli kjent med materialet for å få et helhetlig bilde, og vurdere mulige temaer (Malterud, 2017). Vi utførte dette ved å lese gjennom artiklene i papirform hver for oss, og markerte delene av teksten i ulike farger. Fargene symboliserte ulike foreløpige temaer. Etter å ha lest og markert artiklene hver for oss, sammenlignet vi dataene vi hadde markert. Vi diskuterte informasjonen vi hadde markert, og kom frem til en enighet om mulige temaer og informasjon som kunne bidra til å besvare vår problemstilling.

### 4.4.2 Meningsbærende enheter

Trinn to dreier seg om å organisere datamaterialet som skal undersøkes nærmere (Malterud, 2017). Etter vi hadde gjennomgått materialet flere ganger for å finne relevant informasjon (meningsbærende enheter), opprettet vi et felles dokument hvor vi punktvis skrev inn informasjonen vi hadde markert i teksten. Deretter sammenfattet vi hvilke temaer som var felles for artiklene. Vi kom i første omgang frem til tre hovedtemaer med tilhørende subtemaer, men underveis i prosessen ble det tydelig at det var hensiktsmessig å endre tema, da vi oppdaget at de opprinnelige temaene ikke belyste problemstillingen tydelig nok. Vi kom

da frem til hovedtemaene: relasjonsvansker og positive relasjoner, med subtemaene: familie, jevnaldrende og sosial tilbaketrekning.

#### 4.4.3 Kondensering

I det tredje trinnet i analysen sorteres informasjonen og plasseres mer nøyaktig etter grundigere gjennomgang (Malterud, 2017). Eksempelvis har vi underveis i prosessen, kommet frem til et tema, der det viste seg at vi hadde få meningsbærende enheter, og valgte derfor å sammenfatte dette temaet med et større og mer passende tema. Etter videre gjennomgang av materialet kom vi frem til subtemaer som belyste problemstillingen på en ønsket måte.

#### 4.4.4 Syntese

Det siste trinnet i analysen omhandler å sammenfatte funnene ved fortolkede synteser som danner grunnlaget for nye beskrivelser (Malterud, 2017). I dette trinnet vurderte vi om resultatene fortsatt ga en legitim beskrivelse av den opprinnelige sammenhengen (Malterud, 2017). Her koblet vi sammen informasjonen i artiklene som vi tidligere hadde sortert i temaer. Vi satte sammen informasjonen til fulltekst, slik at den skulle ha en sammenheng selv om informasjonen kom fra ulike artikler, og at den skulle belyse problemstillingen vår fra ulike synsvinkler.

#### 4.4.5 Oversikt over hovedtema og subtema

<b>Relasjonsvansker</b>	<b>Positive relasjoner</b>
Familie	Familie
Jevnaldrende	Jevnaldrende
Sosial tilbaketrekning	

## 5.0 Resultat

<b>Tittel</b>	<b>Forfatter(e)</b>	<b>Publisert (årstall)</b>	<b>Hensikt</b>	<b>Deltakere</b>	<b>Metode</b>
“Did I bring it on myself?” An exploratory study of the beliefs that adolescents referred to mental health services have about the causes of their depression	Midgley, Parkinson, Holmes, Stapley, Eatough & Target	2017	Å undersøke ungdoms generelle oppfatning om årsaken til deres depresjon.	465 ungdommer (348 jenter, 117 gutter).	Randomisert kontrollert studie. Kvalitativ
Looking beyond psychopathology: The dual-factor model of mental health in youth	Suldo & Shaffer	2008	Å undersøke nytten av dual-faktor modellen for mental helse for ungdom.	349 skoleelever i alderen 10-16 år.	Elevene ble vurdert via selvrangeringsskala. Kvalitativ
The theme of disconnection in adolescent girls’ understanding of depression	Hetherington & Stoppard	2002	Utforske jenters objektive tanker om depresjon, og ikke deres egne erfaring med depresjon.	14 jenter i alderen 14-17 år	Semi-strukturerte intervju Kvalitativ
”Being in a funk”: Teens’ efforts to understand their depressive experiences	Wisdom & Green	2004	Å forstå ungdoms erfaring med depresjon	22 ungdommer	Individuelle dybdeintervju og fokusgruppeintervju. Kvalitativ
Adolescent depression: a Metasynthesis	Dundon	2006	Å forene stemmene til ungdommene som har deltatt i kvalitativ forskning.	Ulikt i de undersøkte studiene (referansene)	Litteraturstudie (seks artikler)

Etter analyse av forskningsartiklene, kommer det frem at relasjonsvansker i ungdomstiden er en viktig faktor for utvikling av depresjon. Ungdommer forklarte ofte depresjon som følge av opplevelser i barndommen, voksne understreket separasjon eller skilsmisse, og eldre betraktet tap av nære personer og ensomhet å være vanlige forklaringer på depresjon (Midgley et. al., 2017). Mange unge assosierte starten på utfordringene med stressende opplevelser, ofte knyttet til relasjonsvansker, inkludert følelsen av avvisning, brudd i relasjoner med medelever og mobbing (Midgley et. al., 2017).

## 5.1 Relasjonsvansker

Hetherington og Stoppard (2002) undersøkte tenåringers forståelse av depresjon. De snakket med ungdom i videregående skole som ikke personlig hadde erfart depresjon. Disse ungdommene anså depresjon som et resultat av redusert deltakelse i samfunnet og sosial tilbaketrekning (Hetherington & Stoppard, 2002). Deres forståelse av roten til depresjon fokuserte på relasjonsvansker, som brudd i forhold og dårlig kommunikasjon med familie, venner og jevnaldrende. I tillegg oppfattet noen årsakene til depresjon som press og forventninger i ungdomstiden, tap av nære personer og misbruk og endringer i familielivet (Midgley et. al., 2017).

### 5.1.1 Familie

Noen ungdommer beskrev hvordan de følte seg i tilfeller hvor nærpå personer i familien ikke verdsatte dem (Midgley et. al., 2017). De beskrev en følelse av at de ikke var bra nok, eller ikke prøvde hardt nok. De fikk dårlige følelser om seg selv og begynte å ofte tvile på seg selv (Midgley et. al., 2017).

Ungdommer som hadde opplevd avvisning av en forelder snakket om vanskeligheten med å vite hvem de kunne stole på eller hvem som faktisk brydde seg om dem, når ikke engang deres egne foreldre brydde seg (Midgley et. al., 2017). Noen av deltakerne påpekte at foreldrene ikke alltid plukket opp symptomene på depresjon, men anså det som “normal” atferd i ungdomstiden (Dundon, 2006), slik som “Emma” forklarte:

*“A lot of times, it’s dismissed. ... A lot of times people are like, ‘Oh, she’s 15, she’s depressed, that’s OK, it’ll pass”* (Ross et al., 2003, p. 64).

Ungdommer med symptomer på depresjon opplevde mindre sosial støtte fra foreldrene enn ungdommer med god psykisk helse (Suldo & Shaffer, 2008). I tillegg rapporterte sårbar ungdom generelt dårligere helse og flere begrensninger i familieaktiviteter på grunn av helse- eller atferdsproblemer enn ungdommer med god psykisk helse (Suldo & Shaffer, 2008).

