

Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv

Del 1: Voksne

Arnstein Mykletun
Ann Kristin Knudsen

Del 2: Barn og Unge

Kristin Schjelderup Mathiesen

Rapport 2009:8
Nasjonalt folkehelseinstitutt
Oktober 2009

Tittel:

Psyriske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv

Forfattere

Del 1: Voksne
Arnstein Mykletun
Ann Kristin Knudsen

Del 2: Barn og Unge
Kristin Schjelderup Mathiesen

Publisert av :

Nasjonalt folkehelseinstitutt
Postboks 4404 Nydalen
NO-0403
Norway

Tel: 21 07 70 00
E-mail: folkehelseinstituttet@fhi.no
www.fhi.no

Design:

Per Kristian Svendsen

Layout:

Marius Nordby, Target Reklamebyrå AS

Forsideillustrasjon:

www.colourbox.no

Foto:

Alle foto fra www.colourbox.no

Trykk:

Nordberg Trykk AS

Opplag:

700

Bestilling:

publikasjon@fhi.no
Fax: +47-21 07 81 05
Tel: +47-21 07 82 00

ISSN:1503-1403
ISBN: 978-82-8082-352-6 trykt utgave
ISBN: 978-82-8082-353-3 elektronisk utgave

Gratis nedlastbar på www.fhi.no

Forord

Det er med stor glede og stolthet jeg presenterer rapporten "Psykkiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv". Rapporten er en del av rapporteringen til Helse- og omsorgsdepartementet på prosjektet "Regelmessige diagnosebaserte befolkningsundersøkelser" (RDB). Rapporter som denne er et av de viktigste produktene av den forskning på psykisk helse, psykiske plager og psykiske lidelser som Nasjonalt Folkehelseinstitutt utfører.

Rapporten reflekterer den store satsningen som ble gjort under Opptrappingsplanen for psykisk helse for å bygge opp et forskningsmiljø i Folkehelseinstituttet som kan følge utviklingen av psykiske lidelser i landet og gi råd til helsemyndighetene. Miljøet har nå over 100 medarbeidere og alle de viktigste psykiske lidelsene er dekket. I tillegg til å følge utviklingen, identifiserer vi risikofaktorer, beskyttelsesfaktorer, årsaksfaktorer og samfunnsmessige konsekvenser av psykiske lidelser. Etter hvert tester vi også iverksetting, effekter, lønnsomhet og brukertilfredshet ved forebyggende tiltak.

I denne nye rapporten gjør vi opp status om utbredelsen av psykiske lidelser i Norge. Rapporten anlegger et befolkningsperspektiv og er ambisiøs i sitt tematiske omfang. I tillegg til utbredelse av ulike psykiske lidelser hos barn, unge og voksne, gjennomgår vi kjente sårbarhetsfaktorer, risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer, dokumenterer viktige konsekvenser av psykiske lidelser for det norske samfunn og drøfter behandling i et folkehelseperspektiv. Rapporten vil bli oppdatert etter behov. Snart vil vi også følge opp med en egen rapport der vi basert på resultater fra denne rapporten presenterer tiltak som kan bidra til å fremme psykisk helse og forebygge psykiske plager, psykiske lidelser og deres konsekvenser for befolkningen.

Rapporten er ment som et autoritativt referansedokument til bruk for politikere, forvaltning, media og befolkningen generelt, der man enkelt kan finne sentrale fakta om utbredelsen av psykiske lidelser. Rapporten har adskilte deler om voksne og om barn og unge. For å gjøre rapporten mest mulig tilgjengelig, har vi forsøkt å unngå vanskelig fagspråk, levere en kortest mulig tekst, samt gi referanser til våre kilder. Mange fagpersoner vil nok finne referanselisten nyttig. For lesere som ønsker mer utdyping, anbefaler jeg de mer spesifikke rapportene om psykisk helse som har kommet ut i Folkehelseinstituttets rapportserie og www.fhi.no der vi fortløpende legger ut siste nytt fra instituttets forskning innen psykisk helse.

Rapporten er blitt til i perioden februar til august 2009. Arbeidsmetoden har i hovedsak vært systematisk gjennomgang av forskningslitteraturen. Norsk forskning har blitt prioritert der dette er tilgjengelig. Der norske data ikke finnes eller ikke er sikre nok, har vi ut fra beste skjønnt supplert med internasjonale data.

I tråd med vår politikk for å kvalitetssikre våre produkter har utkast til rapporten vært vurdert av en rekke eksterne fagfeller. Jeg takker professor Lars Wichstrøm (Psykologisk institutt, NTNU), forsker Harald Janson (Atferdssenteret), forsker Ane Nærde (Atferdssenteret), forsker I Sonja Heyerdahl (R-BUP Øst og Sør) og post doc. Simon Nygaard Øverland (HEMIL senteret, Universitetet i Bergen) for grundige eksterne fagfellevurderinger av delen om barn og unge. Jeg takker professor Torbjørn Moum, (Avdeling for atferdsfag, Universitetet i Oslo), professor Egil W. Martinsen (Aker Universitetssykehus), post doc. Simon Nygaard Øverland (HEMIL senteret, Universitetet i Bergen) og FoU-leder Ottar Bjerkeset (Helse Nord-Trøndelag) for grundige fagfellebedømminger av voksendelen.

Det er sjelden det lykkes å gi en enkel fremstilling av et så tematisk bredt og faglig komplisert felt med så mange velbegrunnede og motstridende oppfatninger. Denne gangen tror jeg vi har klart det, takket være kollektiv innsats, sterkt engasjement og gjensidig respekt.

God lesning.

Vennlig hilsen

Arne Holte

Divisjonsdirektør

Professor, dr. philos.

Divisjon for psykisk helse

Bidragstere

Prosjektleder:

Johannes Wiik

Forfattere:

Arnstein Mykletun (hovedansvar)

Ann Kristin Knudsen (voksne)

Kristin Schjelderup Mathiesen (barn og unge)

Bidragstere fra Folkehelseinstituttet:

Bror Just Andersen

Cecilie Knoph Berg

Odd Steffen Dalgard

Gudrun Dieserud

Kari Dyregrov

Malin Eberhard-Gran

Finn Gjertsen

Heidi Hjelmeland

Evalill Karevold

Anne Kjeldsen

Erik Nord

Brit Oppedal

Ted Reichborn-Kjennerud

Espen Røysamb

Synnve Schjølberg

Karoline Seglem

Kari Slinning

Elisabeth Svensson

Gry Anette Sælid

Leila Torgersen

Tilman von Soest

Henrik Zachrisson

Ragnhild Ørstavik

Leif Edvard Aarø

Heidi Aase

Eksterne bidragstere:

Kyrre Brevik, HEMIL senteret, Universitetet i Bergen

Kjersti Karlsen, Regionalt kompetansesenter for tidlig intervensjon ved psykoser

Thomas Nordhagen, Institutt for Psykologisk Rådgivning AS, Bergen

Dan Olweus, HEMIL senteret, Universitetet i Bergen

Jens Christoffer Skogen, HEMIL senteret, Universitetet i Bergen

Eksterne fagfellevurderinger (se også forord):

Ottar Bjerkeset, Helse Nord-Trøndelag

Sonja Heyerdahl, R-BUP Øst og Sør

Harald Janson, Atferdssenteret

Egil W. Martinsen, Aker Universitetssykehus

Torbjørn Moum, Avdeling for atferdsfag, Universitetet i Oslo

Ane Nærde, Atferdssenteret

Lars Wichstrøm, Psykologisk institutt, NTNU

Simon Nygaard Øverland, HEMIL senteret, Universitetet i Bergen

Innhold

Forord	3
Bidragstyttere	5
Sammendrag	10
Del 1: Psykiske lidelser blant voksne i Norge	13
1. Forekomst av psykiske lidelser blant voksne	15
1.1 Hva er psykiske lidelser, og hvordan kan forekomsten av disse kartlegges?	15
1.2 Type lidelse og forekomst	17
1.2.1 Forekomst av angstlidelser, depressive lidelser og rusrelaterte lidelser	17
1.2.2 Forekomst av personlighetsforstyrrelser	19
1.2.3 Forekomst av spiseforstyrrelser	19
1.2.4 Forekomst av schizofreni, andre psykotiske lidelser og bipolar affektiv lidelse	19
1.2.5 Forekomst av demens	20
1.3 Studier av forekomst av psykiske lidelser basert på spørreskjemametode: "Psykiske plager"	20
1.4 Komorbiditet – samtidig forekomst av lidelser/sykdommer	21
1.5 Debutalder og varighet	21
1.6 Kjønnforskjeller	21
1.7 Øker forekomsten av psykiske lidelser i befolkningen?	22
Oppsummering	22
2. Risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer	24
2.1 Arvelige risikofaktorer	24
2.2 Miljømessige risikofaktorer	25
2.2.1 Sosioøkonomisk ulikhet i psykisk helse	25
2.2.2 Arbeidsledighet og økonomiske konjunkturer	26
2.2.3 Tilgjengelighet av alkohol som risikofaktor for alkoholrelaterte problemer og lidelser	26
2.2.4 Fysisk aktivitet	27
2.2.5 Samlivsproblemer	27
2.2.6 Ensomhet, sosial isolasjon og fravær av sosial støtte	27
2.2.7 Røyking	27
2.2.8 Opplevelse av misforhold mellom krav og kontroll i arbeidet	27
2.3 Beskyttelsesfaktorer mot utvikling av psykiske lidelser	28
Oppsummering	28

3. Konsekvenser av psykiske lidelser	29
3.1 Sykefravær og arbeidsuførhet	29
3.2 Dødelighet	31
Oppsummering	32
4. Behandling av psykiske lidelser i et folkehelseperspektiv	33
4.1 Effektiv behandling for psykiske lidelser finnes, utfordringen er å gjøre den tilgjengelig i befolkningen	33
4.2 Første flaskehals: Hjelpsøking	33
4.3 Andre flaskehals: Redusere underbehandling av syke og overbehandling av friske	34
4.4 Tredje flaskehals: Allmennlegens verktøykasse	35
4.5 Fjerde flaskehals: Frafall fra behandling	36
4.6 Femte flaskehals: Kvaliteten på anvendt behandling	36
Oppsummering	37
5. Selvmord og selvmordsforsøk	38
5.1 Forekomst av selvmord	38
5.2 Forekomst av selvmordsforsøk	38
5.3 Risikofaktorer for selvmord	39
5.4 Psykiske belastninger og økt selvmordsrisiko hos etterlatte ved selvmord	40
Oppsummering	40

Del 2: Psykiske lidelser blant barn og unge i Norge **41**

6. Forekomst av psykiske lidelser blant barn og unge	43
6.1 Typer av lidelser	43
6.2 Stabilitet og endring i psykiske lidelser blant barn og unge	43
6.3 Tidligere debut og mer komplekse lidelser i utsatte grupper	44
6.4 Særlige utfordringer ved måling av symptomer hos barn	44
6.5 Kjønnforskjeller	45
6.6 Debutalder og forekomst	45
6.6.1 Førskolealder (0-5)	45
6.6.2 Grunnskolealder (6-12)	45
6.6.3 Ungdomsalder (13-18)	46
6.7 Type lidelse og forekomst	46
6.7.1 Angst og depresjon	46
6.7.2 Atferdsforstyrrelser – utagerende atferd og normbrudd	48
6.7.3 Spiseforstyrrelser	49

