

Forebygging av depresjon med hovedvekt på individrettede metoder

Odd Steffen Dalgard
Hege Bøen

Divisjon for psykisk helse
Nasjonalt Folkehelseinstitutt

Rapport 2008: 1
Nasjonalt folkehelseinstitutt

Tittel:

Forebygging av depresjon
med hovedvekt på individrettede metoder

Forfattere:

Odd Steffen Dalgard
Hege Bøen
Divisjon for psykisk helse
Nasjonalt Folkehelseinstitutt

Fagfellevurdering:

Catharina E. Wang
Universitetet i Tromsø

Publisert av:

Nasjonalt folkehelseinstitutt
Postboks 4404 Nydalen
NO-0403
Norway

Tel: 22 04 22 00

E-mail: folkehelseinstituttet@fhi.no

www.fhi.no

Design:

Per Kristian Svendsen

Forsideillustrasjon:

Bananastock

Trykk:

Nordberg Trykk AS

Opplag:

500

Bestilling:

publikasjon@fhi.no

Fax: +47-23 40 81 05

Tel: +47-23 40 82 00

ISSN:1503-1403

ISBN: 978-82-8082-224-6 trykt utgave

ISBN: 978-82-8082-225-3 elektronisk utgave

Innhold

Sammendrag	4
Hva mener vi med forebyggende arbeid?	7
Hva mener vi med depresjon?	7
Årsaksforhold	8
Forekomst	8
Samfunnsmessig betydning	10
Forebyggende arbeid v/depresjon	
Psykologiske metoder	11
Sosiale støttegrupper og selvhjelpsgrupper	15
Miljørettede tiltak	16
Tiltak i arbeidsmiljøet	18
Litteratur	19

Depresjon rammer til en hver tid ca. 8% av befolkningen i Norge, og rangeres av Verdens Helseorganisasjon som nummer fire av sykdommer når det gjelder redusert livskvalitet og funksjon. Depresjon bidrar i betydelig grad til sykefravær og uføretrygd, og de indirekte kostnadene i europeiske land for alvorlig depresjon (4.5% av befolkningen) er beregnet til ca. 36 000 kr pr. pasient per år. I Norge er de direkte kostnader for behandling av deprimerede pasienter er anslått til ca. 1.5 milliarder per år.

Samtidig som depresjon representerer en betydelig belastning på den enkelte som rammes, og på samfunnet, er dette en lidelse der det finnes vel utprøvde metoder for forebygging. Både når det gjelder psykologiske metoder, metoder som tar sikte på sosiale støtte for utsatte grupper og forebyggende tiltak rettet mot arbeidsmiljø og nærmiljø finnes det effektive metoder.

Når det gjelder **psykologiske metoder**, er det vel dokumentert at **kognitive metoder** er effektive når det gjelder forebygging av depresjon, mens dokumentasjonen av andre psykologiske metoder er svakere. Med forebygging mener vi da i første rekke forebygging av klinisk depresjon hos personer med lettere depressive plager, såkalt indisert forebygging, og hindring av tilbakefall hos de med klinisk depresjon, såkalt sekundært forebyggende arbeid. Når det gjelder primært forebyggende arbeid, dvs. å hindre at depresjon i det hele tatt oppstår, finnes det svakere dokumentasjon. I Norge har en oppnådd gode resultater hos deprimerede med **"Kurs i mestring av depresjon"**, og det er utviklet et **interaktivt program basert på internett** som synes å gi gode resultater. Også **kognitive metoder med fokus på problemløsning** har vist seg effektive. Det finnes dessuten flere effektive **programmer til bruk i norske skoler**. Når det gjelder tiltak overfor personer som har vært utsatt for ulykker eller katastrofer, **har kognitiv atferdsterapi** vist seg effektiv, mens resultatene er mer usikre når det gjelder mer kortvarig **kriseintervensjon**.

Støttegrupper overfor personer som har vært utsatt for belastende livshendelser, for eksempel uventet dødsfall i nærmeste familie, skilsmisse eller alvorlig somatisk sykdom, har vist seg effektive når det gjelder forebygging av depresjon. Dette har i Norge blant annet vært prøvet ut i forhold til eldre mennesker som har mistet sin ektefelle og ved samlivsbrudd. Når det gjelder eldre, har **gruppeaktiviteter for å motvirke ensomhet og passivitet** vist seg effektivt når det gjelder forebygging av depresjon.

Det finnes ulike **metoder for å bedre dårlig fungerende arbeidsmiljø** som kan virke forebyggende på angst og depresjon. Felles for slike metoder er at en tidlig identifiserer problemene gjennom et varselssystem, at de er integrert i ledelsens filosofi, at de involverer arbeidstakerne i alle faser av prosjektet og at de fokuserer både på den enkelte arbeidstaker, det sosiale miljø og arbeidsforholdene.

Når det gjelder dårlig fungerende bomiljø eller lokalsamfunn, er det erfaringer for at **utviklingstiltak med sikte på å bedre den sosiale integrasjon** har bidratt til en reduksjon av angst og depresjon. Ved slike tiltak er det av vesentlig betydning at befolkningen selv er med på å identifisere de problemer en vil arbeide med, og selv deltar aktivt i gjennomføringen av tiltakene. Etablering av sosiale møtesteder i nærmiljøet som kan fremme aktivitet og sosial kontakt, for eksempel eldresentre, er også et tiltak som kan virke forebyggende på depresjon.

Konklusjon

Depresjon utgjør en stor belastning på den som rammes og på samfunnet, gjennom direkte behandlingsutgifter og utgifter i tilknytning til sykefravær og tapt arbeidskraft. Det finnes vel utprøvde metoder for forebygging av depresjon, både innenfor det individrettede og miljørettede helsevern. Selv om helsevesenet kan gjøre mye når det gjelder forebygging av depresjon gjennom individrettede tiltak, må likevel den viktigste del av det forebyggende arbeid baseres på tiltak rettet mot samfunnsforhold som bidrar til utviklingen av depresjon, som sosial ulikhet, arbeidsledighet, dårlig arbeidsmiljø, diskriminering av fremmedkulturelle innvandrere og oppløsning av lokalsamfunn. Også her kan helsevesenet spille en viktig rolle som premissleverandør ved å frembringe kunnskap om sammenhengen mellom det sosiale miljø og helsa.

Hva mener vi med forebyggende arbeid?

Det er vanlig å inndele forebyggende arbeid i *primært, sekundært og tertiært* forebyggende arbeid. Mens primært forebyggende arbeid tar sikte på at sykdommen overhodet ikke skal oppstå, tar sekundært forebyggende arbeid sikte på å hindre at sykdommen skal bli kronisk, mens tertiært forebyggende arbeid tar sikte på at en allerede kronisk sykdom ikke skal føre til unødig funksjonsreduksjon eller tap av livskvalitet. En kan også skille mellom individrettede og miljørettede tiltak. Når det gjelder det individrettede forebyggende arbeid ved depresjon, dreier det seg hovedsakelig om tiltak i gråsonen mellom primært og sekundært forebyggende arbeid. Det er her tale om å motvirke at folk som allerede viser tegn på den psykiske lidelse skal utvikle en manifest, klinisk sykdom. Dette kalles gjerne *indisert* forebyggende arbeid. Når det gjelder det miljørettede forebyggende arbeid, dreier det seg om tiltak rettet mot de bakenforliggende sosiale årsaksfaktorer, eksempelvis økonomiske problemer, arbeidsledighet, dårlig arbeidsmiljø, dårlig bomiljø, sosial isolasjon eller problemer i tilknytning til innvandring. Mens det individrettede forebyggende arbeid ved depresjon benytter seg av metoder som faller nær de metoder som brukes i behandlingen av disse tilstander, bygger det miljørettede helsevern på andre metoder. Her vil det meste av arbeidet måtte utføres utenfor helsevesenet, i samarbeid med andre etater, frivillige organisasjoner og politikere. Ikke desto mindre har helsevesenet et lovpålagt ansvar også for det miljørettede forebyggende arbeid, og plikter å ha oversikt over befolkningens helsetilstand og de faktorer som påvirker denne, og på dette grunnlag legge premisene for de forebyggende tiltak.

I denne fremstilling vil hovedvekten bli lagt på det individrettede forebyggende arbeid. Da det imidlertid kan være vanskelig å skille mellom individrettede og miljørettede tiltak, siden det alltid dreier seg om et samspill mellom individ og miljø, vil en også gi en summarisk omtale av miljørettede tiltak. Når det gjelder miljørettede tiltak vises det for øvrig til rapporten "Sosiale risikofaktorer, psykisk helse og forebyggende arbeid" (Folkehelseinstituttet, 2006).

Hva mener vi med depresjon?

Depresjon er en psykisk lidelse uten skarp avgrensning til normal sorg, nedstemthet eller svingninger i stemningsleiet. Følgende symptomer er sentrale: senket stemningsleie, tristhet; skyldfølelse; tap av interesse, initiativløshet; konsentrasjonsproblemer; søvnproblemer; endret appetitt, øket eller senket; tanker om døden og eventuelt selvmordstanker. En kan skille mellom klinisk og subklinisk depresjon. De vanligste typer av klinisk depresjon er de som inngår i en bipolar affektiv lidelse eller unipolar depresjon. Ved bipolar lidelse svinger stemningsleiet mellom oppstemthet og nedstemthet, mens unipolar depresjon er kjenne-tegnet ved en eller flere avgrensede depressive perioder. Ved dystymi er stemningsleiet moderat senket over lenger tid, uten særlige svingninger. Ved subklinisk depresjon foreligger bare enkelte av de depressive symptomene, og tilstanden er ofte kombinert med symptomer på angst. En snakker her ofte om depressive plager, til forskjell fra klinisk depresjon. Ved screeningsinstrumenter i større befolkningsundersøkelse, der diagnostikk ved kliniske intervjuer lett blir for dyrt og tidkrevende, registrerer en som regel både angstsymptomer og depressive symptomer. Erfaringsvis er korrelasjonen mellom disse meget høy, slik at det er vanskelig å skille mellom de to typer plager. Vanligvis sammenfattes de under begrepet *psykologisk distress*.