### 5.1.2 Jevnaldrende

Hovedgrunnen til depresjon hos ungdom ble sett på som problemer forbundet med relasjoner og ønsket om et forhold (Hetherington & Stoppard, 2002). Ifølge deltakerne kan dårlig kontakt med venner føre til tap av vennskap, som kan være opprørende for ungdommer (Hetherington & Stoppard, 2002).

Det er også farer forbundet med å miste et romantisk forhold, som av ungdommene ble beskrevet som en av de viktigste årsakene til depresjon. Samtidig følte mange deltakere at å miste et slikt forhold utgjorde en mindre legitim grunn til å være deprimert enn andre grunner (Hetherington & Stoppard, 2002). Press for å passe inn i en gruppe og for å være i et forhold veide tungt i deltakernes beskrivelse av hva som forårsaket deres depresjon (Dundon, 2006). Funn i tre av fem artikler nevner at mange unges er selvtillit forbundet med å ha en kjæreste, og dermed blir det å miste en kjæreste, nedgang i selvtillit (Dundon, 2006; Hetherington & Stoppard, 2002; Midgley et. al., 2017).

### 5.1.3 Sosial tilbaketrekning

Ungdommene beskrev ensomhet og en målrettet tilbaketrekning fra sosial samhandling som en følelse av å ikke høre til, eller mangel på sosial støtte (Hetherington & Stoppard, 2002). De beskrev depresjon som et tap av sosial tilknytning eller sosial tilbaketrekning (Hetherington & Stoppard, 2002). Noen av ungdommene understreket også at mobbing kunne være starten på depresjon (Midgley et. al., 2017). Dette førte til dårlig selvfølelse og tilbaketrekning fra sine medelever, som gjorde dem sosialt isolert (Midgley et. al., 2017). Denne tilbaketrekningen fra andre er preget av en følelse av ensomhet og ubehag med seg selv. Deltakerne i studien



indikerte at denne tilbaketrekningen også kan være en målrettet distansering eller en reaksjon på depressive følelser (Hetherington & Stoppard, 2002).

Noen ungdommer rapporterte at de isolerte seg på grunn av et ønske om å ikke belaste venner eller familie med sine problemer (Dundon, 2006). De sårbare ungdommene hadde også oftere fravær fra skolen enn de med god psykisk helse (Suldo & Shaffer, 2008). Ungdommene uttrykte følelser av skam og selvkritikk når de ikke kunne opprettholde nivået av sosial aktivitet som de hadde før oppstarten av sine symptomer (Dundon, 2006).

## 5.2 Positive relasjoner

Ungdommene begynte, etter en tid med symptomer, å vurdere depresjon som en mulig forklaring for deres erfaringer, for deretter å sette i gang tiltak for å hjelpe dem å bestemme om de faktisk var deprimert (Wisdom & Green, 2004). Dette gjorde de ved å snakke med venner eller familiemedlemmer som hadde vært deprimert eller som hadde hatt kontakt med medisinsk eller psykiatrisk helsepersonell (Wisdom & Green, 2004).

De fleste ungdommene følte at å snakke åpent er det første og beste alternativet når man prøver å håndtere depressive følelser (Dundon, 2006; Hetherington & Stoppard, 2002). Ungdommene indikerte også at å snakke med noen kan gi nye perspektiver, oppmuntring og innblikk i situasjonen (Hetherington & Stoppard, 2002). Deltakerne i studien understreket tanken om at deprimerte mennesker ikke burde bearbeide problemene på egen hånd (Hetherington & Stoppard, 2002). For eksempel uttrykte de idéen om at byrden av depresjon burde deles med noen andre for å redusere belastningen (Hetherington & Stoppard, 2002).

Blant ungdommene i studien var det enighet om spesifikke kriterier å se etter for å velge hvem de betrodde seg til; troverdighet og å være kunnskapsrik (Dundon, 2006). Det første alternativet de fleste deltakerne i studiet foreslo, var å snakke med venner eller familiemedlemmer (Dundon, 2006). Lærere var den eneste kilden til sosial støtte som ikke var ulik mellom elever med god psykisk helse og de sårbare ungdommene (Suldo & Shaffer, 2008).

### 5.2.1 Familie

Å være følelsesmessig forbundet med nær familie, kan bidra til å forebygge depresjon hos ungdom. Å bygge opp følelsesmessige kontakter igjen kan hjelpe unge til å gjenopprette seg fra følelsen av depresjon (Hetherington & Stoppard, 2002).

Det var varierte følelser uttrykt angående å snakke med profesjonelle (Dundon, 2006). På den ene siden følte noen av ungdommene at anonymiteten som en profesjonell tilbyr, gir en frihet til å oppgi opplysninger. Andre mente det var viktigere å betro seg til noen man har et nærmere forhold til, for eksempel nære familiemedlemmer (Dundon, 2006). Ungdommene ga uttrykk for at helsepersonell eller familiemedlemmer som kan hjelpe dem i prosessen med å forstå sin depresjon, kan bidra til at de føler seg bedre (Wisdom & Green, 2004).

### 5.2.2 Jevnaldrende

Ungdomstiden er for mange tiden da romantiske forhold begynner, tiden man bruker med jevnaldrende øker og tiden med familien reduseres (Hetherington & Stoppard, 2002).

Ungdommene ga uttrykk for at større involvering av jevnaldrende i utviklingen av sosiale nettverk kan bidra til å redusere risikoen av depresjon når et forhold tar slutt (Hetherington & Stoppard, 2002).

Når det gjelder samhandling med jevnaldrende, rapporterte ungdommer med god psykisk helse færre sosiale problemer, for eksempel ensomhet og vanskeligheter med å komme overens med andre, og større sosial støtte fra klassekamerater og foreldre (Suldo & Shaffer, 2008).

Under perioden da utfordringene økte, forsøkte ungdommene ofte å normalisere sine symptomer (Wisdom & Green, 2004). For å oppnå dette, vendte de seg til jevnaldrende for veiledning, og fant ut at mange andre ungdommer følte seg på lignende måter. Å snakke med andre hjalp dem å føle seg normale, og de konkluderte ofte med at det ikke var behov for å gjøre noe med utfordringen. Til tross for denne normaliseringen, indikerte de følelser av frustrasjon over det de oppfattet som støttende meldinger og benektet sin depresjon (Wisdom & Green, 2004).

## 6.0 Diskusjon

I denne delen av oppgaven diskuteres og belyses problemstillingen “Hvordan kan sosiale relasjoner påvirke psykisk helse hos ungdom?” med aktuell forskningslitteratur og valgt ergoterapeutisk teori. I oppgaven er det valgt ut og presentert fem vitenskapelige artikler som i tillegg til aktivitetsperspektiv og kunnskapsgrunnlag også benyttes for å diskutere problemstillingen. Diskusjonen struktureres etter tema og subkategorier som ble formulert etter analytisk gjennomgang av forskningsartiklene.

Alle fem artiklene viser at sosiale relasjoner har sammenheng med psykisk helse på ulike måter, med både positive og negative innvirkninger (Dundon, 2006; Hetherington & Stoppard, 2002; Midgley et. al., 2017; Suldo & Shaffer, 2008; Wisdom & Green, 2004). Flere funn (Dundon, 2006; Hetherington & Stoppard, 2002; Midgley et. al., 2017; Suldo & Shaffer, 2008; Wisdom & Green, 2004) støtter tanken om at god sosial støtte kan bidra til god helse og trivsel i tillegg til opplevelse av mening i tilværelsen, mestring, selvrespekt og identitet, tilhørighet, fellesskap og trygghet (Det kongelige helse- og omsorgsdepartement, 2014-2015). Dette kan derfor tolkes slik at sosial støtte kan bidra til et bedre syn på egen aktivitetsidentitet (Kielhofner, 2008).

