

## Sosiale risikofaktorer, psykisk helse og forebyggende arbeid



En rapport utarbeidet ved  
Nasjonalt folkehelseinstitutt, Divisjon for psykisk helse

# Sosiale risikofaktorer, psykisk helse og forebyggende arbeid

En rapport utarbeidet ved  
Nasjonalt folkehelseinstitutt, Divisjon for psykisk helse

**Rapport 2006:2**  
Nasjonalt folkehelseinstitutt

**Tittel:**  
Sosiale risikofaktorer, psykisk helse og forebyggende arbeid

**Forfattere:**  
Odd Steffen Dalgard og medarbeidere ved divisjon for psykisk helse

**Utgiver:**  
Nasjonalt folkehelseinstitutt  
Postboks 4404 Nydalen  
NO-0403 Oslo

Telefon: 22 04 22 00

E-post: folkehelseinstituttet@fhi.no

www.fhi.no

**Design omslag:**  
Nordbergtrykk as

**Foto:**  
Digitalvision - Mind, Body and Spirit  
Bananastock - Problem Teams

**Trykk:**  
Nordberg Aksidenstrykkeri

**Opplag:**  
300

**Bestilling:**  
trykksak@fhi.no  
Telefon: 23 40 82 00  
Telefaks: 23 40 81 05

ISSN: 1503-1403  
ISBN: 82-8082-158-9 trykt utgave  
ISBN: 82-8082-159-7 elektronisk utgave

# Innhold

---

<b>Innledning</b>	<b>4</b>
<b>Del I. Voksne</b>	<b>5</b>
Sosiale risikofaktorer	5
Samfunnsmessige faktorer	5
Bomiljø	6
Arbeidsmiljø	6
Sosialt nettverk	6
Sammenfattende om sosiale risikofaktorer	7
Individuelle risikofaktorer	7
Genetiske forhold	7
Helsefremmende/forebyggende arbeid	7
Samfunnsmessige tiltak	8
Tiltak i bomiljø	9
Tiltak i arbeidsmiljø	9
Nettverksorienterte tiltak	9
Individrettede tiltak	10
Sammenfattende om helsefremmende og forebyggende arbeid	10
Litteratur	11
<b>Del II. Barn og unge</b>	<b>13</b>
Sosiale risikofaktorer	13
Generelt	13
Nærmiljø og sosialt nettverk	13
Skolen	14
Særlig utsatte grupper	14
Spesielt om spiseforstyrrelser	16
Sammenfattende om sosiale risikofaktorer	16
Individuelle risikofaktorer	16
Genetiske forhold	16
Helsefremmende/forebyggende arbeid	17
Generelt	17
Tiltak i forhold til særlig utsatte grupper	17
Tiltak i forhold til spiseforstyrrelser	18
Helsestasjonen	18
Tiltak i skolen	18
Sammenfattende om helsefremmende/forebyggende arbeid	20
Appendix: Genetiske og biologiske årsaker til psykiske lidelser	21
Litteratur	23

## Sosiale risikofaktorer, psykisk helse og forebyggende arbeid

---

Denne oversikten er utarbeidet ved Divisjon for psykisk helse, Folkehelseinstituttet, ved Odd Steffen Dalgard, med bidrag fra Ester Espeset, Arne Holte, Ragnhild Hovengen, Kristin Schjelderup Mathiesen, Ingri Myklestad, Brit Oppedal, Kari Slinning, Ragnhild Ørstavik, Randi Talseth og Leila Torgersen..

Hensikten har ikke vært å lage en fullstendig oversikt over feltet, men å trekke frem noen av de viktigste områdene med vekt på vitenskapelig dokumentasjon. En har lagt vekt på norske undersøkelser, da det på grunn av ulik sosial kontekst kan være vanskelig å overføre resultater fra ett land til et annet.

Rapporten er delt i to hoveddeler, en for voksne og en for barn og unge. Innen hver av disse delrapportene har vi inndelt etter risikofaktorer og forebyggende/helsefremmende arbeid. Med sosiale miljøfaktorer mener vi menneskelige relasjoner, strukturer, organisasjoner og institusjoner på ulike nivåer: Samfunn, bomiljø, arbeidsplass, skole og det sosiale nettverk. Med sosialt nettverk mener vi familie, venner, arbeidskamerater, naboer og andre som betyr noe for oss. Tilsvarende kan det sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid rette seg mot ulike sosiale nivåer, og vi vil her bruke den samme nivå-inndeling både for risikofaktorer og forebyggende/helsefremmende arbeid.

Det påpekes ofte at det i forbindelse med psykisk helse fokuseres for mye på risikofaktorer, og for lite på beskyttelsesfaktorer. Når det gjelder psykologiske og psykososiale forhold, er det imidlertid ofte slik at risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer utgjør motpolarer av samme forhold. Manglende sosial støtte er en risikofaktor, mens god sosial støtte er en beskyttelsesfaktor. Passivitet er en risikofaktor, mens sosial deltakelse er en beskyttelsesfaktor. Manglende mestringsevne er en risikofaktor, mens god mestringsevne er en beskyttelsesfaktor. I den følgende fremstilling vil vi stort sett fokusere på det negative når det gjelder årsaksforhold, men på det positive når det gjelder det sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid.

Mange skiller mellom sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid, slik at det første innebærer reduksjon av risikofaktorene, mens det siste innebærer en styrking av beskyttelsesfaktorene. Tatt i betraktning at disse faktorene, som nevnt ovenfor, ofte beskriver motpolarer av samme fenomen, er det imidlertid vanskelig å trekke noen skarp grense her. For eksempel kan styrking av det sosiale nettverk både oppfattes som helsefremmende (øking av sosial støtte) og sykdomsforebyggende (reduksjon av sosial isolasjon). I det følgende vil vi derfor bruke samlebetegnelsen helsefremmende/sykdomsforebyggende arbeid.

Helse er også et sammensatt begrep. I den medisinske tradisjon har begrepet i første rekke vært brukt i betydningen fravær av syk-

dom. Med den økende vekt på helsefremmende arbeid, har en imidlertid i større grad vektlagt helsebegrepets positive innhold: God helse er noe mer enn fravær av sykdom; det innebærer også at en har evne til å motstå påkjenninger slik at en ikke blir syk. I hvor utstrekning vi bruker helsebegrepet i den ene eller andre betydning, vil da til en viss grad gjenspeile om en er opptatt av helsefremmende eller sykdomsforebyggende arbeid, i den utstrekning det er mulig å trekke et skille her.

Tatt i betraktning at både psykisk helse og psykiske lidelser er et resultat av samspill mellom individuelle og sosiale faktorer, vil en i det følgende også gi en kort oversikt over individuelle faktorer. Da individuelle faktorer kan skyldes både arv og miljø, vil vi også gi en kort omtale av genetiske forhold. I denne rapporten er det imidlertid det sosiale miljø som står i fokus, og omtalen av genetiske og biologiske forhold er hovedsakelig gitt i *appendix*.

## Sosiale risikofaktorer

---

I det følgende vil vi gi en kort oversikt over de viktigste sosiale risikofaktorer med utgangspunkt i epidemiologisk forskning. Det er da viktig å understreke at det på dette området kan være vanskelig å trekke sikre konklusjoner om hva som er årsak og virkning. På den ene siden kan de sosiale forhold føre til dårlige psykiske helse, men dårlig psykisk helse kan også føre til at en person utsettes for vanskelige sosiale forhold. Et eksempel på dette kan være utdanning. Manglende utdanning kan bidra til stress i forbindelse med vansker på arbeidsmarkedet, og derved øke risikoen for psykiske helseproblemer, men manglende utdanning kan også være et resultat av dårlig psykisk helse, eller av forhold som disponerer for utviklingen av psykiske helseproblemer. For å kunne trekke sikre slutninger om årsakssammenhenger, må en derfor gjøre såkalt longitudinelle undersøkelser, der en kan registrere over tid hva som kommer først, den antatte risikofaktor eller den psykiske lidelse.

Ikke alle psykiske lidelser er like påvirkelige av sosiale faktorer. Mest påvirkelige synes angst, depresjon og atferdsforstyrrelser å være, mens de alvorlige psykiske lidelser, som schizofreni og bipolar affektiv lidelse, i større grad synes å være arvelig betinget. Vi har derfor fokusert spesielt på angst, depresjon og atferdsforstyrrelser i rapporten. I de fleste undersøkelser har en målt den psykiske helse ved spørreskjemaer og ikke ved kliniske intervjuer.

## Samfunn

---

### Arbeidsledighet

En rekke undersøkelser i ulike land viser at arbeidsledighet over tid bidrar til øket hyppighet av psykiske plager. Dette understøttes også av en norsk undersøkelse (Claussen et al 1991). En fant her at de som hadde vært uten arbeid i over 12 uker hadde en øket hyppighet av psykiske plager (angst/depresjon) sammenliknet med de som var i arbeid, og at de med psykiske plager hadde mindre tendens til å komme tilbake til arbeidslivet. Det har vært hevdet at sammenhengen mellom arbeidsledighet og psykiske lidelser kunne skyldes at de som falt ut av arbeidslivet hadde dårlig helse på forhånd, og at det hele berodde på en seleksjonseffekt. I mot dette taler imidlertid undersøkelser som har vist at de arbeidslediges psykiske helse blir normalisert når de kommer tilbake til arbeidet.

### Lav sosio-økonomisk status

At lav sosio-økonomisk status er assosiert med dårlig psykisk helse er vist i en rekke undersøkelser, blant annet i den store amerikanske undersøkelsen Epidemiological Catchment Area Program (Regier et

al, 1993). Risiko for å ha en psykiatrisk lidelse var 2.5 gang så stor hos de med laveste sosio-økonomiske status sammenliknet med de med høyeste sosio-økonomiske status, når en kontrollerte statistisk for alder, kjønn, rase, og sivil stand. Selv om Norge er et sosialt mer egalitært samfunn enn USA, har en også her funnet en sterk sammenheng mellom sosioøkonomisk status og psykiske plager. Dette er blant annet vist i Helseundersøkelsene utført av Statistisk Sentralbyrå, der Rognerud et al (2002) fant at både menn og kvinner med lav sosio-økonomisk status hadde en signifikant høyere hyppighet av psykiske plager enn de med høy sosio-økonomisk status. I materialet fra SSB's Helse- og Levekårsundersøkelse fra 2002 fant Dalgard et al (2005) en odds ratio for psykiske plager på over 6.7 for unge menn med lite utdanning, og på 2.4 for kvinner med lite utdanning, sett i forhold til de med høyest utdanning.

Det er interessant å merke seg at den økede risiko for psykiske (og somatiske) lidelser ved lavere sosioøkonomisk status ikke er et rent fattigdomsproblem. Også hos de med relativt høy status viser det seg nemlig at de som ligger lavest innen nivået har en relativt høy sykkelighet. Dette er også vist for psykisk helse i en fersk analyse fra Helseundersøkelsen i Oslo i 2000/2001 (Dalgard et al 2005), der hyppigheten av psykiske plager øket gradvis ved avtakende yrkesstatus. Det synes derfor å være det relative nivå, snarere enn det absolute, som er av størst betydning for den psykiske helse.

At det relative sosioøkonomiske nivå er viktig for helse, er også i samsvar med en hypotese fremsatt av Wilkinson (1996), der han hevder at det er graden av sosial ulikhet i et land, snarere enn det absolutte økonomiske nivå, som er av størst betydning for helse. Selv om Wilkinson i sin forskning finner støtte for denne hypotesen, er det undersøkelser som peker i annen retning, og hypotesen er fortsatt omdiskutert.

### Problemer i forhold til innvandring

Det finnes i dag et større data-materiale som omhandler innvandreteres helse i Norge, nemlig Helseundersøkelsen i Oslo 2000-2001 (HUBRO). På grunnlag av dette materialet utarbeides det nå flere artikler med fokus på psykisk helse og helse generelt. Noen hovedresultater når det gjelder voksne fremgår av følgende:

Fremmedkulturelle innvandrere har en signifikant øket hyppighet av psykiske plager, målt ved HSCL-10. Mens innvandrere fra fremmede kulturer (hovedsakelig Asia og Afrika) har en hyppighet av psykiske plager på 24%, er tallet for norskfødte 10%, og for innvandrere fra Vest-Europa og Amerika 12%. Flyktinger har en hyppighet av psykiske plager på 31%. Forskjellene mellom de etniske grupper gjelder alle aldersgrupper og begge kjønn.

Med utgangspunkt i HUBRO finnes det data som viser at tortur, fengsling og andre traumatiske hendelser forklarer noe av den økede

hyppighet av psykiske plager hos innvanderne, spesielt hos flyktingene. Den viktigste sosiale forklaringsfaktor etter ankomsten til Norge synes å være manglende arbeid, og i mindre grad økonomiske problemer. Av psyko-sosiale faktorer synes manglende sosial støtte, manglende integrasjon i det norske samfunn (i alle fall hos menn), opplevelse av diskriminering, bl.a. på boligmarkedet, samt en generell opplevelse av maktesløshet, å være de viktigste.

## Sosial desintegrasjon

Det er vist ved flere undersøkelser at sosial desintegrasjon av lokalsamfunnet bidrar til øket hyppighet av psykiske helseproblemer. Med sosial desintegrasjon menes da et samfunn med liten grad av fellesskap og sosial interaksjon, svakt lokalt lederskap, få og svake organisasjoner, fragmenterte sosiale nettverk og betydelig grad av usikkerhet og mistenksomhet mellom beboerne. Årsakene til dette kan være sviktende arbeidsmarked, økonomisk deprivasjon eller stor grad av inn- og utflytting. Mest klart er sammenhengen mellom sosial desintegrasjon og psykiske helseproblemer beskrevet av Alexander H. Leighton i en undersøkelse fra Nova Scotia i Canada (Leighton 1959). Her kunne en også registrere hvordan den psykiske helse bedret seg når desintegrasjonsprosessen ble reversert som følge av et lokalt utviklingsprosjekt (Leighton, 1965). Også i Norge er det foretatt epidemiologiske undersøkelser som peker i retning av at sosial desintegrasjon i lokalsamfunnet er en risikofaktor for den psykisk helse (Sørensen, 2004, Dalgard, 2004).

## Bomiljø

I Oslo har Dalgard (1980) vist at det var en sammenheng mellom det å ha mye psykiske helseproblemer og det å bo i en ny drabantby. Denne drabantbyen var karakterisert ved stor grad av inn- og utflytting, skjev aldersfordeling (de fleste under 40 år), relativt dårlig økonomi i forhold til boligprisen, og mangelfull utbygging av både offentlige og private service-tiltak som butikker, kommunikasjon og muligheter for rekreasjon. Alt dette så ut til å bidra både til psykiske belastninger og svake sosiale nettverk, noe som i kombinasjon øket risikoen for psykiske helseplager. Ved en oppfølging 10 år senere viste det seg at den psykisk helse i drabantbyen var blitt normalisert samtidig som bomiljøet var blitt bedret (Dalgard et al, 1997). Dette tyder da på at den store hyppighet av psykiske helseproblemer i den nye drabantbyen ikke skyldtes at de som flyttet dit hadde dårlig psykisk helse på forhånd, men at selve bomiljøet måtte være av betydning for helsa.

## Arbeidsmiljø

Manglende mulighet for å påvirke og kontrollere egen arbeidssituasjon, spesielt hvis arbeidet er krevende, framstår i flere undersøkelser som en av de viktigste risikofaktorer på arbeidsplassen (Karasek et al., 1990). En annen risikofaktor er et opplevet misforhold mellom egen innsats og belønning. At disse forhold er en belastning på den psykiske helse fremgår blant annet av den omfattende Whitehall II studien fra England, der ca. 10 000 offentlige funksjonærer på ulike nivåer ble undersøkt og fulgt opp etter 5 år, også med henblikk på psykisk helse (Stansfeld et al, 1998). En fant her at små muligheter

for kontroll, store krav og negativ innsats/belønning balanse i arbeidssituasjonen øket faren for utvikling av psykiske plager (og av hjerte/kar sykdommer). Sosial støtte virket som en beskyttende faktor mot utvikling av helseproblemer. Også i Norge har en funnet en sammenheng mellom manglende kontroll over egen arbeidssituasjon og psykiske plager. Dette er blant annet beskrevet av Dalgard (1983) i en intervju-undersøkelse av et tilfeldig utvalg av 475 arbeidstakere. I en fersk undersøkelse, basert på en 10 års- oppfølging av et materiale på ca. 2000 personer i en bydel i Oslo og fire kommuner i Lofoten, fant Dalgard et al (2005) at manglende opplevelse av å bruke egne evner i jobben, og mangel på muligheter for å påvirke egen arbeidssituasjon, var de faktorer som bidro mest til utvikling av psykiske helseproblemer. Også vedvarende krav om konsentrasjon i arbeidet var en belastningsfaktor.

