LUND UNIVERSITY

Ungas psykiska hälsa förbryllar forskare

Cederblad, Marianne

Published in:
Läkartidningen

2013

Link to publication

Citation for published version (APA):
Cederblad, M. (2013). Ungas psykiska hälsa förbryllar forskare. *Läkartidningen*, *110*(36), 1532-1535. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24163905?dopt=Abstract

Total number of authors:
1

General rights
Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:
Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.
• Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
• You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
• You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: https://creativecommons.org/licenses/

Take down policy
If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

Download date: 17. Jan. 2026

Läkartidningen

Citera som: Läkartidningen 2013;110:CC9C

Ungas psykiska hälsa förbryllar forskare

Psykisk hälsa hos unga har inte drastiskt förbättrats de senaste 30 åren, det framstår tydligt. Däremot är det oklart om den har försämrats. Klart är dock att fler sjukhusvårdas för depression och att fler söker den öppna vården för ångest/depression.

MARIANNE CEDERBLAD, professor emeritus, avdelningen för barn- och ungdomspsykiatri, Lunds universitet
marianne.cederblad@gmail.com

Den psykiska hälsan hos barn och ungdomar har undersökts och utretts i olika statliga utredningar under de senaste 30 åren. I Statistiska centralbyråns undersökningar om levnadsförhållanden (ULF) från 1981 rapporterades hur många i åldern 16–24 år som uppgav att de hade besvär av ängslan/oro eller ångest, sömnbesvär, huvudvärk eller nedstämdhet. Frekvensen jämfördes med uppgifterna i de följande undersökningarna till och med 2003 års undersökning.

I slutbetänkandet »Ungdomar, stress och psykisk ohälsa« (SOU 2006:77) [1] redovisades dels ULF-resultaten, dels ett antal studier som gjorts i olika kommuner på skolbarn i olika åldrar, dels resultaten av WHO:s återkommande internationella studier »Skolbarns hälsovanor« utförda 1985, 1993, 1997 och 2001. De sistnämnda studierna omfattade 11-, 13- och 15-åringar. Dessutom redovisades sjukvårdsstatistik. Utredningens huvudslutsats var att psykiska problem blivit avsevärt vanligare bland ungdomar under de två senaste decennierna. Detta resultat fick ett starkt massmedialt genomslag.

Svårt bedöma om barn och ungdomar mår sämre

Den allmänna debatten inspirerade Kungl Vetenskapsakademiens hälsoutskott att ta initiativet till att organisera en konferens 2010 om trender i barns och ungdomars psykiska hälsa i Sverige. Inför konferensen tillsattes 2008 en arbetsgrupp som skulle göra en systematisk kunskapsöversikt med tonvikt på förändringar av den psykiska hälsan hos barn och ungdomar i Sverige sedan 1945 [2]. Uppdraget var att identifiera och beskriva olika aspekter på psykisk ohälsa, om möjligt även positiv hälsa. Rapporten skulle också vara en del av kunskapsunderlaget för konferensen.

Arbetsgruppen fann efter en omfattande litteratursökning 510 referenser som uppfyllde kunskapsöversiktens alla inklusionskriterier. Därutöver fanns ett antal böcker, manuskript och annat, opublicerat, material. Ingen studie uppfyllde kriterierna för ett sammantaget tillfredsställande bevisvärde. Ingen studie gav möjlighet att bedöma hur svenska barns psykiska hälsa och välbefinnande utvecklats över tid sedan 1945. I stort sett saknades tillförlitliga studier från 1945 till 1970-talet. Mycket få studier omfattade förskole- och lågstadiebarn.

Gruppen konkluderade att det fanns resultat som talade för en ökning av internaliserade problem hos äldre tonårsflickor sedan 1980-talet. Gruppen betonade dock att den viktigaste slutsatsen av den systematiska kunskapsöversikten var att utvecklingen av barns och ungdomars psykiska ohälsa var ofullständigt utforskad i Sverige.