### 6.1 Relasjonsvansker

Mange ungdommer forbinder utfordringene sine med en mengde stressende opplevelser (Midgley et. al., 2017). Forskning viser til at brudd i relasjoner med jevnaldrende og foreldres psykiske helseutfordringer er viktige risikofaktorer for utvikling av depresjon hos ungdom (Midgley et. al., 2017). Dette samsvarer med Ungdata-undersøkelsene (Bakken, 2016) som viser at antall ungdom som rapporterer om psykiske utfordringer er høyere enn forventet, og mange assosierer utfordringene sine med stressymptomer, ofte i forbindelse med relasjonsbrudd (Det kongelige helse- og omsorgsdepartement, 2014-2015).

Det er vanligere for ungdommer å forbinde sine utfordringer med psykososiale stressorer, som for eksempel relasjonelle utfordringer og opplevelse av tap, enn for voksne (Midgley et. al., 2017). Mange unge assosierer starten på utfordringene med nettopp stressende opplevelser, ofte knyttet til relasjonsvansker, inkludert følelsen av avvisning (Midgley et. al., 2017). Til

tross for dette kan opplevd sosial støtte fungere beskyttende mot ulike former for stress barn og unge utsettes for (Regjeringen, 2017-2022).

Ifølge ungdommene er depresjon relatert til vanskelige relasjoner, press og forventninger i ungdomstiden, tap av nære personer, og endringer og misbruk i familielivet (Midgley et. al., 2017). Dette er i tråd med at en sterk psykisk helse kan bidra til at et redusert antall unge utsettes for risikosituasjoner som kan føre til utvikling av psykiske utfordringer (Regjeringen, 2017-2022). Lik informasjon kan vi se i artikkelen til Hetherington & Stoppard (2002) der ungdom nevner dårlig kommunikasjon med venner og familie, tap av vennskap og andre relasjoner med jevnaldrende som hovedårsaker til depresjon. Kommunikasjon kan ses på som aktivitetskomponenten i PEO-modellen. Dersom kommunikasjonen er dårlig, kan aktivitetsutførelsen i sosiale sammenhenger påvirkes negativt.

### 6.1.1 Familie

Midgley et. al. (2017) har undersøkt hvordan ungdommer selv beskriver følelsen av at nære familiemedlemmer ikke verdsatte dem. De beskrev videre en følelse av å ikke være bra nok eller ikke prøve hardt nok. I tillegg fikk de negative tanker om seg selv, som igjen førte til at de ofte tvilte på seg selv (Midgley et. al., 2017). Motsatt av dette kan gode og trygge rammer i oppveksten bidra til en god og robust psykisk helse, som igjen kan medføre færre risikosituasjoner for å utvikle psykiske utfordringer (Regjeringen, 2017-2022). Denne tvilen ungdommer kan få overfor seg selv, kan tenkes å påvirke deres hverdagsliv og valg av aktiviteter i hverdagen, altså deres aktivitetsidentitet (Kielhofner, 2008).

Unge som tidligere har opplevd avvisning av en forelder, fortalte om problemer med å vite hvem de kunne stole på eller hvem som oppriktig bryr seg om dem, når foreldrene, som skal være deres nærmeste omsorgspersoner, ikke bryr seg (Midgley et. al., 2017). Regjeringen (2017-2022) skriver at det å oppleve avvisning fra foreldre kan være en risikofaktor for psykiske plager, da de viktigste omsorgspersonene for barn og unge ofte er foreldrene. Et godt foreldreskap kan bidra til å forhindre psykiske plager hos unge (Regjeringen, 2017-2022). Psykiske plager kan påvirke individet i PEO-modellen (Law et. al., 1996), der foreldrene kan ses på som de sosiale omgivelsene i modellen. Dersom to av komponentene blir påvirket, kan det tenkes å ha innvirkning på aktivitetsutførelsen.

Ifølge Helsenorge (2019) kan det være utfordrende for foreldre å forstå om barnet deres bare går igjennom en vanskelig periode eller om det faktisk er depresjon. Denne påstanden kan ses i sammenheng med det som skrives i artikkelen til Dundon (2006) om at foreldre ofte anser symptomene som “normal” ungdomsatferd. Slik som “Emma” (15) sier:

*“A lot of times, it’s dismissed. ... A lot of times people are like, ‘Oh, she’s 15, she’s depressed, that’s OK, it’ll pass”* (Ross et al., 2003, p. 64).

Ungdommer med symptomer på depresjon opplever mindre sosial støtte fra foreldre enn ungdommer med god psykisk helse (Suldo & Shaffer, 2008). Barn og unge har ifølge Ungdata-undersøkelsene, for det meste et godt forhold til foreldrene sine (Bakken, 2016), men mange foreldre har også utfordringer med å beherske foreldrerollen (Regjeringen 2017-2022). For eksempel kan det å avdekke om barnet deres er deprimert være utfordrende da symptomene kan mistolkes som en vanskelig periode og en naturlig del av ungdomstiden (Helsenorge, 2019). Sårbar ungdom rapporterer også generelt dårligere helse og begrensninger i familieaktiviteter på grunn av helse- eller atferdsproblemer, enn ungdommer med god psykisk helse (Suldo & Shaffer, 2008).

### 6.1.2 Jevnaldrende

Enkelte av de som ble intervjuet snakket ikke om en enkeltstående hendelse som forårsaket utfordringene, men en oppsamling av stress over lengre tid, som etterhvert ble vanskelig å håndtere (Wisdom & Green, 2004). Et eksempel på slikt stress kan være som følge av mobbing, da flere av ungdommene beskriver dette som en utløsende faktor til depresjonen (Midgley et. al., 2017). Dette kan føre til dårlig selvfølelse og tilbaketrekking fra sine medelever, som igjen kan medføre sosial isolering (Midgley et. al., 2017). Dette kan ses i sammenheng med at sosial støtte og sosiale nettverk påvirker den psykiske helsen positivt, mens utenforskap, ensomhet og stress har negativ effekt (Det kongelige helse- og omsorgsdepartement, 2014-2015).

Hetherington & Stoppard (2002) hevder at følelser av depresjon ofte assosieres med kvaliteten av nære relasjoner med jevnaldrende. Dårlig kontakt og kommunikasjon med venner kan føre til tap av vennskap, som kan være opprørende for ungdommer. Videre kan det medføre depressive følelser (Hetherington & Stoppard, 2002). Ungdommene uttrykker

forvirring av å ha disse symptomene, hvis de innser at de er annerledes enn deres jevnaldrende, uten å vite hvorfor (Dundon, 2006). Dårlig kontakt og sosiale relasjoner som påvirker personen negativt kan føre til mindre overlapp mellom komponentene i PEO-modellen, noe som igjen påvirker aktivitetsutførelsen. Et tiltak mot dette som skrives i Regjeringen (2017-2022) er å satse på unge i det systematiske helsearbeidet, med fokus på at alle bør ha tilgang på vennskap, sosial støtte og positive relasjoner til voksne og jevnaldrende.