Sammenfattende kan en si at depresjon er:

- den mest utbredte og den mest kostbare av de psykiske lidelsene
- hyppig forekommende sammen med andre psykiske lidelser
- sterkt kompliserende ved kroniske fysiske sykdommer og funksjonstap
- blant de lidelsene som trolig medfører lavest hjelpesøking i forhold til utbredelse og funksjonshemming
- ofte tilbakevendende hvis en depressiv episode har fått utvikle seg
- blant de få psykiske lidelsene vi har effektive metoder til å behandle og forebygge
- den lidelsen totalt etter koronare hjertelidelser, der forebygging trolig vil ha størst effekt på folkehelsen målt i sykdomsbyrde

Sammenhengen mellom depresjon og selvmord

Flere undersøkelser viser en sammenheng mellom depresjon og selvmord. Ikke alle suicidale personer er imidlertid deprimerte, og bare de færreste deprimerte er suicidale. Årsakene til selvmord og selvmordsforsøk ligger i et komplisert samspill mellom sårbarhetsfaktorer, utløsende årsaker og personlighetsrelaterte mestringsstrategier (Leenaars, 2004). Metaanalyser basert på et stort antall studier av dødelighet anslår livstidsrisikoen for selvmord ved depresjon til ca 6 % (Inskip et al., 1998). Tidligere undersøkelser som opererer med 15 % risiko var basert på inneliggende pasienter (Cantor, 2000).

Komorbiditet

Depresjon er hyppig forekommende sammen med andre mentale lidelser, i første rekke angst, og er en strekt kompliserende faktor ved kronisk fysiske sykdommer (Wittchen & Jacobi, 2005; Ustun, et al., 2004). Depresjon hos pasienter med en eller flere kroniske lidelser, som angina, artritt, astma og diabetes, bidrar til at deres selvopplevde helsetilstand er betraktelig forverret i forhold til dem som har kroniske lidelser uten depresjon.

Årsaksforhold

En kan skille mellom biologiske, personlighetsmessige og psykososiale årsaksfaktorer ved depresjon. Ved bipolar affektiv lidelse spiller biologiske faktorer en betydelig rolle, og forebyggende tiltak må derfor hovedsakelig rette seg mot disse. I praksis vil dette si at en forsøker å forebygge nye episoder av mani eller depresjon ved medikamentell behandling. Den forebyggende effekt av dette er imidlertid usikker. Når det gjelder unipolar depresjon, dreier det seg vanligvis om et samspill mellom personlighetsfaktorer og psykososiale faktorer, og de forebyggende tiltak kan da rette seg mot det ene eller begge sett av faktorer. Når det gjelder de personlighetsrelaterte faktorer spiller evne til mestring en sentral rolle. Med mestring menes da den enkeltes evne til å ta i bruk tilpassede tanke- og atferdsmessige reaksjonsmønstre for å hankes med krevende ytre og/eller indre situasjoner og forhold. Det skilles da gjerne mellom problem- eller oppgavefokuseret mestring, og emosjonell mestring (Lazarus, 1966). Vellykket mestring fører til opplevelse av kontroll som er av stor betydning for personers funksjons- evne. Et beslektet begrep til mestring er *self-efficacy* (Bandura, 1986), der et sentralt element er personens positive forventning om å løses problemene når de kommer. Risikoen for at belastningen kan føre til stress og helseproblemer øker, dersom personen har en forventning om at en selv ikke kan gjøre noe med

problemene. *Sense of mastery* (Pearlin et al., 1981) er et annet beslektet begrep som også i stor grad antas å være personlighetsbetinget. Når det gjelder de utløsende psykososiale faktorer, dreier det seg om sosiale forhold som kan føre til negative psykologiske konsekvenser hos individer som har en individuell disposisjon for dette. Blant de vanligste psykososiale risikofaktorer er negative livshendelser, som uventede dødsfall i nærmeste familie, skilsmisse eller akutte økonomiske problemer, eller mer varige belastninger som konflikter til andre mennesker, arbeidsløshet eller kronisk sykdom. I hvor utstrekning påkjenninger skal føre til depresjon eller andre psykiske plager, vil ikke bare være avhengig av de individuelle mestringsressurser men også av psykososiale beskyttelsesfaktorer (Weisæth & Dalgard, 2000). Eksempelvis vil sosial støtte og integrasjon i et sosialt fellesskap styrke individets evne til motstå påkjenninger uten å utvikle depresjon. En viktig del av det forebyggende arbeid vil derfor kunne være å styrke det sosiale nettverk og mobilisere sosiale støtte omkring individet.

Forekomst

Bipolar depresjon er forholdsvis sjelden, og rammer vanligvis bare ca. 1% av befolkningen. I den følgende oversikt over forekomsten av depresjon er det hovedsakelig snakk om unipolar depresjon.

Depresjon varierer over tid og sted

Lundby studien i Sverige beskriver endringer i forekomst av ikke psykotiske psykiske lidelser, inkludert angst og depresjon, i et 50 års perspektiv. Fra 1947 til 1972 var det en markert økning i depresjon, mens en ikke fant noen økning i perioden 1972 til 1997. Det som imidlertid slås fast med sikkerhet i studien er at milde og moderate depresjoner har økt i annen del av det 20. århundre (Nilsson, et al., 2007).

En norsk studie undersøkte om det var noen endringer i hyppigheten av depresjon blant voksne mellom 1990 og 2001. Forfatterne konkluderte med at det totalt sett ikke var noen økning i forekomst av depresjon i denne perioden, verken når det gjaldt diagnoser eller depressive symptomer (Sandanger, et al., 2006). Derimot var det en forskyvning i hyppigheten av depresjon mellom de to kjønn: mens hyppigheten blant kvinner hadde gått ned, hadde den økt hos menn.

I en studie i fem Europeiske land (ODIN), fant en at den gjennomsnittlige hyppighet av klinisk depresjon i løpet av en måned var 8.5 % hos voksne mellom 18 og 64 år. I den norske del av studien, som omfattet Oslo og en østlandskommune, lå tallene omtrent på gjen-

nomsnittet, mens den var 24 % i Liverpool og 2.6 % i Santander i Spania, (Ayuso-Mateos et al., 2001). I en norsk undersøkelse (Kringlen et al., 2006) var det betydelige geografiske variasjoner, i det hyppigheten av klinisk depresjon (unipolar depresjon og dystymi) i løpet av et år var 11.1 % i Oslo og 4.9% i Sogn og Fjordane. Nye tall fra den landsomfattende levekårsundersøkelsen i 2005 (Folkehelseinstituttet, 2007) viste at 8,5 % av personer mellom 25 og 64 år rapporterer at de hadde vært plaget med angst og/eller depresjon i løpet av siste to uker.

Sammenfattende kan en si at den betydelige variasjon i depresjon over tid å sted peker klart i retning av at sosiale og kulturelle faktorer er av vesentlig betydning for utviklingen av depresjon.

De fleste deprimerte får ingen behandling

Psykiske lidelser rammer ca 1/3 av EU's befolkning i løpet av en 12 måneders periode. Totalt sett innebærer dette at ca. 83 millioner mennesker er rammet i løpet av et år. Depresjon og angst er blant de mest hyppige lidelsene. De fleste deprimerte (75%) får ingen behandling (Wittchen & Jacobi, 2005, Wang & al., 2007). I Storbritannia får en av fire som lider av depresjon og angst en form for behandling, og de fleste av dem som får behandling får medikasjon foreskrevet av allmennlege (LSE, 2006). Dette svarer også til det en fant i ODIN studien, der 31% av de deprimerte i Oslo fikk medikamentell behandling, mens bare noen få fikk psykoterapi (McCracken et al., 2006).

Kjønn og livsfase

Depresjon forekommer i alle aldersgrupper. I vestlige samfunn forekommer depresjon hyppigere blant kvinner enn blant menn, i mange undersøkelser ca. 50 % hyppigere. Noe av dette kan skyldes at depresjon kan arte seg noe annerledes hos menn enn hos kvinner, med mindre fremtredende nedstemthet, som gjør det vanskeligere å identifisere lidelsen hos menn. Nyere undersøkelser (Sandanger et al., 2006. Murphy 1995) kan imidlertid tyde på at kjønnsforskjellene er i ferd med å avta, i det hyppigheten av depresjon hos yngre menn har økt i løpet av de siste ti-år, mens det motsatte er tilfelle blant yngre kvinner.

En befolkningsbasert longitudinell studie av 700 barn og deres mødre, TOPP-studien (Mathiesen et al., 2007) viste at 12% av mødre med barn på 18 måneder hadde betydelig depresjonsplager. Andelen sank til 7-8% da barna var i skolealder og steg til rundt 15% da barna var vel inne i ungdomsalder. Dette betyr at 6-9000 spedbarnsmødre i Norge til enhver tid plages av angst eller depresjon og at like mange spedbarn dermed er involvert.

Barn og unge

Psykiske plager og lidelser hos vordende mødre er vist å kunne ha uheldige følger for det ufødte barnet gjennom økt forekomst av for tidlig fødsel og lav fødselsvekt (Cooper & Goldberg, 1996). Senere i barneårene er det vist at barn og unge som eksponeres for mødres depresjon er dobbelt så utsatt for å utvikle alvorlig depresjon og dysthymia enn barn av mødre som ikke er deprimert (Hammen & Brennan, 2003; Cummings & Davies, 1994). De aller minste barna er særlig utsatte. Det er antatt at deprimerte mødre er mindre emosjonelt tilgjengelige for sine barn og at deres barneoppdragelse er mer preget av kritikk enn hva som er vanlig (Field, 1992).

Angst og depresjon er de mest hyppige psykiske lidelser i barne- og ungdomsårene (Costello et al., 2005; Merikangas, 2005). I tillegg til de betydelige samfunnsmessige kostnadene knyttet til behandling av depresjon og angst, er de personlige kostnadene store, med redusert funksjon i forhold til familie, venner, skoleprestasjoner og senere arbeidsliv. Nyere tall fra internasjonale studier tyder på at 3-6 % av alle barn, fra førskolealder og gjennom skolealder, har så vidt klare plager at dette kvalifiserer for en depresjonsdiagnose, mens gjennomsnittstall av ungdom fra kommunebaserte studier viser at 9-12% har så vidt mange symptomer på depresjon og/ eller angst at dette klart går ut over deres daglige fungering (Puura et al., 1998; Egger & Angold, 2006). Jenter er dobbelt så ofte utsatt som gutter for å utvikle symptomer på angst og depresjon i ungdomsårene, og en del av forskningen har fokusert på betydningen av puberteten for jenters utsatthet (Costello et al., 2002).