6.7.4 Nevropsykologiske utviklingsforstyrrelser – ADHD, lærevansker og autisme	49
6.7.5 Psykoser	50
Oppsummering	50
7. Risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer	51
7.1 De fleste som utvikler symptomer vokser opp i vanlige familier	51
7.2 Andelen med forhøyet risiko er størst i familier med mange belastninger	52
7.2.1 Barn av foreldre med psykiske lidelser	52
7.2.2 Barn med rusmisbruk i familien	52
7.2.3 Barn som opplever vold og seksuelle overgrep i familien	53
7.2.4 Barn og unge med innvandrerbakgrunn	53
7.2.5 Barn som er sosialt isolert eller blir mobbet	54
7.2.6 Barn med særlig biologisk risiko	54
7.3 Beskyttende faktorer	54
7.4 Prognose for senere symptomutvikling	55
Oppsummering	56
Appendix	58
Referanser del 1: Voksne	60
Referanser del 2: Barn og Unge	75

Del 1: Psykiske lidelser blant voksne i Norge

Forekomst

Psykiske lidelser er plager og symptomer som påvirker tanker, følelser, atferd, væremåte og omgang med andre. Omtrent halvparten av den norske befolkningen vil rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet, og cirka en tredjedel i løpet av et år. Forekomsten av psykiske lidelser i Norge er omtrent på nivå med det vi finner i andre vestlige land. Angstlidelser, depressive lidelser og alkoholavhengighet/misbruk er de tre vanligste gruppene psykiske lidelser i den norske befolkningen. Forekomsten av angstlidelser, depressive lidelser og spiseforstyrrelser er høyere hos kvinner, mens rusrelaterte lidelser er vanligere hos menn. For de fleste andre psykiske lidelser er det kun små kjønnsforskjeller. Psykiske lidelser debutterer som regel tidlig i livet, og er ofte kroniske med gjentatte episoder gjennom livsløpet dersom de ikke behandles. Alt i alt tyder resultater fra de fleste store studier på at det ikke har vært noen vesentlig endring i forekomst av psykiske lidelser i befolkningen de siste tiårene. Samfunnets måte å forholde seg til disse lidelsene på har imidlertid endret seg; stadig flere med psykiske plager og lidelser blir behandlet, og en større andel uførepensjoner innvilges med bakgrunn i en psykisk lidelse.

Risikofaktorer og forebygging

Det er store individuelle forskjeller i hva som fungerer som risikofaktorer for utvikling av psykiske lidelser. Det eksisterer ingen spesifikke årsaksfaktorer som alltid resulterer i utvikling av psykiske lidelser. Derimot finnes det en mengde risikofaktorer som kan føre til utvikling av psykiske lidelser. Hver enkelt av disse har som regel forholdsvis beskjeden betydning, men kan forsterkes dersom de opptrer i fravær av beskyttende faktorer, virker sammen med andre risikofaktorer, dersom de oppstår under spesifikke perioder i livsløpet, dersom de er kroniske belastninger eller dersom de oppleves som svært belastende. Sårbarhet for, eller motstandsdyktighet, mot utvikling av psykiske lidelser er delvis genetisk betinget. Miljøfaktorer er imidlertid avgjørende for hvorvidt psykiske lidelser utvikles, ved at de virker som utløsende faktorer på den eksisterende sårbarheten. Identifisering av risiko- og beskyttelsesfaktorer i miljøet og tiltak rettet mot disse vil derfor være avgjørende for forebygging av sykdomsutvikling, også for lidelser som delvis er genetisk betinget. Flere risikofaktorer for psykiske lidelser er også tilgjengelige for forebygging. Psykiske lidelser i seg selv kan ikke alltid forebygges, men mange av konsekvensene av psykiske lidelser kan forebygges i større grad enn det som gjøres i dag.

Konsekvenser

Psykiske lidelser har alvorlige konsekvenser i form av økt arbeidsuførhet og økt dødelighet. Psykiske lidelser påvirker arbeidsevnen negativt, og medfører økt sykefravær. Uførepensjon for psykiske lidelser innvilges ved yngre alder enn for somatiske sykdommer, og psykiske lidelser medfører derfor flere tapte arbeidsår enn alle andre sykdommer. Angstlidelser og depressive lidelser er de to største årsakene til arbeidsuførhet blant de psykiske lidelsene fordi disse er de vanligste psykiske lidelsene i

befolkningen. Satsningen på et inkluderende arbeidsliv (IA avtalen) har blant annet som mål at mennesker med psykiske lidelser i større grad skal inkluderes i arbeidslivet. Dersom dette lykkes, må vi forvente høyere sykefravær, men også en redusert andel uførepensjoner på grunn av psykiske lidelser. Sammenlignet med uførepensjon er arbeidslivsdeltakelse, eventuelt med forhøyet sykefravær, en bedre løsning både for den som er rammet av psykiske lidelser og for samfunnet.

En stor norsk studie viser at depresjon øker dødelighet omtrent like mye som røyking. Depresjon øker dødelighet for de store sykdomsgruppene (kreft, hjerte-kar lidelser og infeksjonssykdommer). Psykiske lidelser øker også risiko for selvmord, men dette er en forholdsvis sjelden følge. Totalforbruket av alkohol i en befolkning henger sammen med forekomsten av alkoholmisbruk, og dette øker også risikoen for død som følge av ulykker og selvmord.

Behandling i et folkehelseperspektiv

God behandling for psykiske lidelser finnes – utfordringen er å få den fordelt i befolkningen. Fem flaskehalser eksisterer på veien mellom å gi mennesker med psykiske lidelser behandling som virker: å få mennesker med psykiske lidelser til å søke profesjonell hjelp; å øke kvaliteten i identifisering av behandlingstrengende individer i allmennpraksis ved å unngå overbehandling av friske og underbehandling av syke; å styrke tilgangen til behandlingsalternativer utover psykofarmaka; å redusere avbrudd ved iverksatt behandling; og å øke faglig kompetanse blant klinikere ved kontinuerlig faglig oppdatering av klinikere og tydeligere faglig ledelse.

Del 2: Psykiske lidelser blant barn og unge i Norge

Forekomst

Omkring 8 % av barn og unge i Norge har en diagnostiserbar *psykisk lidelse*. På et hvert tidspunkt har rundt 15 - 20 % av barn og unge *psykiske vansker*, med så mye symptomer at dette går ut over trivsel, læring, daglige gjøremål og samvær med andre. Symptombelastningen ved psykiske vansker er likevel ikke så stor som ved psykiske lidelser, hvor det kan stilles en diagnose som alvorlig depresjon, angstlidelse eller atferdsforstyrrelse. Hos mange er symptomene midlertidige, og hver tredje 16-åring vil oppfylle kriteriene for en psykiatrisk diagnose en eller annen gang i løpet av barneårene. Symptombildet, stabilitet, debutalder og forekomst, varierer med familiære og sosioøkonomiske forhold, kjønn og alder. Beregninger av forekomsttall varierer også med informant-gruppe og målemetode.

Rapporten omhandler fem overordnede grupper av psykiske lidelser hos barn og unge: emosjonelle lidelser, atferdsforstyrrelser, nevropsykologiske utviklingsforstyrrelser, spiseforstyrrelser og psykoser.

Sammendrag

Hyppigst i tidlig førskolealder (0 - 4 år) er *reguleringslidelser* (søvn, spising og renslighet) (10 - 15 %), *atferdsforstyrrelser* (6 - 10 %) og *angstlidelser* (6 - 10 %). Fra tre-fireårsalderen identifiseres *autismespekterforstyrrelser* (knappe 1 %), mens utviklingsforstyrrelser som *ADHD* (2 - 5 %) vanligvis diagnostiseres fra fem-seksårsalderen. I siste del av barndommen diagnostiseres de første barna med *alvorlige depresjoner* (3 - 8 %), *alvorlige spiseforstyrrelser* (rundt 1 %) og *psykoser* (knappe 1 %).

Ved slutten av tenårene er de mest utbredte lidelsene: angstlidelser, depresjon, atferdsforstyrrelser og lærevansker, ADHD, spiseforstyrrelser, villet egenskade, rusmisbruk, og i sjeldnere tilfeller også autismespekterforstyrrelser, psykoser og manier.

Risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer

Mange forskjellige risikofaktorer kan bidra til utviklingen av en spesiell type lidelse, mens den samme risikofaktoren kan føre til utvikling av mange forskjellige lidelser. De fleste som utvikler symptomer vokser opp i vanlige familier hvor sannsynligheten for at barn og unge utvikler symptomer stiger hvis foreldrene har perioder med mange symptomer på psykiske lidelser, et konfliktfylt parforhold, mange belastninger og lite sosial støtte.

Høyest risiko for å utvikle psykiske vansker og lidelser finner vi imidlertid i familier hvor belastningene er store, rammer mange livsområder eller varer over lang tid. Særlig der foreldrene selv har psykiske lidelser som varer over tid; der foreldrene er rusmisbrukere; der barn utsettes for, eller opplever, vold eller seksuelle overgrep; der barna er kommet til landet medbringende traumatiske erfaringer forbundet med krig, tortur, vold og tap av familie og venner; der barna er marginaliserte, sosialt isolerte, dårlig integrert i nabolag og/eller blir mobbet på skolen; og/eller der barna blir født med særlig biologisk risiko, både av ukjent årsak og knyttet til eksponering for alkohol, illegale rusmidler, medikamenter, tobakk, under- og feilernæring og miljøgifter.

Del 1: Psykiske lidelser blant voksne i Norge

Arnstein Mykletun og Ann Kristin Knudsen



Dette kapittelet er tredelt: Først definerer vi hva psykiske lidelser er og hvordan forekomsten av slike lidelser måles på befolkningsnivå. Deretter vil vi presentere tall på forekomst av psykiske lidelser i Norge og internasjonalt, før vi drøfter om forekomsten av psykiske lidelser har økt i befolkningen. Forekomst av psykiske lidelser i befolkningen er beskrevet som: I) hvor stor andel av befolkningen som rammes av en psykisk lidelse i løpet av ett kalenderår (12 måneders forekomst), og II) hvor stor andel av befolkningen som rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet (livstids-forekomst). Én av de omtalte undersøkelsene inneholder også informasjon om hvor mange som lider av en psykisk lidelse på et gitt tidspunkt (punktforekomst).

1.1 Hva er psykiske lidelser, og hvordan kan forekomsten kartlegges?

Begrepet psykiske lidelser omfatter alt fra mildere plager som fobier og lettere angst og depresjonsslidelser, til omfattende og alvorlige tilstander som schizofreni. Felles for alle psykiske lidelser er at de påvirker tanker, følelser, atferd, væremåte og omgang med andre. En oversikt over kjennetegn på ulike psykiske lidelser, samt kategorisering i henhold til ICD-10 og DSM-IV kriterier (se forklaring nedenfor) er gjengitt i tabell 1 i appendix.