Mange unge forbinder sin selvtillit med å ha en kjæreste, derfor kan tap av en slik relasjon medføre redusert selvtillit (Dundon, 2006; Hetherington & Stoppard, 2002; Midgley et. al., 2017). Dette belyses videre i Hetherington & Stoppard (2002) og Dundon (2006), som nevner at hovedårsaken til depresjon hos ungdom oppfattes som utfordringer i forbindelse med relasjoner og ønsket om et forhold. Å miste et forhold kan også utgjøre en risiko for depresjon, likevel føler flere av ungdommene at tap av et forhold utgjør en mindre legitim grunn til depresjon enn andre grunner (Hetherington & Stoppard, 2002). Dersom man mister en nær relasjon kan det påvirke individets aktivitetsidentitet (Kielhofner, 2008) og hvilke aktiviteter man utfører. Grunnen til dette er at relasjoner mellom mennesker kan være forskjellige, og man kan derfor utføre ulike aktiviteter på grunnlag av hvem man tilbringer tid med. Da kan det i tillegg påvirke aktivitetskomponenten i PEO-modellen (Law et. al., 1996), som igjen påvirker aktivitetsutførelse og aktivitetsidentitet (Kielhofner, 2008).

### 6.1.3 Sosial tilbaketrekning

Av ungdom i videregående skole, som ikke selv har erfart depresjon, blir depresjon ansett som en følge av sosial tilbaketrekning og redusert deltakelse i samfunnet (Hetherington & Stoppard, 2002). Dette stemmer overens med folkehelsemeldingen Mestring og muligheter (Det kongelige helse- og omsorgsdepartement, 2014-2015), som skriver at ulike faktorer kan medføre sosial utstøting, blant annet psykiske lidelser. Eksempelvis kan ungdom som faller ut av skolesystemet, uten alternativer til utdanning eller jobb, være i fare for å bli marginalisert. Synspunktet om at depresjon er en sosial tilbaketrekning fra andre kan tenkes å være formet av sosialisering (Hetherington & Stoppard, 2002). Videre kan mangel på sosial støtte øke risikoen for både psykiske og somatiske vanskeligheter, og dermed kan risikoen for depresjon øke (Det kongelige helse- og omsorgsdepartement, 2014-2015). Dette er likt med forståelsen

ungdommene uttrykte angående roten til depresjon, som fokuserte på brudd i forhold, relasjonsvansker og dårlig kommunikasjon med familie, venner og jevnaldrende (Midgley et. al., 2017).

Funn viser at ungdommene ofte anser mobbing som begynnelsen på utfordringene sine, da dette ofte medfører dårlig selvtillit og tilbaketrekning fra medelever og venner, konsekvensen i dette tilfellet kan bli sosial isolering (Midgley et. al., 2017). Sosial isolasjon går hånd i hånd med mangel på motivasjon og redusert energi (Dundon, 2006). Ungdommene beskriver depresjon som tap av sosial tilknytning eller sosial tilbaketrekning (Hetherington & Stoppard, 2002). Denne tilbaketrekningen oppfattes av ungdommene som en følelse av ensomhet, mangel på støtte og å ikke høre til. Ungdommene uttrykker følelser av skam og selvkritikk når de ikke kan opprettholde det nivået av sosial aktivitet som de hadde før oppstarten av sine symptomer (Dundon, 2006). Dersom man trekker seg tilbake fra aktiviteter man har vært vant til å utføre, kan det påvirke individets aktivitetsidentitet dersom man endrer vaner og hverdagsaktiviteter (Kielhofner, 2008). Tilbaketrekning fra sosiale aktiviteter kan også ha betydning for deltakelse i sosiale sammenhenger, og fordi aktivitet er en komponent i PEO-modellen, kan også aktivitetsutførelsen påvirkes (Law et. al., 1996).

Depresjon kan ta ungdommer vekk fra venner, familie og skole gjennom virkningene av symptomer (Dundon, 2006). Hetherington og Stoppard (2002) bruker begrepet “målrettet distansering” for å beskrive isoleringen som ungdommene opplever. Bevisstheten rundt å være annerledes og det å strebe etter å virke normal for jevnaldrende kan bidra til denne distanseringen (Dundon, 2006). Tilbaketrekningen fra andre preges også ofte av et ubehag med seg selv. Ungdommene antyder at tilbaketrekningen kan være en målrettet distansering eller en reaksjon på depressive følelser (Hetherington & Stoppard, 2002). Målrettet distansering fra jevnaldrende kan ha en negativ effekt på det sosiale nettverket, fordi det kan bidra til at man blir sosialt isolert. Det er ofte viktig å ha noen i nære relasjoner å snakke med om vanskelige og vonde ting, da et godt sosialt nettverk kan ha sammenheng med redusert fare for utvikling av depresjon (Det kongelige helse- og omsorgsdepartement, 2014-2015).

Relasjoner med jevnaldrende kan bli negativt påvirket dersom personen med depresjon føler et behov for å beskytte vennene sine mot belastningen; å ha en venn med depresjon (Dundon, 2006). Da skolen ofte er arenaen ungdom treffer venner mest, kan dette ses i sammenheng med at ungdommene med depresjon ofte har mer fravær fra skolen enn de med god psykisk

helse (Suldo & Shaffer, 2008). I motsetning til dette nevner også noen ungdommer at man kan redusere belastningen av depresjon ved å dele den med andre (Hetherington & Stoppard, 2002). Skolehverdagen og skoleaktiviteter er en stor del av hverdagen til de fleste ungdommer, og man kan derfor anta at det inngår som en del av deres aktivitetsidentitet (Kielhofner, 2008). Tilbaketrekking fra skolen kan derfor føre til endringer i aktivitetsidentiteten til individet (Kielhofner, 2008).

## 6.2 Positive relasjoner

Ifølge Regjeringen (2017-2022) har ungdommer ofte utfordringer med å innse at de trenger hjelp, og forbinder ikke utfordringene sine med depresjon. Dersom de unge har noen å snakke med, og får noen andres perspektiv på de psykiske utfordringene, kan de bli oppmuntret og oppfordret til å oppsøke helsehjelp eller få mer sosial støtte fra venner og familie (Hetherington & Stoppard, 2002; Wisdom & Green, 2004). Blant ungdommene er det enighet om at å snakke med noen om det som er vanskelig er den beste handlingen når man prøver å håndtere depressive følelser (Dundon, 2006; Hetherington & Stoppard, 2002). Det å snakke åpent med noen om utfordringene innebærer ofte først og fremst å utvikle motet til å snakke med noen, eller å koble seg til igjen (Hetherington & Stoppard). Økt sosial støtte fra venner og familie kan føre til en større overlappning mellom faktorene i PEO-modellen (Law et. al., 1996), noe som kan gi større mulighet for aktivitetsutførelse i sosiale aktiviteter.