## Sosialt nettverk

### Manglende sosial støtte

Det finnes omfattende forskning som dokumenterer at sosial isolasjon og manglende støtte fra det sosiale nettverk øker risikoen for psykiske helseproblemer. Med det sosiale nettverk tenker en da i første rekke på det uformelle nettverk, det vil si familie, venner, arbeidskamerater, naboer, etc. Med sosial støtte tenker en første rekke på den emosjonelle kontakt, men også på nettverkets funksjon i form av praktisk hjelp og sosial kontroll (Fyrand, 1994). En del forskning peker i retning av at mangel på sosial støtte er særlig virksomt hvis individet er utsatt for ulike påkjenninger eller negative livshendelser, og at sosial støtte fungerer som en "buffer" eller beskyttelsesfaktorer gjennom styrking av individets mestringsevne. At sosial støtte har en slik funksjon understøttes også av en norske undersøkelse (Dalgard et al, 1995). I en oppfølging av et tilfeldig utvalg på ca. 1000 personer etter 10 år (samme materiale som i undersøkelsen over bomiljøets betydning) fant forfatterne at de som både hadde lite sosial støtte ved starten av undersøkelsen, og som senere var utsatt for negative livshendelser, hadde en særlig stor risiko for å utvikle psykiske helseproblemer, spesielt depresjon. Andre undersøkelser tyder på at sosial støtte i seg selv, uavhengig av livsbelastninger, har en positiv effekt på den psykiske helse.

### Problemer i ekteskap/samboerforhold

De fleste studier peker i retning av at de som er gift eller lever i samboerforhold, gjennomgående har en bedre psykisk helse enn ugifte og tidligere gifte. Spesielt skilte og enker/enkemenn har en dårligere psykisk helse enn andre (Williams et al 1992), og da særlig i form av mer depresjon og angst. Dette kan dels henge sammen med at ekteskap/samboerforhold gir sosial støtte, og er en beskyttelsesfaktor i seg selv, dels at gifte/samboere har mindre økonomiske og andre problemer enn de enslige. Men sammenhengen kan også skyldes at de enslige i utgangspunktet er mer disponert for psykiske lidelser enn gifte/samboere. Tatt i betraktning at flere undersøkelser, blant annet en norsk prospektiv undersøkelse (Lau et al 2002), viser at skilte som inngår nytt ekteskap/samboerforhold bedrer sin psykiske helse, peker imidlertid i retning av ekteskap/samboerforhold er en positiv helsefaktor.

## Overgrep og vold

Det er dokumentert at seksuelle overgrep og/eller vold øker risikoen for senere utvikling av psykiske lidelser (Kessler et al, 1997). Resultatene av en norsk spørreskjema-undersøkelse av mer enn 20 000 voksne personer i alderen 40-42 år er i samsvar med dette (Hjemmen et al. 2002). Forfatterne fant at spesielt de som hadde vært utsatt for seksuell vold/misbruk, hovedsakelig kvinner, hadde mer psykiske plager enn andre. Blant de som hadde vært utsatt for dette som barn, rapporterte 48% at de hadde psykiske helseproblemer (HSCL-25), mot ca. 15% i totalutvalget. Selv ved justering for utdannelse og andre livsbelastninger, hadde de som hadde vært utsatt for vold en betydelig øket risiko for psykiske plager.

## Sammenfattende om sosiale risikofaktorer

De viktigste risikofaktorer på *samfunnsnivå* synes å være:

- Arbeidsledighet
- Sosial ulikhet
- Diskriminering av fremmedkulturelle innvandrere
- Sosial desintegrasjon av lokalsamfunn

Felles for disse faktorer er at de bidrar til marginalisering av sosiale grupper, som opplever manglende tilhørighet, lav selvfølelse og liten kontroll over egen livssituasjon. Dette gjør det vanskelig å mestre økonomiske og andre belastninger, særlig hvis de individuelle mestringressurser i utgangspunktet er svake.

Når det gjelder nye *bomiljøer* er følgende viktige risikofaktorer:

- Manglende, eller forsinket utbygging av offentlige og private servicetiltak (kommunikasjon, barnehager, skoler, butikker, etc.).
- Manglende tilrettelegging for sosial kontakt
- Manglende tilrettelegging for rekreasjon
- Misforhold mellom boutgifter og folks betalingsevne

Når det gjelder *arbeidsmiljø* synes følgende risikofaktorer å være av særlig betydning for den psykiske helse:

- Manglende kontroll over egen arbeidssituasjon, spesielt hvis arbeidet er krevende
- Lite belønning i forhold til arbeidsinnsats
- Mangel på utfordringer i arbeidet
- Manglende muligheter for bruk av egne evner og interesser i arbeidssituasjonen
- Vedvarende krav om sterk konsentrasjon i arbeidet

Når det gjelder det *sosiale nettverk* er følgende risikofaktorer av særlig betydning:

- Sosial isolasjon
- Manglende sosial deltakelse
- Manglende sosial støtte
- Dårlig fungerende familieliv
- Overgrep og vold

## Individuelle risikofaktorer

Med individuelle risikofaktorer i forhold til psykisk helse, tenker vi første rekke på manglende evne til å mestre livspåkjenninger. Med mestring menes da de stadig tilpassede tanke- og atferdsmessige anstrengelser individet bruker for å hanskens med spesielle ytre og/eller indre forhold som oppleves som krevende. Det skiller da gjerne mellom problem- eller oppgavefokustert mestring og emosjonell mestring (Lazarus, 1966). Under alle omstendigheter fører vellykket mestring til en opplevelse av kontroll, som er viktig for individets funksjonsevne. I tilknytning til mestring er det utviklet en rekke beslektede begreper som alle har noe med kontroll å gjøre, for eksempel *locus of control* (Rotter, 1966), *sense of coherence* (Antonovsky, 1979) *sense of mastery* (Pearlin et al, 1981) og *self-efficacy* (Bandura, 1986). Ikke minst det siste begrepet har ofte vært brukt i relasjon til psykisk helse. Et sentralt element her er individets positive reaksjonsforventning, det vil si forventningen om å kunne takle problemene når de kommer. Omvendt, hvis et individ møter en belastning eller et problem med en innstilling om at det ikke er noe en kan gjøre, øker risikoen for at belastningen fører til stress og helseproblemer, både psykiske og somatiske. Et mål på *sense of mastery* inngår i den norske Helse- og Levekårsundersøkelsen, og det er påvist en høy korrelasjon mellom lav skåre på *sense of mastery* og mye psykiske plager.

## Genetiske forhold

Genetiske faktorer er av ulik betydning for ulike psykiske lidelser. Sannsynligvis betyr disse faktorer mest for de mest alvorlige sykdommene: Med utgangspunkt i tvillingforskning finner en følgende: Omkring 80% av sårbarheten for å utvikle manisk depressiv sinnslidelse eller schizofreni skyldes gener (Shih et al, 2004, Sullivan et al, 2003). Alvorlig depressiv lidelse har en arvelighet på omkring 50% (Sullivan et al, 2000). Arveligheten for anorexi er 70-80%, mens den for andre typer spiseforstyrrelser antakelig er noe lavere (Bulik et al, 2000). Tallene for andre psykiske lidelser (angst- og tvangslidelser) varierer mellom 20 og 40% (Shih et al, 2004). Også avhengighet er arvelig betinger: Alkoholisme og nikotinavhengighet har begge genetiske komponenter på omkring 50%, og det er holdepunkter for at gener som gjør et individ disponert for alkoholisme også kan ha sammenheng med andre former for misbruk (Prescott et al, 1999, Hall et al, 2002, Maes et al, 2004, Kendler et al, 2003).

Det har vært hevdet at tvillingundersøkelser er tilbøyelige til å overvurdere arvets betydning, og det er åpenbart behov også for andre forskningsmetoder for å fastslå den relative betydning av arv og miljø. Under alle omstendigheter dreier det seg om et intimt samspill mellom de to sett av faktorer. Mer detaljerte forhold vedrørende arvelighet og biologiske forhold er beskrevet i appendix til denne rapport.

## Helsefremmende/forebyggende arbeid

Tilsvarende de ulike nivåer for risikofaktorene, kan det forebyggende/helsefremmende arbeid rettes in mot ulike nivåer: Samfunn, bomiljø, arbeidsplass, sosialt nettverk, individ.



De tiltak som er rettet mot samfunnsforhold, bomiljø eller arbeidsmiljø faller inn under begrepet *generelle befolkningsrettede tiltak*. Her er det hele befolkningen, eller deler av denne, som er målet for tiltakene, ikke enkeltindivider. Når det gjelder nettverksorienterte eller individrettede tiltak er det gjerne tale om spesielle tiltak som er rettet mot individer eller grupper som er i en risikofylt livssituasjon. Dette kalles *høy-risiko strategi*.

I det følgende skal vi eksemplifisere det forebyggende arbeid på ulike nivåer. Listen av eksempler er ikke utfyllende, men tar sikte på å gi et grovt bilde av hvordan det arbeides innenfor feltet.

## Samfunnsmessige tiltak

Tiltak som retter seg mot arbeidsledighet, fattigdom, sosial ulikhet og diskriminering av fremmedkulturelle innvandrere, er kanskje de viktigste samfunnsrettede tiltak når det gjelder forebygging av psykiske helseproblemer.

Her dreier det seg stort sett om overordnede politiske tiltak, der økonomiske hensyn ofte har en sentral plass. I denne sammenheng blir helsevesenets rolle blir i første rekke å dokumentere sammenhengen mellom de sosio-økonomiske forhold og helse, og derved bidra som premissleverandør for politiske beslutninger.

## Utviklingstiltak i lokalsamfunn

Her kan helsevesenet, i samarbeid med andre samfunnsinstanser, lokale politikere og befolkningen selv, delta mer direkte i arbeidet. Det er imidlertid vanskelig å måle den spesifikke helseeffekt av de sammensatte tiltak som det her er tale om. Det vanlige opplegg med en gruppe som tar del i tiltaket, og en mest mulig lik kontrollgruppe som ikke tar del, lar seg ikke gjennomføre. En rekke forhold kan samtidig tenkes å påvirke helsa, hvorav de fleste vil være utenfor prosjektets kontroll. Likevel er det gjort systematiske forsøk på evaluering av lokalsamfunnstiltak i Norge, der bedring av den psykiske helse har vært en sentral del av målsettingen. Et eksempel på dette er prosjektet "Liv laga i Lofoten" (Sørensen, Bøe, Ingebrigtsen Et Sandanger, 1996), som ble initiert gjennom et samarbeid mellom den lokale psykiatriske poliklinikk, den kommunale helse- og sosialtjeneste og politikerne. Prosjektet rettet seg både mot enkeltindivider i vanskelige livssituasjoner, sosiale grupperinger og lokalsamfunnet som helhet. Sosiale støttegrupper og selvhjelpsgrupper ble etablert, og en rekke samtale- og aktivitetsgrupper som rettet seg mot spesielle problemområder, for eksempel problemer i tilknytning til sviktende fiske, ble etablert. Sammenfattende kan en si at sosial integrasjon var den sentrale målsetting for prosjektet. En senere evaluering tyder på at prosjektet har virket etter intensjonene (Sørensen et al, 2004).

Fra andre land finnes det eksempler på at systematiske tiltak for å bedre den sosiale integrasjon i lokalsamfunnet har ført til en klart bedring av den psykiske helse. Ett eksempel på dette er fra Nova Scotia, Kanada, der en etter å ha gjennomført omfattende sosiale og økonomiske tiltak i et desintegrert lokalsamfunn kunne observere en signifikant reduksjon i psykiske helseproblemer, samtidig med en vitalisering av lokalsamfunnet (Leighton, 1965). Et annet eksempel er et utviklingsprosjekt i et dårlig fungerende nabolag i en engelsk by

(Halpern, 1995), der en gjennom en rekke tiltak tok sikte på å gjøre nabolaget til et tryggere, og ikke minst, mer kontaktskapende sted å bo. Ved en oppfølging 12 måneder etter at prosjektet var avsluttet, hadde det skjedd en betydelig bedring både i trivsel og psykisk helse. Øket sosial kontakt, og øket samhandling i forbindelse med gjennomføringen av prosjektet, så ut til å ha vært en viktig helsefremmende faktor. At en bedring av de sosiale kvaliteter i et nabolag kan bidra til en bedring av den psykiske helse, understøttes også av en undersøkelse fra Oslo (Dalgard, 1999). Ved en 10 års oppfølging av befolkningen i ulike typer boligområder, viste det seg at den psykiske helse hadde bedret seg signifikant i ett av de fem områdene. Dette var det området som hadde fungert dårligst for 10 år siden, men som siden hadde gått gjennom en positiv prosess, med etablering av en rekke aktivitets- og kontaktskapende tiltak.

Et interessant eksempel på tiltak rettet mot lokalsamfunnet er beskrevet av Brevik (1995), som også har foretatt en oppfølging og evaluering (Brevik, 1998). Dette prosjektet var rettet mot folk som var blitt tvangsflyttet i forbindelse med utbyggingen av Gardermoen som hovedflyplass. I en første kartleggingsundersøkelse hadde det vist seg at de som var blitt tvangsflyttet hadde dårligere psykisk helse enn de øvrige i kommunen, noe som ikke så ut til å kunne forklares ved at dette i utgangspunktet hadde vært et utvalg med dårligere psykisk helse. Derimot så det ut til at den fragmentering av sosiale nettverk som fulgte med flyttingen hadde en negativ helseeffekt. Disse funnene ble retningsgivende for et spesielt "tiltaksteam", under ledelse av kommuneoverlegen, som ble opprettet for å drive helsefremmende tiltak. Tiltakene omfattet foruten informasjonsvirksomhet ulike tiltak som tok sikte på å motvirke passivitet og sosial isolasjon hos dem som var blitt tvangsflyttet. Av slike tiltak kan nevnes Gardermoen kafe, med temadager, foredrag og ulike aktiviteter, møter med soknediakonen i den tidligere befalsmesse, program for trim, svømming og friluftsliv, samt lokalt historielag. Oppslutningen om tiltakene var stort sett god, med deltakelse fra omtrent en tredjedel av målgruppen. Ved en ny kartleggingsundersøkelse tre år senere, viste det seg at de som hadde deltatt i ett eller flere av tiltakene hadde en mer positiv utvikling av sin psykiske helse enn de som ikke hadde deltatt. Det så også ut til at deltakelse i aktivitetene kompenserte for dårlig sosialt nettverk, og således hadde en positiv helseeffekt.

*Helseprofilundersøkelser*, i betydningen systematisk kartlegging av befolkningens psykiske helse og sosiale risiko- og beskyttelsesfaktorer, kan være et nyttig hjelpemiddel i det forebyggende arbeid i lokalsamfunnet, og denne metode har vært brukt i flere prosjekter i Norge (Dalgard 2004). Fordi det finnes lite opplysninger om psykososiale forhold og psykisk helse i eksisterende data-kilder er det nødvendig å gjøre egne befolkningsundersøkelser. Det er utarbeidet egne spørreskjema til postalt bruk ved Folkehelseinstituttet, slik at undersøkelsene ikke blir særlig ressurskrevende. Når resultatene foreligger, er det avgjørende at disse gjøres kjent for befolkningen selv, og at denne trekkes aktivt inn i utviklingsarbeidet. Senest er det utarbeidet en helseprofil for et nytt bomiljø i Nes kommune (Folkehelseinstituttet 2005), som har dannet utgangspunkt for en dialog mellom befolkningen og kommunen med henblikk på videreutvikling av bomiljøet og forebygging av psykiske helseproblemer.