Som for mange somatiske tilstander, for eksempel forhøyet blodtrykk, overvekt, og forhøyet kolesterol, kan psykiske lidelser forstås dimensjonalt; de består av sammensetninger av symptomer som man kan ha fra lite til mye av. Alle mennesker opplever i blant symptomer eller plager som inngår i psykiske lidelser. Selv mange av de symptomene som kjennetegner de mest alvorlige psykiske lidelsene, som schizofreni, forekommer i blant hos mennesker uten slike lidelser [1-2]. De nåværende diagnosesystemene for psykiske lidelser benytter kategoriske skiller (frisk/syk) der en psykisk lidelse er noe man har eller ikke har. Disse skillene er satt på bakgrunn av omfattende diskusjoner i fagmiljøene, og endres etterhvert som man får mer kunnskap om lidelsene, og bedre diagnostiske verktøy utvikles. De diagnostiske kategoriene er til stor hjelp når klinikere og forskere skal identifisere, diskutere, studere og gi

behandling til mennesker med psykiske lidelser. I denne rapporten er tallmaterialet på forekomsten av psykiske lidelser basert på diagnostiske kriterier fra to ulike diagnosemanualer som i hovedsak overlapper. Den Internasjonale Sykdomsklassifikasjon (ICD), utviklet av Verdens Helseorganisasjon, i niende (ICD-9) [3] og tiende utgave (ICD-10) [4], samt tredje og fjerde utgave av *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III [5] og DSM-IV [6]), utarbeidet av den amerikanske psykiatriforeningen. Diagnostisering etter disse manualene krever grundig kartlegging, og forekomststudier av psykiske lidelser basert på ICD og DSM innebærer omfattende og kostbare kliniske intervjuer [7]. Det eksisterer derfor få slike studier i Norge og internasjonalt. Forekomst-tallene som oppgis i denne rapporten bygger på norske studier der disse finnes, og suppleres med tall fra internasjonale studier.

I tabell 2 har vi oppsummert de tre største norske samt de fem viktigste internasjonale studiene av forekomst av psykiske lidelser i befolkningen. I alle undersøkelsene er det størst fokus på de vanligste psykiske lidelsene: angstlidelser, depressive lidelser og rusrelaterte lidelser. Strukturerede kliniske intervjuer utviklet av Verdens Helseorganisasjon (Composite International Diagnostic Interview, CIDI) [8] er anvendt i alle studiene på representative utvalg av befolkningen. Av norske forekomststudier har vi Folkehelseinstituttets Tvillingstudie (1999 til 2004), samt befolkningsundersøkelser fra Oslo (1994 til 1997) [9] og Sogn og Fjordane (1997 til 1999) [10]. En annen nordisk studie er the Health 2000 Study, gjennomført i Finland i 2000 til 2001 [11]. Internasjonalt finnes the National Comorbidity Survey (NCS), den første store studien på feltet, gjennomført i USA fra 1990 til 1992 [12], og gjentatt i årene 2001 til 2003 (the National Comorbidity Survey Replication, NCS-R) [13-14]. En tilsvarende studie ble gjennomført i Nederland i 1996 (the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study, NEMESIS [15]), og ble gjentatt samt utvidet til seks europeiske land i tidsrommet 2001 til 2003 (the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders project, ESEMeD [16]). Foruten disse vil vi også omtale spesifikke studier av forekomsten av bipolar affektiv lidelse, psykotiske lidelser, demens, spiseforstyrrelser og personlighetsforstyrrelser, samt studier som har sett på stabilitet i forekomst av depresjon over tid.

Tabell 2. Norske og internasjonale epidemiologiske studier

Studie	Land	År	Deltakere	CIDI* versjon	Diagnosemanual
Folkehelseinstituttets Tvillingstudie	Norge (landsrepresentativt)	1999-2004	2 801 Alder: 19-36	CIDI	DSM-IV
Oslo Undersøkelsen	Norge (Oslo)	1994 -1997	2 066 Alder: 18-65	CIDI	DSM-III-R
Sogn og Fjordane Undersøkelsen	Norge (Sogn og Fjordane)	1997 - 1999	1 080 Alder: 18-68	CIDI	DSM-III-R
The National Comorbidity Survey (NCS)	USA	1990 - 1992	8 098 Alder: 15-54	CIDI	DSM-III-R
The National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)	USA	2001 - 2003	9 282 Alder: 18+	CIDI	DSM-IV
The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)	Nederland	1996	7 076 Alder: 18-64	CIDI	DSM-III-R
The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD)	Belgia, Frankrike, Tyskland, Italia, Nederland og Spania	2001 - 2003	21 425 Alder: 18+	WMH-CIDI	DSM-IV
The Health 2000 Study	Finland	2000 -2001	6 005 Alder: 30+	CIDI	DSM-IV

* Composite International Diagnostic Interview (WHO)

Resultatene fra de nevnte studiene varierer noe. I ESEMeD undersøkelsene ble det blant annet gjenomgående funnet noe lavere forekomsttall. Dette kan forklares med bruk av reviderte utgaver av DSM og CIDI, som har strengere definisjoner av psykiske lidelser, samt noe manglende validering av CIDI på tvers av ulike språk. The Health 2000 Study fant også lavere forekomsttall, men antydnet at dette delvis kan skyldes at deres deltakere var eldre (30 år og over) enn i de andre befolkningsundersøkelsene [11]. Likevel ser forekomsten av psykiske lidelser i ulike vestlige land ut til å være relativt lik [17-20], slik at vi med visse forbehold kan anvende resultater fra undersøkelser gjort i andre vestlige land som indikasjon på tilstanden i den norske befolkningen. Et av disse forbeholdene er at det generelt blir funnet høyere forekomst av psykiske

lidelser i byene enn på landsbygda. Forekomsten av psykiske lidelser i Sogn og Fjordane var omtrent halvparten av den i Oslo [9-10]. Slike forskjeller er også funnet i internasjonale undersøkelser [21]. Resultater fra verdensomfattende undersøkelser har antydnet at forekomsten av psykiske lidelser varierer mellom ulike land og verdensdeler, med for eksempel svært lave forekomsttall i Kina og Nigeria [22]. Kulturelle forskjeller i uttrykk for plager og symptomer mellom vestlige og ikke-vestlige land, samt mulige feilkilder knyttet til oversetting og bruk av CIDI, gjør at resultatene fra ikke-vestlige områder bør fortolkes med forsiktighet og ikke uten videre kan si noe om vestlige samfunn.

Spørreskjemadata kan ikke brukes til å stille diagnoser,

men gir god informasjon om utbredelse av de symptomene som inngår i ulike psykiske lidelser, i første rekke angstlidelser og depressive lidelser. Slik innsamlet informasjon kan brukes til å studere forstadier til psykiske lidelser, utviklingsveier, gruppeforskjeller, risikofaktorer for utvikling av psykiske lidelser, symptombelastning og konsekvenser av dette. Omfanget av psykiske plager, definert som symptomer som først og fremst er vanlige ved angst og depresjon, men ikke intense og omfattende nok til å kunne tilfredsstille diagnostiske kriterier [23], kan også studeres ved hjelp av spørreskjemaer. Videre kan kartlegging av symptomnivå over et visst kuttpunkt anvendes for å identifisere risikogrupper for utvikling av psykiske lidelser. I tillegg til Statistisk Sentralbyrås (SSBs) Levekårsundersøkelser, er det i Norge gjennomført store helseundersøkelser av befolkningen i Nord-Trøndelag (HUNT), Hordaland (HUSK) og Oslo (HUBRO). Disse er internasjonalt anerkjente undersøkelser som anvender spørreskjemaer for å få denne type informasjon om psykiske lidelser. I denne rapporten vil vi imidlertid kun omtale resultater fra Levekårsundersøkelsene og HUNT, da de andre helseundersøkelsene enda ikke har publisert resultater omkring forekomst av psykiske plager basert på den generelle populasjonen de studerer.

1.2 Type lidelse og forekomst

Psykiske lidelser er svært vanlig i befolkningen. Omtrent en tredjedel av befolkningen vil tilfredsstille diagnostiske kriterier for minst én slik lidelse i løpet av et år, mens cirka halvparten vil rammes av minst én psykisk lidelse i løpet av livet (tabell 3). Vi vil i det følgende omtale de vanligste psykiske lidelsene i den voksne befolkningen. Forekomst av atferdsforstyrrelser og nevrologiske utviklingsforstyrrelser (som ADHD, lærevansker og autisme) vil bli behandlet i rapportens del om psykiske lidelser blant barn og unge.

1.2.1 Forekomst av angstlidelser, depressive lidelser og rusrelaterte lidelser

Angstlidelser er en samlebetegnelse for tilstander hvor hovedsymptomet er angst, enten forbundet med bestemte objekter eller situasjoner (fobiske angstlidelser) eller i en mer ubestemt form preget av vedvarende bekymringer, motoriske spenninger og påvirkning av kroppslige funksjoner (generalisert angst) [4, 6]. Panikkangst karakteriseres av plutselige angstanfall. Et sentralt trekk ved de fleste angstlidelser er utvikling av unnvikelsesatferd, hvor personen unngår steder eller situasjoner som de tror vil fremkalle angsten.

Unnvikelsesatferden er en sentral årsak til at angsten opprettholdes, og blir ofte det største problemet i forhold til personens daglige fungering.

Kjernesymptomene ved depressive lidelser er senket stemningsleie, nedtrykthet, tap av opplevelse av mening i tilværelsen, manglende interesse for andre mennesker og vanlige gjøremål, og mangel på energi. I tillegg kommer ofte svekket selvfølelse, selvbekreftelser og skyldfølelse. Depressive lidelser varierer i intensitet og varighet [4, 6].

Rusrelaterte lidelser er tilstander som opptrer i sammenheng med bruk av kjemiske forbindelser som påvirker psykologiske funksjoner. Lidelsen defineres og diagnostiseres ut fra hvilket rusmiddel som fremkaller den, for eksempel alkohol, ulike medikamenter, cannabis og opiater, og av følger tilstanden, slik som misbruk, avhengighet, abstinens, akutt intoksikasjon, delir eller psykose [4, 6]. Alkohol er det mest brukte rusmiddelet i Norge og det som fremkaller flest rusrelaterte lidelser.

Angstlidelser, depressive lidelser og rusrelaterte lidelser, spesielt omfattende alkoholmisbruk og alkoholavhengighet, er de tre vanligste typene psykiske lidelser i befolkningen. I Tvillingstudien ble angstlidelser funnet å være den vanligste gruppen psykiske lidelser blant unge voksne, med spesifikke fobier som den hyppigste enkeltdiagnosen. I de to andre norske studiene ble det funnet at alkoholmisbruk og alkoholavhengighet var de vanligste enkeltdiagnosene, etterfulgt av alvorlig depresjon, spesifikke fobi og sosial fobi. Rundt en fjerdedel av den norske befolkningen vil rammes av en angstlidelse i løpet av livet, og cirka 15 % i løpet av et år. Omtrent de samme tallene finner vi for alkoholmisbruk og alkoholavhengighet, mens depresjon vil ramme én av fem i løpet av livet og én av ti i løpet av 12 måneder (tabell 3).

Norske forekomsttall for disse tre gruppene psykiske lidelser stemmer generelt godt overens med tilsvarende tall fra internasjonale studier, men mønsteret er noe forskjellig fra undersøkelse til undersøkelse. Én studie som sammenliknet flere europeiske land (ODIN-undersøkelsen) fant blant annet lavere forekomst av depressive lidelser i Norge enn enkelte andre land [24]. I amerikanske og europeiske undersøkelser er angstlidelser funnet å være den gruppen psykiske lidelser med høyest forekomst, både i løpet av livet og de siste 12 månedene, etterfulgt av depressive lidelser og rusrelaterte lidelser.

