

Barns sociala nätverk – en jämförande metodstudie

Margareta Samuelsson

Gunilla Thernlund

Som ett led i den barn- och ungdomspsykiatriska institutionens i Lund intresse för samband socialt nätverk och hälsa har olika mätinstrument utprovats. För att se om nätverkskartan skulle kunna användas i epidemiologisk forskning gjordes en pilotstudie av 21 mellanstadiebarn, 7 BUP-patienter, 7 kontroller och 7 somatiskt sjuka. Alla barn fick fylla i tre redan etablerade svarsformulär för vuxna, nämligen ISSI, Shortened Kaplan och Loneliness scale samt rita sin egen nätverkskarta. Föräldern ritade samtidigt barnets nätverkskarta och fyllde i Rutters screeningsinstrument för beteendestörning. De olika instrumenten jämförs med varandra både i hela gruppen och i undergrupperna.

Artikeln är skriven av kurator Margareta Samuelsson, barn- och ungdomspsykiatriska kliniken öppenvårdsmottagning i Lund och biträdande överläkare Gunilla Thernlund, barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Malmö. Handedare har varit professor Marianne Cederblad vid Lundkliniken.

Inledning

Under de senaste åren har allt fler forskare intresserat sig för sambandet mellan socialt nätverk och fysisk och psykisk ohälsa (1,2). På BUP i Lund planeras flera forskningsarbeten, som gäller barns nätverk. För dessa arbeten behövs lämpliga mätinstrument.

Socialt nätverk är ursprungligen ett socialantropologiskt begrepp. För medicinsk forskning krävs andra metoder för att beskriva socialt nätverk, som fångar in dess komplexitet utan att vara för tidskrävande att utföra. Man har arbetat med strukturerade intervjuer

(3,4), självsvarsformulär (5) och när det gäller barn, ostrukturerade samtal där man analyserat de informationer, som framkommit då barnet berättat om sin vardag (6). Man har även försökt använda grafiska metoder. Nätverksterapigruppen i Stockholm har utvecklat den sk fyrfältskartan efter en idé av Pattison (7).

1986 startades ett projekt i Lund, där man skulle bedriva nätverksarbete i ett område med tyngre psykosocial problematik. I patientarbetet använde man sig av fyrfältskartan. Ur entusiasmen av att kartan så åskådligt kunde visa på problem och tillgångar, föddes tankar på att man även skulle kunna använda den som ett epidemiologiskt mätinstrument. Vid litteraturläsa (1) framkom många synpunkter på vad ett sådant instrument borde innefatta.

Viktiga faktorer i socialt nätverk för barn:

1. Nätverkets omfång.
2. Fördelningen mellan barn/vuxna, manliga/kvinnliga personer, släkt/vänner, kamrater i skola och på fritid.
3. Hur det dagliga kontaktnätet ser ut.
4. Hur den grupp, framför allt familj och släkt, som barnet har möjlighet att finna identitet i, ser ut.
5. Upplevelsen av närhet och avstånd till de människor som är viktiga för barnet.
6. Hur kontakten ser ut mellan personerna i barnets nätverk.
7. Om barnet är nöjt med de relationer som det har till andra människor.

Faktiska förhållanden som påverkar bedömningen av nätverket:

1. Hur barnet bor, stad, tätort eller landsbygd, flerkamratershus eller villa.

2. Hur länge barnet har bott i området.
3. Vilken socialgrupp familjen tillhör.
4. Hur barntillsynen ser ut.

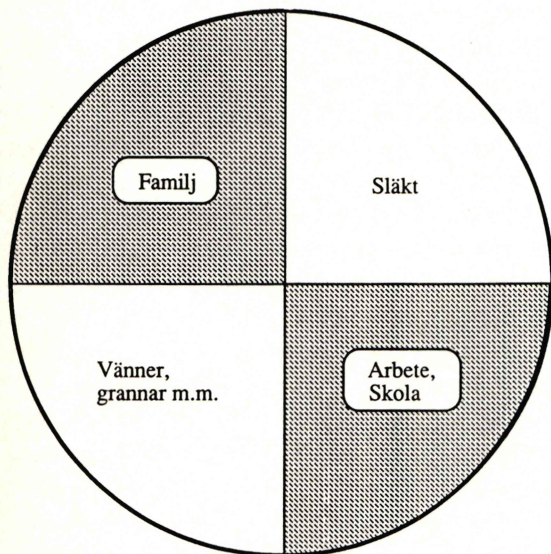
För att var användbart i forskningssammanhang med barn, skall denna typ av mätinstrument dessutom vara:

1. Lätt att förstå.
2. Inte för tidskrävande.
3. Tillförlitlig och analyserbart.

MATERIAL

Undersökningen är en pilotstudie. För att hålla åldersvariabeln konstant valdes mellanstadiebarn, eftersom nätverksstrukturen påverkas av barnets ålder. Den undersökta gruppen utgjordes av sammanlagt 21 barn, indelade i tre undergrupper: 7 barn var patienter på barnpsyk-mottagningen (*patientgruppen*), 7 barn utan större psykiska eller somatiska symtom valdes ur undersökarnas bekantskapskrets (*kontrollgruppen*) och 7 barn var inlagda på medicinsk sjukhusavdelning för någon kronisk sjukdom, såsom diabetes, annan endokrin, reumatisk eller neurologisk sjukdom eller var utredningsfall (*somagruppen*). Grupperna är inte matchade beträffande psykosociala förhållanden och kön.

Figur 1. Fyrfältskarta.



Den skuggade diagonalen representerar dagliga kontakter.

METOD

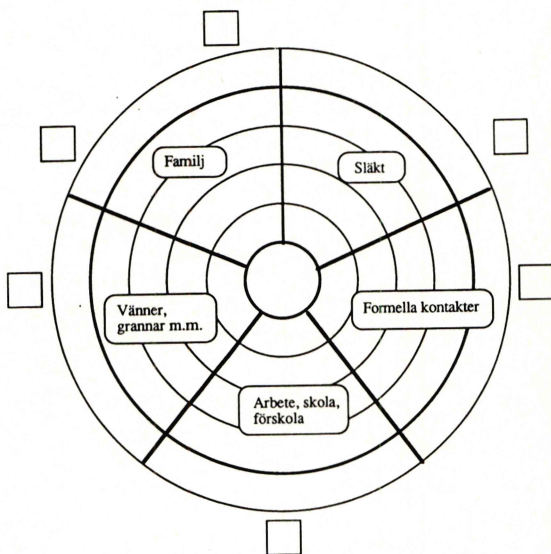
För att kunna använda nätverkskarta i forsknings-syfte gjordes en bearbetning av den sk fyrfältskarta (figur 1).

De två övre sektorerna (familj/släkt) representerar människor med vilka man har biologiska band och de två undre sektorerna (vänner/arbete) representerar de människor med vilka man har sociala band.

I den ena diagonalen finner man familj/arbete/skola där det finns dagliga kontakter och i den andra diagonalen kontakter som man inte träffar dagligen men som ändå är viktiga.

Vid bearbetningen av karta delades den in i fem sektorer i stället för fyra. Den femte sektorn utgjordes av formella kontakter, detta för att snabbt kunna urskilja de familjer som har myndighetspersoner eller sjukhuspersonal som viktiga kontakter. Kartan delades också in i fem cirkclar (figur 2).

Figur 2. Förenklad bild av omarbetad nätverkskarta.



Med hjälp av en symbollista placeras alla betydelsefulla personer i nätverket in på karta. Ju närmare centrum desto mer betydelsefull person. Den yttersta cirkeln är avsedd för de människor som på ett negativt sätt upptar ens tid och energi. Avståndet från centrum är tänkt som ett mått på djup och närhet i kontakten.

För att inte få med samma människor i flera sektorer skall kamrater som finns i skolan, men som man också leker med på fritiden endast placeras i vänru-
tan, men markeras med symbol för skolkamrat.