## Tiltak i bomiljø

### *Innvandrerkvinner*

Som ledd i det helsefremmende arbeid ble det i 1990 etablert et strikkeverksted for innvandrerkvinner i en av de nye drabantbyer i Oslo. Hensikten var å etablere en sosial arena, der kvinner fra ulike kulturer kunne få opplæring i å bruke moderne strikkemaskiner, slik at de kunne produsere ting ut fra sin egen kulturelle bakgrunn, og styrke sitt sosiale nettverk. Gjennom salg av produktene på en åpen salgsmesse kunne kvinnene også styrke sin kontaktflate med det norske samfunn. Tiltaket tok altså sikte på tre ting: Styrke følelse av mestring, styrke det sosiale nettverk og fremme integreringen i det norske samfunn. Evalueringen tydet på at prosjektet var vellykket, og at det bidro til en bedring av kvinnenes psykiske helse (Døhlie, 1993).

### *Sosialt isolerte kvinner i en ny drabantby*

Anstorp, Benum, Dalgard og Sørensen gjennomførte i 1985 et gruppebasert prosjekt med sikte på forebygging av psykiske helseproblemer, som ble evaluert etter en oppfølgingsperiode på henholdsvis 1, 3 og 6 år (Dalgard, Anstorp, Benum & Sørensen, 1995). I dette prosjektet hadde en etter en innledende kartlegging av psykisk helse og sosiale livsforhold for kvinner i alderen 45–54 år i en ny bydel i Oslo, delt de som hadde et dårlig sosialt nettverk og mange psykiske plager inn i to tilfeldige grupper på ca. 50 personer i hver. Den ene gruppen ble invitert til å delta i et gruppeprogram som strakk seg over ett år, mens den andre gruppen var kontrollgruppe. Programmet omfattet ukentlige gruppemøter med 5–10 kvinner og to psykologer i hver gruppe, der hensikten var å knytte kontakter og utvide det sosiale nettverk. Mens to av gruppene var kombinert med annen aktivitet (henholdsvis trim og porselensmaling) var den tredje en ren samtalegruppe. Etter både 3 og 6 år var det en signifikant større bedring med hensyn til livskvalitet og sosial deltakelse i intervensjonsgruppene enn i kontrollgruppen, og en klar tendens i samme retning når det gjaldt psykiske plager. Det var de som hadde vært mest aktive i gruppene, og som opprettholdt kontakt med andre deltakere etter at programmet var over, som viste den største bedring. Prosjektet syntes da å bekrefte at en stimulering av det sosiale nettverk bidrar til en bedring av psykisk helse og livskvalitet.

## Tiltak i arbeidsmiljø

Et hovedpunkt når det gjelder sykdomsforebyggende eller helsefremmende tiltak på arbeidsplassen, er en bevisstgjøring på alle nivåer i bedriften om sammenhengen mellom de psykososiale risiko- og beskyttelsesfaktorer og den psykiske helse. En slik bevisstgjøring kan blant annet oppnås gjennom en kartlegging av hvordan de ansatte opplever sitt arbeidsmiljø og sin helse, og senere sammenlikne resultatene med resultatene fra andre bedrifter. Hensikten er da å få i gang en diskusjon og prosess i bedriften, der de ansatte tar aktivt del i utviklingen. I Norge er de viktigste psyko-sosiale krav til arbeidet inkludert i Arbeidsmiljøloven, slik at også dette kan være retningsgivende for det forebyggende arbeid.

I en fersk rapport som omfatter helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid rettet mot angst og depresjon i en rekke Europeiske land (Berkels, 2004), konkluderes det med at det er få eksempler på tiltak i arbeidslivet der effekten på den psykiske helse er blitt systematisk evaluert med adekvate kontrollgrupper. Ikke desto

mindre trekkes det frem en del hovedpunkter fra "good practice":

- Tidlig identifisering av problemer gjennom et varselsystem
- Inkludere arbeidstakerne i alle faser av prosjektet
- Prosjektet må være integrert i ledelsens filosofi
- Inkludere intervensjoner på ulike nivåer, dvs. både i forhold til individ, sosialt miljø og arbeidsforhold
- Prosjektet bør dekke både primært og sekundært forebyggende arbeid
- Prosjektet bør iverksettes av et tverrfaglig team, og inkludere ulike tiltak som opptrening, rådgivning og kartleggingsundersøkelser

## Nettverksorienterte tiltak

### Sosiale støttegrupper

Senter for sosialt nettverk og helse gjennomførte i 1991 en evaluering av en intervensjon for å forebygge psykiske lidelser der det ble benyttet sosiale støttegrupper som etter 3 måneder gikk over til å bli selvhjelpsgrupper. De som deltok var alle over 60 år og hadde mistet sin ektefelle. Tre måneder etter at ektefellen var død, mottok de et brev der de ble spurt om de ville ta imot en person fra helsetjenesten. Denne personen skulle orientere om hvilket tilbud kommunen kunne tilby. Blant de som ble rekruttert til gruppen ble det foretatt en randomisering. I kontrollgruppen fikk de i første omgang ikke noe tilbud, mens de som havnet i intervensjonsgruppen fikk tilbud om å delta i såkalte «nettverksgrupper». Subjektive helseplager ble målt ved bruk av Hopkins Symptom Checklist (25 ledd). Gruppene møttes ved lunch-tid hver andre uke, og de første seks gangene ble møtene ledet av en fra helsetjenesten. Deretter kunne gruppene fungere på egenhånd. Etter ett år viste det seg at nivået av psykiske plager hadde sunket betydelig i intervensjonsgruppen, men ikke i kontrollgruppen (Brevik et al 1995).

Et godt eksempel på sosiale støttegrupper er det såkalte Sorg og Omsorgsprosjektet, som var et samarbeidsprosjekt mellom Sosialdepartementet og de frivillige organisasjoner. Her tok en sikte på opplæring og veiledning av frivillige i deres arbeid med mennesker i sorg, gruppevis eller i familiesammenheng. Det foreligger ikke her noen sammenlikning med kontrollgruppe, men en evaluering basert på deltakernes egen vurdering tyder på at prosjektet ga gode resultater (Thuen, 1995).

### Selvhjelpsgrupper

Såkalte selvhjelpsgrupper er en annen form for styrking av den sosiale støtte. Selvhjelpsgrupper er et temmelig heterogent fenomen. Det finnes slike grupper for de fleste kategorier av pasienter med kroniske eller langvarige sykdommer. Videre finnes det selvhjelpsgrupper for mennesker som opplever livskriser som f.eks. dødsfall, samlivsbrudd og arbeidsledighet, og for mer varige sosiale problemer. Det finnes også grupper for pårørende og familiemedlemmer til personer som har sykdom eller alvorlige sosiale problemer. Målsettingen med en selvhjelpsgruppe kan være atferdsendring eller støtte i en vanskelig livssituasjon. Gruppene kan være organiserte som selvstendi-

ge lokale grupper, de kan være del av større selvhjelpsorganisasjoner, tilknyttet frivillige organisasjoner eller initiert av offentlige institusjoner. Noen settes i gang og ledes av profesjonelle, andre bruker profesjonelle som veiledere, mens andre igjen fungerer uten at profesjonelle blir involvert (Thuen & Carlsen, 1998).

## Individrettede tiltak

### Psykoedukative programmer

Spesielt når det gjelder psykoedukative programmer, finnes det mye dokumentasjon som viser at dette er en effektiv metode når det gjelder å redusere eller forebygge risikoen for utvikling av psykiske plager hos både unge og voksne. Ikke minst i forhold til depresjon synes metoden å være effektiv (Kühner, 2003). Siden de fleste som gjennomgår denne type intervensjon allerede har depressive symptomer, dreier det seg snarere om sekundær enn om primær prevensjon. I Norge har en prøvd ut en variant av et psykoedukativt gruppeprogram, Kurs i Mestring av Depresjon (KiD), som har vist seg effektivt i en randomisert kontrollert studie (Dalgard, 2004). Mens 69% av gruppedeltakerne etter seks måneder hadde en betydelig reduksjon av de depressive symptomer, var det tilsvarende tall for kontrollpersonene 36%. Dette kurs er nå i ferd med å bli implementert i kommunehelsetjenesten, i det en i samarbeid med Rådet for Psykisk Helse og Kommunal Kompetanse har lært opp over 200 kursledere fra ulike deler av landet, hovedsakelig psykiatriske sykepleiere, som har behandlet mer enn 1000 personer med depresjon.

### Krisepsykologi/psykiatri

Såkalt krisepsykiatri eller krisepsykologi er mye anvendt i tilknytning til traumatiske livshendelser med den hensikt å forebygge mer varige psykiske helse problemer og lidelser. Prinsippet ved denne type intervensjon er å styrke offerets mestringsevne. Kriseintervensjon kan gis både individuelt og i grupper. Ofte har metoden et videre siktepunkt enn direkte arbeide med den kriserammede, i det en tar sikte på å mobilisere også det sosiale nettverk og hjelpere utenom helsevesenet (Weisæth, 2000). Metoden har vært kritisert på grunn av manglende dokumentasjon av den forebyggende effekt når det gjelder psykiske helseproblemer. Tvert i mot er det forskning som har vist at en enkelt "debriefing" har hatt en negativ effekt på den psykiske helse. Nå foreligger det imidlertid en omfattende amerikansk undersøkelse i tilknytning til World Trade Center katastrofen 11. september 2001, som viser en positiv effekt (Boscarino et al, 2005). Undersøkelsen er lagt opp som en randomisert kontrollert studie, der 180 personer som hadde fått kriseintervensjon ble sammenliknet med 1501 kontroller med henblikk på utviklingen de to første årene etter katastrofen. Det viste seg da at det var en signifikant effekt både i forhold til angst og depresjon, i det spesielt de som hadde deltatt i 2-3 seanser hadde en lavere risiko for utvikling slike plager. Det er interessant å merke seg at de som bare hadde deltatt i en enkelte seanse viste liten effekt av intervensjonen.

## Sammenfattende om helsefremmende/forebyggende arbeid

På *samfunnsnivå* er det særlig viktig å motarbeide

- arbeidsledighet
- fattigdom
- sosial ulikhet
- etnisk diskriminering
- rasering av lokalsamfunn

Her dreier det seg hovedsakelig om overordnede politiske tiltak, der helsevesenets rolle i første rekke blir å bidra som premissleverandør.

I dårlig fungerende *lokalsamfunn* kan helsevesenet spille en mer aktiv rolle, i samarbeid med ulike etater, politikere og befolkningen selv. Dette arbeidet vil være i samsvar med *Lov om helsetjenesten i kommunene*, der helsetjenesten er pålagt "til enhver tid å ha oversikt over helsetilstanden i kommunen og de faktorer som virker inn på denne" og "foreslå helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunen". Eksempler på dette arbeidet kan være:

- utarbeiding av helseprofiler, med vekt på sosiale miljøfaktorer og psykisk helse
- formidling av kunnskap til befolkningen om sammenhengen mellom sosiale miljøfaktorer og psykisk helse
- identifisering av sosiale risikogrupper
- bidra til mobilisering av lokale ressurser med henblikk på utviklingsprosjekter

Når det gjelder *bomiljøer* kan helsevesenet blant annet bidra på følgende måter:

- Delta i planleggingen av nye bomiljøer
- Identifisere forhold i bomiljøet som virker uheldig på den psykiske helse
- Samarbeide med andre etater og befolkningen selv om tiltak for å motvirke negative miljøfaktorer

Forebyggende tiltak på *arbeidsplassen* vil som regel være knyttet til bedriftshelsetjenesten, med Arbeidsmiljøloven som retningsgivende. Av slike tiltak kan nevnes:

- Kartlegging av det psykososiale arbeidsmiljø
- Delta i arbeidsmiljøtiltak med sikte på bedring av den psykisk helse
- Arbeide for inkludering av folk med psykiske helseproblemer på arbeidsplassen

I forhold til det *sosiale nettverk* kan helsevesenet bidra med:

- Organisering av sosiale støttegrupper for folk i belastende livssituasjoner
- Støtte opprettelsen og driften av selvhjelpsgrupper

På *individnivå* er følgende tiltak mye brukt:

- Psykoedukative programmer, blant annet i forhold til depresjon
- Krisepsykologi/psykiatri
- Organisering av lokalt kriseberedskap med fokus på psykisk helse

# Litteratur

---

- Antonovsky, A. *Unravelling the mystery of health – how people manage stress and stay well*. San Fransisco: Jossey Bass, 1987
- Bandura, A. *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman, 1997
- Bulik CM, Sullivan PF, Wade TD, Kendler KS (2000). Twin studies of eating disorders: a review. *Int J Eat Disord*, 27(1):1-20
- Boscarino JA, Adams RE, Figley CR (2005). A prospective Cohort Study of Effectiveness of Employer-Sponsored Crisis Intervention after a Major Disaster. *International Journal of Emergency Mental Health*; 7: 9-22
- Brevik, JI (1995). *Utbygging av Gardemoen. Helsemessige konsekvenser av hovedflyplassutbyggingen*. Oslo: Senter for sosialt nettverk og helse, rapport 1/95
- Brevik, JI (1998). *Helsefremmende og forebyggende tiltak i en utsatt befolkningsgruppe grunnet utbyggingen av hovedflyplass på Gardemoen. Var det kommunale tiltaksteamet til nytte?* Internt notat til Ullensaker kommune
- Brevik, JI, Dalgard, OS & Bruun, H (1995). Nettverksgrupper for eldre som har mistet sin ektefelle. I: Dalgard, Døhlie & Ystgaard (red.). *Sosialt nettverk, Helse og samfunn*, ( pp. 317-332)
- Claussen B, Bjørndal A, Hjort PF (1993). Health and re-employment in a two year follow up of long term unemployed. *Journal of Epidemiology and Community Health* ;47:14-18
- Dalgard OS (1980). *Bomiljø og psykisk helse*. Oslo: Universitetsforlaget
- Dalgard OS (1983). Arbeidsmiljø og psykiske helse, med særlig vekt på selvbestemmelse i arbeidet. *Norsk Bedriftshelsetjeneste*; 4: 345-374
- Dalgard, OS, Anstorp, T, Benum, K & Sørensen, T (1995). Social network and mental health: an intervention study. In: Brugha, T (ed) *Social support and psychiatric disorder*, (pp.197-212). Cambridge: Cambridge University Press
- Dalgard, O.S., Bjørk, S. and Tambs, K. (1995) Social support, negative life events and mental health – a longitudinal study. *British Journal of Psychiatry* 166, 29-35
- Dalgard, OS & Døhlie, E (1995). Innvandring, sosiokulturell integrasjon og psykisk helse. I: Dalgard, Døhlie & Ystgaard (red.) *Sosialt nettverk, helse og samfunn* (pp.86- 107). Oslo: Universitetsforlaget
- Dalgard, O.S., Bjørk, S. and Tambs, K. (1995) Social support, negative life events and mental health – a longitudinal study. *British Journal of Psychiatry* 166, 29-35
- Dalgard OS, Tambs K (1997). Urban environment and mental health. A longitudinal study. *British Journal of Psychiatry*, : 171: 530-536
- Dalgard OS (2004). Kurs i mestring av depresjon – en randomisert kontrollert studie. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*; 124: 3043-6
- Dalgard , OS (2004). Psykisk helse, lokalsamfunn og forebyggende arbeid. Tre eksempler. I: *Ubevisst sjeleliv og bevisst samfunnsliv. Psykisk helse i en sammenheng* ( Sandanger, Ingebrigtsen, Nygård og Sørgaard, red.). Universitetet i Oslo
- Dalgard, OS (2005). Psykisk helse blant innvandrere i Oslo. I : Ahlberg, Aaambø, Gihle (red). *Utfordringer innen helse og omsorg blant minoriteter*. NAKMIs skriftserie om minoriteter og helse nr. 1/2005
- Dalgard OS , Sandanger I, Sørensen T, Nygård J, Krohn-Solvang B. Mental health and occupational environment – a longitudinal study. Manuskript, 2005
- Dalgard, OS, Thapa, SB, Hauff, E, Syed, HR, McCubbin, M (2006). Immigration, powerlessness and psychological distress: Findings from the Oslo Health Study. *Submitted to Scandinavian Journal of Psychology*
- Døhlie, E (1993). *Helse i hver maske?. Evaluering av et internasjonalt strik-keverkested for innvandrekvinner*. Senter for Sosialt Nettverk og Helse, rapport 2/93
- Fyrand L (1994). *Sosialt nettverk. Teori og praksis*. Oslo: Tano
- Hall W, Madden P, Lynskey M (2002). The genetics of tobacco use: methods, findings and policy implications. *Tob Control*, 11(2):119-124
- Halpern, D (1995). *Mental health and the built environment*. London: Taylor & Francis
- Hjemmen A, Dalgard OS, Graff-Iversen S (2002). Volden som rammer kvinner og volden som rammer menn – to ulike verdener? Resultatet fra en anonym spørreundersøkelse blant 40-42 åringer i 1990-1994 i Akershus og Buskerud. *Norsk Epidemiologi* , Årgang 12, nr. 3, 275-280
- Karasek, R, Baker, D, Marxer, F, Ahlbom, A, Theorell (1981), T. Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men. *Am J Public Health*, 71: 694-705
- Kessler RC, Davis CG, Kendler KS (1997). Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 27: 1101-19