Flere undersøkelser tyder på at alderen der depresjon opptrer synker, og betydningen av å måle risikofaktorer fra tidlig alder av er vektlagt av Kovacs & Devlin (1998). I en oppsummeringsartikkel om emosjonelle lidelser fremhever de tidlig barndom som en høyrisiko periode for de første symptomer på de typiske angstlidelsene, og at en slik start kan være begynnelsen på senere utvikling av kroniske symptomer på angst og depresjon. De argumenterer med at det synes å være en utviklingsmessig "åpenhet" for å befestede angstlidelser hos små barn, og at desto yngre barna er, desto større er sårbarheten deres. Også hos unge er det funnet en sterk sammenheng mellom generalisert angstlidelse og alvorlig depresjon. Alvorlig depresjon i ungdomsalder kan også være forløper for angstlidelser hos voksne (Mathiesen et al., 2007). Blant unge og unge voksne stiger også forekomsten av depresjon (WHO 2001).

Eldre

Nyere nederlandske undersøkelser (1999-2006) angir en forekomst på 16 % når det gjelder depresjon hos eldre, og at lidelsen har dårlig prognose med redusert livskvalitet, økt dødelighet og store sosiale kostnader (Smit et al., 2006). I en oversiktsartikkel basert på 55 internasjonale studier i perioden 1990 – 2001, konkluderer Rosenvinge & Rosenvinge (2003) med at depresjon forekommer hos 19 % av eldre over 60 år. Blant eldre i sykehjemsavdelinger og i sykehusavdelinger er forekomsten dobbelt så høy. I en studie i Nord-Trøndelag (Stordal et al., 2003) ble forekomst av depresjon undersøkt ved at folk selv hadde vurdert sin psykiske helse. Hele 20 % av de som var over 80 år rapporterte at de var deprimerte. I motsetning til det som tidligere er antatt, økte forekomsten av depresjon med alderen og var høyest hos de aller eldste.

Isolasjon og ensomhet er viktige risikofaktorer for å utvikle depresjon. I Danmark har en funnet at hver tredje eldre er uønsket alene, og selv om mange har kontakt med familie blir de eldre nettverk av familie og venner mer sårbart med årene. Dette påvirker livsglede og initiativ, og mange utvikler symptomer på sykdom som krever innleggelse. Svært mange alene boende har også betydelige vansker med hukommelsen, har angst og depresjonsproblemer og er uten støtte fra eldresenter eller hjemmetjeneste. Det å være alene med disse problemene kan tilspisse situasjonen for dem, og virke belastende på den psykiske helsa. Konsekvensen er ofte at de eldre isolerer seg (Pettersen & Laake 2003), og ensomhet blir derfor et sosialt problem som også øker presset på helsesektoren.

Sammenfattende om forekomst

- Hyppigheten av depresjon viser store geografiske variasjoner, og er ca. 11 % i løpet av et år i Oslo mot ca. 5 % i Sogn og Fjordane
- Hyppigheten er større blant menn enn kvinner, men nyere undersøkelser tyder på at denne forskjellen avtar
- Hyppigheten øker med alderen
- Det har vært en økning i depresjon i løpet av siste halvdel av det 20. århundre
- Bare 1/3 får behandling for sin depresjon

Samfunnsmessig betydning

Vurdering av kostnader ved depresjon forutsetter et bredt samfunnsperspektiv, der både individer, arbeids-

takere og helse- og velferdsordninger trekkes inn. Like viktige er konsekvensene ved depresjon for dem som rammes når det gjelder sosiale relasjoner og livskvalitet. Flere undersøkelser har vist en økning av milde og moderate depresjoner i løpet av det 20. århundre (Nilsson et al., 2007). I følge en undersøkelse initiert av Verdensbanken og Verdens helseorganisasjon i 1990, (The Global Burden of Disease, GBD), rangerte depresjon som nummer fire av sykdommer når det gjelder tapte, funksjons- og kvalitetsjusterte leveår og antas innen 2020 å bli nummer to (Murray & Lopez, 1996). En ny GBD vurdering utført i år 2000 i WHO's regi, bekrefter denne høye rangeringen. Studiene konkluderer med at depresjon i verdenssammenheng er et stort folkehelseproblem som rammer både på individ og samfunnsnivå (WHO 2001).

Depresjon innebærer både alvorlig funksjonstap, lange sykemeldinger og hyppig tilbakefall. Direkte kostnader for depresjon er knyttet til medisinsk hjelp og behandling i institusjon og hjemmebaserte tjenester. I tillegg kommer kostnader som ikke er direkte knyttet til behandling, som transport, sosial assistanse og ubetalt pleie gitt av familie etc. I Norge koster behandlingen av depresjon anslagsvis 1,5 milliarder årlig. Tallet er basert på en undersøkelse gjennomført i flere europeiske land, deriblant Norge. En har kartlagt bruken av offentlig helsetilbud for voksne med depresjon og hva behandlingen koster. Hver deprimerte pasient har kostet det norske helsevesenet i gjennomsnitt 6000 kroner i behandling i et halvt år. Når en legger til grunn at denne behandlingen også kan ha vært rettet mot en underliggende somatisk sykdom, kan en kanskje anslå utgiftene til den spesifikke behandling av depresjon til 3000 kr pr pasient pr halvår. På årsbasis blir dette 6000 kr pr. pasient. Dersom vi antar at ca 8% av voksne nordmenn, 250 000, til enhver tid lider av depresjon, utgjør dette 1,5 milliarder kroner. Sykefravær og uføretrygd er ikke med i disse beregningene (McCracken, Dalgard et al., 2006).

Samfunnets indirekte kostnader er relatert til redusert arbeidsaktivitet ved sykemeldinger og uføretrygd, tapte skatteinntekter for det offentlige og tidlig død. Depresjon er en ledende årsak til funksjonstap i Europa, og mentale lidelser, der depresjon er den største gruppen, er årsak til 30% av utbetalt uføretrygd i 2004 i Norge (Mykletun & Øverland, 2006). Det er grunn til å tro at dette er et konservativt estimat og at mørketallene er store. I en metaanalyse av de indirekte økonomiske kostnader ved depresjon på grunn av sykemelding varierer estimatene mellom 4200-4900 Euro pr pasient pr år (Sobocki & Wittchen, 2005).

Aktuell kunnskap om forekomst av depresjon og angst hos unge gjør det klart at disse lidelsene vil representere store indirekte kostnader i ungdommenes skole- og utdannings situasjon. Individuelle følger vil være forsinkelser i studieprogresjon, og utsatte eksamener og forlengede studier får store økonomiske konsekvenser for den enkelt student i form av press om gjennomføring til normert tid fra studiefinansieringskilder.

Sammenfattende om samfunnsmessig betydning

- Depresjon er den psykiske lidelsen som medfører de største samfunnsmessige omkostninger
- Ca 30% av uførhetstrygd i Norge skyldes psykiske lidelser, og depresjon er den største gruppen
- Til behandling av depresjon i Norge medgår anslagsvis 1.5 milliarder årlig, mens de indirekte utgifter til sykemelding og uføretrygd er langt større
- Verdens Helseorganisasjon rangerer depresjon som den 4. viktigste sykdom når det gjelder samfunnsmessige belastning, og antar at lidelsen vil bli ennå viktigere i fremtiden

Forebyggende arbeid ved depresjon

Når det gjelder det individrettede forebyggende arbeid ved depresjon, dreier det seg hovedsakelig om to hovedgrupper; tiltak som bygger på psykologiske metoder, og tiltak som bygger på sosial støtte til utsatte grupper. Under alle omstendigheter dreier det seg stort sett om forebygging av *unipolar depresjon*, i det vi har mindre kunnskap om forebygging av *bipolar depresjon*. Da depresjon og angst ofte faller sammen, og til dels har felles årsaksfaktorer, skiller det i teksten ikke alltid klart mellom disse to tilstander.

Psykologiske metoder

Det finnes ulike psykologiske metoder for å behandle eller forebygge depresjon, som psykodynamiske, interpersonelle eller kognitive metoder. I denne rapporten vil vi fokusere spesielt på kognitive metoder, fordi disse i størst utstrekning har vært brukt i forebyggende arbeid, er relativt kortvarige, er strukturerte med utarbeidde manualer, og kan administreres av helsepersonell uten psykiatrisk eller psykologisk spesialkompetanse. I et samfunnsmedisinsk perspektiv, med vekt på forebyggende tiltak innenfor en rimelig økonomisk ramme, synes derfor de kognitive metoder, med dagens kunnskap, og ha et fortrinn.

Kognitive metoder

De kognitive metoder kan være utformet på noe forskjellig måte, men har et felles ide-grunnlag. De fokuserer på tanker, forestillinger, oppfatninger og holdninger, og hvordan disse påvirker vår atferd og vårt følelsesliv. I behandlingen er det et sentralt element å identifisere, realitetsteste og eventuelt korrigere negative tankemønstre, da urealistiske eller dysfunksjonelle negative tanker anses som en sentral vedlikeholdsfaktor. De kognitive metoder kombineres ofte med elementer fra andre metoder, for eksempel atferdsterapi, som tar sikte på økning i aktiviteter, sosial ferdighetstrening og strukturert problemløsning. En snakker da gjerne om kognitiv atferdsterapi (Cognitive behaviour therapy – CBT).. Et felles mål er å gi pasienten innsikt i sammenhengen mellom tenkning, atferd og følelser, slik at en kan påvirke selvforsterkende onde sirkler som bidrar til å opprettholde problemene.