Tabell 3. Forekomststall norske og internasjonale studier

Lidelse	Livstidsprevalens (%)							12 måneders prevalens (%)						
	Tvilling	Oslo	S og Fj	NCS	NCS-R	NEMESIS	ESEMeD	Oslo	S og Fj	NCS	NCS-R	NEMESIS	ESEMeD	Health
Angstlidelser	26,7			24,9	28,8	19,3	13,6			17,2	18,1	12,4	6,0	4,2
Spesifikk fobi	18,6	14,4	6,5	11,3	12,5	10,1	7,7	11,1	5,0	8,8	8,7	7,1	3,5	
Sosial fobi	4,0	13,7	7,3	13,3	12,1	7,8	2,4	7,9	5,0	7,9	6,8	4,8	1,2	1,0
Agorafobi	4,8*	6,1	3,6	5,3	1,4	3,4	0,9	3,1	1,6	2,8	0,8	1,6	0,4	1,2
Panikklidelse	2,8	4,5	2,6	3,5	4,7	3,8	2,1	2,6	1,2	2,3	2,7	2,2	0,8	1,9
Generalisert angstlidelse	2,0	4,5	3,4	5,1	5,7	2,3	2,8	1,9	1,1	3,1	3,1	1,2	1,0	1,3
Tvangslidelse	0,7	1,6	0,6		1,6	0,9		0,7	0,3		1,0	0,5		
Depressive lidelser og bipolar lidelse				19,3	20,8	19,0	14,0			11,3	9,5	7,6	4,2	6,5
Alvorlig depresjon	14,0	17,8	8,3	17,1	16,6	15,4	12,8	7,3	3,7	10,3	6,7	5,8	3,9	4,9
Dystymi	1,7	10,0	6,3	6,4	2,5	6,3	4,1	3,8	1,6	2,5	1,5	2,3	1,0	2,5
Bipolar lidelse		1,6	0,2		3,9	1,8		0,9	0,1		2,6	1,1		
Rusrelaterte lidelser				26,3	14,6	18,7				11,3	3,8	8,9		
Alkoholmisbruk/avhengighet	9,4	22,7	9,4				5,2	10,6	3,1				1,0	4,3
Alkoholmisbruk		14,0	6,9	9,4	13,2	11,7			2,3	2,5	3,1	4,6		0,3
Alkoholavhengighet		8,8	2,4	14,1	5,4	5,5			0,8	7,2	1,3	3,7		3,9
Stoffmisbruk/ avhengighet	1,8	3,4	0,4			1		0,9	0,0					
Stoffmisbruk		1,5	0,1	4,4	7,9	1,5			0,0	0,8	1,4	0,5		
Stoffavhengighet		1,9	0,1	7,5	3,0	1,8			0,0	2,8	0,4	0,8		
Andre lidelser														
Somatoform lidelse		3,7	3,4					2,1	2,2					
Spiseforstyrrelser	1,7	1,8	0,5			0,7		0,7	0,1			0,4		
Minst en av ovenstående lidelser	45,9	52,4	30,9	48,0	46,4	41,2	25,0	32,8	16,5	29,5	26,2	23,2	9,6	12,3

Tvilling: Folkehelseinstituttets Tvillingstudie

S og Fj: Sogn og Fjordane

Health: Health 2000 Study

*Agorafobi uten panikk

1.2.2 Forekomst av personlighetsforstyrrelser

Personlighetsforstyrrelser er dypt innarbeidede og vedvarende atferdsmønstre som kommer til uttrykk ved rigide reaksjoner i en rekke personlige og sosiale situasjoner. De representerer vesentlige eller ekstreme avvik fra måten et gjennomsnittsindivid i en gitt kultur opplever, tenker, føler og forholder seg til andre mennesker på [4, 6].

En intervjustudie foretatt av 2 053 personer bosatt i Oslo fant en forekomst av personlighetsforstyrrelser på 13,4 % [25]. I Folkehelseinstituttets Tvillingstudie var forekomsten 5,5 % [26]. Forskjellen i forekomst mellom de to studiene kan skyldes at personlighetsforstyrrelser er vanligere i byene enn i bygdene [27], og at diagnosesystemet ble endret mellom de to undersøkelsene. Amerikanske studier har funnet en forekomst av personlighetsforstyrrelser på mellom 9 og 10 % av befolkningen [28-30], mens det i en britisk undersøkelse ble funnet at 4,4 % av deltakerne oppfylte kriteriene for minst én type personlighetsforstyrrelse [31]. Forekomsten av personlighetsforstyrrelser varierer mellom de ulike typene. I de fleste undersøkelsene ble unngående og tvangspregte personlighetsforstyrrelse funnet å være mest vanlig.

1.2.3 Forekomst av spiseforstyrrelser

Det finnes per i dag to former for spiseforstyrrelser i diagnostisk forstand; anorexia nervosa (anoreksi) og bulimia nervosa (bulimi) [4, 6]. Anoreksi kjennetegnes ved restriktivt inntak av mat, og ledsages ofte av selvfrekalt oppkast, hard fysisk trening og bruk av avføringsmidler. Kroppsvekten hos en person med anoreksi vil ligge minst 15 % under det normalt forventede ut fra alder og høyde. Personer som er rammet av bulimi vil derimot ofte være normalvektige, og lidelsen er kjennetegnet av episoder med overspising etterfulgt av ulike kompenserende handlinger, som selvfrekalt oppkast, trening, bruk av avføringsmidler og restriksjoner på matinntak. I den senere tid er også overspising i økende grad blitt ansett som en psykisk lidelse [32]. Diagnostiske kriterier for denne tilstanden er tatt inn som tillegg til DSM-IV [32], og vurderes innført som selvstendig diagnose i den kommende femteutgaven av DSM [33].

Undersøkelsene fra Oslo og Sogn og Fjordane kartla forekomst av bulimi og anoreksi. Blant kvinner ble det funnet en livstidsforekomst av disse lidelsene samlet på 3,0 % i Oslo, men bare på 0,9 % i Sogn og Fjordane [9-10]. Internasjonalt er det funnet livstidsforekomst i den generelle befolkningen på mellom 0,7 og 4 %

av overspisingslidelse [32]. En litteraturoversikt over forekomstundersøkelser av spiseforstyrrelser fant en gjennomsnittlig livstidsforekomst av anoreksi på 0,3 % blant unge kvinner [34]. Livstidsforekomst av bulimi ble funnet å være 1 % blant unge kvinner og 0,1 % blant unge menn, og forekomst av overspisingslidelse ble beregnet å ligge på minst 1 % i den generelle befolkningen [34].

Norske studier basert på bruk av spørreskjema for kartlegging av spiseforstyrrelser fant at forekomsten av disse lidelsene blant kvinner har vært uendret fra 1991 til 2004 [35-36]. Livstidsforekomsten av spiseforstyrrelser samlet ble funnet å være henholdsvis 9,7 og 10,0 % på de to tidspunktene, og punktforekomsten ble funnet å være henholdsvis 4,4 og 4,0 %. Den vanligste formen for spiseforstyrrelse ble i denne undersøkelsen funnet å være *spiseforstyrrelse INA*, en kategori som brukes når de diagnostiske kriteriene til spesifikke spiseforstyrrelser ikke er oppfylt. Livstidsforekomsten for denne lidelsen ble funnet å være 5,0 % blant kvinner. Blant de spesifikke spiseforstyrrelsene var bulimi den vanligste (livstidsforekomst på 4,1 % i 2004), etterfulgt av overspisingslidelse (0,7 %) og anoreksi (0,2 %). Anoreksi er altså en relativt sjelden lidelse [35-36].

1.2.4 Forekomst av schizofreni, andre psykotiske lidelser og bipolar affektiv lidelse

Diagnostiske kriterier for schizofreni innebærer symptomer som vrangforestillinger, tankeforstyrrelser, hallusinasjoner, sammenhengende eller irrelevant tale, forstyrret atferd samt såkalte negative symptomer som følelsesmessig avflating, fattig tankeinnhold eller viljeløshet. Det er videre krav om at dette skal virke betydelig inn på daglig fungering i minst én måned, med kontinuerlige tegn i minst seks måneder [4, 6]. Andre sykdommer skal også utelukkes før diagnosen stilles. *Psykotiske lidelser* har mange av de samme symptomene som schizofreni, men er av kortere varighet og/eller har mindre betydning for daglig fungering [4, 6]. Ofte mangler også de negative symptomene. *Bipolar affektiv lidelse* kjennetegnes av gjentatte og vekselvise maniske og/eller depressive episoder over en viss varighet [4, 6].

I forekomststudier av psykotiske lidelser, inkludert schizofreni og bipolar affektiv lidelse, er det viktig å bruke flere kilder til informasjon, fordi personer som rammes av disse lidelsene ofte er vanskelige å rekruttere til helseundersøkelser. Den beste studien av forekomst av psykotiske lidelser er finsk og baserte seg

på informasjon fra en generell helseundersøkelse samt journalnotater, supplert med registerdata for å fange opp individer som ikke deltok i helseundersøkelsen. Livstidsforekomsten av alle psykotiske lidelser ble i denne studien funnet å være 3,5 %, hvorav forekomsten av schizofreni var 1,0 % [37]. Studier som ikke har gått så grundig til verks har gitt lavere tall. En oversikt over 188 forekomststudier av schizofreni beregnet en livstidsforekomst på bare 0,4 % [38].

Schizofreni har høy arvelighet, og er tradisjonelt blitt ansett som mer "biologisk" enn andre psykiske lidelser. Fordi gensammensetningen ofte varierer mellom ulike geografiske steder, vil forekomsten av schizofreni kunne variere mellom ulike samfunn, både mellom byer og landsbygda, og mellom ulike land [39-40]. Lidelsen er også vanligere blant immigranter enn hos de som vokser opp i fødelandet [40].

I Osloundersøkelsen fant man en livstidsforekomst av bipolar affektiv lidelse på 1,6 % [9]. Dette er i samme størrelsesorden som tall rapportert fra NEMESIS studien i Nederland [41]. Amerikanske studier har funnet høyere forekomst av bipolar affektiv lidelse, med livstidsforekomst på 3,3 % og 12 måneders forekomst på 2,0 % [42].

1.2.5 Forekomst av demens

Omtrent 20 % av befolkningen i den vestlige verden er eldre enn 60 år. Prognoser fra FN tyder på at denne andelen vil øke til 35 % innen 2050 [43]. Demens er et sammensatt klinisk syndrom som øker i forekomst med alder (tabell 4) [44-45]. Studier gjort i vesteuropeiske land viste en forekomst av demens på 5,4 % ved alder 60 år [45]. Forekomsten av demens i ulike aldersgrupper doubles hvert 20. år og er i den generelle befolkningen antatt å øke med 100 % fra 2001 til 2040 [45]. Den vanligste formen er Alzheimers sykdom, som utgjør rundt halvparten av alle demenstilfeller, etterfulgt av av vaskulær demens. Kombinasjonen av flere demenstyper er vanlig.