- Kendler KS, Jacobson KC, Prescott CA, Neale MC (2003). Specificity of genetic and environmental risk factors for use and abuse/dependence of cannabis, cocaine, hallucinogens, sedatives, stimulants, and opiates in male twins. *Am J Psychiatry*, 160 (4):687-695
- Kessler R, Turner JB, House JS (1989). Unemployment, reemployment and emotional functioning in a community sample. *American Sociological Review*, 54: 648-57
- Kolstad, A (1983). *Til diskusjon om sammenhengen mellom sosiale forhold og psykiske strukturer. En epidemiologisk undersøkelse blant barn og unge.* Doktorgradsavhandling, Bergen
- Kühner, C. (2003). Das Gruppenprogramm "Depression Bewältigen" und seine Varianten – eine aktualisierte Metaanalyse. *Verhaltenstherapie*, 13, 254-262
- Lazarus, RS. *Psychological stress and coping process.* New York: McGraw-Hill, 1966
- Leighton, A (1965). Poverty and social change. *Scientific American*;215:3-9
- Maes HH, Sullivan PF, Bulik CM, Neale MC, Prescott CA, Eaves LJ et al (2004). A twin study of genetic and environmental influences on tobacco initiation, regular tobacco use and nicotine dependence. *Psychol Med*, 34(7):1251-1261
- Nasjonalt folkehelseinstitutt, rapport 5 :2005. *Trivsel, fellesskap og helse på Neskollen. En helseprofilundersøkelse*
- Pearlin, LI, Lieberman, MA, Menaghan EG, Mullan, JT (1981). The stress process. *J Hlth Soc Behav*, 22:337-356
- Prescott CA, Aggen SH, Kendler KS (1999). Sex differences in the sources of genetic liability to alcohol abuse and dependence in a population-based sample of U.S. twins. *Alcohol Clin Exp Res*, 23(7):1136-1144
- Regier DA, Boyd JH, Bruke JD et al.(1998) One-month prevalence of mental disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 45: 977-986
- Rognerud M, Strand H, Dalgard OS (2002). Psykisk helse i Helse- og levekårsundersøkelsen i 1998. Sosioøkonomiske forskjeller i psykisk helse og livsstil. *Norsk Epidemiologi*, 12 (3), 239-248
- Rotter, JB (1966). Generalized expectancies for internal versus external locus of control. *Psych Monog.* 80; 1
- Shih RA, Belmonte PL, Zandi PP (2004). A review of the evidence from family, twin and adoption studies for a genetic contribution to adult psychiatric disorders. *Int Rev Psychiatry*, 16(4):260-283
- Stansfeld SA, Fuhrer R, Head J et al.(1997) Work and psychiatric disorder in the Whitehall II Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 43: 73-81
- Sullivan PF, Kendler KS, Neale MC (2003). Schizophrenia as a complex trait: evidence from a meta-analysis of twin studies. *Arch Gen Psychiatry*, 60(12):1187-1192
- Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS (2000). Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*, 157(10):1552-1562
- Syed, HR, Hussain, A, Ahlberg, N, Dalen, I, Claussen, B, Dalgard, OS: Inequalities of health: A comparative study of self-reported health between ethnic Norwegians and Pakistanis. Paper in progress
- Sørensen, T, Bøe, N, Ingebrigtsen, G & Sandanger, I (1996). Individual- local community and mental health. Towards a comprehensive community psychiatric model for prevention of mental problems and promotion of mental health. *Nord J Psychiatry*,50; Suppl 37: 11-19
- Sørensen T, Mastekaasa A, Kleiner R et al. (2004) Local community mobilisation and mental health promotion. *International Journal of Mental Health Promotion*, 6: 5-16
- Thapa, SB, Dalgard, OS, Claussen, B, Sandvik, L Hauff, E. Psychological Distress among Immigrants from High and Low-income countries: Findings from the Oslo Health Study. Submitted paper
- Thapa SB, Hauff E (2005). Gender differences in factors associated with psychological distress among immigrants from low- and middle-income countries: Findings from the Oslo Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 40:78-84
- Thuen, F. & Carlsen, B. (1998). Selvhjelpsgrupper. Hva kjennetegner dem, og hvorfor har de vokst frem? *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 98/1, 28-48
- Thuen, F., Carlsen, B. & Sandvik, O. (1998). Støttegrupper etter samlivsbrudd. En presentasjon av tidligere forskning og egne erfaringer med grupper. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 35, 452-461
- Warr P, Jackson P (1985). Factors influencing the psychological impact of prolonged unemployment and of re-employment. *Psychological Medicine*, 15: 795-807
- Weisæth L (2000). Traumerelaterte lidelser. I : Red. Weisæth & Dalgard. *Psykisk helse. risikofaktorer og forebyggende arbeid*, (pp. 205-232). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Wilkinson RG (1996) *Unhealthy Societies. The Affliction of Inequality.* London and New York: Routledge
- Ystgaard, M, Tambs, K & Dalgard, OS (1999). Life stress, social support and psychological stress in late adolescence: a longitudinal study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*; 34: 12-19

## Sosiale risikofaktorer

### Generelt

Mange undersøkelser har studert utviklingsveier til problematferd hos barn og unge. Forhold som øker sannsynligheten for utvikling av vansker er nå ganske godt identifisert (Rutter, 1993, 1990). Utviklingsveier til god fungering har fått mindre oppmerksomhet, selv om en rekke studier i de senere år har undersøkt hvilke forhold som bidrar til god fungering hos barn fra belastede familier, d.v.s. resiliente utviklingsforløp (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000; Werner & Smith, 1992; Smith & Prior, 1995; Bonanno, 2004).

#### *Forhold som predikerer problemutvikling og manglende sosiale ferdigheter*

Rutter (2000) argumenterer for at noen eksterne (i omgivelsene) og interne (i barnet) faktorer er forbundet med flere ulike tilstander, mens andre forklaringsfaktorer synes å ha mer spesifikke virkninger (Oberklaid et al., 1997; Rothbart & Bates, 1998; Mathiesen & Sanson, 2000).

Stressende belastninger kan opptre i form av negative livshendelser og endringer i de sosiale omgivelsene (Grant et al., 2003) eller i form av vedvarende, og negative, aspekter ved et barns oppvekstkår som fører til at det ikke legges til rette for utvikling av de ferdigheter som er nødvendig for god mestring av dagliglivets utfordringer (Wyman et al., 2000). Depresjon hos mødre, konflikter mellom foreldre, negative livshendelser knyttet til sykdom, død og tap, og levekårsrelaterte familiebelastninger, er eksterne risikofaktorer som gjentakende ganger er vist å henge sammen med utvikling, og opprettholdelse, av problematferd hos barn (Campbell, 1995; Cummings & Davis, 1994; Field, 1992).

I en norsk undersøkelse fant Mathiesen (1999) at angst/depresjon hos småbarnsmødrene var knyttet til tilpasningsproblemer hos 18 måneder gamle barn, men også at lav alder, lav utdannelse og fysiske helseproblemer hos moren slo negativt ut. Også mangel på sosial støtte for moren var knyttet til problemer hos barnet.

I de senere år har studier av mestring, resiliens og veier til utvikling av gode ferdigheter, fokusert på kompleksiteten i prosessene. Hvorvidt barns utvikling vil bli påvirket av bestemte beskyttende og helsefremmende faktorer synes å variere med hvilke andre omstendigheter som er tilstede samtidig, og hvilke utviklingsmessige stadier barnet er i (Curtis & Cicchetti, 2003; Borge, 2003). Til tross for denne kompleksiteten, har man har imidlertid også funnet mer generelle faktorer som bidrar til god fungering. Gode foreldreferdigheter, god sosial støtte fra venner og familie, og fullført utdanning hos foreldre, er knyttet til god sosial og skolemessig fungering hos barn og unge (Wyman et al., 1999; Masten et al., 1999).

Det er relativt bred enighet i litteraturen om at summen av risikofaktorer er den sikreste prediktoren for utvikling av psykiske og adferdsmessige plager (Appleyard et al, 2005, Sameroff, 2000, Cook et al, 2002), selv om enkelte risikofaktorer også kan slå sterkt ut.

### Nærmiljø og sosialt nettverk

Det finnes forholdsvis lite systematisk forskning på forholdet mellom nærmiljø og barn og unges psykiske helse. En tidlig undersøkelse av Lavik (1976) viste at hyppigheten av psykiske helseproblemer blant ungdom var klart større i Oslo enn i en landkommune. Kolstad (1983) viste i en større epidemiologisk undersøkelse fra Sogn og Fjordane at hyppigheten av psykiske plager generelt var lav blant barn og unge i Sogn og Fjordane, sammenliknet med andre områder i Norge, men at de som kom fra områder som bar preg av sosial desintegrasjon, der familiene var dårlig sosialt forankret i lokalsamfunnet, hadde størst hyppighet av psykiske plager.

I de siste 15 årene er det i Norge samlet inn opplysninger om trivsel og levekår fra nær 5000 barnefamilier som sognet til 60 helsestasjoner fra 21 kommuner i 5 fylker. Dataene, som er knyttet til tre store helsestasjonsprosjekter (Barnefamiliers trivsel og levekår, Helsestasjonen som nettverksbygger, og TOPP- Trivsel og oppvekst – barndom og ungdomstid) har foreløpig dannet utgangspunkt for mer enn 20 norske og internasjonale publikasjoner.

Det er etter hvert bred enighet om at depresjon hos mødrene og relativ fattigdom er de eksterne forhold som synes å være tette knyttet til utvikling og opprettholdelse av problematferd hos førskolebarn (Prior, Sanson, Smart, & Oberklaid, 2000). De nevnte helsestasjonsmaterialer viser at der er klare og sterke sammenhenger mellom hvor god sosial støtte norske småbarnsmødre opplever å få fra familie- og vennetettverket og mengden psykiske plager de har. Mødre med god sosial støtte har mindre psykiske plager enn mødre med dårligere støtte – selv når det er kontrollert for helseeffekter av bakgrunnsforhold, daglige belastninger og negative hendelser. Omvent vil mangel på sosial støtte til barnefamilier i perioder med belastninger øke faren for at så vel mødre som barn utvikler helseproblemer (Sætre, Mathiesen & Nærde, 1996; Mathiesen & Sanson, 2000).

Mange småbarnsfamilier knytter tette bånd til andre barnefamilier i nabolaget, slik at naboer etter hvert blir venner. Hvor mye støtte fra naboer og tilhørighet til bomiljøet mødrene har, henger imidlertid sammen med bomiljøets utforming. Data fra det mest omfattende av helsestasjonsprosjektene (Mathiesen, 1999) viste at hele 40% av variasjonen i småbarnsmødrenes integrasjon i nabolaget kunne forklares gjennom hvor gode sosiale miljøkvaliteter det var i området. Av stor betydning syntes det å være at det var steder i omgivelsene hvor mødrene kunne møte naboer uten at dette var avtalt på forhånd, og om det fantes aktiviteter naboene kunne drive med i

felleskap. Familier som bodde i områder hvor det mangler slike fasiliteter fikk gjennomgående mindre emosjonell støtte og praktisk hjelp fra naboer og venner enn familier som bodde i områder preget av gode sosiale miljøkvaliteter.

## Skolen

Ystgaard har kartlagt den psykiske helse blant skole-ungdom i 16-17 års alderen med henblikk på den psykiske helse og psykososiale forhold. ( Ystgaard, 1995). Hun fant at den psykiske helse varierte klart i forhold til opplevde livsbelastninger, men også i forhold til sosial støtte. Blant de forhold som virket mest belastende var i prioritert rekkefølge: Faglige problemer, press fra omgivelsene for å lykkes, stort arbeidspress på skolen, økonomiske problemer, problemer i forhold til foreldre, bekymringer i forhold til seksualitet, problemer i forhold til venner og problemer i forhold til lærere. Både sosial støtte fra familie, venner og klassen hadde hver for seg en positiv effekt på den psykiske helse, og spesielt hos de som rapporterte om mange belastninger. Det så altså ut til at sosial støtte hadde en beskyttende effekt. Dette ble også bekreftet i en senere oppfølgingsundersøkelse, der den beskyttende effekt syntes størst hos guttene (Ystgaard, et al, 1999). En generell konklusjon på denne undersøkelsen var at en skole med økende prestasjonspress og avtakende sosiale støtte vil bidra til øket hyppighet av psykiske helseproblemer.

Som ledd i den Europeiske skoleundersøkelsen "Child and Adolescent Self-harm in Europe (CASE)", har en sett på sammenhengen mellom villet egenskade (selvmordsforsøk og selvskading) og en rekke forhold (Ystgaard et al. 2003). Sentrale faktorer knyttet til skolesituasjonen, som mobbing på skolen, problemer med skolearbeidet og lav selvtillit, viste alle en signifikant sammenheng med villet egenskade. Resultatene fra CASE studien viser tydelig at skolen er en viktig arena for forebyggende arbeid (Ystgaard, 2003). Omfanget av villet egenskade er stort (10% blant 15 og 16 åringer). Mange av disse (50%) har verken kontakt med et støttende sosialt nettverk eller med profesjonelle hjelpere.

## Særlig utsatte grupper

### Barn av foreldre med psykisk sykdom

En viktig risiko-gruppe er barn som lever med foreldre som har psykisk sykdom. Med utgangspunkt i antall voksne som er til behandling i det psykiske helsevern for voksne vet vi at ca 15.000 barn lever i en slik familiesituasjon (SINTEF). Det er viktig å understreke at vanskeligheten i situasjonen varierer med hvilke i type lidelse den voksne har, barnets alder og modenhet, og hvor lang tid den voksne er syk. Problemet er at voksenpsykiatrien ikke fanger opp systematisk om de voksne har barn og hva som skjer med dem.

Av barn av foreldre med psykisk sykdom utvikler ca to tredeler psykiske problemer, herav en tredel midlertidige problemer og en tredel alvorlige problemer (Rutter & Quinton 1984). Mest utsatt er barn av foreldre med personlighetsforstyrrelser, særlig de med et fiendtlig forhold til omgivelsene.