Generelt om effekt av kognitive metoder

I en relativt fersk meta-analyse av 69 programmer som var evaluert ved bruk av sammenliknbare kontrollgrupper, har en funnet at en gjennomgående oppnådde 11% større reduksjon av depressive symptomer i intervensjonsgruppene enn i sammenliknbare kontrollgrupper (Jane' Llopis et al., 2003). De programmene som var mest virksomme kombinerte ulike metoder, basert på kognitiv psykologi, atferdspsykologi og/eller teori om sosial støtte og mestring, strakk seg over åtte seanser eller mer, og hadde seanser som varte 60-90 minutter. Programmer med både deltakelse av helsepersonell og lekfolk var gjennomgående mer virksomme enn andre programmer. Hos eldre var sosial støtte mest virksomt, mens atferdsterapeutisk metoder snarere virket negativt.

Effekten av kognitive metoder synes å være omtrent den samme når det gjelder å hindre at depresjon utvikler seg (indisert forebyggende arbeid) og når det gjelder å hindre tilbakefall (sekundært forebyggende arbeid). I en mye sitert studie av Paykel et al. (1999), fant en for eksempel at kognitiv terapi hadde en signifikant forebyggende effekt på tilbakefall av depresjon hos pasienter som tidligere hadde vært klinisk deprimert, i det 29% i intervensjonsgruppen og 47% i kontrollgruppen hadde tilbakefall i løpet av et års tid.

Problemløsende behandling

Problemløsende behandling fokuserer på her og nå, og hjelper pasienten til å bruke sine evner og ressurser bedre. Det forklares for pasienten at de psykiske symptomer kan henge sammen med psykososiale problemer som vedkommende har, og at symptomene

reduseres hvis disse problemene løses. Behandlingen har følgende faser:

- Klargjøring og definering av problemene
- Valg av realistiske mål
- Mulige løsninger på problemene
- Valg av foretrukne løsninger
- Iverksettelse av foretrukne løsninger
- Evaluering

Behandlingen gjennomføres vanligvis med 6 individuelle sesjoner av en halv times varighet over 12 uker.

Metoden kan brukes både i spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten, og krever ikke psykiatrisk eller psykologisk spesialistutdannelse. Evaluering er blant annet foretatt av Mynors-Wallis et al. (1995; 2007) i randomiserte, kontrollerte forsøk. I den første studien fant en at behandlingen var mer effektiv enn antidepressiva (amitriptyline), og klart mer effektiv enn placebo. Etter 12 uker var henholdsvis 60%, 52% og 27% uten symptomer på klinisk depresjon. I den siste studien fant en, også i et randomisert, kontrollert forsøk, at problemløsende behandling alene var like effektivt som slik behandling kombinert med antidepressiva (fluvoxamine), eller behandling med antidepressiva alene. Det spilte ingen rolle om behandlingen ble utført av sykepleiere med spesiell trening eller av leger med slik trening. Metoden er også blitt utprøvet i en større europeisk undersøkelse (Outcome of Depression in Europe – ODIN). I et randomisert, kontrollert forsøk, var det etter 6 måneder signifikant flere ikke-deprimerte i intervensjonsgruppen enn i kontrollgruppen, henholdsvis 59% og 43%. Etter 12 måneder var det imidlertid omtrent like mange ikke-deprimerte i begge grupper (Dowrick et al., 2000).

Kurs i mestring av depresjon

I et meta-analyse over 24 kontrollerte randomiserte studier av såkalt CWD (Coping with Depression Course), fant Kühner (2003) at metoden var effektiv når det gjaldt reduksjon av depressive symptomer. De fleste studiene omfattet depresjon hos ungdom, men også når det gjaldt depresjon hos voksne viste metoden seg effektiv.

Mens studiene i Kühners meta-analyse stort sett omfattet personer som i utgangspunktet hadde symptomer på klinisk depresjon, har Cuijpers et al. (2007) gjort en meta-analyse over kontrollerte, randomiserte studier av kognitiv atferdsterapi rettet mot subklinisk depresjon (Cuijpers et al., 2007). Oversikten omfattet 7 studier, hvorav 5 var CWD, med noe varierende varighet av intervensjonen. Ved intervensjonens slutt var det en signifikant effekt i retning av redusert symptomnivå i intervensjonsgruppen, men denne effekt

var ikke lenger signifikant etter 6 måneder og ett år. Når det gjaldt å forebygge nye tilfelle av klinisk depresjon var det en viss effekt etter 6 måneder, men denne effekt var ikke statistisk signifikant.

Også i Norge har en prøvet ut en versjon av CWD, som er betydelig modifisert i forhold til den opprinnelige modell. Den kognitive delen av kurset dreier seg om teknikker for endring av uhensiktsmessige tankemønstre, for eksempel såkalt «negativ tenkning», mens den atferdspsykologiske delen retter seg mot endring av atferd i retning av mer lystbetonte aktiviteter. Nettverkselementet er hovedsakelig en teoretisk formidling av det sosiale nettverks betydning for psykisk helse, men omfatter også tegning av nettverkskart og en invitasjon til utvikling av sosiale relasjoner i gruppen. Under det hele ligger det en forståelse av nært samspill mellom sinnsstemning, tanker og atferd, der sinnsstemningen, dvs. depresjonen, søkes endret gjennom endring i tenkning og atferd. Mens kurset i utgangspunktet var en del av det tidligere omtalte ODIN prosjektet (Dowrick et al., 2000), der effekten i det norske del-prosjektet var liten, har en oppnådd gode resultater med den modifiserte versjonen, KiD. Denne er blitt evaluert i en randomisert, kontrollert studie av unipolar depresjon blant voksne (Dalgard, 2004; 2006). I alt 155 klinisk deprimerede personer som var rekruttert gjennom dagspressen deltok i studien, og ble randomisert til 81 i kursgruppen og 74 i kontrollgruppen. Behandlingen strakte seg over åtte ukentlige møter à 2,5 timer, med oppfølgingsmøter etter en, to og fire måneder, og ble ledet av to psykiatriske sykepleiere eller andre med helsefaglig bakgrunn. Gruppelederne hadde gjennomgått et 5 dagers opplæringskurs. Det var 8-10 deltakere i hver behandlingsgruppe. Kursdeltakerne viste en signifikant større bedring enn kontrollgruppen seks måneder etter kursets start. Mens det blant gruppedeltakerne var 69% som ble klinisk bedret, (bedring på 6 poeng eller mer på Beck Depression Inventory), var det tilsvarende tall for kontrollgruppen 37%. Bedringen i intervensjonsgruppen fant hovedsakelig sted i løpet av de første åtte ukene. Konklusjonen ble at behandlingsmetoden er effektiv mot depresjon, og egnet til bruk i både primærhelsetjenesten og den spesialiserte psykiatriske helsetjeneste.

Senere er det også gjort en helseøkonomisk vurdering av KiD (Nord & Dalgard, 2006). Med basis i den bedring i symptomer som var registrert i evalueringen av kursets effekt, kunne en skjønsmessig anslå hvor stor bedringen i funksjon og lidelse en hadde oppnådd, sammenliknet med resultatene ved behandling av andre sykdommer. Konklusjonen ble da at i forhold til kursets kostnader var resultatet vel innenfor det samfunnet

ellers er villig til å betale over offentlige budsjetter ved behandling av sykdom.

I samarbeid mellom KiD's faglige ledelse, Rådet for psykisk helse og Kommunal Kompetanse, har en i løpet av de siste årene gitt opplæring til 650 gruppeledere med variert helsefaglig bakgrunn. Informasjon om kurset, om opplæring av gruppeledere, og om tilbud av kurs, kan hentes ned fra nettet fra henholdsvis Rådet for Psykiske Helse (psykiskhelse.no) og Kommunal Kompetanse (kkomp.no).

På grunnlag av de erfaringer en hittil har gjort med KiD, er nå kurset under videre forbedring, og en holder også på med utformingen av en kurspakke beregnet på bruk i bedrifter.

Gruppe-rettede eller individ-rettede metoder?

Det har vært diskutert om grupperettede metoder er like effektive som individrettede metoder.

Både Rush & Watkins (1981) og Wierzbicki & Barlett (1987) fant at de grupperettede var mindre effektive enn de individ-rettede. I en sammenliknende undersøkelse fant imidlertid Scott et al. (1990) at begge metoder var effektive når det gjaldt reduksjon i depressive symptomer, og at det ikke var noen forskjell i effekt.

Internettbaserte metoder mot depresjon

I de senere år er det utviklet metoder for brukt av kognitiv atferdsterapi på internett. Disse metoder tar dels sikte på å øke informasjonen om depresjon, dels gjennom et interaktivt program å øke brukerens kunnskap om sine symptomer og deres sammenheng med automatiske negative tanker, dysfunksjonelle holdninger, mestringsstrategier og interpersonelle relasjoner. Metodene har stort sett vært utprøvet i forhold til personer med ulik grad av depresjon (og eventuelt angst), og kan karakteriseres som sekundært forebyggende arbeid. Også i Norge har en tatt i bruk en Internett-basert modell for behandling av depresjon og angst, og ved Universitetet i Tromsø finnes det et tilbud til studentene (<http://ps.uit/no>).

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har nylig utarbeidet en rapport over effekten av slike internettbaserte tiltak (Cognitive Behavioural Therapy – CBT) mot angst og depresjon (Notat fra Kunnskapssenteret. Hasteoppdrag. Oktober 2007). Konklusjonen var at metoden reduserte angst i større grad enn atferdsterapi ledet av terapeut, og at det også var en signifikant effekt på depresjon sammenliknet med andre behandlingsmetoder. Derimot var det ingen signifikant forskjell på bruk av CBT og ikke-aktiv internettbasert intervensjon. Bruk av CBT var også mindre effektivt ved depresjon enn ukentlig oppfølging av terapeuten.