En del barn med skilda föräldrar upplever sig tillhöra två familjer. I dessa fall delades familjesektorn i två delar.

För att få information om barnen var nöjda eller missnöjda med relationerna till nätverket, placerades en ruta vid varje sektor vilken skulle ifyllas med N om barnet var nöjt eller M om barnet var missnöjt. Missnöje förtydligades på papprets baksida. Föräldrarnas kontakt med det övriga nätverket är mycket viktigt för barn. Därför planerades att man vid intervjun skulle tillfråga barnet om föräldrarna kände de övriga personerna på kartan. Ursprungligen var det tänkt att man skulle dra streck med olika färg som representerade hur väl människorna på kartan kände varandra. Det visade sig snabbt bli alltför oöverskådligt.

På kartan finns även frågor om barnets ålder, kön, klass, bostadsort, boendetyper, hur länge man bott på senaste adressen, hur länge man har bott i området och form av barntillsyn.

För att pröva nätverkskartan utvaldes tre andra instrument som jämförelse. Följande bedömdes möjliga att använda på barn:

1. ISSI (Interview Schedule for Social Interaction).
2. Shortened Kaplan (SKa).
3. Loneliness Scale (LoS).

ISSI är en förkortad version av ett instrument utarbetat av Hendersson och Byrne, Australien och modifierat av Undén och Orth-Gomér (8). Det består av ett formulär med 33 frågor. Det avser att mäta:

1. "Attachement" dvs djupare känslomässiga relationer.
2. "Social integration", vilket innebär att tillhöra en grupp människor, att känna uppskattning och att man har relationer, som man kan lita på.

"Attachement" och "Social Integration" är indelade i två kvaliteter vardera.

AVAT (Availability of Attachement) = tillgång till djupa känslomässiga kontakter.

ADAT (Adequacy of Attachement) = om kontakterna upplevs tillfredsställande.

AVSI (Availability of Social Integration) = tillgång till sociala kontakter.

ADSI (Adequacy of Social Integration) = om kontakterna upplevs tillfredsställande.

Shortened Kaplan (SKa) är ett instrument utarbetat av Kaplan 1977. Det bestod ursprungligen av 16 delar med olika identifikations- och jämförelsebeskrivningar. Shortened Kaplan innehåller sju av dessa. Det avser att mäta människors uppfattning om hur man värderas och uppskattas av andra, om man tror sig vara älskad och om man omfattas av andras omsorg och upplever ett ömsesidigt utbyte med andra. Den svenska versionen är översatt av Gunilla Thernlund.

Loneliness scale (LoS) består av fyra frågor med påståenden som handlar om gemensamhets- och/eller ensamhets känslor i förhållande till andra människor.

För att mäta beteendeproblem hos barnen, valdes Rutter's screeninginstrument för beteendestörning Ru (12).

Tillvägagångssätt

Undersökningen utfördes så att barnet och en förälder, antingen mamman eller pappan, intervjuades var för sig. Undersökningen genomfördes med två intervjuare. Vid de första intervjuerna var en av undersökarna observatör för att enhetlig intervjuteknik skulle erhållas. Både en muntlig och skriftlig instruktion gavs tillsammans med en lista över de symboler som skulle användas vid kartans ifyllande. Barnet instruerades att fylla i kartan utgående från familjerutan och fortsätta medsols. När kartan var färdigfylld tillfrågades barnet om föräldrarna kände alla personer som var inritade. Det gjorde de undantagslöst.

Sektorerna gicks sedan igenom var för sig och rutor för nöjd respektive missnöjd fylldes i. Därefter fick barnen fylla i Shortened Kaplan, Loneliness scale och ISSI.

Föräldern fick göra sin bild av barnets nätverkskarta och fylla i Rutter's screeninginstrument för beteendestörning.

För varje barn erhöles en nätverkskarta gjord av barnet själv och en gjord av föräldern samt ett värde på SKa, LoS, ISSI och Ru. Höga värden på nätverkskalorna innebär dåligt nätverk. Höga värden på Rutter innebär symtombelastning.