Rapporten väckte en livlig debatt vid konferensen. Konsensusuttalandet [3] baserades på dels rapporten, dels föredrag och diskussioner under konferensen:

»Panelens bedömning är att det har skett en ökning av vissa typer av psykisk ohälsa hos ungdomar, till exempel nedstämdhet och oro, från mitten av 1980-talet till mitten av 2000-talet. Andelen flickor med sådana problem har i vissa fall dubblerats eller tredubblats. Pojkarna följer flickornas uppåtgående trend, men betydligt färre anger att de känner nedstämdhet och oro. ––– Anmärkningsvärt är också att unga inte följer den drastiska minskningen i självmordsfrekvens som syns i alla andra åldersgrupper. ––– Det är slående hur lite vetenskapligt grundad kunskap det finns om förändringar i barns psykiska hälsa, speciellt mindre barns. Utifrån underlaget kan panelen inte göra något tydligt uttalande om barn i åldern 0–10 år. Underlaget ger inte heller panelen möjligheter att uttala sig om hur den upplevda psykiska ohälsan påverkar de unga i deras liv.«

Studier har utgått från självrapporterade beteendesymtom

De studier som SOU-rapporten [1] grundades på och de studier som Kungl Vetenskapsakademiens arbetsgrupp granskade hade presenterat framför allt självrapporterade beteendesymtom insamlade via enkäter, vanligen i skolan. Uppgifter från andra informanter som föräldrar och lärare saknades. De ohälsoproblem som efterfrågades var t ex ängslan, oro, ångest, nedstämdhet, psykosomatisk huvudvärk och magvärk, sömnproblem, hyperaktivitets- och uppmärksamhetsproblem samt normbrytande beteende. Deltagarna fick ange om de hade upplevt dessa ohälsoproblem och frekvensen av dem under en viss tidsperiod. Något mått på om symtomen medfört funktionsnedsättning i skolarbete, vid fritidsaktiviteter eller i relationer i familjen, med vänner och lärare ingick mycket sällan i studierna.

Kan man dra slutsatser om psykisk ohälsa hos en ungdom på grundval av enbart symtomfrekvens, utan uppgift om funktionsnedsättning? I rapporteringen av kommunstudierna, som oftast gjorts av folkhälsoenheter i kommuner eller landsting, redovisade man enstaka beteendesymtom och sammanvägningar av dessa, men man använde även begreppen »psykiska problem« och »psykisk ohälsa«.

I en doktorsavhandling [4] användes material som insamlats i WHO:s studier »Skolbarns hälsovanor« 1997, 2001 och

SAMMANFATTAT

Studier av psykisk ohälsa i vid bemärkelse hos barn och ungdomar under de senaste tre decennierna redovisas i artikeln.
Psykisk ohälsa har inte minskat under denna tid. Det råder olika uppfattningar om huruvida den har ökat under samma tidsrymd.
Det förefaller som om framför allt tonårsflickor upplever mer nedstämdhet och oro. Även pojkarnas symtom har ökat, men inte lika kraftigt.
Sjukhusvård för depression tycks ha ökat – mer bland flickor än bland pojkar.
Andelen tonåringar som sökt öppen barn- och ungdomspsykiatrisk vård för ångest/depression har ökat för båda könen.
Självmordsfrekvensen har varit oförändrad i ungdomsgruppen till skillnad från i andra åldersgrupper, där den minskat.

2005 (N = 11 972). Fokus var att jämföra barn med utländsk härkomst (ca 10 procent med en och 10 procent med två föräldrar med utländskt ursprung) med barn utan utländsk härkomst. De 8 symtom som efterfrågades var huvud-, mag- och ryggvärk, yrsel, nedstämdhet, irritabilitet, oro och svårighet att somna. Frekvensen under de senaste 6 månaderna noterades. Flickor med utländsk härkomst i årskurs 7 och 9 hade mer av dessa problem än övriga barn. Dålig ekonomi, att leva med en ensamstående förälder och att bo i storstad ökade risken i båda grupperna. Dessa negativa sociala faktorer var vanligare i gruppen med utländsk härkomst, men de förklarade inte skillnaden mellan grupperna.