De fleste ungdommene utviklet etter noe tid forståelse for årsaken til de psykiske utfordringene sine (Midgley et. al., 2017), og noen begynte etter en stund å vurdere depresjon som en mulig årsak for deres opplevelser (Wisdom & Green, 2004). For å avdekke om det de gikk gjennom var depresjon, snakket de med familie og venner som hadde opplevd lignende utfordringer (Wisdom & Green, 2004). Det å utvikle en forståelse rundt årsak kan være et terapeutisk mål for ungdommene. Opplevelsen av depresjon tenkes å være knyttet til samhandlinger eller forbindelser med andre (Hetherington & Stoppard, 2002). Dette belyser idéen om at en deprimert person sannsynligvis ikke kan konkludere med at han eller hun er deprimert før opplevelsen er bekreftet gjennom sosial samhandling. Ikke bare er opplevelsen av depresjon forstått og validert gjennom sosial interaksjon, men det er ofte også kunnskap om depresjon (Hetherington & Stoppard, 2002). Mangel på forståelse rundt årsaken til depresjon, kan være et kjennetegn i seg selv (Midgley et. al., 2017). Dette kan ses i



sammenheng med det Regjeringen (2017-2022) sier om at vi trenger mer åpenhet om psykisk helse. Dersom man er mer åpen om utfordringene kan det etter hvert bli et mer sosialt akseptert tema, og det kan bli lettere å mestre et liv med sykdom. Det kan også føre til økt sosial støtte til å håndtere store og små utfordringer, og å forebygge og behandle sykdom (Regjeringen, 2017-2022).

Minnet av en mer ideell versjon av tiden før depresjonen, virker å forsterke ungdommenes oppfatning av egen depresjon, og at den er forårsaket av nåværende stressende situasjoner (Dundon, 2006). Dette medfører både pessimisme og optimisme angående nåværende situasjon (Wisdom & Green, 2004). Pessimismen kan være en følge av å lengte tilbake til situasjonen slik den var, og eventuelt daværende aktivitetsidentitet. Det kan tenkes at aktivitetsidentiteten har blitt endret som følge av både depresjon og stress, da den tidligere aktivitetsidentiteten kan oppfattes som mer optimal (Kielhofner, 2008). I en slik situasjon kan venner og familiemedlemmer hjelpe dem å se et nytt perspektiv, finne oppmuntring, og oppnå støtte til å skaffe seg profesjonell hjelp hvis det er behov for det (Dundon, 2006). Videre kan det å snakke med noen om utfordringene føre til økt sosial støtte, som igjen kan medføre en følelse av å bli anerkjent og verdsatt (Det kongelige helse- og omsorgsdepartement, 2014-2015). Dette kan ha betydning for opplevelsen av å tilhøre et fellesskap, noe som kan påvirke helsen positivt, da et velfungerende sosialt nettverk der man opplever støtte kan ha sammenheng med redusert risiko for depresjon (Det kongelige helse- og omsorgsdepartement, 2014-2015).

Ungdommene med et positivt syn på at utfordringene var forårsaket av nåværende stress, så på utfordringene som midlertidige (Wisdom & Green, 2004). Andre så på situasjonen som mer stressende, da de fokuserte på utfordringene de skulle møte ved senere tidspunkt i livet, for eksempel avslutning av skolegang og begynnelse på heltidsarbeid og voksenlivet (Wisdom & Green, 2004). Dette kan ses i forbindelse med folkehelsemeldingen *Mestring og Muligheter* (2014-2015) som har funnet ut at opplevelsen av å håndtere og mestre hverdagslivet, i tillegg til god sosial støtte, er viktige faktorer for helse og trivsel. God sosial støtte kan også bidra til en opplevelse av mening i tilværelsen, mestring, selvrespekt og identitet, tilhørighet, fellesskap og trygghet (Det kongelige helse- og omsorgsdepartement, 2014-2015).

En studie av Greenspoon & Saklofske (2001) bekrefter at symptomatisk, men tilfreds ungdom opplever mer positive sosiale relasjoner med jevnaldrende og større grad av sosial støtte fra

betydningsfulle voksne enn vanskeligstilt ungdom. Lærere var den eneste kilden til sosial støtte som ikke var ulik mellom elever med god psykisk helse og de sårbare ungdommene (Suldo & Shaffer, 2008). Det er viktig at de som har utfordringer men ingen diagnose ikke blir oversett, da de også kan ha behov for bistand. Det kan tenkes at god psykisk og sosial helse er nødvendig for en positiv følelse av velvære og overgår alle medisinske utfordringer og diagnoser (Swarbrick & Noyes, 2018). Psykisk og sosial helse er et aspekt som inngår i ergoterapeutiske intervensjoner fordi det sikrer mulighet til deltakelse i meningsfulle aktiviteter (Swarbrick & Noyes, 2018).

### 6.2.1 Familie

Funn tyder på at det å ha følelsesmessige forbindelser med nære familiemedlemmer, kan virke forebyggende mot depresjon hos ungdom (Dundon, 2006; Hetherington & Stoppard, 2002). Gode relasjoner med familie kan være en hjelpende faktor for å komme seg ut av depresjon (Hetherington & Stoppard, 2002). Nære familiemedlemmer kan hjelpe dem å se et nytt perspektiv, finne oppmuntring, og oppnå støtte til å skaffe seg profesjonell hjelp hvis det er behov for det (Dundon, 2006). Bakgrunnskunnskap bekrefter at et godt foreldreskap kan være nødvendig for å forebygge psykiske utfordringer hos ungdom (Regjeringen, 2017-2022). I tillegg nevnes det at trygge rammer i oppveksten kan bidra til god psykisk helse (Regjeringen, 2017-2022). Dersom barn og unge vokser opp under trygge rammer, og det er dette de er vant til, kan det ha påvirket positivt på utviklingen av deres aktivitetsidentitet, noe som igjen kan påvirke livet videre (Kielhofner, 2008).

Blant ungdommene uttrykkes det varierte følelser angående å snakke med profesjonelle om utfordringene sine (Dundon, 2006). Noen av ungdommene er tilfreds med anonymiteten profesjonelle gir, og føler frihet til å oppgi personlige opplysninger. Andre ungdommer nevner viktigheten av å åpne seg for noen man har en nær relasjon til, et eksempel på dette er familiemedlemmer (Dundon, 2006). Dette kan ses på som at noen ungdommer har profesjonelle personer i sine sosiale omgivelser, altså omgivelseskomponenten i PEO-modellen (Law et. al., 1996). Mens andre ungdommer har for det meste nære familiemedlemmer og venner i sine sosiale omgivelser, som de kan dele tanker og bekymringer med. Alle er forskjellige og det er derfor hensiktsmessig å ta utgangspunkt i individets tanker under intervensjon.

Unge mennesker som oppfatter sykdommen som en del av hvem de er kan ha særlig risiko for å ikke innse at noe er galt eller ikke søke hjelp og støtte (Midgley et. al., 2017). Fordi de fleste tilbringer mye tid med familie kan resultatene tyde på at familiemedlemmer kan hjelpe ungdommene i prosessen med å forstå sin depresjon, og bidra til at ungdommene føler seg bedre (Wisdom & Green, 2004). Teori belyser dette videre ved at ungdommer med en manglende tilhørighet i sosiale grupper som for eksempel i egen familie, har større risiko for utvikling av psykiske helseutfordringer (Miller, Wakefield & Sani, 2017).

### 6.2.2 Jevnaldrende

Ungdom kan forstå depresjon annerledes enn voksne og eldre (Midgley et. al. 2017), noe som kan bety at å snakke med jevnaldrende kan ha en positiv innvirkning (Wisdom & Green, 2004). Grunnen til at mange ungdommer velger å snakke med jevnaldrende kan være at ungdomstiden er når tiden man bruker med jevnaldrende øker og tiden med familien reduseres (Hetherington & Stoppard, 2002). I perioden da de psykiske utfordringene økte, prøvde ungdommene ofte å normalisere sine symptomer (Wisdom & Green, 2004). Da de vendte seg til jevnaldrende for veiledning, fant de ut at mange andre ungdommer følte seg på lignende måte, og dette bidro til at de følte seg normale. Til tross for denne normaliseringen uttrykte de følelser av frustrasjon over det de oppfattet som støttende meldinger og benektet sin depresjon (Wisdom & Green, 2004). For å sette i gang målrettede tiltak for de som er i en sårbar situasjon, er det viktig å ta i betraktning hvor personen er i livet, og hvilke ønsker de har (Regjeringen, 2017-2022), da det kan antas at ungdom betror seg mest til venner. Slik kan Regjeringen (2017-2022) komme nærmere målet om at flere skal oppleve trivsel, god psykisk helse og at sosiale forskjeller innen psykisk helse reduseres.