Spesielt barn av deprimerede foreldre er blitt mye omtalt, og det er veldokumentert at depresjon går igjen i familier, og at depresjon hos foreldre er assosiert med en rekke vansker hos barn (Hammen, 2003; Murray & Cooper, 1997). Majoriteten av studier har fokusert på konsekvenser av depresjon hos mødre, men også depresjon hos fedre synes å ha en negativ effekt på barna (Weissman et al., 1992). Depresjonsbegrepet er imidlertid komplekst og det er store variasjoner med hensyn til hvordan ulike studier har definert dette begrepet, noe som skaper en viss usikkerhet i tolkningen av resultatene. Hvilke konsekvenser depresjon hos mødre har for barna synes å variere avhengig av en rekke faktorer: alvorlighetsgrad og varighet av depresjonen, barnets alder og ikke minst om barnet har en annen frisk omsorgsperson som bistår i den daglige omsorgen på en følsom og god måte. Mors opplevelse av sosial støtte og nettverk er også av stor betydning (Mathiesen et al., 1999; Nærde, 2003). Studier av deprimerede mødre på sped- og småbarn indikerer: 1) Negative effekter på kognitiv utvikling (Brennan et al., 2000; Murray & Cooper, 1997), 2) Dysfunksjoner i sosio-emosjonell- og atferdsregulering (Brennan et al., 2000) og 3) Endringer i nevroregulatoriske mønstre som antas å reflektere dysfunksjoner i stress-responsivitet og tilnærming-tilbaketrekkingsatferd (for eksempel Dawson et al., 1994; Field et al., 1995). Studier på skolebarn og ungdom har blant annet undersøkt forekomst av diagnosebaserte lidelser. Her har man funnet mer depresjon hos barn av foreldre som søkte behandling for sine symptomer ( Hammen, 2003). Forekomst av andre psykiske lidelser er også signifikant høyere i denne risikogruppen og inkluderer blant annet angstlidelser, atferdsforstyrrelser og rusavhengighet. Studier av ikke-henviste utvalg er sjeldne, men informative. Disse tyder på at risikoen for markert depresjon er mer en fordoblet hos barn av deprimerede mødre som ikke har fått behandling. I tillegg er det en høyere forekomst også av ikke-afektive lidelser hos denne gruppen barn og unge.

### Rusmisbruk hos foreldre

Forskning fra en lang rekke land viser at et problemfylt bruk av rusmidler hos foreldre samvarierer med psykososiale vansker og psykiske lidelser hos barn og unge. Ser vi på norsk forskning, finner vi undersøkelser innenfor barne- og ungdomspsykiatrien, barnevernet og rusmiddelomsorgen som viser at de unge klientene i stor grad kommer fra rusmiddelbelastede hjem (Arner et al., 1995; Kjelsberg, 1999; Lauritzen et al., 1997; Vaglum, 1979; Waal et al., 1981). Rusmiddelproblemer opptrer imidlertid svært ofte sammen med psykiske vansker (Regier et al., 1990; Luthar et al., 1998; Weissman et al., 1999, Statens helsetilsyn 2000). Behandlingsapparatet har imidlertid i liten grad anerkjent dette forholdet og har enten hatt fokus på rusmiddelproblemet og oversett de psykiske belastningene, eller omvendt.

På lik linje med voksenpsykiatrien har heller ikke rusbehandlingssektoren noen form for systematisk registrering av hvor mange barn det er som lever sammen med den voksne som er i behandling. Pr. i dag finnes ingen offisielle tall på hvor mange barn i Norge som lever med foreldre som ar et rusproblem. På mange måter vil den yngste aldersgruppen barn være mest sårbare for foreldres rusmisbruk fordi de er så hjelpeløse og totalt avhengige av sine omsorgspersoner for fysisk og psykisk overlevelse. Når foreldre har rusproblemer og/eller psykiske vansker vil dette blant annet påvirke deres evne til sensitivitet overfor barnets behov og evnen til å være stabil og forutsigbar i sin reaksjons- og handlemåte overfor barnet. Den tid-

lige tilknytningsprosessen og emosjons- og atferdsreguleringen hos barnet vil dermed kunne forstyrres.

Det har lenge vært kjent at alkoholbruk i svangerskapet kan gi et spekter av skader fra betydelige skader på sentralnervesystemet hos barnet, som i alvorlige tilfeller kan gi mental retardasjon, til mer subtile nevropsykologiske vansker som først viser seg i form av bl.a. oppmerksomhets- og konsentrasjonsvansker når barnet kommer i førskolealderen (Aronson and Hagberg, 1998; Streissguth 1997). I de senere år er det også økende empiri for at bruk av narkotiske stoffer i svangerskapet gir en øket risiko for lav fødselsvekt, liten hodeomkrets, for tidlig fødsel og tidlige reguleringsforstyrrelser innenfor områder som søvn, matinntak og gråt/uro. Opiatbruk i svangerskapet er assosiert med Neonatal Abstinenssyndrom. Alle disse forhold bidrar til at barn av rusmisbrukende foreldre kan være i multipl risiko, både på grunn av en mulig nevrobiologisk sårbarhet grunnet prenatal rus-eksponering i tillegg til psykososiale risikoforhold etter fødsel, som fortsatt rusmisbruk hos foreldre, psykiske vansker, stress og belastninger forbundet med arbeidsledighet, dårlig økonomi og lite sosialt nettverk.

## Mobbing

Når det gjelder skolemiljøets betydning for den psykiske helse, har en særlig vært opptatt av den negative effekt av mobbing. Kjennetegnet ved mobbing er da aggressiv eller ondsinnet atferd over tid rettet mot ett eller flere individer, og der det er et skjevt styrkeforhold mellom partene. Undersøkelser har da vist at det å være utsatt for mobbing kan føre til betydelige psykiske problemer hos offeret, i form av lav selvfølelse, usikkerhet, angst, depresjon og utrygghet i forhold til andre (Olweus, 1992). Ofte bærer barnet påkjenningene alene, i det det ikke våger å fortelle om mobbingen til foreldre eller lærere. Barn som er aktive mobbere har en betydelig risiko for å fortsette med antisosial atferd i voksen alder

## Familievold

Traumatiske opplevelser som skjer i de første to - tre år av barnets liv, er spesielt skadelige (Drell et al. 1993). Barnets grunnleggende tilitt til seg selv og omgivelsene utvikles i tidlig alder. Denne tryggheten danner basis for all videre utvikling. Dersom foreldrene har belastninger som gir seg utslag i voldelige konflikter, vil omgivelsene framstå som uforutsigbare og utrygge. I tillegg vil foreldrenes psykiske tilgjengelighet for barnet være redusert. Barnet utvikler både utrygghet i forhold til eget selvverd og uhensiktsmessige strategier i relasjonelle forhold. Vi vet også at barnets erfaringer de første leveårene påvirker hjernens utvikling (Schore, 2003).

Det er større risiko for utvikling av traumatisk stress- syndrom hos små barn som er vitne til at omsorgsgiver blir truet eller utsatt for vold, enn hos barn som selv utsettes for vold. Et lite barn er avhengig av foreldrene for å overleve og for å utvikle seg. Trusselen om å miste omsorgspersonen er livstruende for et lite barn. Når det i tillegg er den ene av foreldrene som utsetter den andre for denne trusselen, vil dette forsterke traumatet.

Den forskning som er utført på dette området de siste årene - mesteparten fra USA - viser at ubehandlet traume som følge av familievold kan føre til tilknytningsvansker, depresjon, ulike lærevansker og ADHD-lignende tilstander i barneårene. I ungdomsalder kan det

gi seg utslag i atferdsvansker, rusmisbruk og suicidalitet. Som unge voksne kan vanskene diagnostiseres som personlighetsforstyrrelser og når de selv blir foreldre kan de vise redusert omsorgsevne (De Bellis, 2005). Omkostningene både personlig og samfunnsmessig er store ved ikke å ta traumer hos barn på alvor.

## Barn fra innvandremiljøer

I tillegg til individuelle forskjeller i barns og unges psykiske helse, synes det også å være gruppeforskjeller som er knyttet til kulturelle aspekter i ulike etniske grupper. Dette reflekteres i forskning som viser at barn og unge i noen minoritetsgrupper har samme nivå i psykiske problemer som etnisk norske barn, mens det i andre grupper er en overhyppighet av psykiske problemer sammenliknet med etniske norske. Vi vet foreløpig lite om hvilke kulturelle forhold som beskytter mot og øker risikoen for psykiske problemer hos barn av innvandrere. Som hos etnisk norske barn er det imidlertid hos barn av innvandrere to grupper psykososiale risikofaktorer som skiller seg ut, og som begge er knyttet til ungdommens situasjon i skolen (Oppedal & Røysamb, 2004):

- problemer knyttet til skolearbeidet
- manglende sosial støtte fra klassekameratene

Også når det gjelder atferdsproblemer, er det sammenfall i viktige faktorer som øker risikoen for asosialitet hos etniske norske og barn av innvandrere: manglende kontroll og oppsyn med barna fra foreldrenes side, lite familieorienterte fritidsaktiviteter og stor grad av uteorientert fritidsmønster. Ukonsentrerte eller desillusjonerte skoleelever har også økt risiko for asosialitet (Øia, 2003). Når det gjelder barn av innvandrere spesielt, er det flere forhold som er verdt å nevne: For det første er sammenhengen mellom sosioøkonomiske faktorer og psykisk helse motsatt av slik vi forventer det: Det er barn av høyt utdannede foreldre som har mest psykiske plager. Dette antas å henge sammen med at innvandrere med høyere utdanning har problemer med å få jobber i overensstemmelse med sine kvalifikasjoner, noe som øker risikoen for psykiske problemer i denne gruppen (Syed HR et al. in press).

Ungdommer hvis foreldre har opplevd krig er også en sårbar gruppe (Lien, Oppedal, Haavet, Hauff, Thoresen, Bjertness, manuskript innsendt til vurdering). Dette antas å henge sammen med dysfunksjonelle interaksjonsmønstre i familien preget av fortielser og mangel på åpen kommunikasjon, gjerne assosiert med post traumatisk stress og andre psykiske problemer hos foreldrene. Erfaringer med rasisme og diskriminering øker sjansen for både emosjonelle og atferdsproblemer, men her er det store variasjoner mellom etniske grupper (Oppedal, 2005; Øia, 2003). Det er foreløpig lite kunnskap om hvorvidt det er grupper av innvandrebefolkningen som er spesielt sårbare overfor disse risikofaktorene, og hvilke faktorer som bidrar til at noen ungdommer ikke utvikler psykiske problemer når de opplever dem. Videre er det lite norsk forskning som gir informasjon om hvorvidt det er spesielt sårbare faser gjennom ungdomsårene. Fra USA vet en at overgangen mellom barne- og ungdomstrinnet er en slik sårbar fase, og overgangen fra ungdomstrinnet til videregående skole en annen.



## Spesielt om spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelser forekommer hyppigst hos tenåringsjenter og unge kvinner, men rammer også preburtetsbarn, eldre kvinner, gutter og menn. I følge Rosenvinge og Gøtestam(2002) har om lag 2700 norske kvinner mellom 15 år og 44 år anoreksi, mens 18000 har bulimi. Sammenlignet med jenter som ikke slanker seg, er risikoen fra fem til atten ganger større ved henholdsvis moderat og hard trening (Patton, Selzer, Coffey, Carling, & Wolfe, 1999). Slanking og vekttap er imidlertid ofte første trinn i utvikling av anoreksi og bulimi, og det er usikkert om slanking i seg selv er en risikofaktor. Det er i dag en økende forståelse for kompleksiteten i årsaksforholdene. Fokus er flyttet fra oppmerksomhet mot isolerte risikofaktorer, som slanking, til å se på mekanismer eller sårbarhetsmodeller. Sentralt i disse modellene er at spiseforstyrrelser er et resultat av samspillet mellom arv og miljø. Det er da vanlig å skille mellom disponerende, utløsende og vedlikeholdende forhold (Skårderud, Rosenvinge & Gøtestam, 2004):

### *Disponerende forhold:*

Genetiske forhold, personlighet (for eksempel perfektjonistiske trekk), familiære forhold, traumer og fysiske/seksuelle overgrep, kulturelle forhold som slankepress, spesielt når disse formidles gjennom familiemedlemmer eller venner .

### *Utløsende forhold:*

Tap og konflikter, mobbing, tidlig pubertet, store prestasjonskrav, endrede livskår (for eksempel flytting), slanking.

### *Vedlikeholdende forhold:*

Familieproblemer utløst av spiseforstyrrelser, negative reaksjoner fra miljøet, psykiske symptomer p.g.a. av feil- eller underernæring (for eksempel depresjon, affektlabilitet og utmattelse), opplevd nytte av symptomer ("jeg har mer kontroll", demping av indre uro og spenning, unnvikelse av negative følelser).

## Sammenfattende om sosiale risikofaktorer

De viktigste sosiale risikofaktorer for barns psykiske helse kan sammenfattes på følgende måte (Heindreich, N et al. 2002):

### *Samfunnsnivå:*

- Fattigdom
- Arbeidsledighet
- Dårlige skole- og boforhold
- Etnisk diskriminering
- Migrasjon og flukt
- Sosial ulikhet

### *Familien:*

- Dysfunksjonell/inkonsistent oppdragelse
- Negativ familiekommunikasjon
- Samboer-/ektefellekonflikt
- Skilsmisse, familiemedlems død
- Foreldreegenskaper (eks. psykisk forstyrrelse)
- Kriminalitet
- Lav utdanning
- Utilstrekkelige boforhold
- Manglende sosiale relasjoner utenfor familien

- Lav sosioøkonomisk status
- Vold i familien

## Individuelle risikofaktorer

Det er store individuelle forskjeller i sårbarhet for enhver risikoeksponering. Barn reagerer forskjellig på lignende påvirkninger fra omgivelsene (Prior, 1999; Oberklaid, et al., 1997; Rothbart & Bates, 1998). Resultater fra store, longitudinelle, barneprosjekter har vist at temperamentstrekk, sykdom og funksjonshemminger, påvirker utviklingen av både problematferd og sosiale ferdigheter gjennom hele barnealderen (Kohnstamm, Bates & Rothbart, 1989; Najman et al., 2000; Prior, Smart, Sanson, Oberklaid, 2000). Temperamentstrekk kan fungere som henholdsvis risikofaktorer eller beskyttende faktorer alt etter hvilket trekk vi fokuserer på og omstendighetene det opptrer i. For eksempel kan temperamentstrekket "negativ emosjonalitet" fungere direkte som en risikofaktor ved å framprovosere konflikt og avvising (Rutter, 1985, 1987). Andre temperamentstrekk kan indirekte øke risikoen for at et barn utvikler problematferd. Et høyt nivå av temperamentsmessig skyhet i belastende situasjoner kan for eksempel hindre et barn i å ta kontakt med andre. Derved får barnet ikke tilgang på de helsefremmende, eller beskyttende effektene som hjelp og støtte fra voksne kunne gitt. På den andre siden kan et positivt temperamentstrekk som "sosialitet" fungere som beskyttende faktor ved å hjelpe barnet til å etablere støttende og nærrende forhold til voksne. Dette kan både moderere negative effekter av belastninger og fremme utviklingen av gode mestringmåter hos barnet (Smith & Prior, 1995). Temperamentstrekk som er funnet å være viktige her inkluderer god fleksibilitet/ tilpasningsevne, positiv emosjonalitet/ sosialitet og lav impulsivitet (Bates, 2001; Kyrios and Prior, 1990; Maziade et al., 1990; Sandberg et al., 1993). Det kan således være forskjellige forhold som predikerer utvikling av henholdsvis problematferd og sosiale ferdigheter.

I sin prospektive undersøkelse av småbarn og småbarnsforeldre fra syv kommuner på Østlandet fant Mathiesen (1999) at følgende kjennetegn ved barnet var knyttet til fremtidige tilpasningsproblemer: Negativt humør og problemer i oppdragelsen (utagerende problematferd), tilbaketrukkethet og engstelighet (innadventd problematferd), selvreguleringsproblemer (generell umodenhet). På grunnlag av slike individuelle kjennetegn, og forhold i familien, var det mulig å identifisere faktorer som økte sannsynligheten for vedvarende problemer allerede ved 18-måneders alderen.

## Genetiske forhold

Med særlig relevans for barn og ungdom har en ved tvillingstudier anslått arveligheten ved anoreksi til å være 70-80%, mens arveligheten for bulimi og andre spiseforstyrrelser antas å være betydelig lavere, nemlig 30-40%. Angst og lettere depresjon hos barn er antakelig ennå mindre arvelig. Genetisk forhold blir for øvrig omhandlet i Appendix.

## Forebyggende/helsefremmende arbeid

Som nevnt innledningsvis, vil forebyggende tiltak først og fremst ta sikte på å motvirke faktorer som bidrar til at sykdom eller lidelse oppstår, mens helsefremmende tiltak tar sikte på å styrke helsa i positiv forstand, det vil si evnen til å klare påkjenninger uten å bli syk. I det følgende blir det ikke gjort noe skarpt skille her, da de ulike tiltak ofte har både forebyggende og helsefremmende elementer.