Tabell 4. Prevalens av demens fordelt på aldersgrupper

Aldersgruppe	Andel med demens (%)
60 – 64	0,9
65 – 69	1,5
70 – 74	3,6
75 – 79	6,0
80 – 84	12,2
≥ 85	24,8

Kilde: Ferri et al (2005), Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. Lancet, 366 (9503): 2112 - 2117

1.3 Studier av forekomst av psykiske lidelser basert på spørreskjemametode: "Psykiske plager"

Vurderingen av om en tilstand er en *psykisk lidelse* bygger på en kartlegging av symptomenes intensitet, varighet og i hvilken grad de påvirker personens daglige fungering. Dette er faktorer som alle befinner seg langs et kontinuum [46]. Avgjørelsen kan derfor kun tas på bakgrunn av omfattende kliniske intervjuer. Ved bruk av spørreskjema etableres grenseverdier (kuttpunkter). Dersom summen av symptomer som måles ved spørreskjemaet overstiger den fastsatte grenseverdien, vurderes vedkommende å ha betydelige *psykiske plager*. Grenseverdien for *psykiske plager* i spørreskjemadata er definert for best mulig å fange opp syke, i betydningen de som har en psykisk lidelse i henhold til kliniske intervju, og ekskludere friske. Dette innebærer at bruk av grenseverdier i spørreskjemaer ikke gir kvalitativt forskjellige typer data, men data med noe lavere presisjon sammenliknet med kliniske intervjuer. Spørreskjema kan derfor med forholdsvis god treffsikkerhet identifisere sannsynlige tilfeller av lidelser som angst og depresjon [7, 47-50].

Forekomst av psykiske plager i den norske befolkningen har vært kartlagt en rekke ganger ved hjelp av spørreskjemaundersøkelser. SSBs Levekårsundersøkelser, foretatt i årene 1998, 2002 og 2005, målte nivå av psykiske plager med spørreskjemaet Hopkins Symptom Check-List med 25 spørsmål (HSCL-25). "Betydelige psykiske plager" ble definert som en skåre på 1,75 eller mer. Basert på spørsmål om tilstedeværelse av symptomer på angst og depresjon fant de at henholdsvis 10,5, 9,7 og 8,7 % av de spurte rapporterte om betydelige psykiske plager i de tre målingsårene fra 1998 til 2005 [51]. Fallende svarprosent kan imidlertid være årsak til denne tilsynelatende nedgangen i psykiske plager [51], da psykiske lidelser er vanligere blant ikke-deltakere enn deltakere i befolkningsundersøkelser [52].

Resultatene fra Levekårsundersøkelsen 2005 har blitt sammenliknet med undersøkelser av nivået av psykiske plager i andre europeiske land [23]. Basert på disse tallene kan det se ut til at andelen med psykiske plager i Norge er relativt lav. Konklusjonen må imidlertid tas med store forbehold: De ulike landene har delvis anvendt forskjellig målemetode, og svarprosenten varierte mye mellom undersøkelsene [23]. Norge hadde omtrent samme svarprosent som gjennomsnittet for de andre europeiske landene [53].

Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT2) kartla symptomer på angst og depresjon med spørre-

skjemaet Hospital Anxiety Depression Scale (HADS). Resultatene viste forekomst av psykiske plager de siste to uker hos henholdsvis menn og kvinner på 10,3 og 10,3 % (depresjon), og på 12,5 og 18,0 % (angst) [54]. Depresjon økte i denne studien sterkt med alder [55], noe som bare delvis kunne forklares med samtidig økning i somatisk sykkelighet [56]. Resultater fra internasjonale studier viser imidlertid blandete resultater av alderseffekter på angst og depresjon [57-58].

1.4 Komorbiditet – samtidig forekomst av lidelser / sykdommer

Komorbiditet defineres som samtidig forekomst av to ulike sykdommer hos samme person. Komorbiditet er svært vanlig ved psykiske lidelser [14]. Det er også vanlig at man rammes av flere lidelser i løpet av livet. I Osloundersøkelsen ble det beregnet at 11,9 % av populasjonen vil ha to lidelser i løpet av livet, mens 14,9 % rammes av tre eller flere [9]. Den sterke sammenhengen mellom for eksempel angst og depresjon [14] gjør at det fortløpende diskuteres hvorvidt det er naturlig å skille disse lidelsene, eller om den høye komorbiditeten skyldes at det dreier seg om samme grunnlidelse som kommer til uttrykk på ulike måter [59].

1.5 Debutalder og varighet

De fleste psykiske lidelser, med unntak av demens, debuterer i forholdsvis ung alder: Noen pasienter har symptomer eller utbrudd allerede i barne- eller ungdomsalder, og de fleste sykdomstilfeller debuterer innen 30-års alder. Amerikanske studier har funnet en lavere gjennomsnittlig debutalder for angstlidelser og

impulskontrollforstyrrelser (11 år), enn for rusrelaterte lidelser (20 år) og depressive lidelser (30 år) [13]. Debutalder for spiseforstyrrelser ser ut til å være i slutten av tenårene [60], likeledes for bipolar affektiv lidelse [42]. Schizofreni debuterer også som regel relativt tidlig, vanligvis før fylte 40 år. Noen studier indikerer at prognosen for schizofreni er dårligere ved yngre debutalder [61]. Foreløpige resultater fra en norsk undersøkelse tyder på at tidlig iverksettelse av behandling av psykotiske symptomer bedrer funksjonsnivå og reduserer symptomer hos rammede individer [62]. Samlet sett debuterer psykiske lidelser langt tidligere enn de vanligste og alvorligste somatiske lidelsene i befolkningen, slik som kreft eller hjerte- og karlidelser. For mer utfyllende detaljer om debutalder, se rapportens del om barn og unge.

Psykiske lidelser følger for mange et kronisk forløp med spontan bedring etterfulgt av tilbakefall [63-67]. Norske data har vist høy stabilitet hos personer med symptomer på angst og depresjon over en tidsperiode på 11 år [68].

1.6 Kjønnforskjeller

Alt i alt har kvinner mer psykiske lidelser enn menn, men det er noen forskjeller for de ulike typene psykiske lidelser:

De fleste studier har vist høyere forekomst av angstlidelser og depressive lidelser blant kvinner enn blant menn (tabell 5). I Osloundersøkelsen fant man at kvinner hadde mer enn dobbelt så høy sannsynlighet for å ha en angstlidelse eller depressiv lidelse i løpet av livet. På den annen side var rusrelaterte lidelser mer enn dobbelt så vanlig blant menn som blant kvinner

Tabell 5. Forholdstall i prevalens (kvinner / menn) i norske og internasjonale studier

	Oslo	S og Fj	NCS	ESEMeD	NEMESIS
<i>Livstidsprevalens</i>					
Depressive lidelser	2,36	2,08	1,63	1,92	1,80
Angstlidelser	2,29	2,38	1,59	1,84	1,81
Rusrelaterte lidelser	0,45	0,27	0,51	0,15	0,25
Minst én lidelse	1,11	1,91	0,97	1,30	0,94
<i>12-månedersprevalens</i>					
Depressive lidelser	2,3	2,15	1,66	2,0	1,70
Angstlidelser	2,57	2,62	1,92	2,29	2,0
Rusrelaterte lidelser	0,38	0,31	0,41	0,18	0,25
Minst én lidelse	1,25	2,0	1,26	1,69	1,00

Tolkning: 2 betyr dobbelt så hyppig for kvinner som for menn, 1 betyr lik forekomst, 0,5 betyr halvparten så hyppig for kvinner som for menn

[9]. Spiseforstyrrelsene anoreksi og bulimi forekommer hovedsaklig blant kvinner, og er nesten fraværende blant menn [9-10].

Innen personlighetsforstyrrelser varierer resultatene noe mellom ulike undersøkelser, men samlet sett ser det ut til at personlighetsforstyrrelser er omtrent like vanlig blant kvinner som blant menn. Det er imidlertid noen kjønnsforskjeller mellom de ulike typene personlighetsforstyrrelser. Kvinner har oftere personlighetsforstyrrelser av den engstelige typen, for eksempel unnvikende eller avhengig, mens menn oftere har schizoid eller antisosial personlighetsforstyrrelse [25, 28, 31].

For schizofreni har ulike undersøkelser gitt ulike resultat. Noen viser til at det ikke er kjønnsforskjeller [38], mens andre peker på en overvekt blant menn [40].

1.7 Øker forekomsten av psykiske lidelser i befolkningen?

Flere forhold kan gi inntrykk av at forekomsten av psykiske lidelser øker i befolkningen. Andelen nye uførepensjoner tildelt for en psykisk lidelse har økt de siste 15 årene [69] og det har funnet sted en sterk økning i behandling for psykiske lidelser [70-72]. Dette er imidlertid bare indirekte indikatorer på forekomst av psykiske lidelser, som også reflekterer hvordan samfunnet håndterer slike lidelser. De fleste studier som har sett på dette direkte, finner ingen økning i forekomst (tabell 6). Blant annet rapporterte replikasjonsstudiet av NCS i USA om ingen betydelige endringer i forekomst av psykiske lidelser generelt i perioden 1990 til 2003 [70]. De fleste andre studier av endring har fokusert på forekomst av depresjon, og har gitt ulike resultater. Noen konkluderer med at forekomsten er stabil [13-14, 73]. Én studie rapporterer om en generell økning i depresjon [74], og én rapporterer om en spesifikk økning blant middelaldrende kvinner, muligens som følge av økende kronisitet; det var få nye tilfeller av depresjon, men langvarig sykdomsforløp førte til økning i forekomst [75]. En rapport fra Folkehelseinstituttet i 2008, basert på spørreskjemadata, antydte en mulig svak nedgang i psykiske plager i

befolkningen, men dette funnet kan være et resultat av selektivt frafall av personer med høye nivåer av psykiske plager i oppfølgingsstudiene [51]. En annen norsk studie fant ikke støtte verken for generell økning eller reduksjon av depresjon i perioden 1990 – 2001 [76].

Spørsmålet om det har funnet sted en økning eller reduksjon i forekomst av psykiske lidelser i Norge er ikke endelig avklart, og må være gjenstand for videre forskning. Basert på den dokumentasjonen vi har i dag er det ikke sterke holdepunkter for at det har vært en endring i forekomst av psykiske lidelser i befolkningen.

Oppsummering

- Psykiske lidelser er plager og symptomer som påvirker tanker, følelser, atferd, væremåte og omgang med andre.
- Omtrent halvparten av den norske befolkningen vil ha en psykisk lidelse i løpet av livet, og cirka en tredjedel i løpet av et år.
- Forekomsten av psykiske lidelser i Norge er omtrent på nivå med det vi finner i andre vestlige land.
- De tre vanligste gruppene psykiske lidelser er angstlidelser, depressive lidelser og alkoholmisbruk/avhengighet.
- Forekomsten av angstlidelser og depressive lidelser er høyere hos kvinner, mens rusrelaterte lidelser er vanligere hos menn.
- Psykiske lidelser er for mange kroniske fra det tidspunktet de debuterer. For noen skjer dette allerede i barne- eller ungdomsalderen, men de fleste psykiske lidelser debuterer i ung voksenalder.
- Alt i alt foreligger det ikke sterke holdepunkter for verken økning eller reduksjon i forekomst av psykiske lidelser i befolkningen de siste tiårene.