.....
Ett ord som flera barn undrade över, var gemenskap.
.....

RESULTAT

Varken barnen eller föräldrarna hade någon svårighet att använda sig av våra instruktioner. Barnen klarade i regel av att fylla i kartan snabbare än föräldrarna, vilka tänkte och funderade mera. De flesta barnen hade lätt för att bestämma vilka, som skulle vara med på kartan.

När det gällde att sätta personer på olika avstånd reagerade barnen mycket olika. En del hade klart för sig hur de ville ha det medan andra vägrade att skilja på viktiga personer och satte alla i samma cirkel. När det gällde vilka som skulle få vara med på kartan var somliga barn mycket selektiva. Andra verkade vilja ha med både hela släkten och bekantskapskretsen trots påpekanden om att endast de viktigaste skulle ritas in. Det fanns barn som tycktes ha sinne för geometri och fyllde i kartan med ett snyggt mönster. Påverkar formsinne hur man fyller i visuella figurer?

Under kartans ifyllande blev det uppenbart att det som var tänkt som ett mått på närhet, nämligen avståndet från centrum, hade mycket olika innebörd i de olika sektorerna. I familjerutan satte de flesta barnen mamma och oftast pappa närmast medan de flesta, lika självklart satte läraren i samma innercirkel vilket visar att valören på närhet varierar mellan de olika sektorerna. Dessutom hade olika personer varierande uppfattning om innebörden i begreppet närhet. Vissa barn satte tex in personer som de hade yttlig kontakt med, andra tog endast med mer välbekanta personer i de innersta cirkelarna. Många barn frågade om betydelsen av vissa ord medan andra inte ville fråga trots att de inte riktigt förstod. Ett ord, som flera barn undrade över, var gemenskap.

Flera föräldrar blev mycket berörda av nätverkskartan. Särskilt gällde det de kroniskt sjuka barnens föräldrar där många gånger ifyllandet av nätverkskartan väckte så mycket tankar och känslor, att man fick sitta en lång stund med dem och diskutera kring barnets hela livssituation.

Vid undersökning av patientbarnen behövdes i allmänhet mer övertalning än i de övriga grupperna, där

barnen oftast använde mycket allvar och noggrannhet vid ifyllandet av formulären. Många patientbarn hade en inre oro som störde deras koncentration på uppgifterna. Det var påtagligt att de hade betydligt lägre krav på vad en tillfredsställande relation innebär. Några patientbarn fick förvånansvärt bra värden på nätverksskalorna trots att de med normalbarnens mått mått hade mycket torftigare relationer.

De olika instrumenten jämfördes med varandra inom hela gruppen. Undergrupperna jämfördes också inbördes. Då dessa är små krävs mycket starka samband för att erhålla signifikans. *Tabell 1* visar korrelationerna mellan skalorna inbördes och gruppvis. I hela gruppen erhöles signifikans ($p < 0.05$) mellan nätverksskalorna, Rutters symtomskala korrelerade signifikant endast till LoS. Rutter (Ru) delades också upp i två komponenter, en som mäter asociala symptom (RuA) och en som mäter neurotiska symptom (RuN). Endast RuN korrelerar till LoS med 0.73. RuA har ingen korrelation alls till någon nätverksskala. Delas ISSI upp i sina fyra komponenter, AVAT, ADAT, AVSI och ADSI erhöles signifikans mellan RuN och ADSI. Det betyder att barn med neurotiska symptom hade tecken på att de ej upplevde sina sociala kontakter som tillfredsställande.

Tabell 1. Korrelationskoefficienter enl Spearman Rank.

	Soma	Kontroll	Patient	Hela
Ru/LoS	0.57	0.80	0.30	0.56
Ru/SKa	0.21	-0.17	-0.06	0.28
Ru/ISSI	0.17	-0.11	0.53	0.37
ISSI/Ska	0.52	0.52	0.46	0.59
ISSI/LoS	0.74	0.46	0.40	0.44
LoS/SKa	0.62	0.41	0.77	0.56

Signifikatna korrelationer på 5 % -nivå understrukna.