Det er ikke alle psykiske lidelser som lar seg påvirke av forebyggende tiltak, i alle fall ikke med den kunnskap vi har i dag. Av de lidelser som i størst rekke peker seg ut til forebyggende arbeid er: Depressivitet og selvmord, angst, blant annet sosial angst, ulike psykiske og somatiske plager som henger sammen med sosiale belastninger, rusmiddelrelaterte mentalhelseproblemer, antisosial atferd, og visse typer spiseforstyrrelser. Det er særlig disse lidelsene vi har i tankene i det følgende.

### Generelt

Dryfoos (1992) analyserte 100 forebyggende prosjekter som var gjennomført og evaluert i USA, hvor hensikten var å forebygge et bredt spekter av psykososiale problemer hos ungdom, for eksempel antisosial atferd (bla. rusmisbruk og kriminalitet), helserelaterte problemer (uheldige matvaner, røyking, dårlig hygiene og ivaretagelse av helse) og skoleatferd (skulk, dropout og annen problematferd i skolen). Han konkluderte med at de beste resultatene fikk en med tiltak som innebar en eller annen form for individuell oppmerksomhet og oppfølging. Det dreide seg ofte om tiltak i nærmiljøet som var kjennetegnet av å være 1) tverretatlige, 2) ha flere tiltakselementer, 3) varige, 4) bredspektrede, gjerne med basis i skolen. Andre kjennetegn ved effektive forebyggende tiltak var at de var foreldre-involverende, der de foresatte deltok i skolens arbeid og mottok hjemmebesøk De var også elevinvolverende, der de unge fikk ansvar og hadde meningsfulle roller knyttet til produksjon eller medlæring. De var videre kjennetegnet av ferdighetslæring der elevene lærte livsferdigheter eller sosiale ferdigheter, lærte å ta beslutninger, løse problemer og hevde seg. Gode program ga også elevene muligheter for å ha kontakt med arbeidslivet gjennom utplassering eller andre former for arbeidslivserfaringer og yrkesopplæring.

### Tiltak i forhold til særlig utsatte grupper

#### Familieoppløsning

En av de risikofaktorene som har fått mest oppmerksomhet er familieoppløsning. Flere intervensjonsprogrammer er blitt utviklet med tanke på å gjøre noe med barn av foreldre som skiller. Hetherington (1989) har påpekt at mens de fleste som opplever skilsmisse i sin egen familie vil være over det verste i løpet av en 3-års periode, er det en del barn og ungdommer som utvikler mer langvarige og intense emosjonelle problemer og atferdsproblemer. Det er identifisert en rekke tiltak som bidrar til å redusere de psykiske skadevirkninger av familieoppløsning (Rubow, Roecker & D'imperio, 1997).

#### Barn av foreldre med rusmisbruk

Her er det i første omgang nødvendig at man har metoder og rutiner for å registrere og fange opp de barna som lever med foreldre med et rusproblem. Fagpersoner innenfor svangerskapsomsorgen bør ha et spesielt ansvar for å identifisere vordende foreldre med et rusproblem og/eller psykiske vansker slik at de får et behandlingstilbud så tidlig som mulig. Også helsestasjonene bør tillegges et spesielt ansvar her. Til dette finnes enkle og vel utprøvde screeningsinstrumenter, slik som EPDS for postnatal depresjon (Edinburgh Postnatal Depression Scale (Cook et al.(1987) og T-ACE (Sokol et al. 1989)) for økt alkoholtoleranse. Dette arbeidet vil også kreve en faglig opprustning av helsestasjonene med faggrupper som psykologer og psykiatere. Behandlingsapparatet som arbeider for å hjelpe de voksne må innføre faste rutiner for å registrere barna til klientene. Foresatte bør oppfordres til å gi tillatelse til å innhente opplysninger om barnets/barnas psykososiale fungering fra andre nære foresatte og fra barnehage/skole. I Norge er det ikke utviklet noen modeller for å behandle og forebygge psykiske vansker og problematferd hos barn av rusmisbrukere. Ved enkelte BUP'er gis det gruppetilbud til store barn og ungdom uten at effekten av denne type tiltak er systematisk evaluert. I USA, i staten Oregon, er det utviklet en modell hvor rusavhengige gravide blir fulgt ukentlig av en og samme hjelpearbeider frem til det ventende barnet er 3 år gammel. Denne hjelpearbeideren har som oppgave å være talerør for kvinnen/foreldrene i sosial-og hjelpeapparatet, samt å støtte familien og gi råd og veiledning i oppgaver som handler om ivaretagelse av barnet. En slik modell har vist å ha en gunstig effekt ved redusert misbruk hos foreldrene og reduksjon i antall fosterhjemsplasseringer (Streissguth, 1997). Der det er snakk om mulige skader forårsaket av prenatal ruseksponering viser flere studier at tidlig identifisering og individuelt tilrettelagte tiltak gir gunstig effekt på barnets prognose (Frank et al., 2002; Streissguth, 1996).

#### Barn i familier med vold

Barn er svært tilpasningsdyktige, og de tilpasser seg det omsorgsmiljøet de lever i. Det betyr at barn som lever i familier med vold, vil oppføre seg slik at det optimaliserer omsorg og beskyttelse fra foreldrene. Ofte betyr det at barna framstår som smilende, lydige, selvhjulpne og lite krevende. Umiddelbart kan en få inntrykk av særdeles veltilpassede og velfungerende barn. Men dette er barn som hele tiden søker å tilpasse seg og være på en slik måte at vold ikke framprovoseres. Det er derfor nødvendig å undersøke barnets utvikling og psykiske helse for å kunne sette inn behandling og tiltak tilpasset det aktuelle barnet. Når det gjelder tiltak som må antas å kunne forebygge senere psykiske helseproblemer, er det viktigste og mest grunnleggende å sikre en reell opplevelse av trygghet. For et lite barn innebærer det å ha minst en foreldre som kan møte barnet med sensitivitet og gi barnet en klar opplevelse av trygghet og beskyttelse. Omsorg fra en støttende foreldrefigur er den faktor som synes å skille traumatiserte barn med positiv utvikling fra de med en negativ utvikling. (Scheeringa & Gaensbauer, 2000) Denne forelderen må få støtte til å følge barnet gjennom traumebehandlingen.

## Tiltak i forhold til spiseforstyrrelser

"Kan man forebygge spiseforstyrrelser?" er overskriften i en artikkel skrevet av Rosenvinge og Børresen (2004). De konkluderer at spiseforstyrrelsene har en så sammensatt etiologi at de vanskelig kan forebygges, i betydning redusere antall mennesker med alvorlige spiseforstyrrelser i befolkningen. Det vises til at effekten av universelle skolebaserte kampanjer har vært minimale og av kort varighet. Ofte har slik sykdomsinformasjon gitt uønsket symptomopplæring. Forfatterne viser til lovende studier der man tar i bruk kunnskap om sosial påvirkning forankret i sosiale rollemodeller. Det samme gjelder universelle helsefremmende økologiske tiltak for å redusere kroppsmisnøye og slanking. Det gir større helsegevinst å forankre forebyggende tiltak i hverdagslivet, i barnehage, skole og hjem. Forebygging er en offentlig oppgave, påpeker forfatterne, men foreldres og andre omsorgsgiveres bidrag og ansvar som rollemodeller blir også understreket. Forebygging må ha som mål å oppfylle folks rett til å vite hva som fremmer helse, å stimulere til å finne egne løsninger.

I det følgende skal vi se på noen av de viktigste arenaer når det gjelder forebyggende arbeid hos barn og unge.

## Helsestasjonen

Helsestasjonen har lang tradisjon i det forebyggende arbeid blant barnefamilier i kommunene. Formålet er å fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold og forebygge sykdommer og skader. Veileder til forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten utdyper formålet, og belyser nødvendigheten av å sette tjenesten inn i et helhetlig perspektiv. Kommunene oppfordres til å se helsestasjons- og skolehelsetjenesten som en sentral tjeneste for barn og unge fra 0-20 år (Sosial- og helsedirektoratet, 2003).

Helsestasjons- og skolehelsetjenestens tilbud til barn og ungdom 0 - 20 år skal omfatte:

- helseundersøkelser og rådgivning med oppfølging/henvisning ved behov
- forebyggende psykososialt arbeid
- opplysningsvirksomhet og veiledning individuelt og i grupper
- hjemmebesøk/oppsøkende virksomhet
- samarbeid om habilitering av barn og ungdom med spesielle behov, herunder kronisk syke og funksjonshemmede

Helsestasjonens hyppige og nære kontakt med småbarnsfamilier er et unikt utgangspunkt for samarbeid om barns oppvekstvilkår. Arbeidet på helsestasjonen gjennomføres i stor grad gjennom direkte kontakt med det enkelte barnet og barnets familie, og det preges i vesentlig grad av den kliniske tilnærmingen. Denne kombinasjonen, befolkningsrettet virksomhet gjennom individkontakt, er et av de viktigste særtrekkene ved virksomheten. Ved siden av å kunne identifisere og gi individuell veiledning når det gjelder helseproblemer blant barn og barnefamilier, gir helsestasjonsarbeidet mulighet for å fremskaffe en aggregert oversikt over barns trivsel og helsetilstand i kommunene. En slik informasjon kan gi et nødvendig grunnlag for forebyggende arbeid rettet mot problem-skapende årsaker. Det er gjort viktig utviklingsarbeid på helsestasjonene for å stimulere helsestasjonens innsats når det gjelder miljørettet helsevern, med utgangspunkt i en systematisk kartlegging av småbarnfamiliens psykosiale miljø (Sætre Hovengen et al, 1996, Nærde et al, 1996).

Nær 100 % av alle barn i alderen 0-5 år har kontakt med helsestasjonstjenesten i distriktet der de bor. Dette gir helsestasjonen en unik mulighet, ikke bare som forebyggingsarena, men også som en sentral instans for avdekking av sykdom, funksjonshemninger og omsorgssvikt. Siden helsestasjonen er et allment tilbud til barnefamilie, har tjenesten en viktig funksjon i iverksettelse av tiltak og oppfølging i familier med spesielle behov. Helsestasjonen er den instans i kommunehelsetjenesten som foreldre først henvender seg til hvis de er bekymret for at det er noe med barnet deres. De fleste foreldre tar selv initiativ for å få hjelp (Misvær et al., 2002).

Helsestasjonene fungerer ofte som koordinator for det tverrfaglige samarbeidet rundt barn, unge og deres familier. Barns problemer i dag er stadig mer sammensatte og det er behov for å utnytte den samlede faglige kompetanse som finnes både innen kommunen og i spesialisthelsetjenesten.

Støtte- og samtalegrupper for foreldre har nå en lang tradisjon ved helsestasjonen, etter pionerinnsats av Hilchen Sundby Sommerschild og Berit Bogen (1976). Nettverksskapende tiltak som barselgrupper, tilbys ved de fleste av landets helsestasjoner. Nyere kunnskap om samspill og tilknytning mellom foreldre og barn, og om hvilke konsekvenser kvaliteten i dette har for barnets utvikling, har medført behov for stadig metodeutvikling ved helsestasjonene. For å styrke det psykisk forebyggende helsearbeid har helsestasjonene tatt i bruk metoder for foreldreveiledning og for styrking av tidlig foreldre-barn samspill.

## Tiltak i skolen

### Skolehelsetjenesten

Skolehelsetjenestens innsats når det gjelder forebyggende arbeid i forhold til psykiske lidelser synes å være langt svakere enn helsestasjonens (Heyerdahl, 2000). Det pågår imidlertid flere prosjekter for å styrke skolehelsetjenestens innsats på dette området. Et av disse er "Psykososial hjelp til unge jenter i et flerkulturelt miljø", som var en samarbeidsprosjekt mellom helsetjenesten ved Sogn videregående skole og Nic Waals Institutt (2002) og senere "Ungdom og utviklingsfremmende samtaler" (Olaisen & Langaard, 2004). Med vekt på å ikke stigmatisere elever med psykiske problemer, har en ved hjelp av individuelle samtaler og gruppesamtaler søkt å styrke ungdommens mestringsevne i forhold til ulike problemer. Det foreligger imidlertid ingen evaluering av tiltakenes effekt på deltakernes psykiske helse.

### Psykoedukative programmer

I en nylig utkommet rapport med eksempler på god praksis innen feltet helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid i tilknytning til psykisk helse (Berkels et al 2004), gis det en oversikt over effekten av psykoedukative programmer brukt i skolen ulike land.

Felles for alle er at de tar sikte på en styrking av deltakernes mestringsevne gjennom kognitive metoder. Programmene, som stort sett er rettet mot lettere grad depresjon hos elevene, viser i randomiserte kontrollerte studier en betydelig effekt. Gjennomgående oppnår

kursdeltakerne vel 30% større reduksjon i depressive symptomer sammenliknet med kontrollgruppen.

Program for å styrke den sosiale kompetansen er det mest utbredte av de forebyggende programmene som er rettet mot ungdom (Compas, 1993). Ofte brukes andre betegnelser om hva en forsøker å påvirke i disse programmene, f.eks. livsferdigheter (life skills) eller mestringsferdigheter (coping skills). Noen av programmene er temmelig bredt orientert mot å styrke mestringsevnen mer generelt. Andre programmer er langt mer avgrensede, og fokuserer på mer spesifikke områder som f.eks. stoffbruk, tobakk eller seksualatferd eller aggressiv og antisosial atferd. Ett av de mer bredt anlagte programmene, (the Yale - New Haven Social Problem Solving Project) har vist seg å bedre ungdoms evne til sosial problemløsning, øke engasjementet overfor jevnaldrende, gi økt impuls kontroll, mer sosiabilitet overfor jevnaldrende, bedre skoleprestasjoner (slik de vurderes av lærerne) og redusert forekomst av antisosial atferd (Weissberg, Caplan & Benetto, 1988; Weissberg & Caplan & Harwood, 1991). Et annet bredt anlagt program (the Comprehensive Stress Management Program for Children) har vist seg å føre til bedre evner til å bruke emosjons-fokuserte mestringsferdigheter, redusert opplevelse av stress, økt opplevelse av sosial kompetanse og redusert forekomst av utagerende emosjonell atferd og atferdsproblemer mer generelt (Compas, 1993).

Også i Norge har en tatt i bruk ulike programmer for å fremme elevenes sosiale kompetanse. Ett av disse er "Steg for Steg", som er blitt fremhevet som et eksempel på god praksis når det gjelder forebygging av psykiske plager hos barn og unge (Berkels et al, 2004). En tar her utgangspunkt i fotografier og fortellinger som illustrerer viktige samhandlingssituasjoner. Dette program er blitt evaluert både i U.S.A. og Norge i randomiserte kontrollerte studier, og har vist en positiv effekt både på sosial kompetanse, selvbilde og problematferd.

"Zippys venner" er et annet program som har vært prøvet ut i Norge (Mishara & Ystgaard, *in press*). Programmet er beregnet for småskolen (6-8 år), og tar sikte på å lære barn bedre mestring av hverdagslivets problemer. Det å søke og gi sosial støtte er et sentralt element i programmet, og tanken er at bedre mestring igjen forebygger psykiske problemer, både på kort og lengre sikt. Programmet strekker seg over et skoleår og består av 6 moduler med 4 timer i hver modul. Hver modul behandler et spesielt tema med egen målsetting, og starter med en historie om gjenkjennelig problemer og utfordringer. Programmet har foreløpig vært prøvet ut i Stavanger og Oppland med stor suksess. Det har vært vitenskapelig evaluert i Danmark og Litauen, og resultatene er oppløftende: Barna i eksperimentgruppen viste bedre sosiale ferdigheter (selvkontroll, selvheldelse, samarbeidsevne og empati) sammenliknet med kontrollgruppen.