Det kan innvendes mot rapporten fra Kunnskapssenteret at den bygger på en et forholdsvis sparsomt grunnlag (fem studier over angst, panikk og fobi, to studier over depresjon og en studie over angst og depresjon), som alle ble identifisert gjennom en oversiktsartikkel forfattet av andre (Kalenthaler et al., 2006). To senere studier, begge randomiserte kontrollerte studier, som ikke er inkludert i denne analysen, konkluderer med CBT har en signifikant effekt på depresjon (Andersson et al., 2005, Clark et al., 2005). I den første studien hadde CBT, kombinert med deltakelse i en samtalegruppe på internett, en signifikant større effekt på depresjon enn bare deltakelse i samtalegruppe. I den andre studien hadde CBT en signifikant større effekt på depresjon enn "behandling som vanlig". I denne studien hadde prosjektlederne fulgt opp deltakerne med påminnelser om å bruke programmet, noe de ikke hadde gjort i en tidligere studie som ikke viste effekt på depresjon (Clarke et al., 2002). Det er bare denne siste studien som er inkludert i Kunnskapssenterets rapport. Andre feil i rapporten: De inkluderer psykoedukativ informasjon og behandler denne som CBT. Det er dårlig kontroll med effektstørrelser (intention to treat, completers, completers with high symptoms of depression).

Også i Norge er det foretatt en evaluering av effekten av Internett-basert CBT på depresjon (Lintvedt et al., in preparation). Med utgangspunkt i tilbudet til studentene i Tromsø, er det foretatt en evaluering av BluePages og MoodGym. Mens BluePages hovedsakelig gir informasjon om depresjon, er MoodGym et interaktivt CBT program. Forfatterne konkluderer med at en kombinasjon av de to programmer bidrar til en reduksjon i symptomer på depresjon. Selv om studien er lagt opp som en randomisert, kontrollert studie, er det imidlertid på grunn av det store frafall av deltakere i studien (81 av 111), ikke grunnlag for å trekke sikre konklusjoner om programmets effekt. Da studien er gjort uten oppfølging av deltagerne underveis, gir den på denne måten et mål på hvor mange som er i stand til å gjennomføre en slik intervensjon på egenhånd. Videre er de engelske versjonene av selvhjelpsprogrammet testet i Australia og viser også her effektstørrelser i samme nivå som i den norske studien (Christensen et al., 2004A, 2004B).

I en kartleggingsstudie av 630 studenter i Tromsø, med en svar-prosent på 58,3, anga nesten halvparten at de var i behov av hjelp for psykologiske problemer, mens bare en tredel av disse hadde søkt hjelp fra helsevesenet (Lintvedt et al., 2008 in press). Av undersøkelsen fremgikk det også at studentene var positivt interessert i nettbaserte CBT program, og at det var et stort potensial for slike program.

Grupperettede metoder hos ungdom

Også hos ungdom er det dokumentert en positive effekt på depresjon av grupperettede kognitive metoder. Av de mest kjente undersøkelser innen dette området er to kontrollerte, randomiserte forsøk på ungdom som i utgangspunktet hadde øket risiko for å utvikle klinisk depresjon (Clarke, 2002; 2005). Den første studien tok utgangspunkt i ungdom som i utgangspunktet hadde depressive symptomer, uten å ha utviklet klinisk depresjon. Gruppen (N=150) ble randomisert til intervensjonsgruppe og kontrollgruppe. Intervensjonsgruppen fikk et 15-sesjoners program basert på kognitiv teori, der det var lagt vekt på kognitiv restrukturering og identifisering og bearbeiding av automatiske negative tanker. Kontrollgruppen fikk vanlig behandling. Etter 12 måneder hadde 14.5% av intervensjonsgruppen en depressiv lidelse, mens det tilsvarende tall for kontrollgruppen var 25.7%. I den andre studien tok en utgangspunkt i ungdom hvis foreldre var behandlet for en depressiv lidelse, og som selv hadde depressive symptomer uten å ha en klinisk depresjon. Gruppen (N=94) ble randomisert til intervensjonsgruppe og kontrollgruppe, der intervensjonsgruppen fikk det samme programmet som i den første undersøkelsen, mens kontrollgruppen igjen fikk vanlig behandling. Ved oppfølging etter gjennomsnittlig 15 måneder hadde 28.8% av kontrollgruppen en depressiv lidelse, mot 9.3% i intervensjonsgruppen.

Det finnes også flere skolebaserte kognitive/ atferds-terapeutiske programmer for forebygging av affektive lidelser blant barn og unge. Eksempler på dette er "SMART" (Junge et al., 2001), "FRIENDS" (Barett et al., 1996) "Coping Cat" (Kendall, 1992). Felles for disse programmene er at de bygger på mer eller mindre det samme teoretiske grunnlag, er manualiserte, og er godt evaluert gjennom oppfølgingsstudier. Samtlige programmer er nå tilgjengelig i Norge, og det skjer opplæring i bruk av programmene ved de fleste regionsentre for barne- og ungdomspsykiatri og ved Norsk Forening for Kognitiv Terapi. Selv om programmene viser en positiv effekt på depresjon, har de også sin begrensning (Neumer & Aalberg, 2005). Effekten av intervensjonen er relativt kortvarig, i det den vanligvis går tilbake i løpet av etterundersøkelsesperioden, som gjerne er 6-12 måneder. Vi vet ikke så mye om hvem som profiterer mest på tiltakene. Det er få undersøkelser som viser at tiltakene kan redusere insidensen av depresjon, dvs. forebygge nye tilfelle. Mye taler for at programmene egner seg best til bruk som indisert forebyggende arbeid, dvs. overfor barn og unge som i utgangspunktet har symptomer på emosjonelle vansker.

Psykososiale tiltak ved kriser og ulykker

Det er øket risiko for PTSD (Post Traumatic Stress Disorder), angst, depresjon og andre psykiske plager etter kriser og ulykker, og det er utarbeidet intervensjonsmetoder for å forebygge psykiske helseproblemer etter slike hendelser. Ikke minst i Norge har det vært stor utbredelse av såkalt krise-intervensjon ved traumatiske hendelser, men det er ikke gjennomført randomiserte kontrollerte undersøkelser av effekten i vårt land. Det finnes imidlertid et ganske stort antall slike undersøkelser fra andre land, som nylig er blitt vurdert av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2007). Det er i første rekke såkalt "psykologisk debriefing" (PD) og kognitiv atferdsterapi (CBT) som inngår i undersøkelsen. PD ble først utviklet som hjelpetiltak overfor personell som hadde deltatt i redningsaksjoner, men er senere blitt synonymt med kriseintervensjon overfor personer som har vært utsatt for ulykker eller andre traumatiske hendelser, og omfatter alt fra selvhjelpsgrupper til samtaler med høyt spesialiserte behandlere, over en eller flere sesjoner. CBT omfatter også ulike teknikker, men forlenget eksponering står sentralt i denne behandlingsformen, det vil si at pasienten utsetter seg for stimuli som vekker reaksjoner knyttet til den opprinnelige traumatiske hendelsen. Når aktivering er frembrakt, kan en anvende ulike teknikker til å dempe/fjerne reaksjonene (systematisk desensitivisering, habituering), forstå reaksjonene (informasjon, innsikt og etterprøve fortolkning) eller håndtere reaksjonene (stressmestring). CBT brukes både tidlig og senere i sykdomsforløpet, og både individuelt og grupperettet. Konklusjonen i Kunnskapssenterets rapport var at CBT hadde en signifikant effekt på depresjonsnivået, men at undersøkelsen spriket noe i sine resultater. Når det gjelder PD var det imidlertid ingen effekt på depresjon. CBT hadde en klar positiv effekt på PTSD, men heller ikke her hadde PD noen effekt.

Den endelige konklusjon er ennå ikke trukket om effekten av PD ved kriser eller ulykker. Selv om undersøkelsesmetodikken kan diskuteres, foreligger det for eksempel en omfattende amerikansk undersøkelse som peker i retning av en signifikant effekt på depresjon, PTSD og andre psykiske plager av kortvarig kriseintervensjon i tilknytning til 11. September katastrofen in New York (Boscarino et al., 2006). Ved et telefonintervju ett år etter ulykken av et tilfeldig utvalg av de som bodde i New York under katastrofen (N=2368), ble det samlet inn ulike bakgrunns- og eksponeringsdata, og opplysninger om gjennomgått kriseintervensjon. Ett år senere (dvs. 2 år etter katastrofen) ble det så langt mulig foretatt et nytt telefonintervju av de samme personer (N=1681). Ved dette intervjuet ble blant annet den psykiske helsetilstand vurdert. Ved analyse av data viste det seg at de som hadde fått kriseintervensjon hadde

utviklet mindre depresjon, PTSD og andre psykiske plager enn de øvrige, når en statistisk kontrollerte for de faktorer som kunne ha vært av betydning for utviklingen av den psykiske helse, deriblant helsetilstand før katastrofen, tidligere belastende livshendelser og grad av eksponering for katastrofen.

Med utgangspunkt i det åpenbare behov for større kontrollerte, randomiserte studier av kriseintervensjon, pågår det nå en omfattende undersøkelse av kriseintervensjon etter trafikkulykker ved et forskingssenter i Oslo.

Sammenfattende om psykologiske metoder

- Metoder basert på kognitiv og atferdspsykologisk teori (CBT) har vist seg effektive når det gjelder avkorting av depressive perioder og forebygging av klinisk depresjon ved lettere depressive plager
- CBT kan anvendes som individuell og grupperettet intervensjon
- Det finnes skolebaserte CBT programmer for ungdom
- CBT kan forebygge psykiske stressreaksjoner (PTSD) etter ulykker og katastrofer
- CBT ser ut til å ha en forebyggende effekt som selvinstruerende program basert på internett

Sosiale støttegrupper og selvhjelpsgrupper

Sosiale støttegrupper og selvhjelpsgrupper i behandlingen av depresjon bygger på teorien om at opplevelsen av sosiale støtte bidrar til en styrking av individets mestringsevne ved belastninger, og således bidrar til en forebygging eller bedring av depresjon. Det kan til dels være vanskelig å skille mellom sosiale støttegrupper og selvhjelpsgrupper, selv om de første forutsetter faglig kvalifiserte ledere, mens de siste er selvhjelpne. Ofte vil imidlertid selvhjelpsgruppene benytte seg av veiledning fra fagfolk. Også når det gjelder resultater, synes de to varianter av støttegrupper å være omtrent like effektive (Klytta, 2007). I en sammenlikning av selvhjelpsgruppe med kognitiv gruppe-terapi har en funnet at effekten på depresjon var omtrent den samme, og at ikke-profesjonelle var like effektive som profesjonelle når det gjaldt reduksjon av depressive symptomer hos deltakerne (Bright, et al., 1999).