Det kan være hensiktsmessig å tilrettelegge for etablering av sosiale nettverk, deltakelse og sosial støtte i hverdagslivet gjennom for eksempel skole, for å fremme trivsel og psykisk helse (Det kongelige helse- og omsorgsdepartement, 2014-2015). En grunn til dette er at stress knyttet til utdanning og skole ble beskrevet som en av de vanligste stressfaktorene, spesielt i forbindelse med prøver og eksamener (Midgley et. al., 2017). Dette støttes av en rapport fra NOVA (Sletten & Bakken, 2016), der det nevnes at psykiske plager blant unge kan kobles til økt stress i hverdagen. Det nevnes at blant annet skolerelatert stress kan gi psykiske plager (Regjeringen, 2017-2022). Psykiske plager kan påvirke individet, som er en av komponentene

i PEO-modellen (Law et. al., 1996). Dette kan føre til redusert mestring og aktivitetsutførelse, blant annet i skolehverdagen. Da komponentene gjensidig påvirker hverandre kan man anta at mestring og aktivitetsutførelse i sosiale relasjoner også blir påvirket (Law et. al., 1996).

Funn tyder på at ungdommer med god psykisk helse opplever færre sosiale problemer, for eksempel ensomhet og sosial utstøting, og mer sosial støtte fra foreldre og klassekamerater (Suldo & Shaffer, 2008). Det å involvere jevnaldrende når sosiale nettverk utvikles kan være med på å redusere faren for depresjon når en relasjon brytes (Hetherington & Stoppard, 2002). Dette kan ses i sammenheng med det Miller, Wakefield & Sani (2017) sier om at ungdom med en manglende følelse av tilhørighet i sosiale grupper har større sannsynlighet for å utvikle utfordringer med psykisk helse.

### 6.3 Kritisk refleksjon

I løpet av arbeidet med denne litteraturstudien har vi hatt noen utfordringer. Disse utfordringene innebar blant annet begrensning angående antall artikler å inkludere. Dersom vi skulle inkludert flere artikler kunne vi endt opp med å skrive mer overfladisk om hver artikkel, da ordbegrensningen ville gjort at vi ikke kunne brukt informasjonen i artiklene like detaljert. På bakgrunn av dette valgte vi å bruke fem artikler som utgangspunkt for vår oppgave. En annen utfordring vi fikk med antall artikler var på grunn av endring av problemstilling. Da denne endringen kom sent i prosessen, hadde vi ikke tid til å finne flere artikler enn vi allerede hadde. Med bedre tid, kunne vi brukt større deler av tiden på analyse av artiklene, og eventuelt funnet flere aspekter å trekke inn i resultat og diskusjon.

Vi hadde i begynnelsen av søkeprosessen utfordringer med å finne relevante søkeord, snevre inn søket, finne artikler relevante til ergoterapifaget og hadde vanskeligheter med bruk av ulike databaser. Vi mestret bruk av dette etter hvert og endte opp med søk der det var mulig å gå gjennom alt materialet.

Noen utfordringer oppsto også med formulering av tema. Vi innså at oppgaven ville bli bedre dersom vi endret tema, og oppsett deretter. Denne endringen fant sted to uker før innlevering av oppgaven, og det ble derfor mer arbeid i slutfasen. Det positive med denne endringen var at både tema og innhold ble mer relevant for problemstillingen og vi ble mer fornøyd med

egen oppgave.

Selv om det har oppstått utfordringer underveis, har vi oppnådd målet med arbeidet; å finne en konklusjon på problemstillingen. Likevel må det tas i betraktning at det kan finnes flere svar på samme spørsmål, som betyr at vår konklusjon ikke nødvendigvis er det eneste riktige.

## 7.0 Konklusjon

Basert på diskusjonens viktigste poeng, skal det nå oppsummeres og problemstillingen skal besvares.

I problemstillingen stilte vi spørsmål om hvordan sosiale relasjoner kan påvirke psykisk helse hos ungdom. Vår studie har vist at sosiale relasjoner kan ha både positive og negative innvirkninger.

I løpet av litteraturstudien har vi funnet ut at hovedgrunnen til depresjon hos ungdom ble sett på som problemer forbundet med relasjoner, og ungdommene beskrev depresjon som tap av sosial tilknytning eller sosial tilbaketrekning. Dårlig eller mangelfull kontakt med familie og venner kan være en årsak til depresjon hos ungdom (Dundon, 2006; Hetherington & Stoppard, 2002; Midgley et. al., 2017). I forhold til spørsmålet problemstillingen vår presenterer kan vi med denne kunnskapen tenke oss at vanskeligheter i sosiale relasjoner kan påvirke psykisk helse hos ungdom på en negativ måte.

I tillegg har vi sett på hva som kan forebygge depresjon og hva som kan påvirke psykisk helse positivt. Denne studien viser at å være følelsesmessig forbundet med nær familie og å ha god samhandling og kommunikasjon med jevnaldrende, for å blant annet normalisere sine symptomer, kan bidra til å forebygge depresjon hos ungdommer (Hetherington & Stoppard, 2002; Suldo & Shaffer, 2008; Wisdom & Green, 2004). I alle fem vitenskapelige artiklene er det informasjon som tyder på at god sosial støtte kan bidra til god helse og trivsel (Dundon, 2006; Hetherington & Stoppard, 2002; Midgley et. al., 2017; Suldo & Shaffer, 2008; Wisdom & Green, 2004). Dette bekreftet folkehelsemeldingen Mestring og muligheter, som beskriver at god sosial støtte kan bidra til en opplevelse av mestring, mening i tilværelsen, selvrespekt og identitet, fellesskap, tilhørighet og trygghet (Det kongelige helse- og omsorgsdepartement,

2014-2015). Oppsummert viser dette at god sosial støtte kan påvirke psykisk helse positivt, og forebygge depresjon.

I tillegg til å besvare problemstillingen viser funn i vår studie at kunnskap om hvordan ungdom tenker og snakker om depresjon vil være nyttig for ergoterapeuter, lærere og foreldre som trenger å diskutere dette emnet med de unge (Hetherington & Stoppard, 2002). Hvordan unge mennesker forstår sin tilstand kan også ha viktige kliniske implikasjoner for å veilede ergoterapeuter i behandling til unge mennesker. Behandlingen bør være meningsfull i forhold til hvordan de unge ser sin utfordring, da det kan virke motiverende for behandlingen (Midgley et. al., 2017).