Begreppen »subjektiva hälsobesvär« och »psykosomatiska problem« diskuterades som ett mått på individens spontana uppfattning om den egna hälsan, men särskiljdes från sjukdom verifierad av en medicinsk diagnos.

Fler vårdas på sjukhus för depression

Inom barn- och ungdomspsykiatrin används den amerikanska psykiatriklassifikationen DSM-IV-TR eller den internationella sjukdomsklassifikationen ICD-10. Diagnos ska ställas endast om »symtomen orsakar starkt lidande eller försämrad funktion i förskola/skola, socialt eller i andra viktiga avseenden, när symtomen hindrar eller begränsar barnet från utvecklingsmässigt adekvata och adaptiva beteenden eller när svårigheterna verkar medföra betydande problem i barnets/ungdomens vardag« [5].

I SOU-rapporten [1] rapporterades att antalet sjukhusvårdstillfällen för depression för flickor i åldern 15–19 år åttadubblats från 1980 till 2003. Det hade även blivit vanligare att pojkar i samma ålder vårdades för depression.

Majoriteten av barn- och ungdomspsykiatrins patienter vårdas dock i öppen vård. Statistiken för denna anses inte tillförlitlig förrän från 2005. Antalet pojkar och flickor i åldrarna 13–15 och 16–18 år har stadigt ökat mellan 2005 och 2011 för diagnoserna depression och ångest; samtliga fyra grupper har ungefär dubblerats under den tiden. Flickor har ungefär dubbelt så höga frekvenser som pojkar (t ex 2011: depression flickor 13–15 år 0,8 procent, 16–18 år 1,5 procent, pojkar 0,4 procent respektive 0,7 procent; ångest flickor 13–15 år 1 procent, 16–18 år 1,7 procent, pojkar 0,5 procent respektive 0,8 procent) [Enheten för epidemiologi, Socialstyrelsen, Stockholm, pers medd; 2012].

Unik nationell studie av psykisk hälsa bland barn och unga

Hösten 2009 genomfördes en unik studie av samtliga elever i årskurs 6 och 9 i Sverige med avseende på deras psykiska hälsa; totalt deltog 172 298 elever (86 procent respektive 80 procent) [6]. Till skillnad från de tidigare nämnda studierna använde man ett internationellt välutvecklat frågeformulär med känd validitet och reliabilitet: SDQ (Strengths and difficulties questionnaire). Det mäter även grad av självupplevd funktionsnedsättning på grund av de uppgivna symtomen. Det finns gränsvärden för psykisk ohälsa enligt svenskt normalmaterial. Dessutom ingick en psykosomatisk symtomskala och Kidscreen, ett av WHO utvecklat mätinstrument för hälsorelaterad livskvalitet.

Förekomsten av psykiska problem (totalpoäng på SDQ) var lägre hos de yngre flickorna och pojkarna (4 procent) och högre hos flickor (7 procent) och pojkar (6 procent) i årskurs 9. Störst könsskillnad fanns vad gäller emotionella besvär: 15 procent för flickor, 3 procent för pojkar i årskurs 9. Pojkarna i årskurs 9 uppgav däremot mer uppförandeproblem (14 procent) än flickorna (7 procent). Bland dem med psykiska problem enligt totalmåttet angav 82 procent av flickorna i årskurs 9 och 59 procent av pojkarna funktionsnedsättning i skola och hem (i årskurs 6 var motsvarande siffror 72 procent respektive 62 procent) [7].

»Dessa inslag i den svenska tidsandan menade de leder till den oro, tomhet och apati, 'negativ energi', som speglas i de självrapporterade hälsobesvären ...«

Man fann små skillnader i symtomfrekvens hos dem som bodde i städer jämfört med landsbygd. Barn som levde med båda sina biologiska föräldrar rapporterade bättre psykisk hälsa än de som alternerade mellan frånskilda föräldrar eller levde med enbart en förälder [6]. Bland elever med utländsk bakgrund rapporterade de med ursprung i Afrika eller Asien högre förekomst av psykisk ohälsa om de var utlandsfödda än om de var födda i Sverige. Det gällde särskilt pojkar i årskurs 9 [7].