Analys av nätverkskartan

Den första ambitionen var att finna något eller några siffermätt på kartan som sedan skulle kunna användas för statistiska bearbetningar. I det syftet studerades kartan i detalj. Den studerades som helhet, varje sektor för sig och varje cirkel för sig. Signifikant nega-

Det kändes sorgligt när några av de kroniskt sjuka barnen med mångåriga täta kontakter med sjukvården inte upplevde någon personal som betydelsefull.

tiv korrelation fanns mellan högt totalantal personer på kartan och högt värde på nätverksskalorna. Samma negativa korrelation gällde totalantalet barn på kartan. Det innebär att de barn som satte upp många personer (vuxna och kamrater) på kartan i regel också hade tecken på bra nätverk i de övriga skalorna.

Sektorn med formella kontakter utnyttjades endast av patient- och somagrupperna, där de flesta placerade någon viktig person. Det kändes sorgligt när några av de kroniskt sjuka barnen med mångåriga täta kontakter med sjukvården inte upplevde någon personal som betydelsefull.

Genom det sätt barnet placerade in lärare och kamrater i kartans skolsektor erhöles snabbt en bild av om skolsituationen upplevdes tillfredställande av barnet eller ej. De flesta barn satte in sin lärare och några kamrater. Ett barn hade endast med skolvaktmästaren, ett annat ingen alls. Rutorna med nöjd/missnöjd gav mycket värdefull information. Barnen kunde t ex uttrycka att dom saknade en bästa vän eller önskade att de stod någon av föräldrarna närmare.

Vid jämförelse av barnens nätverkskarta och den karta föräldrarna gjort av barnens nätverk, var mönstren i regel likartade vad gäller viktiga personer, men totalantalet kunde skilja på ± 30 personer. Kontrollgruppen avvek från de övriga grupperna genom att skillnaden i antal personer var mindre samt att de flesta föräldrarna tog med fler personer än barnen. I de övriga grupperna hade föräldrarna antingen nästan exakt samma antal som barnen eller en mycket stor skillnad.

Att överföra kartans information så att ett siffervärde kan erhållas förefaller mycket svårt. Dessutom går då den unika möjligheten att få en helhetsupplevelse av kartan förlorad. Med en blick på den får man omedelbar en bild av barnets nätverk. Den är ett utmärkt medel i dialogen med den som man testat. Tillsammans kan man utforska resurserna och eventuella svagheter i nätverket.

Jämförelse mellan de tre undergrupperna

Undergrupperna jämfördes beträffande sociala förhållanden. Socialgruppstillhörighet skattades grovt från föräldrarnas yrken. Tillika undersöktes bostadsförhållanden och könsfördelning, vistelsetid i bostadsområdet och familjestruktur. När det gäller socialgruppstillhörighet ligger kontrollgruppen något högre än patientgruppen, medan somagrupperna ligger lägre. Det kan förklaras av att patientgruppen kommer från Lund med en hög andel akademiker i befolkningen, medan barnkliniken har ett större upptagningsområde med en annan befolkningsprofil. Patientgruppen och somagrupperna hade mer lika bostadsförhållanden, medan kontrollgruppen i högre utsträckning bodde i villa. Fler i patientgruppen hade bott kort tid i sitt bostadsområde. Könsfördelningen var ojämn med stark övervikt för pojkar i både kontrollgrupp och patientgrupp medan den var jämn i somagrupperna. Familjesituationen skilde sig markant mellan patientgruppen och de båda andra. Endast i patientgruppen levde barnen med ensamstående föräldrar, fyra av sju. Detta är representativt för de barn som är patienter på BUP-mottagningen.

När det gäller ISSI, Kaplan och Loneliness scale är genomsnittsvärdena högst i patientgruppen och lägst i kontrollgruppen men spridningen inom grupperna är så stor att skillnaderna inte är signifikanta med analys enligt Kruskal-Wallis.