I Norge har både sosiale støttegrupper ledet av fagfolk, og selvhjelpsgrupper, vært brukt i betydelig grad i forhold til depresjon og angst. Et eksempel på sosiale støttegrupper er det såkalte Sorg og Omsorgsprosjektet, som ble drevet av en gruppe frivillige organi-

sasjoner, med støtte fra Sosialdepartementet (1992). Dette prosjektet tok sikte på opplæring og veiledning av ikke-profesjonelle i deres arbeid med mennesker i sorg, gruppevis eller i familiesammenheng. Målsettingen var å etablere et trygt og aksepterende miljø, der en møter andre som er i samme livssituasjon, og der andres reaksjoner gjør det lettere å tåle sine egne. Gruppelederens oppgaver er definert slik:

- Å bidra til en åpen og trygg atmosfære der det oppleves som mulig å dele sine opplevelser med andre.
- Å lytte til og akseptere deltakernes måte å oppleve sorgen på, og deres måte å uttrykke den på.
- Å passe på at alle som vil kan komme til orde og dempe dem som blir for dominerende.
- Å tåle sterke følelser.
- Å oppfordre deltakerne til å bare si det som kjennes trygt og riktig for dem i gruppen

Prosjektet, som nå er avviklet i sin opprinnelige organisasjonsform, ble ledet på kommune- eller distriktsnivå av en tverrfaglig styringsgruppe med representanter fra helse- og sosialsektor, kirke og frivillige organisasjoner. Disse gruppene hadde som oppgave å drive holdningsskapende arbeid i lokalsamfunnet, og utdanne og veilede gruppeledere. Sorg-gruppene besto av 1-2 ledere og 6-7 deltakere. Det er ikke foretatt noen randomisert, kontrollert evaluering av disse sosiale støttegruppene i Norge, men det foreligger en foreløpig evaluering (Thuen, 1995) som angir at deltakerne stort sett syntes de hadde fått god hjelp av gruppene.

En mer grundig evaluering er gjort av et prosjekt som omfattet støttegrupper for eldre som hadde mistet sin ektefelle (Brevik et al., 1995; 2001). Dette prosjekt tok utgangspunkt i kunnskap om øket sykkelighet og dødelighet i de første årene etter tap av ektefelle, og ble initiert av en kommunelege. Prosjektet fikk støtte av Helsedirektoratet gjennom Samlet plan for utviklingsprosjekter innen det sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid i kommunene ("Samlet plan"). Gruppene ble ledet av sykepleier og ergoterapeut, mens deltakerne ble rekruttert av kommunelegen ved skriftlig henvendelse til de over 60 år i kommunen som nylig hadde mistet sin ektefelle. I alt 42 ønsket å delta i prosjektet, og disse ble randomisert i intervensjonsgruppe og kontrollgruppe, begge med 21 deltakere. Gruppene møtte hver annen uke, de første 3 måneder med ledere, de neste 9 måneder uten ledere, dvs. som selvhjelpsgruppe. Etter 12 måneder var det en signifikant større bedring i symptomer i intervensjonsgruppen enn i kontrollgruppen, noe som tydet på at gruppene hadde ført til en forkortning av den depressive reaksjon.

Støttegrupper ved samlivsbrudd

Støttegrupper ved samlivsbrudd kan oppfattes som et særtilfelle av tiltak ved belastende livshendelser, og har vært brukt i stor utstrekning. Også i Norge har en erfaring med slike grupper. I en oversiktsartikkel (Thuen, 2003) konkluderes det med at sosiale støttegrupper ved samlivsbrudd har en positiv effekt på den psykiske helse, målt ved kvantitative metoder, uten at effekten på depresjon er nærmere spesifisert. I en kvalitativ analyse (Øygard et al., 2000) har en funnet at støttegrupper for skilte hadde en positiv effekt på livskvalitet og bidro til å redusere depresjon.

Støttesamtaler ved barseldepresjon

Ved depresjon i tilknytning til fødsel kan støttesamtaler hos helsepersonell ha en god effekt. Således har en i en svensk undersøkelse (Wickberg & Hwang, 1996) funnet en klar positiv effekt av støttesamtaler med helsesøster (i alt seks samtaler) hos mødre som fikk slike samtaler, sammenliknet med mødre som ikke fikk det. .

Gruppeaktiviteter hos eldre

Et viktig element i forebygging av depresjon hos eldre er tiltak som tar sikte på å motvirke sosial isolasjon og passivitet. En systematisk forskningsoversikt vurderer effekten av forebyggende og helsefremmende tiltak på ensomhet og sosial isolasjon med bakgrunn i 30 randomiserte kontrollerte studier av høy kvalitet. Resultatene viser at isolasjon og ensomhet blant eldre kan avhjelpes gjennom gruppeaktiviteter, og at de eldre foretrekker gruppeaktiviteter fordi de sosialt ikke er stigmatiserende. Felles for alle de vellykkede gruppebaserte tilbudene er, at de eldre har medinnflytelse på planleggingen og utviklingen av aktivitetene (Cattan et al., 2005).

Sammenfattende om sosiale støttegrupper

- Sosial støtte forebygger utviklingen av depresjon og angst ved belastende livshendelser
- Sosial støtte kan mobiliseres gjennom profesjonelt ledete støttegrupper eller gjennom selvhjelpsgrupper
- Eksempler på støttegrupper er grupper ved samlivsbrudd, barseldepresjon og hos eldre med svakt sosialt nettverk

Miljørettede tiltak

Tiltak i lokalsamfunnet

Når det gjelder depresjonsforebyggende tiltak i lokalsamfunnet, dreier det seg dels om reduksjon i belastninger på de mest utsatte grupper, for eksempel ved økonomiske eller andre støttetiltak, (kfr. den sterke fokusering på sosial ulikhet i dagens helsepolitikk), og/eller ved å styrke de beskyttende faktorer i form av sosialt nettverk og sosial integrasjon. Når det gjelder slike tiltak, er det langt vanskeligere å måle effekten på den psykiske helse enn ved individrettede og grupperettede tiltak, der tilgang på kontrollgrupper er mindre problematisk. Det finnes imidlertid også i Norge noen godt evaluerte tiltak som tar sikte på å forebygge angst og depresjon gjennom styrking av sosialt nettverk og sosial integrasjon. Et eksempel på dette er prosjektet "Liv laga i Lofoten"(Sørensen, Bøe, Ingebrigtsen & 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 kjenner vi eksempler på at systematiske tiltak for å bedre den sosiale integrasjon i lokalsamfunnet har ført til en klar bedring av den psykiske helse i form av reduksjon av depresjon og angst. Ett eksempel på dette er et prosjekt i 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 trygge, 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 med hensyn til angst og depresjon. Øket sosial kontakt, og øket samhandling i forbindelse med gjennomføringen av prosjektet, så ut til å ha vært en viktig helsefremmende faktor.

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, i form av angst og depresjon, 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.

Som eksempel på at etablering av sosiale arenaer, med økt sosial samhandling i lokalsamfunnet, har en positiv effekt på den psykiske helse, kan nevnes et prosjekt som ble gjennomført i en ny drabantby i Oslo i 1985 (Dalgard et al, 1995).

Prosjektet var rettet mot middelaldrende kvinner med dårlig sosialt nettverk og psykiske plager, i form av angst og depresjon, som var identifisert gjennom en kartleggingsundersøkelse. Gjennom en randomisert, kontrollert undersøkelse, ble disse kvinnene inndelt i to grupper, med 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 porselemsgalleri) var den tredje en ren samtalegruppe. Ved oppfølging etter 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 angst og depresjon.

Eldresentre som arena for forebygging

Eldresentre har som mål å opprettholde aktivitet og førlighet både fysisk og psykisk, bevare og fremme selvhjelpenhet, samt å forebygge psykososiale problemer som ensomhet og isolasjon hos eldre. Eldresentrets kjerneaktiviteter er konsentrert rundt mat, mosjon, mental stimulering og sosial støtte som hører med til de viktigste tiltakene for å forebygge angst, depresjon og kognitiv svikt. De er organisert som små lokale enheter der deltakerne kan samles til aktivisering og kontakt, der en kan få kjøpt mat og der det finnes ulike servicetilbud. Eldresentrene har en liten stab av ansatte (vanligvis 3-4 personer) og drives for øvrig i stor utstrekning av frivillige. De fleste eldresentre er integrert i den kommunale eldreomsorgen med 100% refusjon, men driften er private organisasjoners ansvar. Nasjonalforeningen for folkehelsen driver for eksempel 32 eldresentre på landsbasis. Ved utgangen av år 2000 var det registret 37.000 brukere ved Oslos eldresentre. Det utgjør ca halvparten av kommunens eldrebefolkning.

Få kontrollerte studier er utført, og det mangler større undersøkelser som kan dokumentere i hvor stor utstrekning eldresentre motvirker sosial isolasjon og ensomhet, men det finnes enkelte undersøkelser som peker i den retning (Daatland et al., 2001, Pettersen & Laake 2003). Enkelte utenlandske forskningsprosjekter peker i retning av at eldresentre bidrar til å forebygge psykiske helseproblemer. Funn er sammenfattet til disse effektene:

- bedret fysisk aktivitet og redusert bruk av psykofarmaka (Leville & Wagner 1998);
- signifikant positiv effekt også på psykisk helse (Wallace et al., 1998);
- bedret egenvurdert helse, bedring av depresjonssymptomer, økt fysisk aktivitet (Phelan, Williams et al., 2002).