Tabell 6. Endringer i forekomst av psykiske lidelser, oppfølging av prevalens studier

Studier	Land	Periode	Metode	Undersøkte	Utvalg	Hovedfunn
HUS 1998, 2002, 2005 ¹	Norge	1998, 2002, 2005	Spørreskjema	Psykiske lidelser Psykiske plager og symptomer	Samme utvalg	Nedgang i andel som rapporterer om betydelige psykiske plager
OsLof ²	Norge	1990, 2001	Spørreskjema Diagnostisk intervju	Psykiske plager og symptomer samt depresjon etter DSM kriterier	Samme utvalg, supplert med nye deltakere i 2001	Ingen generell økning i depresjon, men økning blant menn i aldersgruppen 18 - 34
Lundby Studien	Sverige	1947, 1957, 1972, 1997	Intervju	Depresjon (Lundby diagnostiske system 1947, 1957, 1972; DSM kriterier 1997)	Delvis overlappende utvalg	Lavere andel nye årlige tilfeller av depresjon i årene 1972 - 1997 enn i 1947 - 1972
NCS og NCS-R ³	USA	1990-1992 2001-2003	Diagnostisk intervju	Psykiske lidelser etter DSM kriterier	Ulike utvalg	Generell stabilitet i andel med psykiske lidelser
Baltimore ECA ⁴	USA	1981, 1993, 2004	Diagnostisk intervju	Depresjon etter DSM kriterier	Samme utvalg	Stabilitet i prevalens av depresjon hos menn. Økning hos kvinner i alderen 30 - 64, muligens som følge av kronisitet
NLAES ⁵ NESARC ⁶	USA	1991-1992 2001-2002	Diagnostisk intervju	Depresjon etter DSM kriterier	Ulike utvalg	Økning i prevalens av alvorlig depresjon
The Stirling County Study	Canada	1952, 1970, 1992	Diagnostisk intervju	Depresjon etter DSM kriterier	Samme utvalg, supplert med nye deltakere	Stabilitet i prevalens av depresjon

1 Statistisk Sentralbyrås Levekårsundersøkelser 1998, 2002, 2005

2 Studier av populasjoner i Oslo og Lofoten

3 The National Comorbidity Survey og National Comorbidity Survey Replication

4 The Baltimore Epidemiologic Catchment Area Follow-Up

5 The National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey (1991 - 1992)

6 The National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (2001 - 2002)

I dette kapittelet vil både arvelige (genetiske) og miljømessige risikofaktorer for utvikling av psykiske lidelser beskrives. Arenaer for forebygging vil kort nevnes. Risikofaktorer er også behandlet i rapportens del om barn og unge.

Utvikling av psykiske lidelser har vært forsøkt forklart på ulike måter. En modell som har hatt mye innflytelse er konstruert av de tre britiske professorene David Goldberg, Peter Huxley og Ian Goodyer [63, 77]. Denne modellen beskriver utvikling av psykiske lidelser i form av tre komponenter:

1. Sårbarhet/motstandsdyktighet (resiliens): Allerede ved fødselen har man en viss genetisk sårbarhet for, eller motstandsdyktighet mot, utvikling av psykiske lidelser. Erfaringer i løpet av livet, for eksempel forholdet til viktige omsorgspersoner, samt medfødt temperament og utviklet personlighet, vil ytterligere bidra til å forme sårbarhet eller motstandsdyktighet.
2. Utløsende hendelser: I løpet av livet utsettes man både for en rekke kroniske og mer akutte belastninger. Arvelige faktorer gir en potensiell sårbarhet, men ved miljøbelastninger kan sårbarheten resultere i utvikling av psykiske lidelser. Psykiske lidelser kan derfor til en viss grad forebygges ved å forsøke å redusere eller fjerne kroniske og akutte belastninger. Kroniske belastninger kan også virke som såkalte *genererende faktorer*, det vil si faktorer som i seg selv kan skape psykiske lidelser. *Beskyttelsesfaktorer* er faktorer som motvirker utvikling av psykiske lidelser, slik som "gode" gener, høyere intelligens, sosial støtte, mestringsevne og helsefremmende livsstil.
3. Restituering: Psykiske lidelser av mildere karakter går ofte over av selv [78]. På befolkningsnivå er det samtidig betydelig stabilitet i symptomer på psykiske lidelser [48, 68]. Behandlingsapparatets rolle er å framskynde bedring og redusere tilbakefall (dette omtales nærmere i kapittel 4).

Fordi psykiske lidelser oppstår på bakgrunn av en rekke samvirkende risikofaktorer, vil det ikke finnes enkelttiltak

som kan fjerne eller redusere alle. Enkelte risikofaktorer er imidlertid enklere tilgjengelig for forebygging enn andre. Konsekvensene av psykiske lidelser, for eksempel arbeidsuførhet, er også i mange tilfeller tilgjengelig for forebygging. Fremtidig styrking av forebyggende arbeid rettet mot psykisk helse i Norge, som foreslått i Samhandlingsreformen [79], krever at man samtidig styrker den forebyggingsorienterte tiltaksforskningen kraftig. I utforming av universelle forebyggende tiltak mot psykiske lidelser kan man trolig låne erfaringer fra nasjonale program mot røyking [80].

2.1 Arvelige risikofaktorer

En rekke studier har påvist betydelig genetisk arvelighet for flere typer psykiske lidelser og psykiske plager. Arvelighet er imidlertid ikke en gitt størrelse. Arvelighetskoeffisienten ("heritabilitet") uttrykker i tall den delen av forskjeller i sykkelighet i befolkningen som bestemmes av genetiske forskjeller i forhold til det som bestemmes av miljøet. For eksempel betyr arvelighet på 70 %, at 70 % av forskjellen i sykdomsutbredelse i befolkningen kan forklares med genetisk variasjon. Observert arvelighet er derfor avhengig av både genetisk og miljømessig variasjon i befolkningen, deriblant mengden kroniske og akutte belastninger i miljøet. Høy eller moderat grad av arvelighet for en lidelse betyr derfor ikke at noen individer er forutbestemt til å få denne. Selv om en lidelse har høy arvelighet er ikke dette ensbetydende med at barn av syke foreldre, eller med syke søsken, nødvendigvis vil utvikle lidelsen, eller at den ikke kan forebygges og behandles. Dette kan illustreres med et eksempel: La oss anta at en gitt lidelse har en arvelighet på 70 % og en generell forekomst i befolkningen på 1 %. Selv om lidelsen har en høy grad av genetisk arvelighet, er den imidlertid avhengig av spesifikke miljøfaktorer for å bryte ut. Selv for eneggete tvillinger, som har identiske gener, vil det være slik at dersom den ene tvillingen har lidelsen, vil sannsynligheten for at lidelsen rammer også den andre tvillingen bare være 25 - 30 %. Risikoen er høyere for tvillingen enn for befolkningen generelt (1 %), men sannsynligheten er likevel størst for at den andre tvillingen ikke utvikler lidelsen. Beregnet risiko for lidelse, basert på arvelighet, vil være enda lavere dersom det

ikke er enegget tvilling, men for eksempel foreldre eller søsken som har lidelsen.

Da man begynte å forske på genetiske faktorer i psykiske lidelser forsøkte man å finne spesifikke gener som førte til spesifikke lidelser. Resultater fra nyere studier tyder imidlertid på at det finnes felles underliggende genetiske faktorer som bidrar til flere former for psykiske lidelser [81]. Genetiske faktorer ser derfor ut til å i en viss grad utgjøre felles sårbarhetsfaktorer eller beskyttende faktorer, mens livshendelser og andre miljøfaktorer bidrar til hvilke spesifikke lidelser som utvikles.

Ulike psykiske lidelser har forskjellig arvelighet, og komorbiditet mellom lidelser skyldes delvis felles genetiske faktorer, som videre er delvis avhengig av miljøfaktorer for å utvikles [82-84]. Folkehelseinstituttets Tvillingstudier har blant annet funnet betydelig komorbiditet blant internaliserende lidelser som angst, depresjon, og sosial fobi [85-87], og mellom slike lidelser og personlighetsforstyrrelser som borderline og unnvikende personlighetsforstyrrelse [88]. Arvelighetsstudier av relativt hyppig forekommende tilstander, som depresjon og angstlidelser, finner generelt en arvelighet på 30 - 40 % [82-83, 89-90]. Tilsvarende tall er funnet for psykiske plager [91-92]. For alkoholavhengighet, alkoholmisbruk og annen rusmisbruk er det beregnet arvelighet på 50 - 60 % [83, 93-94]. Høyest arvelighet er funnet for bipolar affektiv lidelse og schizofreni, med tall på mellom 60 og 80 % [95-96]. De senere årene er også personlighetsforstyrrelser studert med hensyn til genetiske og miljømessige effekter, og arvelighet er her antatt å ligge i området 25 - 40 % [97-99]. En klar tendens er altså at det er sterkere observert arvelighet for alvorligere enn for lettere psykiske helseproblemer.

Til tross for høy arvelighet i enkelte psykiske lidelser er utvikling av lidelsen altså avhengig av miljøfaktorer. Identifisering av risiko- og beskyttelsesfaktorer i miljøet er derfor avgjørende for å forebygge lidelsesutvikling, selv for arvelige lidelser.

2.2 Miljømessige risikofaktorer

De fleste risikofaktorer for psykiske lidelser virker additivt, på den måten at flere risikofaktorer samlet øker sannsynligheten for at lidelser utvikles. Det er imidlertid få holdepunkter for at risikofaktorer virker interaktivt, slik at spesifikke kombinasjoner av noen risikofaktorer øker sannsynligheten for utvikling av psykiske lidelser mer enn summen av risikofaktorene skulle tilsi. For en del somatiske sykdommer er

de aktuelle miljømessige risikofaktorene få og oversiktelige, slik som røyking i forhold til utvikling av lungekreft, eller overvekt for utvikling av hjerte- og karlidelser. For psykiske lidelser finnes det derimot en mengde forskjellige risikofaktorer, hvor hver enkelt av disse alene som oftest ikke har stor betydning. Enkelte forskere mener at seksuelt misbruk i barndommen og andre former for traumer står i en særstilling, mens andre mener at dette er risikofaktorer på linje med andre. Man kan trolig liste opp over hundre konkrete risikofaktorer uten at vi kan forklare så mye som halvparten av årsakene til psykiske lidelser.

Generelt er kroniske risikofaktorer av større betydning enn risikofaktorer av kort varighet. Miljømessige forhold som kan virke som risikofaktorer for utvikling av psykiske lidelser opererer på ulike nivåer, fra de som er nærmest individet i familien, via storfamilie og nærmiljø, til lokalsamfunn og storsamfunn [100]. Faktorene inkluderer både mellommenneskelige, økonomiske og samfunnsstrukturelle forhold. Blant annet vet vi at dårlig tilknytning mellom mor og spedbarn kan være en risikofaktor for svak sosioemosjonell utvikling i skoleårene [63]. I barndommen og ungdomstiden begynner imidlertid faktorer knyttet til sosialkognitive prosesser, som egenvurdering, popularitet blant venner og opplevelse av egen kompetanse, å bety mer [101-102]. Risikofaktorenes relative betydning endres med andre ord gjennom livsløpet. Videre er man mer utsatt for å utvikle psykiske lidelser i visse perioder i livet dersom man da utsettes for risikofaktorer i såkalte sensitive perioder som førskolealder og pubertet.