## Referanseliste

American Psychological Association (APA). (u.å.). *PsycINFO - A World-class Resource for Behavioral and Social Research*. Hentet 29.04.19 fra:

<https://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo/psycinfo-printable-fact-sheet.pdf>

Babiss, A. L. & Gangwisch, E. J. (2009). *Sports Participation as a Protective Factor Against Depression and Suicidal Ideation in Adolescents as Mediated by Self-Esteem and Social Support*. Hentet fra:

<https://ovidsp.dc1.ovid.com/sp->

[3.33.0b/ovidweb.cgi?QS2=434f4e1a73d37e8cdd8fbc96f8f18d4b0b77bb4c6291058db8a91978142025dc3d0f5d662b997da1f8a7a3cd8c92941667657398252fb2661366719ee62ec6422948f7e77632b9d457e7480beb934a118746b48673f302f7f6d11ba47079276b550f911b72bfe4bc9336ef117e4a8f475bd45c8e6eb71dfefd559a219037a23d1ba6f64ed3a1d302252253399acf9a2fb4fd00f47954841a63977af20e66b134ab456c5a1d87f394210e0e928f7eefe9bbca8df6e672f6e379bd7c9dbc3aa55113d3f996de3d00d52d609df80237ab3f19f9572ee14057ebbd30545eb2159c6a1de87ca848c985d5f780a7857dc7541e20ad48718a15346279ffc70e6dd7dbe35d41fceb4d9699746fb2c345837067773955dc2434428def6ae04c04e9b3dfbdf29cb334fdafca50892fbc67934a4886ecc66360f430dbecc9472dbecabd44d372cf6b3c990bb0186874ba72a13285743053190ae9342adb229889fe09a0736ede31ef64c063f1bbb393fa895ce2d2db37500a00bb89c5a43f456da626ed60a4f92550f76f611e76d97668a2b23426b2c7c133df86d07d6830601e715cea6d9a](https://ovidsp.dc1.ovid.com/sp-3.33.0b/ovidweb.cgi?QS2=434f4e1a73d37e8cdd8fbc96f8f18d4b0b77bb4c6291058db8a91978142025dc3d0f5d662b997da1f8a7a3cd8c92941667657398252fb2661366719ee62ec6422948f7e77632b9d457e7480beb934a118746b48673f302f7f6d11ba47079276b550f911b72bfe4bc9336ef117e4a8f475bd45c8e6eb71dfefd559a219037a23d1ba6f64ed3a1d302252253399acf9a2fb4fd00f47954841a63977af20e66b134ab456c5a1d87f394210e0e928f7eefe9bbca8df6e672f6e379bd7c9dbc3aa55113d3f996de3d00d52d609df80237ab3f19f9572ee14057ebbd30545eb2159c6a1de87ca848c985d5f780a7857dc7541e20ad48718a15346279ffc70e6dd7dbe35d41fceb4d9699746fb2c345837067773955dc2434428def6ae04c04e9b3dfbdf29cb334fdafca50892fbc67934a4886ecc66360f430dbecc9472dbecabd44d372cf6b3c990bb0186874ba72a13285743053190ae9342adb229889fe09a0736ede31ef64c063f1bbb393fa895ce2d2db37500a00bb89c5a43f456da626ed60a4f92550f76f611e76d97668a2b23426b2c7c133df86d07d6830601e715cea6d9a)

Bakken, A. (2016). *Ungdata 2016: nasjonale resultater*. Hentet fra:

[www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2016/Ungdata-2016.-Nasjonale-resultater](http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2016/Ungdata-2016.-Nasjonale-resultater)

Bibsys. (u.å.). *Oria - søketjeneste*. Hentet 19.03.19 fra:

<https://www.bibsys.no/produkter-tjenester/tjenester/soketjenesten-oria/>

Christiansen, C. H. (1999). *Defining lives: Occupation as identity: An essay on competence, coherence, and the creation of meaning*. Hentet fra:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=f4dff510-38b0-49d1-91cb-f9b21adebf60%40pdc-v-sessmgr01&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=107080973&db=ccm>

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

Dalland, O. (2015). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg., 4 opplag). Oslo: Gyldendal akademisk.

Det kongelige helse- og omsorgsdepartement. (2014-2015). *Folkehelsemeldingen Mestring og muligheter* (Meld. St. 19). Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/7fe0d990020b4e0fb61f35e1e05c84fe/no/pdfs/stm201420150019000dddpdfs.pdf>

Dundon, E. (2006). *Adolescent Depression: a Metasynthesis*. Hentet fra:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0891524506001453>

Greenspoon, P. & Saklofske, D. (2001). *Toward an Integration of Subjective Well-being and Psychopathology*. Hentet fra:

<https://link.springer.com/article/10.1023/A%3A1007219227883>

Helsenorge. (2019, 30. april). *Depresjon hos barn og unge*. Hentet 21.05.19 fra:

<https://helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/depresjon/depresjon-hos-barn>

Hetherington, J. & Stoppard, J. (2002). *The theme of disconnection in adolescent girls' understanding of depression*. Hentet fra:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140197102905099>

Kielhofner, G. (2008). Dimensions of Doing. I Kielhofner, G. (Red.), *Model of Human Occupation. Theory and application* (4. utg., s.101-109). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins



Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P. & Letts, L. (1996). *The Person-Environment-Occupation Model: A transactive approach to occupational performance*.

Hentet fra:

[https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/000841749606300103?fbclid=IwAR3RGsb-Gec4doc-E\\_570s4OC82TebTFiFqddV3KKgjlus4kcrxP9-Re9ZA](https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/000841749606300103?fbclid=IwAR3RGsb-Gec4doc-E_570s4OC82TebTFiFqddV3KKgjlus4kcrxP9-Re9ZA)

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget

Midgley, N., Parkinson, S., Holmes, J., Stapley, E., Eatough, V. & Target, M. (2017). "Did I bring it on myself?" *An exploratory study of the beliefs that adolescents referred to mental health services have about the causes of their depression*. Hentet fra:

[https://search.proquest.com/docview/1857998419?rfr\\_id=info%3Aaxri%2Fsid%3Aprimo](https://search.proquest.com/docview/1857998419?rfr_id=info%3Aaxri%2Fsid%3Aprimo)

Miller, K., Wakefield, J. & Sani, F. (2017). *On the reciprocal effects between multiple group identifications and mental health: A longitudinal study of Scottish adolescents*. Hentet fra:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/bjc.12143>

National Center for Biotechnology Information (NCBI). (2019). *PMC Help*. Hentet 20.03.19 fra:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK3825/>

Occupational Therapy Systematic Evaluation of Evidence. (OTSEE, u. å.). *Welcome to OTseeker*. Hentet 29.04.19 fra:

<http://www.otseeker.com/>

Regjeringen. (2017-2022). *Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse*.