När det gäller Rutter är dock skillnaderna mellan grupperna klart signifikanta. Genomsnittligt ligger patientgruppen högst (medelvärde 15.7) och kontrollgruppen lägst (medelvärde 2.3), somagrupperna i mitten (medelvärde 6.6). Samma bild erhålles även när man delar upp Rutter i asociala och neurotiska symptom. Asociala symptom förekommer endast i patientgruppen. Det är två barn i patientgruppen med normala värden på Ru, båda är flickor.

Studerars nätverkskartorna, så är det framför allt

En annan skillnad var att patientgrupperna hade färre kamrater nära sig än de andra grupperna.

De kriterier på nätverkskartan som visade sig utslagsgivande för hög symtombelastning var således att barnet satte en biologisk eller styvförälder perifert eller negativt och/eller ingen nära kamratrelation.

patientgruppen som skiljer sig markant från de övriga genom att så många i den hade ensamstående föräldrar och dessutom oftast satte den förälder, som dom inte levde med perifert. En annan skillnad var att patientgruppen hade färre kamrater nära sig än de andra grupperna. När det gäller nöjd/missnöjd-rutorna så hade man i alla grupperna satt många M men kvalitativt svarat mycket olika. Av barnen uttryckte fyra i patientgruppen, ingen i kontrollgruppen och två bland de somatiskt sjuka missnöje med familjerutan. I patientgruppen önskade man också ofta bättre kamratkontakt. Normalgruppens missnöje var mera av typen att morbror i Amerika skulle bo närmare.

De kriterier på nätverkskartan som visade sig utslagsgivande för hög symtombelastning var således att barnet satte en biologisk eller styvförälder perifert eller negativt och/eller ingen nära kamratrelation.

DISKUSSION

Självsvarsformulär

Trots ett litet material, erhöles statistik signifikant korrelation mellan de tre etablerade självsvarsinstrumenten ISSI, SKa, LoS. Detta tyder på att de mäter något likartat och att de är användbara på barn ned till 10-årsåldern under förutsättning att man sitter bredvid för att kontrollera att barnet förstår innebörden i frågorna.

En svaghet är att instrumenten inte skiljer mellan barnets relationer till kamrater och vuxna. Detta är speciellt viktigt i denna åldersgrupp, därför att jämnåriga och vuxna fyller olika funktioner för barnet. Ett barn tyckte tex att svaren på frågorna på Kaplan skulle bli helt olika om det tänkte sig att frågorna gällde familjen eller kamraterna.

Ingen korrelation erhöles mellan symtom mätt med föräldra-Rutter och ISSI eller Kaplan medan signifi-

kant korrelation erhöles för Rutter/Loneliness scale. Vid närmare analys visade det sig att den endast hänförde sig till neuros-skalan vilket betyder att barn med symtom som ångslan ofta känner sig ensamma och utanför.

Ingen statistisk signifikant skillnad erhöles mellan de tre undergrupperna med vuxeninstrumenten.

I denna undersökning har inte kunnat visas att det finns direkta samband mellan barns upplevelse av sitt nätverk och symtom när man använder självsvarsformulär.

Nätverkskartan

Nätverkskartan visade med stor tydlighet att symtombelastade barn kommer från splittrade familjer med konflikter mellan de vuxna och dålig kontakt med förälder utanför familjen, något som är välkänt. Dessutom har de mer sällan nära kamratrelationer.

Nätverkskartornas svaghet är att de inte kan omvandlas till ett siffervärde. Kartan är emellertid oöverträffad i att ge en helhetsupplevelse av barnets nätverk och familjesituation. Den lämpar sig också mycket väl som utgångspunkt för en dialog, vilken snabbt kan ge mycket viktiga upplysningar för förståelse av barnets situation. Kartan borde kunna fylla en viktig klinisk funktion i många andra sammanhang tex i arbetet med kroniskt sjuka barn. Man skulle också kunna använda nätverkskartan för att fånga förändringar i nätverket.