Internationella jämförelser haltar

För att kunna uttala sig om hur svenska barn och ungdomar mår jämfört med barn och unga i andra länder måste man ha tillgång till studier där samma undersökningsmetod använts, t ex de beteendemätningsinstrument som samlats i ASEBA-systemet (Achenbach system of empirically based assessment). Frågorna här utformades från början efter intervjuer med föräldrar som sökt hjälp för sina barn inom barn- och ungdomspsykiatrin vid en amerikansk klinik. Enkäterna utformades för att kunna fyllas i av ungdomar, föräldrar eller lärare. Frågorna har formulerats så likartat som möjligt; man kan därför anta att skillnader i svar från olika informanter om en individ speglar reella skillnader i uppfattning om beteendet och inte olikheter i datainsamlingen.

Dessa enkätformulär har prövats på kliniska grupper och i normalpopulationer i ett antal länder. Det finns därför myck-

»Vad får 20 procent av vanliga elever att skära sig, bränna sig etc? Det är ett desperat beteende som man tidigare beskrivit bara hos svårt psykiskt sjuka ...«

et kunskap om dels hur man ska tolka svaren, dels vad som skiljer kliniska grupper och normalpopulationer i olika åldrar. Diagnoser enligt DSM-IV kan ställas utifrån svaren på olika frågor.

I en sammanställning av studier i 31 länder (N = 55 508) där föräldrar till 6–16-åringar svarat [8] hade Sverige näst lägst medeltalpoäng. Endast Japan rapporterade ett lägre medeltal. I en studie som omfattade 19 850 förskolebarn i 24 länder rapporterade de svenska föräldrarna också de näst lägsta totalpoängen för beteenderubbningar, endast Danmark låg lägre [9, 10]. I 24 studier där ungdomar i åldern 12–18 år (N = 27 206) självrapporterat sina symtom var Sverige i stället bland de sex mest symtombelastade nationerna [11].

Dessa resultat visar att man kan dra helt olika slutsatser om hur svenska barn och ungdomar mår jämfört med barn och ungdomar i andra länder beroende på om deras föräldrar eller de själva är informanter.

Psykiatrisk diagnos speglar samtiden, ADHD är ett exempel

Konsekvensen av förändrade diagnoskriterier har diskuterats av psykiatern Allen Frances [12], ordförande i den arbetsgrupp som utformade DSM-IV 1994. Han menade att diagnoskriterierna i detta system har skapat »falska epidemier« av autism, ADHD och bipolär sjukdom hos barn. Ytterligare vidgade diagnoser i DSM-5 kan komma att inkludera ännu större barngrupper, vilket kan leda till överbehandling, t ex långvarig medicinering.

Psykiatriska diagnoser är inte oberoende av tidens tankemönster och kulturella föreställningar [13]. Diagnoserna förändras när värderingarna i samhället förändras. Fenomen som betraktats som sjukdomar försvinner eller får nya diagnostiska namn, t ex kloros, hysteri, neurasteni, hypokondri eller, omvänt, fenomen som tidigare inte betraktats som sjukdom blir plötsligt det, t ex trötthet, hyperaktivitet, koncentrationssvårigheter.

Att ADHD-diagnosen blivit så uppmärksammad inom sjukvård, social- och kriminalvård och omskriven i massmedierna har sannolikt samband med inte bara de ändrade diagnoskriterierna i DSM-IV utan också att den svarar mot ett behov i vårt samhälle. Alla barn förväntas numera fullfölja 12 års skolgång. Hyperaktivitet och dålig koncentrationsförmåga försvårar skoldeltagandet och individens möjlighet till inlärning samt stör undervisningen för lärarna och de andra eleverna. Detta pedagogiska problem försöker man lösa med medicinsk behandling av den diagnostiserade individen, i bästa fall kombinerad med rådgivning till föräldrar och lärare. Longitudinella neurofysiologiska studier har för ADHD-gruppen visat en utvecklingsförsening av hjärnans mognad på 3 till 5 år. Forskarna drog slutsatsen att ADHD tycks vara extremfallet av normal hjärnmognad. Huruvida medicinering med psykostimulantia kan påverka denna mognad är ännu okänt [14].