Nedenfor vil vi gjennomgå noen konkrete miljømessige risikofaktorer for utvikling av psykiske lidelser. Felles for disse er at de kan være gjenstand for forebygging.

2.2.1 Sosioøkonomisk ulikhet i psykisk helse

Det er godt dokumentert at sosioøkonomisk posisjon, målt gjennom utdanning, yrke og inntekt, har sammenheng med helse [103-107], og dette gjelder også for psykisk helse [108-109]. Selv om Norge ofte ansees som et mer egalitært og ensartet samfunn, med mindre sosiale forskjeller enn mange andre, finner vi også sosial ulikhet i psykisk helse her. Den sosiale ulikheten i helse i Norge er økende [110-114]. Siden 1970 tallet har forventet levealder økt mer for de med høyere utdanning, mens den har endret seg lite blant de med lav utdanning [110]. Sammenhengen mellom sosioøkonomisk posisjon og psykiske lidelser varierer med diagnose. Kroniske psykiske plager kan utvilsomt redusere ens sosiale posisjon ved redusert evne til inntjening og deltakelse i arbeidslivet [110]. En norsk

studie viser også at høyere utdanning beskytter mot utvikling av angst og depresjon [114]. Lav tillit til egen mestring og opplevelse av makteløshet, sammen med lite sosial støtte, økonomiske problemer, røyking og somatisk sykdom, forklarer noe av sammenhengen mellom sosioøkonomisk posisjon og psykisk helse [115-116]. Uførepensjon er sterkt forbundet med psykiske lidelser [69], og det er derfor ikke overraskende at vi også finner sterke sosiale gradienter blant de som innvilges uførepensjon [105-106, 117]. Det har vært hevdet at det er de relative sosiale forskjellene, snarere enn det absolutte økonomiske nivået, som er av betydning for helsen (Wilkinsonhypotesen) [118], og trolig stemmer dette godt med data [112].

Graden av sosiale forskjeller i et land er et resultat av politisk klima. I forebyggingsøyemed ligger med andre ord ansvaret på politikere og deres velgere. Politiske løsninger for å redusere sosial ulikhet vil trolig indirekte bedre befolkningens psykiske helse. Ofte anvendte tiltak inkluderer skattepolitiske virkemidler, offentlig økonomisk støtte til svakerestilte grupper, og lik og god tilgang til høyere utdanning.

2.2.2 Arbeidsledighet og økonomiske konjunkturer

Arbeid er positivt for den psykiske helsen [119], også for mennesker med alvorlige psykiske lidelser [120]. Det er betydelig større psykiske helseforskjeller blant personer som er i jobb sammenliknet med de som er utenfor arbeidslivet, enn det er mellom ulike yrkesgrupper [111, 121-123]. Arbeid kan forebygge psykiske lidelser gjennom å tilby daglige rutiner og aktiviteter, sosialt samvær, mening i tilværelsen, inntekt og tilhørighet. Arbeidsledighet er forbundet med økt forekomst av ulike former for helseproblemer, også psykiske lidelser [123-131]. På den måten vil økonomiske konjunkturer påvirke psykiske lidelser indirekte. I nedgangstider vil enkelte tape sosioøkonomisk posisjon, noe som øker risiko for depresjon [132]. Videre kan langvarige økonomiske bekymringer føre til psykiske lidelser [111, 133]. Den pågående finanskrisen innebærer økt langtidsarbeidsledighet, som vil kunne forringe befolkningens psykiske helse.

Siden arbeid i det vesentlige er positivt for den psykiske helsen [119-120], blir et av de viktigste forebyggende tiltak å opprettholde høy sysselsetting. Effektive nasjonale og internasjonale politiske tiltak mot finanskrisen vil kunne være relevante forebyggende tiltak også mot psykiske lidelser i befolkningen. Ved nedgangstider vil konjunkturpolitikk som inkluderer offentlige investeringer og lave renter kunne forebygge psykiske lidelser.

2.2.3 Tilgjengelighet av alkohol som risikofaktor for alkoholrelaterte problemer og lidelser

Alkoholomsetningen i Norge, og dermed totalkonsumet av alkohol i befolkningen, har ifølge Statistisk Sentralbyrå (SSB) økt med 31 % i perioden 1996 til 2007 [134]. Særlig blant unge kvinner har vi sett en økning i forbruk av alkohol [135]. Nivået av alkoholforbruk henger sammen med forekomst av alkoholrelaterte problemer og lidelser som misbruk og avhengighet [136-137], sykefravær [138-139] og generell dødelighet via blant annet trafikkulykker, drukningsulykker og ihjelfrysing [140]. Det er en veletablert sammenheng mellom totalkonsumet av alkohol i en befolkning og antallet alkoholrelaterte problemer [136, 141-143]. Dette representerer en vesentlig folkehelseutfordring.

Alkoholmisbruk og alkoholavhengighet ("alkoholisme") har høy grad av arvelighet. Likevel påvirkes alkoholrelaterte problemer og lidelser i betydelig grad gjennom miljøet. En oversiktsartikkel om alkohol og folkehelse publisert i *The Lancet* viser at det finnes flere effektive strategier for forebygging av alkoholrelaterte problemer i befolkningen [144]. Alkoholavgifter reduserer effektivt alkoholrelaterte helseskader [144-145]. Redusert tilgjengelighet reduserer også alkoholrelaterte problemer. Effektive tiltak inkluderer åpningstider, antall og tetthet av utsalgssteder [146-147], samt type utsalgssted og aldersgrenser [144]. Produkter som "rusbrus" ble lansert i 2002 og kan bidra til økt alkoholkonsum blant jenter og unge kvinner [135]. Vold som følge av alkoholbruk på skjenkesteder kan reduseres ved innskrenking av åpningstider og effektiv skjenkekontroll [144, 148]. Holdnings- og kunnskapskampanjer har imidlertid liten effekt [149]. Bilkjøring i alkoholpåvirket tilstand er av de mest risikofylte alkoholrelaterte atferder. Promillegrenser er forebyggende i seg selv [148, 150], men er enda mer effektive i kombinasjon med hyppige og synlige kontroller [150]. Virkningen av hyppige politikontroller hvor bilistenes promillenivå i pusten måles er godt dokumentert [144, 148].

Effektive forebyggende tiltak mot alkoholproblemer er i stor grad tatt i bruk i Norge allerede, men blir samtidig utfordret av den politiske og økonomiske utviklingen. I de senere år har alkoholavgiftene ikke økt like mye som medianinntekten (som har økt med 48 % fra 1990 til 2007 [151]). Den alkoholforebyggende effekten av avgifter blir derved tilsvarende redusert. Ut fra et folkehelseperspektiv bør slike effektive forebyggende tiltak mot alkoholproblemer opprettholdes, og eventuelt skjerpes. Dette gjelder særlig virkemidlene alkoholavgifter, promillekontroll ved bilkjøring, og skjenkekontroll.

2.2.4 Fysisk aktivitet

Det er en omvendt sammenheng mellom fysisk aktivitet og psykiske lidelser [51]. Fysisk inaktivitet øker risikoen for å utvikle psykiske lidelser [152]. Blant de som er fysisk aktive er det færre som utvikler psykiske lidelser [153]. Fysisk aktivitet er vist å ha en moderat til sterk effekt som behandlingsalternativ for depresjon hos voksne [154] og kan også være nyttig ved angstlidelser, schizofreni, ruslidelser og demens [152, 155]. Én studie tilsier også at fysisk aktivitet reduserer tilbakefall ved bipolar affektiv lidelse [156].

Fysisk aktivitet blant barn og voksne kan økes gjennom tilrettelegging i det offentlige rom, ved bygging av lekeplasser, sykkelstier, parker og liknende [157]. Fysisk aktivitet blant barn kan effektivt økes i skole-sammenheng, noe som vil kunne virke forebyggende mot psykiske lidelser [158]. Mennesker med psykiske lidelser vil ofte trenge støtte og bistand for å gjennomføre fysisk aktivitet. En metode som har vært prøvd ut med hell i Norge er treningskontaktordningen, der legfolk etter kursing forplikter seg til å trene regelmessig sammen med personer med psykiske lidelser og rusrelaterte problemer [159].

2.2.5 Samlivsproblemer

Omtrent halvparten av alle inngåtte ekteskap i Norge ender i skilsmisse [160], og raten av samlivsbrudd er enda større blant samboere. Samlivsbrudd øker risikoen for å utvikle psykiske lidelser både for voksne [111, 161] og barn [161-165]. Barn av foreldre som skiller seg har også større risiko for skilsmisse i eget forhold som voksne [162].

Samlivsbrudd kan i noen grad forebygges ved parterapi for par som allerede har problemer i forholdet [166-167]. Forebygging av samlivsproblemer gjennom samlivskurs har også effekt [168]. Familievernanses i Norge i stor grad som et offentlig ansvar, og det er derfor nå et mål at alle par som venter sitt første barn skal tilbys samlivskurs [169]. Det er holdepunkter for at dette også er indirekte virksomme tiltak mot psykiske lidelser.

2.2.6 Ensomhet, sosial isolasjon og fravær av sosial støtte

Opplevelse av lav sosial støtte og ensomhet er en betydelig risikofaktor for psykiske lidelser [111-112, 170-173]. Spesielt blant eldre er det funnet at ensomhet er en svært sterk risikofaktor for depresjon [174]. Fravær av sosial støtte på jobb er også en risikofaktor for psykiske lidelser [175]. Mange innvandrere

rapporterer at de opplever liten sosial støtte [111], og man finner gjennomgående mer psykiske lidelser blant innvandrere enn blant etnisk norske [176-179]. Sosiale støttegrupper og selvhjelpsgrupper forebygger depresjon og angst ved styrking av mestringskompetanse og reduksjon av belastninger [180-181]. Slike tiltak kan benyttes overfor utsatte grupper eller ved belastende livshendelser, for eksempel eldre som har mistet sin ektefelle [182] eller ved samlivsbrudd [183]. Depresjon blant eldre kan forebygges gjennom tiltak mot sosial isolasjon og passivitet. Gruppeak-tiviteter som gir de eldre medinnflytelse i utvikling av aktiviteter er mest effektive [184]. *Kurs i mestring av depresjon (KiD)* er testet av Folkehelseinstituttet, og funnet virksom og kostnadseffektiv i å redusere depressive plager. *Kurs i belastningsmestring (KiB)* som nå testes av Folkehelseinstituttet er rettet mot arbeidstakere og sykemeldte. Målet med med dette kurset er å lære deltakerne hensiktsmessige måter å mestre belastninger i livet, og dermed forebygge utvikling av psykiske plager og psykiske lidelser og konsekvensene av disse.

2.2.7 Røyking

Det er en assosiasjon mellom røyking og angst og depresjon [185]. Årsaksretningen diskuteres stadig i forskningskretser. Enkelte studier konkluderer med at røyking øker depresjon [186-190]. Selv om det er vanskelig å dokumentere effekt av enkeltstående tiltak, ser forebyggende tiltak mot røyking ut til samlet å ha redusert røyking [191]. I den grad røyking øker psykiske lidelser (og ikke motsatt) vil røykeforebyggende tiltak indirekte forebygge psykiske lidelser.