Med sikte på å styrke barns *resiliens* har en i Norge nylig utprøvet og evaluert et program rettet mot barn med belastende erfaringsbakgrunn (Waaktaar et al, 2004). Følgende fire resiliens-faktorer har vært utgangspunkt for intervensjonen: Positive vennskapsrelasjoner, self-efficacy, kreativitet, og opplevelse av sammenheng. Følgende fire terapeutiske prinsipper har stått sentralt i arbeidet: Gruppearbeid med jevnaldrende for å fremme støttende og aksepterende relasjoner, organisering av gruppeaktiviteter omkring teamer som barna var interessert i å lære mer om, lekende utforskning innen

det aktuelle tema med vekt på å fremme individuelle symbolske uttrykk, og stimulere til å knytte meningsfulle forbindelser mellom deltakerens fortid, nåtid og fremtid. Resultatet av intervensjonen var positivt i forhold til målsettingen.

Uønskede svangerskap er ofte en belastning på ungdoms psykiske helse. Tiltak som tar sikte på å forhindre dette kan derfor oppfattes som forebyggende arbeid i forhold til psykiske helseproblemer. Et slikt tiltak er prosjektet "Jeg har et valg!", som har som målsetting å forebygge uønskede tenåringssvangerskap blant ungdomsskolelever i Oslo. Tiltaket var et samarbeid med helsestasjon for ungdom i ulike bydeler (Myklestad, 2003). Programmet var basert på tidligere utprøvede metoder og helsepsykologiske teorier som hadde vist effekt i tidligere studier (bl.a. Kirby, 1994) samt fokusgruppeintervju med ungdom i den aktuelle målgruppen. En pilotstudie med etterfølgende prosessevaluering ble gjennomført, og erfaringer og resultater fra disse ble brukt til å videreutvikle programmet. Programmet bestod i hovedsak av tre deler; utvikling og styrking av sosiale og personlige ferdigheter, tilførsel av kunnskap om seksualitet og prevensjon og øke forståelsen for sosiale påvirkningsprosesser. Utvikling av sosiale og personlige ferdigheter (*life skills*) var knyttet til oppgaver som omhandlet blant annet trening på kommunikasjonsevne, forhandlingsevne, selvheldelse, beslutningsstrategier og måloppnåelse. Kunnskapsdelen av programmet bestod i formidling av faktakunnskap om seksualitet, prevensjon, og risikofaktorer. En viktig del av kunnskapsformidlingen var å gjøre informasjonen aktuell for den enkelte og ta i bruk aktive undervisningsmetoder som spørrekonkurranser, gruppearbeid, klassediskusjoner, rollespill, og praktiske øvelser i tilknytning til bruk av blant annet kondomer. Sosial påvirkning ble omhandlet ved at elevene fikk i oppgave å finne løsninger på konkrete sosiale pressituasjoner som ungdom kan komme opp i når det gjelder tema som kjærester, forelskelse, venner og festsituasjoner. Rollespill ble brukt i denne sammenheng.

## Helsefremmende ungdoms- og videregående skoler

Helsefremmende skoler er en del av Europeisk Nettverk av Helsefremmende Skoler og et samarbeidsprosjekt mellom Verdens helseorganisasjon, EU og Europarådet. HEMIL-senteret ved Universitetet i Bergen er nasjonalt ressurscenter og har ansvaret for utvikling og drift av det nasjonale prosjektet. Hovedmålsetting for prosjektet er å oppnå god helse og sunn livsstil for alle ved skolen. Målsettingen søkes nådd ved å utvikle et trygt og helsefremmende sosialt og fysisk miljø gjennom samarbeid mellom ansatte og elever ved skolen, hjem, skolehelsetjenesten og lokalmiljøet

## Programmer mot mobbing

Olweus og medarbeidere har utviklet et intervensjonsprogram mot mobbing. Programmet bygger på noen få nøkkelprinsipper som er utledet fra forskningen om mobbing. Det er spesielt viktig å skape et skolemiljø som er kjennetegnet av varme og positiv interesse og engasjement fra de voksnes side, og av faste grenser mot uakseptabel atferd på den andre (Olweus, 1997). Evalueringsundersøkelser viser at programmet bidrar til en kraftig nedgang i mobbing ved de skolene som gjennomfører programmet (Olweus, 1999). Programmet er tatt i bruk i en rekke land. Også andre programmer mot mobbing er utviklet.

## Barn fra innvandremiljøer

Forskning fra Norge har vist at kulturkompetanse, i form av mestring av samhandlingsformer og kommunikasjon, innenfor både minoritetskulturen og den norske kulturen, er viktig for ungdommers tilpasning og psykiske helse. Dette bør være et viktig fokus i foreldre-rådgivningen ved helsestasjonene, og i det forebyggende arbeidet som skolens hjelpeapparat driver.

En rekke ulike innvandrersorganisasjoner har satt i gang egne tiltak for å forebygge atferdsproblemer og psykiske vansker blant innvandrerungdom. Argumentasjonen har vært at en styrking av etniske tilhørighet og kulturell kompetanse vil fjerne noe av ungdommenes opplevelse av rotløshet, og dermed ha en positiv effekt. I tillegg har en rekke ulike ungdomsorganisasjoner og fritidsklubber hatt egne tiltak rettet mot innvandrerungdom. Her har imidlertid målsettingen vanligvis ikke vært å styrke etnisk identitet og kulturell kompetanse. Tanken har snarere vært at innvandrerungdom trenger egne tiltak for å være med på vanlige ungdomsaktiviteter, som for eksempel egne jentegrupper på fritidsklubbene (for å få lov av foreldrene å komme). Antakelsen her har vært at dette vil lede til en bedre integrering, bedre tilpasning, få ungdommene vekk fra gata, jenter ut av isolasjonen, og dermed bedre den psykiske helse. Noen av tiltakene har vært evaluert i ettertid, bla av NOVA, men det er få systematiske evalueringer med kontrollgruppe i Norge. Ett unntak er Trine Waaktaar studie, som omhandler tiltak hvor innvandrerungdom og flyktingene var hovedmålgruppen. Innvandrerspesifikke tiltak er et stort tema i USA, med mye forskning. Evalueringer der viser imidlertid i hovedsak at slike tiltak ikke har bedre effekt enn generelle forebyggende tiltak. Studier fra Sverige viser tvert i mot at det å lage egne grupper for innvandregutter, med fokus på kulturell kompetanse, kan bidra til å øke ungdommenes deltagelse i kriminell aktivitet.

## Sammenfattende om helsefremmende/forebyggende arbeid

En sentral påvirkningsfaktor når det gjelder barn og unges psykiske helse er foreldrenes psykiske helse og sosiale livssituasjon. Forebyggende/helsefremmende tiltak rettet mot de voksne, som omtalt i første del av denne rapport, vil derfor også kunne virke positivt på barnas psykiske helse. Tiltak som kan styrke barnets evne til mestring (*resilience*) selv om utgangspunktet ikke har vært det beste er også en viktig målsetting for det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid blant barn og unge. Utvikling av støttende sosiale nettverk og gode skolemiljøer er også viktige helsefremmende tiltak. Den viktigste sosiale beskyttelsesfaktor er imidlertid foreldrenes varme og omsorg og en konsistent oppdragelse, og forhold som kan styrke dette er av sentral betydning. Men dette er nok også de faktorer som det er vanskeligst å påvirke gjennom forebyggende tiltak.

Når det gjelder individuelle forhold hos barnet, er evnen til læring, positiv selvoppfatning, og evne til sosial kontakt av stor betydning. En rekke skoleprogrammer tar sikte på å utvikle disse egenskaper hos elevene, og dette er av de viktigste helsefremmende og forebyggende tiltak for barn og unge. Programmer mot mobbing er også viktige.

Når det gjelder særlig utsatte grupper, er det i første rekke viktig at problemene blir oppdaget så tidlig som mulig, slik at en kan

sette inn forebyggende tiltak. Barn av foreldre med rusmisbruk, og barn som opplever vold i familien og/eller som har psykisk syke foreldre, er viktige risikogrupper. Helsestasjonene vil ha en viktig funksjon her ved å registrere problemene på et tidlig tidspunkt, og ved å henvise til videre oppfølging og behandling. Også skolehelsetjenesten vil kunne spille en viktig rolle her, og det er gode argumenter for å styrke den psykologiske kompetanse ved denne tjeneste.

## Genetiske og biologiske årsaker til psykiske lidelser

At en sykdom eller lidelse er arvelig, kan ha flere betydninger. Enkelte sykdommer bestemmes av ett enkelt gen – det vil si at dersom man har en viss type av det genet så får man helt eller nesten helt sikkert sykdommen. Dette gjelder et fåtall av både somatiske og psykiske lidelser. For eksempel nedarves en del sjeldne, alvorlige utviklingshemninger på denne måten. Men de aller fleste psykiske lidelser som i ulik grad skyldes genetiske faktorer, bestemmes av et stort antall gener (multifaktoriell arv). Hvis en sykdom viser en opphopning i familier (for eksempel at barn av deprimerede har lettere for å utvikle depresjon enn barn av ikke-deprimerte), kan skyldes gener eller familiemiljø. For å skille disse faktorene må man bruke tvilling- og adopsjonsstudier. Disse studiene kan dekomponere risikofaktorer til gener, felles miljø (altså miljøfaktorer som tvillingene deler, og som derfor burde bidra til at de likner hverandre) og unike miljøfaktorer (miljøfaktorer som bidrar til at tvillingene blir forskjellige). Arvelighet defineres her som den andelen av variasjonen mellom individer som bestemmes av gener.

### *Hvilke gener disponerer for hvilke lidelser?*

Hvis man vet at gener er den viktigste risikofaktoren for å utvikle enkelte sykdommer, samtidig som disse sykdommene er relativt vanlige, burde det ikke da være enkelt å finne ut hvilke gener dette er? Dessverre er det ikke slik. Tross intens forskning de siste 20 årene, og identifikasjon av flere sannsynlige kandidatgener for flere typer lidelser, har det ikke lyktes å komme frem til noen enkeltgener som med sikkerhet disponerer for spesielle psykiske lidelser. Dette betyr ikke at forskningen som viser at gener har stor betydning tar feil. Men det betyr at det er mange gener som sammen spiller en rolle for sykdomsutvikling, og at innflytelsen fra hvert enkelt gen er lav.

### *Kan vi bruke kunnskap om arvelighet til å forebygge psykiske lidelser?*

Hvordan skal vi nyttegjøre informasjonen om at gener spiller en rolle som risikofaktor for psykiske lidelser? Så langt har vi bare begrensede muligheter for å intervensere direkte i forhold til genetisk risiko. Det beste eksempelet er kanskje Føllings sykdom – en arvelig form for mental retardasjon som skyldes en mutasjon i genet som gjør at kroppen kan bryte ned fenylalanin. Alle nyfødte i Norge undersøkes for denne genfeilen, slik at de som har den kan unngå å spise mat som inneholder fenylalanin og dermed også unngå å utvikle mental retardasjon. Men dette er unntaket. Vanligvis kan vi ikke gjøre så mye med den genetiske disposisjonen vi er utrustet med. Det vi kan, er først og fremst følgende:

Vi kan avlive myter om årsaken til psykiske lidelser, og øke det generelle kunnskapsnivået i befolkningen: Vi kan forklare mødre til autister og schizofrene pasienter at deres barns sykdom høyst sannsynlig ikke skyldes hvordan mødrene behandlet dem som barn. Vi kan videre fortelle pasienter med manisk-depressiv lidelse som ønsker å bli foreldre, at dere barn vil ha økt risiko for å utvikle sykdommen

(men at det er større sannsynlighet for at de ikke får den – den absolute risikoen ligger på ca 8% (Plomin et al, 2001).

For det andre kan vi benytte kunnskapen om genetisk betydning til å finne enkeltindivider eller familier der preventive tiltak har større effekt enn hos andre – fordi utgangsriskoen er større. Det at en sykdom er arvelig, betyr ikke at den er uunngåelig, dersom arveligheten er multifaktoriell og bare forklarer en viss andel av sårbarheten for å utvikle sykdommen. Det er mulig at tiltak som reduserer miljømessige risikofaktorer kan rettes mot personer som har en familiær belastning for psykiske lidelser.

### *Biologiske miljøfaktorer*

Selv om praktisk talt alle psykiske lidelser har en arvelig komponent, vil det ikke si at miljøfaktorer ikke er av betydning. Men det vil heller ikke si at den øvrige risikoen utgjøres utelukkende av psykososialt miljø, økonomiske ressurser, eller andre forhold vi til en viss grad har kontroll over, eller kjenner til. Miljøfaktorer omfatter alle forhold som ikke ligger i selve arvestoffet: Det vil si at også faktorer som molekylære forandringer på ribonukleinsyren (epigenetiske forandringer), via ernæring og blodtilførsel i svangerskapet, fødselskomplikasjoner og infeksjoner, kan spille en rolle.

Foreløpig har man klart å definere få biologiske risikofaktorer for psykiske lidelse, selv om forskning tyder på at disse finnes. Det er visse holdepunkter for at hvilken tid på året man er født har betydning for om man utvikler schizofreni, og det foreligger interessante teorier omkring epigenetiske endringer og samme sykdom (Petronis, 2004, Tsuang, 2000). Andre faktorer som infeksjoner, mors røyking i svangerskapet, miljøgifter og ernæring kan kanskje påvirke risikoen for å utvikle blant annet autisme og ADHD.

### *Sammendrag*

De fleste vanlige psykiske (og somatiske) lidelser nedarves ikke via ett enkelt gen, men ved at mange gener sammen bidrar til at sårbarheten varierer mellom enkeltindivider. "Arvelighet" defineres her som den andelen av variasjonen mellom individer som kan tilskrives gener. Tilnærmet alle psykiske lidelser har en viss arvelighet. Denne varierer mellom de ulike lidelsene, og er antakelig høyest for de mest alvorlige sykdommene, og mindre betydningsfull for lettere psykiske lidelser og plager. Ut i fra den forskningen som er gjort hittil, ser det ut som om arveligheten for de vanligste psykiske lidelsene ser omtrent sånn ut:

- Schizofreni: 80%
- Manisk depressiv sinnslidelse 80-90%
- Anoreksi: 70-80%
- Alvorlig depressiv lidelse: 50%
- Bulimi/andre spiseforstyrrelser: 30-40%
- Angst- og tvangslidelser: 20-40%

Lidelser der diagnosene er mer uspesifikke (for eksempel alvorlig depresjon og angst) gir større usikkerhet i resultatene. Dette betyr at

arveligheten ved disse tilstandene sannsynligvis er underestimert. Foreløpig har man ikke funnet noen enkeltgener som sikkert disponerer for en psykisk lidelse. Dette skyldes sannsynligvis at det er mange gener som hver for seg bidrar lite til å øke sannsynligheten for å utvikle sykdom. Slike gener vil det antakelig bli lettere å identifisere i nær fremtid, ettersom man utvikler bedre metoder for å identifisere større grupper av gener.

Bare svært få psykiske lidelser skyldes gener alene. Tvilling- og adopsjonsstudier tyder på at felles familiemiljø har langt mindre å si for hvem som utvikler psykiske lidelser enn det vi trodde tidligere. På den andre siden har det vært hevdet at tvilling-undersøkelser er tilbøyelige til å overestimere arvens betydning, og at det er behov for andre forskningsmetoder for å fastslå den relative betydning av arv og miljø. Men miljøfaktorer i denne sammenheng betyr alle faktorer som kan ramme bare den ene av et tvillingpar, og inkluderer alle biologiske forhold utenfor selve DNA-molekylene. Foreløpig er det gjort blant annet gjort interessante funn omkring årstidsvariasjoner (barn født i vintermånedene har større risiko for å utvikle schizofreni), og det er fremsatt mange hypoteser om ernæringsforhold i graviditeten og tidlig oppvekst.