Hög frekvens av självskadande beteende

En annan diagnos som blivit föremål för massmedial uppmärksamhet är självskadande beteende hos ungdomar. Huruvida frekvensen har ökat har inte undersökts i epidemiologiska studier. Kliniker inom barn- och ungdomspsykiatrin har dock hävdat att fenomenet ökat under 1980- och 1990-talen. Socialstyrelsen gav 2004 ut en rapport [15] där man påtalade bristen på kunskap, men man menade också att problemet förefaller att öka.

I en nyligen publicerad doktorsavhandling [16] redovisades en undersökning av 1 052 elever i årskurs 7 och 8 i en skola i södra Sverige. Man fann en hög frekvens av olika självskadande beteenden, t ex att slå sig avsiktligt i huvudet, hindra sår från att läka, skära sig så att det blöder, bränna sig med cigaretter, sticka sig med nålar eller bita sig. Upprepade sådana handlingar (mer än 5 tillfällen på 6 månader) rapporterades av 21 procent av flickorna och 16 procent av pojkarna. I den gruppen bejakade ungdomarna även andra internaliserade och externaliserade symtom i högre utsträckning än övriga deltagare i studiegruppen.

I en undersökning [17] från Östergötland av 2 964 gymnasieelever (15–17 år) kartlades 11 olika självskadande beteenden samt självmordsförsök. Prevalensen (ingen hade dock börjat skada sig själv före 13 års ålder) var även i denna studie hög: 21 procent hade skadat sig 1–4 gånger, 6 procent 5–10 gånger och 11 procent mer än 10 gånger. Dessutom uppgav 1 procent att de gjort suicidförsök men inte självskadat sig på annat sätt och 6 procent att de både hade gjort suicidförsök och självskadat sig på annat sätt. I suicidgruppen och i gruppen med upprepade självskadehandlingar hade de unga upplevt mer interpersonella trauman. De rapporterade symtom på depression, ångest, posttraumatisk stress (PTSD) och dissociation.

Förbryllande att de unga inte mår bättre

Det är tydligt att den psykiska hälsan hos ungdomar inte har förbättrats drastiskt under de senaste 20–30 åren. Däremot finns det motstridiga uppgifter om huruvida den har försämrats. Jämförelser med andra länder ger också olika resultat beroende på om man får informationen från föräldrarna eller ungdomarna. Praktiskt taget alla de epidemiologiska studierna har gjorts inom folkhälsovetenskapen, där man definierar psykisk ohälsa utifrån självrapporterade beteendeproblem, inte utifrån psykiatriska diagnoser. Den nationella kartläggningen, där man tagit hänsyn även till funktionsnedsättning, gav avsevärt lägre frekvenser psykiska problem än de tidigare folkhälsorapporterna. Andelen tonåringar som sökt hjälp inom barn- och ungdomspsykiatrin för ångest/depression har däremot ökat.

De två studierna om självskadande beteenden hos tonåringar i södra Sverige och i Östergötland, som publicerades hösten 2012, är alarmerande. Vad får 20 procent av vanliga elever att skära sig, bränna sig etc? Det är ett desperat beteende som man tidigare beskrivit bara hos svårt psykiskt sjuka på de gamla mentalsjukhusen, hos psykopatiska ungdomsvårdsskoleelever och hos fångar.

Det svenska samhället har successivt sedan 1945 byggt upp allt som kan gynna en god barndom: mödravårdscentraler, barnbidrag, betald föräldraledighet, daghem, skola för alla, bättre bostäder, barnavårdscentraler, skolhälsovård, barn- och ungdomspsykiatrisk rådgivning och behandling, föräldrautbildning, sociala stödsystem – på många sätt bäst i världen. Varför mår de unga ändå inte bättre? Detta har förbryllat forskarna.