En rekke forhold taler for at behovet for eldresentre øker. Lengre forventet levealder og lavere pensjonsalder forlenger tiden som pensjonist. En økning i alenehold og økt mobilitet bidrar også lett til svakere sosiale nettverk. I de kommunale hjemmetjenestene har tidspress og effektiviseringskrav økt. Tilbudet om sosial kontakt og pratisk hjelp i huset er derfor redusert. De kommunale hjemmetjenestene kan derfor svekke sin forebyggende og psyko-sosiale rolle (Eika & Lurås, s.60, 2005). I Handlingsplan for eldreomsorgen (St.meld nr. 50. 1996-1997) betegnes eldresentra som "*krumtappen i det forebyggende arbeidet*". Denne funksjonen ansees som et viktig argument for å øke fremtidig kommunal satsing på eldresentra. Sentrale aldersforskere ved NOVA har studert utviklingen av eldresentre over lengre tid og betegner

eldresentre som "kanskje det fremste tiltaket for forebyggende arbeid overfor eldre" (Daatland et al., s.17, 2001). Et betydelig potensiale for å styrke tilbudet, spesielt til dem med nedsatt funksjonsevne og som i dag ikke bruker senteret finner også Pettersen & Laake (2000) i sine studier.

Eldresentrene har imidlertid karakter av å være et velferdstilbud og et privat ansvar mer enn et omsorgstilbud. Derfor er senterne ikke regnet som en del av det offentlige ansvar og er dermed ikke lovfestet tilbud på linje med hjemmehjelp, hjemmesykepleie og aldersinstitusjoner. Aktuell situasjon for Norges eldresentre, inkludert Oslos 42 er således trusler om sammenslåing, nedskjæringer og mulig nedleggelse i de kommunale budsjettforslagene. Kommunene synes å prioritere denne velferdstjenesten lavt trass i en stadig økende aldrende befolkning.

Det er nærliggende å argumentere i tråd med anbefalingene som er beskrevet ovenfor for mer systematisk å utnytte de mulighetene eldresentre gir. De har en velegnet struktur og har en mulighet for å nå mange. Kjernetilbudene er hensiktsmessige i forhold til forebygging av depresjon, angst og kognitiv svikt, de vanligste psykiske plager hos eldre. Gruppeaktiviteter som er det mest effektive forebyggende tiltaket eksisterer allerede som tilbud og kan utvikles og tilpasses høyrisikogrupper, forsøksvirksomhet er på gang i Nasjonalforeningens regi, med oppfølgende forskningsprosjekt fra Folkehelseinstituttet. Å satse på eldresentra som hovedarena for forebyggende arbeid vil ha mye for seg.

Sammenfattende om tiltak i lokalsamfunnet

- Tiltak i lokalsamfunnet som bidrar til økt sosial støtte og sosial integrasjon virker forebyggende på depresjon og angst
- Det er en forutsetning at befolkningen selv tar aktivt del i utviklingen av slike tiltak
- Sosiale arenaer i nærmiljøet som bidrar til økt kontakt og samhandling forebygger depresjon og angst ved å motvirke ensomhet og passivitet. Eldresentre er et godt eksempel på dette

Tiltak i arbeidsmiljøet

Det er dokumentert er klar sammenheng mellom det psykososiale arbeidsmiljø og den psykiske helse, der blant annet manglende muligheter for kontroll over egen arbeidssituasjon, manglende muligheter for å

bruke egne evner og interesser og manglende støtte fra overordnede og arbeidskamerater er viktige risikofaktorer (Karasek et al., 1981). I en fersk EU - rapport om forebyggende arbeid ved angst og depresjon (Berkels, 2004), der det fokuseres sterkt på arbeidsmiljøets betydning, konkluderes det med at det er få eksempler på tiltak i arbeidslivet der effekten på den psykiske helse er blitt evaluert med adekvate kontrollgrupper. Ikke desto mindre trekkes det frem en del hovedpunkter som eksempler på "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

Med utgangspunkt i konkrete prosjekter fra ulike europeiske land trekkes følgende frem som eksempler på "good practices"

- Reduksjon av angst og depresjon gjennom styrking av evnen til selv å kunne påvirke sin livssituasjon
- Fremming av god psykisk helse og livskvalitet gjennom utforming av arbeidsprosesser i samsvar med de ansattes evner og behov
- Utvikling av helsefremmende tiltak som tar hele livssituasjonen (arbeid og privatliv) i betraktning, og som i samarbeid med de ansatte bedrer balansen mellom arbeid og fritid, og motvirker konflikt mellom lønnsarbeid og hjemmearbeid, spesielt med tanke på kvinners situasjon
- Letting av overgangen fra arbeidsliv til pensjonisttilværelse, for eksempel gjennom sosiale støtte-tiltak og informasjon
- Etablering av rutiner på arbeidsplassen for å ta seg av mobbing
- Motvirkning av følelsen av usikkerhet om fremtidig arbeid gjennom åpenhet i omstillingsprosesser
- Fremming av god kommunikasjon og gjensidig respekt på arbeidsplassen
- Fremme god kommunikasjon og gjensidig respekt

Lov om Arbeidsmiljø, der de viktigste psykososiale risikofaktorer i arbeidsmiljøet er omtalt, burde være et godt utgangspunkt for dette arbeidet i Norge.

Litteratur

- Andersson, G., Bergström, J., Holländare, F et al. (2005). Internet-based self-help for depression: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*; 187: 456-461.
- Ayuso-Mateos, J.L., Vazquez-Barquero, J.L., Dowrick, C., Lethinen, V., Dalgard, O.S., Casey, P., Wilkinson, C., Lasa, L., Page, H., Dunn, G., Wilkinson, G. (2001) Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *British Journal of Psychiatry*; 179, 308-316.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Barrett, P.M., Dadds, M.R., Rapee, R.M., (1996) Family treatment of childhood anxiety: a controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 64: 333-342.
- Berkels, H., Henderson, J., Henke, N. et al 2004. *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 2004.
- Boscarino, J.A., Adams, R.E., Figley CR. (2006). A prospective cohort study of the effectiveness of employer-sponsored crisis intervention after a major disaster. *International Journal of Emergency Mental Health* 7: 9-22.
- Brevik, J.I. (1998). *Helsefremmende og forebyggende tiltak i en utsatt befolkningsgruppe grunnet utbyggingen av hovedflyplass på Gardermoen. Var det kommunale tiltaksteamet til nytte?* Internt notat til Ullensaker kommune.
- Brevik J.I., Dalgard O.S., Bruun, H. (1995). *Nettverksgrupper for eldre som har mistet sin ektefelle*. I: Dalgard, Døhlie og Ystgaard (red). Sosialt nettverk, helse og samfunn. Oslo: Universitetsforlaget.
- Brevik J.I., Dalgard O.S., Bruun, H. (2001) Network groups for elderly people who have lost their spouse. *International Journal of Mental Health Promotion* 3: 26-30.
- Bright JI, Baker KD, Niemyer RA. (1999). Professional and paraprofessional group treatments for depression: A comparison of Cognitive-behavioral and mutual support interventions. *J Consult Clin Psychol* 67: 491-501.
- Butcher, J.N., Minenka, S. & Hooley, J.M. (2004). *Abnormal psychology*. Boston, MA: Pearson Education.
- Cantor, C. (2000). Letter across the Pacific, 12th Letter in a Series. *Crisis* 21/3.
- Cattan, M., White, M., Bond, J., Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing & Society* 25: 41-67.
<http://www.sfi.dk/sw49151.asp?usepf=true>
- Christensen, H., Griffiths, K. M., Jorm, A. F. (2004 a). Delivering depression interventions using the Internet: positive results from a large randomised controlled trial. *British Medical Journal* 328:265-269
- Christensen H, Griffiths KM, Korten AE, Brittliffe K, & Groves C (2004 b). A comparison of changes in anxiety and depression symptoms of spontaneous users and trial participants of a cognitive behavior therapy website. *J Med Internet Res* 4:e46.
- Clark, G., Reid, E, Eubanks D. et al. (2002) Overcoming depression on internet (ODIN) (2): A randomized controlled trial of an Internet depression skills program. *Journal of Medical Internet Research* 4/ e14.
- Clark, G., Eubanks, D., Reid, E. et al. (2005) Overcoming depression on internet (ODIN) (2): A randomized trial of self-help depression skills program with reminders. *Journal of Medical Internet Research* 2/e16.
- Cooper, R., Goldberg, R., Daas, A. et al. (1996). The preterm prediction study: maternal stress is associated with spontaneous preterm birth at less than thirty-five weeks' gestation. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 175:1286-1292.
- Costello, E. J., Pine, D. S., Hammen, C., March, J. S., Plotsky, P. M., Weissman, M. A et al. (2002). Development and natural history of mood disorders. *Biological Psychiatry*, 52, 529-542.
- Cuijpers, P., Smit, F., van Straten, A. (2007). Psychological treatments of subthreshold depression: a meta-analytic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115: 434-441.