Under ritandet av kartan kunde man även få en viss uppfattning om barnets personlighet och perception.

I efterhand framkom det som en svaghet i nätverkskartans utformning att relationerna mellan personerna i nätverket helt utesluts. Nätverkskartan hade tydligare kunnat förutsäga hög symtombelastning om åtminstone starka konflikter mellan viktiga personer hade markerats. Vid fortsatt användning av nätverkskartan planeras att inkludera detta och eventuellt ock-

Nätverkskartan är oöverträffad i att ge en helhetsupplevelse av barnets nätverk och familjesituation.

::::::::::

Kartan borde kunna fylla en viktig klinisk funktion i många andra sammanhang, tex i arbetet med kroniskt sjuka barn.

::::::::::

så speciellt starka band mellan personer. Det är också möjligt att på kartan markera rörelser i nätverket.

Användningsområden

Nätverkskartan och de övriga instrumenten kompletterar varandra. Vid större epidemiologiska studier är självsvarsformulären bättre då man med dem lättare kan göra statistiska analyser. En vidareutveckling av formulären så att de passar barn bättre har påbörjats.

Självsvarsformulären är däremot snarast olämpliga för kliniskt bruk. Det siffervärde som erhålles är alltför grovt och ger lätt ett sken av objektivitet. Dessutom är det troligt att måttet blir ännu grövre för personer med psykisk avvikelse. Om detta ej toges i beaktande kan dessa formulär snarare bidra till förvirring än klarhet för klinikern. I kliniska sammanhang är kartan helt överlägsen genom att den skapar möjlighet till dialog med den man undersöker. Kartans information kan mycket lättare än skalornas sättas i meningsfullt sammanhang med den undersöktes livssituation och därmed ge en helhetsbild.

Värdefulla synpunkter vid bearbetningen av materialet har givits i seminarieriet "Forskning om barn" ledd av fil dr Gunvor Andersson, Socialhögskolan, Lund. Det statistiska innehållet är granskat av fil kand Jerker Ringström, Universitetet, Lund.

REFERENSER

1. Samuelsson M: Det sociala nätverkets betydelse för barns psykiska hälsa. Lunds Universitet, Socialhögskolan 1986.
2. Isacsson S-O, Janzon L (ed): Social support — Health and Disease, Sixth International Berzelius Symposium, Malmö, Sweden 1986.
3. Gunnarsson L: Det informella sociala nätverket som familjestödande funktion. Inst f praktisk pedagogisk, Göteborgs univ 1978.
4. Gunnarsson L: Fäders och mödrars informella sociala nätverk. Inst f praktisk pedagogik, Göteborgs univ 1983.
5. Orth-Gomér, K, Undén A-L: The measurement of social support in population surveys. Statens inst för psykosocial miljömedicin 1986.
6. Guldbrandsen L M, Miljeteig-Olssen P: Barns sosiale nettverk. Tidskrift f samfunnsforskning 1979, bd 20, 416 — 434.
7. Svedhem L: (red), Nätverksterapi- teori och praktik. Carlsson bokf AB, Stockholm 1985.
8. Undén A-L, Orth-Gomér K: Social support: Report No 2. Development of a method for assessment of social support in population surveys. Stress Research Report No 178, Stockholm 1984. ISSN 0280-2783.
9. Kaplan BH, Cassel J, Gore S: Social support and health. Med Care 1977, 15 (Suppl): 47 — 51.
10. Turner R J and Associates: Measures of Social Support: Some Instruments and their properties. Health Care Research Unit The University of Western Ontario 1983.
11. Russel D, Peplau L A, Cutrona C E: (1980) The revised UCLA loneliness scale: Concurrent and discriminant validity evidence. Journal of personality and Social Psychology, 39,3,472 — 480.
12. Rutter M, Yule W, Berger M, Yule B, Morton J, Bagleg C: Children of West Indian Immigrants. I Rates of Behavioural deviances and of psychiatric disorders. Journal of Child Psychology and Child Psychiatry 15: 241 — 262, 1974.