Barnpsykiatern Frank Lindblad och barnläkaren Carl Lindgren analyserade och diskuterade denna fråga i sin bok »Välfärdslandets gåta« [18] utifrån tidigare nämnda studier

»De ansåg att frekvensen av allvarliga psykiatriska sjukdomstillstånd inte förefallit att öka enligt tillgänglig statistik.«

[1] och WHO:s studier »Skolbarns hälsovanor«. De ansåg att frekvensen av allvarliga psykiatriska sjukdomstillstånd inte förefallit att öka enligt tillgänglig statistik. Det var alltså den subjektivt rapporterade ökningen de ville förklara utifrån samhällsvärderingar. Ett för högt ställt krav på hälsa och välbefinnande, »ohälsans nollvision«, menade de kan leda till ett ängsligt överbeskydd mot potentiella faror och överdrivet registrerande av alla avvikelser från ett idealbeteende hos de unga. Alla kan ha ont i huvudet eller magen ibland, men en överdriven observans och oro för detta kan fixera obehagen och minska en sund tolerans för smärta. Författarna kallade detta »hälsomani«. Förhoppningen att ha god hälsa har blivit en förväntan, som blivit ett krav på en ständigt perfekt hälsa.

De menade även att stressbegreppet missförståtts. Stress kan vara stimulerande och utvecklingsbefrämjande, inte något som måste undvikas med minskande krav. De kallade en sådan ängsligt undvikande hållning »stresspanik«. Dessa inslag i den svenska tidsandan menade de leder till den oro, tomhet och apati, »negativ energi«, som speglas i de självrapporterade hälsobesvären hos ungdomarna, t ex psykosomatiska besvär, sömnsvårigheter, nedstämdhet och livsleda.

Skola och arbetslöshet stressar

I en intervjuundersökning av 700 elever i årskurs 9 samt årskurs 2 och 3 på gymnasiet [1] uppgav de flesta skolarbetet som orsak till stress, men också rädslan för att inte få något arbete. Den höga ungdomsarbetslösheten i Sverige har antagligen varit en viktig stressfaktor under hela 1990- och 2000-talen. För dem som inte lyckats klara behörighetskraven för att söka till gymnasiet och för dem som inte lyckats fullfölja de påbörjade gymnasiestudierna är situationen på arbetsmarknaden särskilt dyster.

Om stora ungdomsgrupper riskerar att inte få ett eget arbete med försörjning och boende inom rimlig tid, kan en stor del av dem inte ta språnget från barndom till vuxenliv. Då hjälper det inte att vi skapat ett barnvänligt samhälle!

Sverige – extremt individualistiskt och sekulariserat

Ungefär en kvarts miljon barn (13 procent) i Sverige lever i familjer med inkomst under den gräns som EU definierat som fattigdom, dvs under 60 procent av landets medianinkomst. Under senare hälften av 2000-talet har framför allt tre grupper drabbats: barn med utländsk härkomst, barn i vissa storstadsförorter och barn till ensamstående föräldrar. En av orsakerna till detta är föräldrarnas långtidsarbetslöshet. Denna har tredubblats under de senaste 6 åren. Andra skäl är föräldrars sociala resurssvaghet och psykiska ohälsa. Dessa barn löper ökad risk för att utveckla utanförskap och psykisk ohälsa [19].

Både SOU-rapporten [1] och Frank Lindblad och Carl Lindgren [18] refererade de mätningar som gjorts i ett 80-tal länder av samspelet mellan individers livsåskådningar och värdesystem och sociala, kulturella, ekonomiska och politiska samhällsfaktorer. Sverige bedömdes vara ett extremt individualistiskt och sekulariserat samhälle. Sådana samhällen har i tidigare studier förefallit medföra ökad risk för psykisk ohälsa, eftersom individen förväntas skapa en egen identitet, forma sin egen utvecklingsbana och göra sina egna självständiga val. Detta kan kännas stimulerande och berikande för den resursstarke. För de ovan nämnda grupperna är chanserna till självförverkligande i realiteten dock mycket begränsade.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