Hentet fra:

[https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi\\_for\\_god\\_psykisk-helse\\_250817.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf)

Ross, E., Ali, A., & Toner, B. (2003). *Investigating issues surrounding depression in adolescent girls across Ontario: A participatory action research project*. Hentet fra:

<https://www.cjcmh.com/doi/abs/10.7870/cjcmh-2003-0004>

Sletten, M. A., Bakken, A. (2016). *Psykiske helseplager blant ungdom – tidstrender og samfunnsmessige forklaringer: en kunnskapsoversikt og en empirisk analyse*. Hentet fra: [www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Notat/2016/Psykiske-helseplager-blant-ungdom-tidstrender-og-samfunnsmessige-forklaringer](http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Notat/2016/Psykiske-helseplager-blant-ungdom-tidstrender-og-samfunnsmessige-forklaringer)

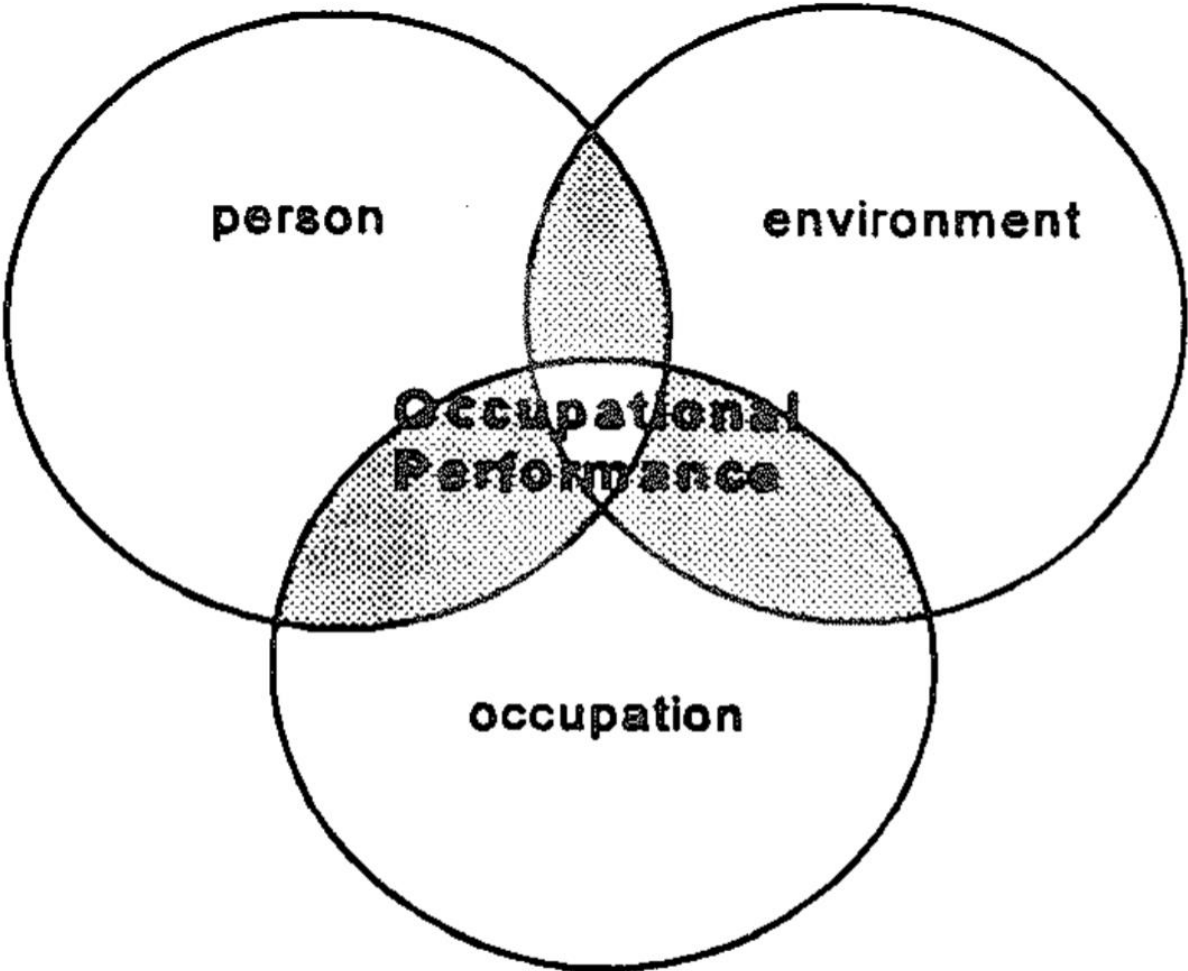
Suldo, S. & Shaffer, E. (2008). *Looking beyond psychopathology: The dual-factor model of mental health in youth*. Hentet 28.03.19 fra: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=999ad4a7-04dd-4129-b59d-bb6d37ef3fa2%40pdc-v-sessmgr02&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=508046362&db=eue>

Swarbrick, M. & Noyes, S. (2018). *Effectiveness of Occupational Therapy Services in Mental Health Practice*. Hentet fra: [https://search.proquest.com/docview/2099344029?rfr\\_id=info%3Axri%2Fsid%3Aprim](https://search.proquest.com/docview/2099344029?rfr_id=info%3Axri%2Fsid%3Aprim)

Wisdom, J. & Green, C. (2004). *“Being in a Funk”: Teens’ Efforts to Understand Their Depressive Experiences*. Hentet fra: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1049732304268657>

World Health Organization (WHO). (2004). *Prevention of mental disorders - Effective interventions and policy options*. Hentet 29.04.19 fra: [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/en/prevention\\_of\\_mental\\_disorders\\_sr.pdf](https://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf)

Vedlegg 1



## Vedlegg 2

Artikkel	Forfatter og årstall	Søkeord	Begrunnelse for valg av søkeord:	Emner	Publisert etter år:	Antall treff:
““Did I bring it on myself?” An exploratory study of the beliefs that adolescents referred to mental health services have about the causes of their depression”	Midgley, Parkinson, Holmes, Stapley, Eatough & Target (2017)	adolescents, depression, loss, disconnection	Adolescents og depression ble benyttet da de brukes på norsk i problemstillingen. Loss og disconnection ble benyttet da det er relevant i forhold til tap av relasjoner og tilbaketrekning fra sosiale situasjoner.	Adolescent	2010	206
“Looking beyond psychopathology: The dual-factor model of mental health in youth”	Suldo & Shaffer (2008)	“Mental health in youth”	Anførselstegn ble brukt rundt ordene for å finne artikler som inneholdt akkurat denne frasen, da den inneholder brukergruppen og temaet vi fokuserer på i problemstillingen.	Ikke avgrenset etter spesifikt emne.	2000	41
“The theme of disconnection in adolescent girls’ understanding of depression”	Hetherington & Stoppard (2002)	adolescent, depression, disconnection, socialization	Adolescent og depression brukes i problemstillingen, og er derfor relevant å bruke i søkeprosessen. Disconnection og socialization blir brukt for å ha fokus på sosiale relasjoner og sosial tilbaketrekning.	Depression	2000	20
““Being in a funk”: Teens’ efforts to understand their depressive experiences”	Wisdom & Green (2004)	teenagers, depression, adolescents, “mental	Adolescents og depression brukes i problemstillingen, og var derfor hensiktsmessig å bruke i søkeprosessen.	Adolescents og depression	2000	227

		health”, school, stress	Teenagers er synonymt med adolescent og ble brukt for å begrense antall treff. School ble brukt da det er en arena ungdom tilbringer mye tid. Stress søkte vi på da vi i tidligere artikler har lest at det ofte kan være en årsak til depresjon og psykisk uhelse. “Mental health” ble brukt for å holde fokuset på psykisk helse, og anførselstegnene ble brukt for å finne artikler som inneholdt den frasen.			
“Adolescent depression: a Metasynthesis”	Dundon (2006)	“adolescent depression”, depressive, disorder, adolescents, depression.	“Adolescent depression” ble benyttet da vi ønsket å få fram artikler med denne frasen, da den inneholder to essensielle ord for vår problemstilling. Depressive disorder ble brukt for å få fram de som faktisk har depresjon. Adolescents og depression ble lagt til for å begrense antall treff på søket.	Adolescent psychiatry	2000	85