- Cummings, E. M. & Davies, P.T. (1994). Maternal Depression and Child-Development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 35, 73-112..
- Dalgard, O.S. (2004). Kurs i mestring av depresjon – en randomisert, kontrollert studie. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, nr.23; 24: 3043-6.
- Dalgard, O.S. (2006) A randomized controlled trial of a psychoeducational group program for unipolar depression in adults in Norway (NCT00319540), *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*; 2:15.
- Dalgard, O.S., 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.
- Dowrick, C., Dunn, G., Ayuso-Mateos, J.L. et al. (2000) Problem solving treatment and group psychoeducation for depression: multicentre randomised controlled trial. *British Medical Journal* 321: 1450-1454.
- Daatland, S.O., Guntvedt, O.H., Slagsvold (2001). *Eldresen- teret nå og framover*. Nova Rapport 17/00. Oslo.
- Egger, H.L., Angold, A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47:3/4 313-337.
- Eika, K., Lurås, H. (2005). *Strategier for bedre helse og funk- sjonsevne blant eldre*. Helseøkonomisk forskningsprogram, Institutt for helseledelse UiO, HERO.
- Field, T., Greenwald, P., Morrow, C., Healy, B., Foster, T., Guthertz, M. et al. (1992). Behavior State Matching During Interactions of Preadolescent Friends Versus Acquaintances. *Developmental Psychology*, 28, 242-250.
- Folkehelseinstituttet (2006). *Sosiale risikofaktorer, psykisk helse og forebyggende arbeid. Rapport 2006:2*. Divisjon for psykisk helse.
- Folkehelseinstituttet (2007). *Helse- og levekårsundersø- kelsen 2005: Data – analyse og tolkning av funn*. Intern rapport. Divisjon for psykisk helse.
- Halpern, D (1995). *Mental health and the built environment*. London: Taylor & Francis.
- Hammen, C., Brennan, P. A. (2003). Severity, chronicity, and timing of maternal depression and risk for adolescent offspring diagnoses in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 60, 253-258.
- Inskip, H.M., Harris, E.C., Barraclough, B. (1998). Lifetime risk of suicide for affective disorders, alcoholism and schizo- phrenia. *British Journal of Psychiatry* 172:35-7.
- Jané-Llopis, E., Hosman, C., Jenkins, R., Anderson, P. (2003) Predictors of efficacy in depression prevention programmes. *British Journal of Psychiatry* 183: 384-397.
- Junge, J., Neumer S., Manz, R., Margraf, J. (2001)GOI – *Gesundheit und Optimismus. Ein Programm zur primären Prävention von Angst und Depression bei Jugendlichen*. I: R.Manz (red.): Psychologische Programme für die Praxis. Prävention und Gesundheitsförderung, Band III (s.41-76). Tübingen: DGVT Verlag.
- Kaltenthaler E., Brazier J, De Nigris E., Tumor I, Ferriter M., Beverley C., et al., (2006). Computerized Cognitive behaviour therapy for depression and anxiety update: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess*; 10 (33).
- Karasek, R., Baker, D., Marxer, F., Ahlbom, A., Theorell, T. (1981) Job decision latitude, job demands, and cardio- vascular disease: a prospective study of Swedish men. *American Journal of Public Health* 71: 694-705.
- Kendall, P.C. *Coping Cat Workbook*. Ardmore, PA (1992): Workbook Publishing.
- Klytta, C., Wiltz, G. (2007). Self-determined but with profes- sional leadership? On the effectiveness and definition of self-help groups. *Gesundheitswesen*: 69:88-97
- Kovacs, M., Devlin, B. (1998). Internalizing disorders in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 39, 47-63.
- Kringlen, E., Torgersen, S., Cramer, V. (2006). Mental illness in a rural area, A Norwegian psychiatric epidemiological study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*; Sep, Vol.41 number 9.
- Kühner, C. (2003) Das Gruppenprogram "Depression Beväl- tigen" und seine varianten – eine aktualisierte Metaana- lyse. *Verhaltenstherapie* 13: 254-362.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Leenaars, A.A. (2004). *Psychotherapy with Suicidal People, A Person-centered Approach*. S.24-25, John Wiley & Sons Ltd. Chichester.
- Leighton, A. (1965). Poverty and social change. *Scientific American* 215:3-9.

- Leville, G.S., Wagner, E.H., et al (1998). Preventing Disability and Managing Chronic Illness in Frail Older Adults: A Randomized Trial of a Community-Based Partnership with Primary Care. *J American Geriatrics Society*, 46:1191-1198.
- Lintvedt, O. K., Sørensen, K., Østvik, A. R., Waterloo, K., & Wang, C. E. (in preparation). *Evaluating the effectiveness of an Internet based intervention preventing depression. A randomised controlled trial.*
- Lintvedt, O. K., Sørensen, K., Østvik, A. R., Verplanken, B., & Wang, C. E. (2008). The need for Web-based cognitive behaviour therapy among University students. *The Journal of Technology in Human Services*. In press.
- London School of Economics (2006 June). *The Depression Report, A New Deal for Depression and Anxiety Disorders*, The Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group.
- Mathiesen, K.S. et al.(2007) *Trivsel og oppvekst - barndom og ungdomstid*. Rapport 2007:5 Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- McCracken, C., Dalgard, O.S., Ayuso-Mateos, J.L., Casey, P., Wilkinson, G., Lehtinen, V., Dowrick, C. (2006) Health service use by adults with depression: community survey in five European countries. Evidence from the ODIN study. *British Journal of Psychiatry*. Aug. 189:161-7.
- Merikangas, K.R. (2005). Vulnerability factors for anxiety disorders in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14 (4): 649-79.
- Murphy, J.M. (1995). What happens to depressed Men? *Harvard Review of Psychiatry*, 3: 47-49.
- Murray, C.J.L., Lopez, A.D. (1996). Evidence-Based Health Policy-Lessons from the Global Burden of Disease Study. *Science*; Nov 1, Vol. 274, 740-743.
- Mykletun, A., Øverland, S. (2006). Mentale lidelser under- vurderes som årsak til uføretrygding. *Tidsskrift for den norske lægeforening* nr.11, 126:1491-2.
- Mynors-Wallis, L.M., Gath, D.H., Lloyd-Thomas AR., Tomlinson D. (1995). Randomised controlled trial comparing problem solving treatment with amitriptyline and placebo for major depression in primary care. *British Medical Journal* 310:441-445.
- Mynors-Wallis, L.M., Gath, D.H., Day A., Baker F. (2007). Randomised controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for major depression in primary care. *British Medical Journal* 320: 26-30.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2007 oktober), notat. Hasteoppdrag. *Hva er effekten av pc- og internettbaserte tiltak mot angst og depresjon?*
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2007) *Psykososiale tiltak ved kriser og ulykker*. Nr 14.
- Neumer, S., Aalberg, M. (2005). *Forebygging av emosjonelle lidelser hos barn og unge*. Barn i Norge. Oslo: Voksne for barn, 89-101.
- Nilsson, E., Bogren, M., Mattisson, C., Netteblatt, P. (2007). Point prevalence of neurosis in the Lundby Study 1947-1997. *Nordic Journal of Psychiatry*; 61:33-39.
- Nord, E., Dalgard, O.S. (2006). Helseøkonomisk vurdering av kurs i mestring av depresjon. *Tidsskrift for den norske lægeforening* nr.5, 126:586-8.
- Paykel, E.S., Scott, J., Teasdale, J.D., et al. (1999). Prevention of relapse in residual depression by cognitive therapy. *Archives of General Psychiatry*, 56: 829-835.
- Pearlin, L.I., Lieberman, M.A., Menaghan, E.G., Mullan, J.T. (1981). *The stress process*. *Journal of Health and Social Behavior*, 22:337-356.
- Pettersen, A.M., Laake, K. (2000). *Hvem bruker eldresenteret? Hva er viktig for å ta senteret i bruk?* Nasjonalforeningens forskergruppe i geriatri, Universitetsseksjonen, Geriatrisk avdeling, Ullevål sykehus, Oslo.
- Pettersen, A.M., Laake, K. (2003). *Hukommelsesvansker, angst og depresjon hos hjemmeboende eldre*. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, Nasjonalforeningens forskergruppe i geriatri, Oslo.
- Phelan, E.A., Williams, B. et al (2002). Outcomes of Community-Based Dissemination of the Health Enchantment Program. *Journal of American Geriatrics Society* 50:1519-1524.
- Puura, K., Almqvist, F., Tamminen, T. et al. (1998). Children with symptoms of depression – what do the adults see? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(4):577-585.
- Rosenvinge, B. H., Rosenvinge, J. H. (2003). Forekomst av depresjon hos eldre – systematisk oversikt over 55 prevalensstudier fra 1990 – 2001. *Tidsskrift for den norske lægeforening*; 123: 928-9.
- Rush, A.J., & Watkins, J.T. (1981). Group versus individual cognitive therapy: a pilot study. *Cognitive Therapy Research* 5: 95-103

- Sandanger, I., Nygård, J.F., Sørensen, T., Dalgard, O.S., (2006). Return of the depressed men: Changes in distribution of depression and symptom cases in Norway between 1990 and 2001. *Journal of Affective Disorders* 100:153-162.
- Scott, M.J., & Stradling, S.G. (1990). Group cognitive therapy for depression produces clinically significant reliable change in community-based settings. *Behavioural Psychotherapy* 18: 1-19.
- Simon, G.E., Barber, C., Birnham, H.G. et al. (2001). Depression and Work Productivity: The Comparative Costs of Treatment Versus Nontreatment. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. Vol. 43, 1, 2-9.
- Smit, F., Ederveen, A., Cuijpers, P., Deeg, Beekman A. (2006). Opportunities for Costeffective Prevention of Late-Life Depression, an Epidemiological Approach. *Arch Gen Psychiatry* Vol. 63 Mar. 290-296.
- Sobocki, P.A., Wittchen, H.U. (2005). Cost of affective disorders in Europe. *European Journal of Neurology*, 12 (Suppl.1): 34-38.
- St.melding nr. 50. 1996-1997. *Handlingsplan for eldreomsorgen*.
- Stordal, E., Mykletun, A., Dahl, A. A. (2003). The association between age and depression in the general population: a multivariate examination. *Acta. Psychiatr. Scand.* Vol.107, 2:132-141.
- 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.
- Thuen, F. (2003). Samlivsbrudd og psykisk helse: Forebyggende tiltak. *Tidsskrift for Den Norske Psykologforening* 23-33.
- Ustun, T.B., Ayuso-Mateos, J.L., Chatterji, S., Mathers, C., Murray, C.J.L. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *British Journal of Psychiatry* 184:386-392.
- Wallace, J.I., Buchner, D.M. (1998). Implementation and Effectiveness of a Community-Based Health Promotion Program for Older Adults. *Journal og Gerontology: Medical Sciences*, Vol. 53A, No 4. M301-M306.
- Wang, P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J et al. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *The Lancet*, Sept Vol. 370, 9590: 841-850.
- Weisæth L. (2000). *Traumatiserte lidelser. I* : Red. Weisæth og Dalgard. Depresjon, somatisk sykdom og sosialt nettverk. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Wickberg B., & Hwang, C.P. (1996). Counselling of postnatal depression: a controlled study on a population based Swedish sample. *Journal of Affective Disorder* 39: 209-216.
- Wierzbicki, M., & Bartlett, T.S. (1986). Individual and group treatment of unipolar depression: comparison of treatment outcomes and identification of predictors of successful treatment outcome. *Behavior Therapy* 11: 337-342.
- Wittchen, H.U., Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe-a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology* 15; 357-376.
- World Health Organization. (2001). The World Health Report 2001 – *Mental health: New Understanding, New Hope*.
- Øygard, L., Thuen, F., Solvang P. (2000). An evaluation of divorce support groups. A qualitative approach. *Journal of Divorce & Remarriage* 32: 149-164