- Appleyard K., Egeland B., van Dulmen M. H. M., Sroufe L. A. (2005): When more is not better: the role of cumulative risk in child behavior outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* (formerly Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines), 46, 235-245
- Arner, O., Lauritzen, G., Waal, H. og Amundsen, A. (1995). *Forprosjekt til en nasjonal studie av stoffmisbrukere i behandling. En undersøkelse av 14 behandlingstiltak for Oslo*. SIFA-rapport
- Aronson, M. and Hagberg, B. (1998). Neuropsychological disorders in children exposed to alcohol during pregnancy: A follow-up study of 24 children to alcoholic mothers in Göteborg, Sweden. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22 (2), 321-324
- Bates, J. E. (2001). Adjustment style in childhood as a product of parenting and temperament. In T. E. Wachs & G. A. Kohnstamm (Eds.), *Temperament in context*, Mahwah, NJ, US, Lawrence Erlbaum Associates
- Beardslee, W. R., Schultz, L. H. Selman, R. L. (1987). Level of social-cognitive development, adaptive functioning, and DSM-III diagnoses in adolescent offspring of parents with affective disorders: Implications of the development of the capacity for mutuality. *Developmental Psychology*, 23, 807-815
- Berkels H, Henderson J, Henke N et al (red). *Mental Health Promotion and Prevention Strategies for Coping with Anxiety, Depression and Stress related disorders in Europe*. Final report 2001-2003. Publication Series from the Federal Institute for Occupational Safety and Health. Dortmund/Berlin/Dresden:2004
- Bogen B, Sommerschild Sundby H. (1976) *Helsestajonen alltid i støpeskjeen*. Oslo: Universitetsforlaget
- Brennan et al. (2000). Chronicity, severity, and timing of maternal depressive symptoms: relationships with child outcomes at age five. *Developmental Psychology*, 36, 759-766
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely adverse events? *American Psychologist*, 59, 20-28
- Borge, A.I.H. (2003). *Resiliens. Risiko og sunn utvikling*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Campbell, S. B. (1995). Behavior problems in pre-school children: A review of recent research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 113-149
- Compas, B. E. (1995). Promoting successful coping during adolescence. I: M. Rutter. (ed). *Psychosocial disturbances in young people* (pp 247-273). Cambridge, Cambridge University Press.
- Cook T. D., Herman M. R., Phillips M., Settersten R. A., Jr. (2002): Some ways in which neighborhoods, nuclear families, friendship groups, and schools jointly affect changes in early adolescent development. *Child Dev*, 73, 1283-1309
- Cox, J.L., Holden J.M. & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-78
- Cummings, E. & Davies, T. (1994). Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 73-112
- Curtis, W. J., & Cicchetti, D. (2003). Moving research on resilience into the 21<sup>st</sup> century: Theoretical and methodological considerations in examining the biological contributions to resilience. *Development and Psychopathology*, 15, 773-810
- Dawson et al.(1994). Social influences on early developing biological and behavioural systems related to risk for affective disorders. *Development and Psychopathology*, 6, 759-779
- Hammen, C. (2003). Risk and protective factors for children of depressed parents. In (Ed. Suniya, S. Luthar). *Resilience and vulnerability. Adaptation in the Context of Childhood Adversities*. Cambridge University Press
- De Bellis, M.D. and Van Dillen, T. (2005). Childhood Post-Traumatic Stress Disorder: An Overview. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2005 Oct;14 (4):745-772
- Drell, M.J., Clifford, S.H., and Gaensbauer, T.J. (1993). In: *Handbook of Infant Mental Health* (Ed. Zeanah, C.H., jr). The Guilford Press
- Dryfoos, J. G. (1992). Adolescents at risk. A summary of work in the field - programs and policies. In: D. R. Rogers, E. Ginzberg. (eds). *Adolescents at risk. Medical and social perspectives* (pp. 128-141). San Francisco, Westview Press
- Field, T. (1992). Infants of depressed mothers. *Development and Psychopathology*, 4, 49-66
- Field et al. (1995). Relative right frontal EEG activation in 3-to 6-month-old infants of "depressed" mothers. *Developmental Psychology*, 31, 358-363
- Frank, D.A., Jacobs, R.R., Beeghly, M., Augestyn, M., Bellinger, D., Cabral, H., and Heeren (2002). Level og prenatal cocaine exposure and scores on the Bayley Scales of Infant development: Modifying effects of caregiver, early intervention, and birthweight. *Pediatrics*, 110 (6), 1143-1152
- Grant, K. E., Compas, B. E., Stuhlmacher, A. F., Alice, et al (2003). Stressors and child and adolescent psychopathology: Moving from markers to mechanisms of risk. *Psychological Bulletin*, 129, 447 - 466



- Gøtestam, K.G., Eriksen, L., & Hagan, H. (1995). An epidemiological study of eating disorders in Norwegian psychiatric institutions. *International Journal of Eating Disorders*, *18*, 263-268
- Heyerdahl K (2000). Helsevesenet i forebyggende psykiatri. Barn og ungdom. I: *Psykisk helse, risikofaktorer og forebyggende arbeid* Red. Weisæth & Dalgard, (pp 341-348). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kirby, D., Short, L., Collins, J., Rugg, D., Kolbe, L., Howard, M., et al., (1994). School-based programs to reduce sexual risk behaviours: A review of effectiveness. *Public Health Reports*, *109*, 339-360
- Kjelsberg, E. (1999). *A long-term follow-up study of adolescent psychiatric in-patients. Doctoral thesis. Oslo: Centre for Child and Adolescent Psychiatry, Department Group of Psychiatry, University of Oslo*
- Kohnstamm, G., Bates, J., & Rothbart, M.K. (1989). *Handbook of temperament in childhood*. New York: Wiley
- Kyrios, M. & Prior, M. (1990). Temperament, stress and family factors in behavioural adjustment of 3-5 year old children. *International Journal of Behavioural Development*, *13*, 67-93
- Langaard K. *Psykososial hjelp til unge jenter i et flerkulturelt miljø*. Oslo: Nic Waals Institutt, 2002
- Lauritzen, G., Waal, H., Amundsen, A. og Arner, O. (1997). "A Nationwide Study of Norwegian Drug Abusers in Treatment Method and Findings". *Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift*, *14*, 43-63
- Lien, L., Oppedal, B., Haavet, O.R., Hauff, E., Thoresen, M., & Bjertness, E. (Submitted). War experience as a risk factor for mental health problems among adolescents. Results from a cross sectional study among immigrants in Oslo, Norway
- Luthar, S.S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The Construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, *71*, 543-562
- Luthar, S.S., Cushing, G, Merikangas, K., & Rousanville, B.J. (1998). Multiple jeopardy: Risk/protective factors among addicted mothers' offspring. *Development and Psychopathology*, *10*, 117-136
- Masten, A. S., Hubbard, J. J., Gest, S. D., Tellegen, A., Garmenzy, N., & Ramirez, M. (1999). Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Development and Psychopathology*, *11*, 143-169
- Mathiesen, K.S. (1999). *Prediktorer for tilpasningsvansker hos førskolebarn. Barnas temperament, mødrenes psykiske helse og forhold i omgivelsene*. Doktorgradsavhandling. Statens institutt for folkehelse
- Mathiesen, K. S., Tambs, K., & Dalgard, O. S. (1999). The influence of social class, strain, and social support on symptoms of anxiety and depression in mothers of toddlers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *34*, 61-72
- Mathiesen, K. S. & Sanson, A. (2000). Dimensions of early childhood behaviour problems - Stability and predictors of change from 18 to 30 months. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *28*, 431-439
- Maziade, M., Caron, C., Cote, R. et al. (1990). Psychiatric status of adolescents who had extreme temperaments at age seven. *American Journal of Psychiatry*, *147*, 1531-1536
- Mishara B, Ystgaard M (in press) Effectiveness of mental health promotion program to improve coping skills in young children: Zippy's friends. *Early Childhood Research Quarterly*
- Misvær, N, Oftedal, G. Heian, F (2002). Kap.1 og Kap. 13. Samfunnsmedisinsk virksomhet, i. *Håndbok for helsesjasjoner 0-5 år*. Oslo: Kommuneforlaget
- Murray, L. & Cooper, P. (1997). *Postpartum Depression and Child Development*. The Guilford Press
- Myklestad, I. (2003). *Forebygging av uønskede tenåringsvangerskap. Implementering og evaluering av en skoleintervensjon i Oslo*. Rapport 2003:2. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt
- Najman, J. M., Bor, W., Andersen, M. J., O'-Callaghan, M., & Williams, G. M (2000). Preschool children and behaviour problems: A prospective study. *Childhood Development*, *7*, 439 - 466
- Oberklaid, F., Amos, D., Liu, C., Jarman, F., Sanson, A., & Prior, M. (1997). "Growing pains": Clinical and behavioral correlates in a community sample. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, *18*, 102-106
- Olaisen K, Langaard K. Personlig meddelelse, 2005
- Olweus D. *Mobbing i skolen. Hva vet vi og hva kan vi gjøre?* Oslo: Universitetsforlaget, 1992
- Oppedal, B. (2003). *Adolescent mental health in multicultural context*. Doktorgradsavhandling (Folkehelseinstituttet)
- Oppedal, B., Røysamb, E.: (2004) "Mental health, life stress, and social support among young Norwegian adolescents with immigrant and host national background". *Scandinavian Journal of Psychology*, *45*, 131-144
- Oppedal, B., Røysamb, E., Heyerdahl, S. (2005). Ethnic group, acculturation, and psychiatric problems in young immigrants. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *46* (6)
- Oppedal, B., Røysamb, E., Sam, D.L. (2004). The effect of acculturation and social support on change in mental health among young immigrants. *International Journal of Behavioral Development*, *28*, 481-494
- Patton, Selzer, Coffey, Carling, & Wolfe, (1999). Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *British Medical Journal*, *318*, 765-768
- Petronis A (2004). The origin of schizophrenia: genetic thesis, epigenetic antithesis, and resolving synthesis. *Biol Psychiatry*, *55(10)*: 965-970

- Plomin R., DeFries J.C., McClearn G.E., McGuffin P (2001). *Behavioural Genetics. Fourth ed. New York: Worth Publishers*
- Prior, M. (1999). Resilience and coping: The role of individual temperament, In E. Frydenberg (Ed.), *Learning to cope: Developing as a person in complex societies* (pp. 33-52). London, Oxford University Press
- Prior, M., Sanson, A., Smart, D., & Oberklaid, F. (2000). *Pathways from infancy to adolescence. Australian Temperament Project 1983-2000*. Melbourne, Australia: Australian Institute of Family Studies
- Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke B.Z., Keith, S.J. Judd, L.L. and Goodwin, F.K. (1990). Comorbidity and menatl disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiological Catchment Area (ECA) study. *JAMA, 264, 2511-2518*
- Rosenvinge, J.H. & Børresen, R. (2004). Kan man forebygge spiseforstyrrelser? *Tidsskrift for norsk legeforening, 15, 124, 1943-1946*
- Rosenvinge, J. og Gøtestam, K.G.(2002). Spiseforstyrrelser – hvordan bør behandlingen organiseres? *Tidsskrift for norsk legeforening, 122: 285-288*
- Rothbart, M. K. & Bates, J. E. (1998). Temperament. In W. Damon (Ed), *Handbook of child psychology, Vol.3. Social, emotional and personality development (5<sup>th</sup> Ed.)* (pp. 105-176). NY: Wiley
- Rutter, M. & Quinton, D. (1984). Parental psychiatric disorder: Effects on children. *Psychological Medicine, 14, 853-880*
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry, 147, 598-611*
- Rutter, M. (1987). Parental mental disorder as a psychiatric risk factor. In R. Hales & A. Frances (Eds.), *American Psychiatric Association annual review (Vol., 6, pp. 647-663)*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Rutter, M. (2000). Resilience reconsidered; Conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. In J. P. Shonkoff and S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 651-682). University Press, Cambridge
- Sameroff A. J.: Developmental systems and psychopathology. *Development and Psychopathology, 12, 297-312, 2000*
- Sandberg, S., Rutter, M., Giles, S., Owen, A., Champion, L., Nicholls, J., Prior, V., McGuinness, D., & Drinnan, D. (1993). Assessment of psychosocial experiences in childhood: Methodological issues and some illustrative findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 34, 879-97*
- Schore, A.N. (2003). The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital-prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. In A.N. Schore (Ed.) *Affect Dysregulation & Disorders of the Self* (pp. 5-35). W.W. Norton & Company, New York
- Skårderud, F., Rosenvinge, J.H. & Gøtestam, K.G. (2004). Spiseforstyrrelser – en oversikt. *Tidsskrift for norsk legeforening 15, 124: 1938-1942*
- Smith, J. & Prior, M. (1995). Temperament and stress resilience in school-age children: A within family study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34, 168-79*
- Sosial- og helsedirektoratet. *Kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr. 4.
- Statens helsetilsyn (The Norwegian National Health Board) (2000). *Personer med samtidig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk. Kartlegging av antall og behandlingsbehov*. Utredningsserie 10: 2000
- Streissguth, A. (1997). *Fetal alcohol syndrome. A Guide for families and communities*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Streissguth, A.P., Barr, H.M., Kogan, J., & Bookstein, F.L. (1996). *Understanding the occurrence of secondary disabilities in clients with fetal alcohol syndrome (FAS) and fetal alcohol effects (FAE)*. Final report to the Centers for Disease Control and Prevention on Grant No. R04/CCR008515 (Tech.Report No 96-06). Seattle: University of Washington, Fetal Alcohol and Drug Unit
- Syed, HR, Hussain, A, Ahlberg, N, Dalen, I, Claussen, B, Dalgard, OS. Inequalities in health: A comparative study of self-reported health between ethnic Norwegians and Pakistanis. *International Journal of Equity in Health (in press)*
- Sætre Hovengen R, Schjelderup Mathiesen K og Nærde A (1966). *Barnefamilien trivsel og levekår. Helsestasjonens rolle i kommunenes forebyggende arbeid for barn*. Kommuneforlaget
- Sætre R.H., Mathiesen K.S. og Nærde A. (1996). *Barnefamilien - trivsel og levekår. Helsestasjonens rolle i kommunens forebyggende arbeid for barn*. Oslo: Kommuneforlaget AS
- Tsuang M. (2000). Schizophrenia: genes and environment. *Biol Psychiatry, 47(3):210-220*
- Waaktaar T, (2004). Stability and change in youths behaviour. An exploration of strss and resilience processes. Oslo: Nic Waals Institutt
- Waaktaar, T., Christie, H.J., Borge, A.I.H., Torgersen, S. (2004). How can young people's resilience be enhanced? Experiences from a clinical intervention project. *Clin Child Psychol Psychiat; 9: 167-183*
- Waal, H., Schancke Andresen, A. og Kaada, A.K. (1981). *Kollektiver-hverdag og virkninger*. Oslo: Statens institutt for alkoholforskning
- Weissman et al. (1992). Incidence of psychiatric disorder in offspring at high and low risk for depression. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31, 640-648*
- Weissman, M.M., McAvay, G., Goldstein, R.B., Nunes, E.V., Verdelli, H., & Wickramaratne, P.J. (1999). Risk/protective factors among addicted mothers' offspring: A replication study. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 25, 661-679*
- Werner, E. E. & Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: High-risk children from birth to adulthood*. Ithaca, NY: Cornell University Press

Wyman, P. A., Cowen, E. L., Work, W. C., Hoyt-Meyers, L., Magnus, K. B., & Fagen, D. B. (1999). Caregiving and developmental factors differentiating young at-risk urban children showing resilient versus stress-affected outcomes: A replication and extension. *Child Development*, 70, 645-659

Wyman, P. A., Sandler, I., Wolchik, S., & Nelson, K. (2000). In D. Cicchetti & J. Rappaport (Eds.), *The promotion of wellness in children and adolescents* (pp. 138-184), Washington, DC, US: Child Welfare League of America

Vaglum, P (1979). Unge stoffmisbrukere i et "terapeutisk samfunn". *Forløp under og etter behandling. En klinisk psykiatrisk undersøkelse*. Oslo: Universitetsforlaget

Ystgaard M (1993) *Sårbar ungdom og sosial støtte*. Senter for sosialt nettverk og helse Rapport nr. 1/93

Ystgaard M, Tambs K, Dalgamrd OS (1997) Life stress, social support and psychological distress *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 32, 277-283

Ystgaard M (1999) Life stress, social support and psychological distress. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 34, 12-19

Ystgaard M, et al. (2003) Villet egenskade blant ungdom. *Tidsskr Nor Lægeforen* 123, 2241-5

Ystgaard M (2003) Villet egenskade blant ungdom: nye forskningsresultater og konsekvenser for forebyggende arbeid. *Suicidologi* 8, 7-10

Øia, T. (2003). *Innvandrerungdom – kultur, identitet og marginalisering*. Doktorgradsavhandling (NOVA)