REFERENSER

1. Ungdomar, stress och psykisk ohälsa. Analyser och förslag till åtgärder. Slutbetänkande av Utredningen om ungdomars psykiska hälsa. SOU 2006:77.
2. Petersen S, Bergström E, Cederblad M, et al. Barns och ungdomars psykiska hälsa i Sverige. En systematisk litteraturöversikt med tonvikt på förändringar över tid. Stockholm: Kungl. Vetenskapsakademien, Hälsoutskottet; 2010.
3. Trender i barns och ungdomars psykiska hälsa i Sverige. State of the science-konferens, 12–14 april 2010. Konsensusuttalande. Stockholm: Kungl Vetenskapsakademien; 2010.
4. Carlerby H. Health and social determinants among boys and girls in Sweden: Focusing on parental background [dissertation]. Sundsvall: Mittuniversitetet; 2012.
5. Riktlinjer till stöd för bedömning och behandling. Skrifter från Barn- och ungdomspsykiatrin nummer 5. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2010.
6. Kartläggning av psykisk hälsa bland barn och unga. Resultat från den nationella totalundersökningen i årskurs 6 och 9 hösten 2009. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2011.
7. Skolans betydelse för barns och ungas psykiska hälsa. En studie baserad på den nationella totalundersökningen i årskurs 6 och 9 hösten 2009. Stockholm: CHESS, Socialstyrelsen; 2012.
8. Rescorla L, Achenbach T, Ivanova MY, et al. Behavioral and emotional problems reported by parents of children ages 6 to 16 in 31 societies. J Emot Behav Disord. 2007; 15:130-42.
9. Rescorla LA, Achenbach TM, Ivanova MY, et al. International comparisons of behavioral and emotional problems in preschool children: parents reports from 24 societies. J Clin Child Adolesc Psychol. 2011;40(3):456-67.
10. Höök B, Cederblad M. Prövning av CBCL för förskolebarn (ASEBA). Umeå: Umeå universitet, enheten för barn- och ungdomspsykiatri, institutionen för klinisk vetenskap; 2008. Rapport nr 4.
11. Rescorla L, Achenbach TM, Ivanova MY, et al. Epidemiological comparisons of problems and positive qualities reported by adolescents in 24 countries. J Consult Clin Psychol. 2007;75(2):351-8.
12. Frances A. The first draft of DSM-V. BMJ. 2010;340:c1168.
13. Johannisson K. Hur skapas en diagnos? Ett historiskt perspektiv. I: Hallerstedt G, redaktör. Diagnosens makt. Göteborg: Daidalos; 2006.
14. Giedd JN, Rapoport JL. Structural MRI of pediatric brain development: What have we learned and where are we going? Neuron. 2010; 67(5):728-34.
15. Vad vet vi om flickor som skär sig? Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.
16. Bjärehed J. Characteristics of self-injury in young adolescents. Findings from cross-sectional and longitudinal studies in Swedish schools [dissertation]. Lund: Lunds universitet; 2012.
17. Zetterqvist M, Lundh LG, Svedin CG. A comparison of adolescents engaging in self-injurious behaviors with and without suicidal intent: self-reported experiences of adverse life events and trauma symptoms. J Youth Adolesc. Epub 5 dec 2012.
18. Lindblad F, Lindgren C. Välfärdslandets gåta. Varför mår barnen inte lika bra som de har det? Stockholm: Carlssons bokförlag; 2009.
19. Salonen T. Barns ekonomiska utsatthet i Sverige. Årsrapport 2012:2. Stockholm: Rädda Barnen; 2012.

SUMMARY

This article presents studies on mental health problems in young people during the last three decades. Psychological problems have not diminished during this time. There are different opinions on whether they have increased or not during the same period. Teenage girls experience and report more signs of depression and anxiety. Boys also report more symptoms, though to a lesser extent. Hospital care for depression has increased for girls and less so for boys. The number of out-patients with anxiety/depression has increased for both sexes. The frequency of suicide has not changed in the teenage group, as opposed to other age groups, where the frequency has decreased. Factors influencing mental health are discussed.