2.2.8 Opplevelse av misforhold mellom krav og kontroll i arbeidet

De fleste arbeidstakere i Norge jobber i gode og trygge arbeidsmiljø. Erkjennelsen av at arbeid generelt er helsebringende forsvinner imidlertid ofte i medi-ereportasjer. Der legges vekten gjerne på de potensielt skadelige sidene ved arbeid som for eksempel utbrenthet, muskel- og skjelettskader og "musesyke". Psykiske lidelser har mange og sammensatte årsaker [63], og eventuelle belastninger i arbeidet utgjør i denne sammenheng for de fleste en svært beskjeden risikofaktor for psykiske lidelser. Imidlertid har de som opplever at kravene i jobben overstiger ens kontroll høyere forekomst av psykiske lidelser [175, 192]. Effekten av høye krav i kombinasjon med lav kontroll ser ut til å ha sterkere effekt på grad av psykiske plager enn det summen av disse tilstandene skulle tilsi, altså en samspillseffekt [192].

Generelle arbeidsmiljøtiltak anvendt på allerede gode arbeidsmiljø er som regel ikke effektive tiltak for å redusere psykiske lidelser i befolkningen. For at arbeidsmiljøtiltak skal være effektive, bør disse rettes mot det mindretall som opplever misforhold mellom krav og kontroll i arbeidslivet, samt grupper som opplever lav sosial støtte [175], herunder mobbing. Dette er et ansvar som påhviler arbeidsgiver, og hvor Arbeidstilsynet har en kontrollfunksjon.

2.3 Beskyttelsesfaktorer mot utvikling av psykiske lidelser

Det finnes også en rekke faktorer, både genetiske og miljømessige, som øker motstandsdyktigheten mot utvikling av psykiske lidelser. Blant de viktigste her er sosial støtte [184] og utviklet mestringsevne i ulike situasjoner [63, 193]. Forebyggende tiltak som sikter på å øke dette kan derfor forventes å ha god effekt.

Oppsummering

- Sårbarhet for, eller motstandsdyktighet mot, utvikling av psykiske lidelser er delvis genetisk betinget. Hvorvidt psykiske lidelser utvikles avhenger imidlertid av tilstedeværelsen av miljøfaktorer.
- Identifisering av risiko- og beskyttelsesfaktorer i miljøet er avgjørende for å forebygge sykdomsutvikling. Både akutte og kroniske belastninger kan være risikofaktorer for psykiske lidelser, men ofte er vedvarende belastninger av størst betydning.
- Det er mange ulike risikofaktorer for psykiske lidelser, og hver enkelt har som regel forholdsvis beskjeden betydning. Derimot øker sannsynligheten for utvikling av psykiske lidelser i takt med antall risikofaktorer individet utsettes for.
- Fellesnevneren for risikofaktorer for utvikling av psykiske lidelser er at individet opplever manglende mestring i forhold til situasjonen han eller hun er i.

3

Konsekvenser av psykiske lidelser

Dette kapittelet vil omhandle alvorlige konsekvenser av psykiske lidelser, i hovedsak i form av arbeidsuførhet og dødelighet. Videre vil forebygging av arbeidsuførhet bli omtalt.

Hvor alvorlig et helseproblem ansees for å være, vurderes ut fra hvilke konsekvenser det gir. I mange tilfeller er konsekvensene av psykiske lidelser mer alvorlige enn plagene i seg selv, både for den enkelte og for samfunnet. Psykiske lidelser blir gjennomgående underbehandlet [194-201]. Trolig har vi tidligere undervurdert konsekvensene av psykiske lidelser både for samfunnet og for individet [198, 202]. Depresjon medfører større reduksjon i selvopplevd helse enn kroniske sykdommer som astma, angina, artrose og diabetes [198]. WHO har konkludert med at depresjon er den enkelt diagnose som forårsaker flest tapte friske leveår i befolkningen i den vestlige verden [203]. Depresjon er også beregnet til å være den mest invalidiserende sykdommen i 2020 [204]. Angstlidelser er ikke inkludert i WHO's beregninger, men vi vet at mange angstlidelser gir tilsvarende prognose som depresjon [205-206]. Alkoholrelaterte problemer er også en stor folkehelseutfordring [136, 141-143, 207-209]. Psykiske lidelser har videre stor betydning for livskvalitet, nære mellommenneskelige forhold, familieliv, skolegang, evne til å ta høyere utdanning og evne til å delta i arbeidslivet.

Alvorlige psykiske lidelser, som schizofreni, bipolar affektiv lidelse og alvorlig depresjon, medfører store konsekvenser for den enkelte som rammes. De samlede befolkningsmessige konsekvensene av psykiske lidelser er imidlertid i langt større grad preget av de mildere psykiske lidelsene, fordi disse er langt vanligere. Vi vil i det følgende konsentrere oss om sykefravær, arbeidsuførhet og dødelighet som konsekvenser av psykiske lidelser.

3.1 Sykefravær og arbeidsuførhet

Nedsatt arbeidsførhet er en vanlig og alvorlig konsekvens av psykiske lidelser. Psykiske lidelser har vært ansett som en sentral årsak til sykefravær siden 90-tallet [210]. I gjennomsnitt ble 6 % av alle arbeidstakere sykemeldt av lege i løpet av fjerde kvartal i

2008. I den offentlige statistikken ble psykiske lidelser rapportert å utgjøre 13,7 % av det dette sykefraværet [211]. Psykiske lidelser blir imidlertid ofte underrapportert som årsak til sykemelding [197]. Det er derfor grunn til å tro at den reelle andelen sykefravær på grunn av psykiske plager er langt høyere. I perioden 1994 til 2000 økte sykefraværet for psykiske diagnoser, med sterkest økning blant kvinner og middelaldrende [212], mens det fra 2001 til 2008 var en kraftig økning i sykefravær for lettere psykiske lidelser, spesielt blant menn [213].

Internasjonale studier har vist at arbeidsdeltakelse blant personer med alvorlige psykiske lidelser som schizofreni, kun ligger på mellom 11 og 37 % [214]. Imidlertid er det de vanligste psykiske lidelsene i befolkningen, angst og depresjon, som bidrar mest til sykefraværet [215]. Tilsvarende vet vi at lavere symptomtrykk av lettere psykiske lidelser fører til flere sykefraværsdager i befolkningen enn tyngre symptomtrykk, fordi lettere symptomnivå er mye mer vanlig [216]. Pågående studier ved Folkehelseinstituttet viser at også symptomer på angst og depresjon som ikke når diagnostiserbare (kliniske) nivåer resulterer i arbeidsuførhet. På befolkningsnivå bidrar slike lave symptomnivå til like mange innvilgte uførepensjoner som symptomtrykk på kliniske nivåer [217]. En mulig hovedgrunn til dette er at symptomer på angst og depresjon utgjør tilleggsbelastninger for pasienter med somatiske helseproblemer [198]. En svensk studie viste også at tilstedeværelsen av lettere mentale helseproblemer, som bekymringer, økte risikoen for sykefravær for alle diagnoser [218]. Symptomer på depresjon er med andre ord risikofaktorer for generelt langtidssykefravær, også for somatiske diagnoser [219].

I tillegg til at psykiske lidelser er blant de vanligste årsakene til sykefravær, er varigheten av fraværspériodene lengre for slike lidelser enn for andre lidelser, som muskel- og skjelettlidelser [220]. Også alkoholforbruk og alkoholproblemer har effekt på sykefraværet, og norske og svenske studier viser at en økning på én liter årlig i totalkonsum av alkohol i befolkningen er assosiert med 13 % økt sykefravær blant menn [138-139]. Det er særlig forbruket av sprit som er forbundet med sykefravær [139]. Alkoholkonsumet øker blant unge kvinner [135], og vi vil sannsynligvis se en økning i alkoholrelaterte

problemer også hos denne gruppen. Alkoholinntak har vist seg å ha en U-formet sammenheng med sykefravær, hvor både avholdenhet og høyt alkoholinntak øker risikoen for sykefravær [221]. Det undersøkes nå om det samme mønsteret går igjen i forhold til uførepensjon [222]. Søvnforstyrrelser og søvnproblemer, som insomni, er også vist å øke risikoen for langtidssykefravær og uførepensjon [223-225].

Mer enn én av ti i arbeidsfør alder (18-67) er uførepensjonert i Norge i dag [226]. Utgifter til utbetalte uførepensjoner oversteg i 2004 41 milliarder kroner [227], som er mer enn 3,5 % av brutto nasjonalbudsjett. Psykiske lidelser, i stor grad i form av angst og depresjon, er registrert som hovedårsak til omtrent en

tredjedel av alle uførepensjoner, både i Norge [69] og i resten av OECD området [228]. Andelen nye uførepensjoner innvilget for psykiske lidelser har økt fra 18,2 % i 1992 til 24,4 % i 2003 [69] (figur 1). Videre er gjennomsnittsalderen for innvilgelse av uførepensjon for psykiske lidelser cirka 9 år lavere enn for somatiske tilstander og lidelser (figur 2). Dette medfører flere tapte arbeidsår ved uførepensjonering for en psykisk lidelse enn for en somatisk lidelse (figur 3) [69]. Også når det gjelder uførepensjon er psykiske lidelser under-vurderte risikofaktorer. En norsk studie har vist at angst og depresjon også er risikofaktorer for uførepensjon innvilget med somatiske lidelser som hoveddiagnose [206]. Med andre ord er det store mørketall i arbeids-uførhet som følge av angst og depresjon [229].

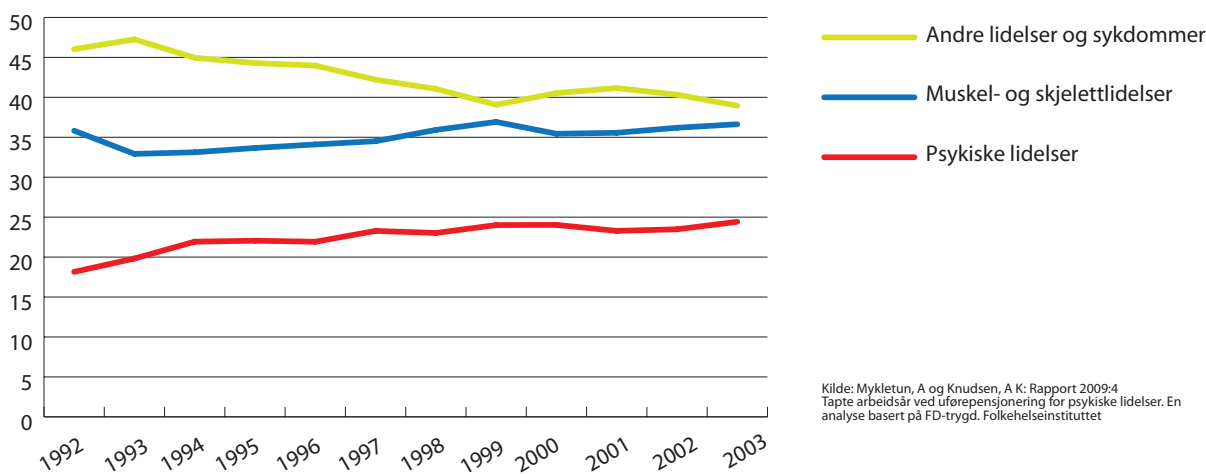


Fig 1: Nye uførepensjoner og diagnose, årlig utvikling 1992 - 2003

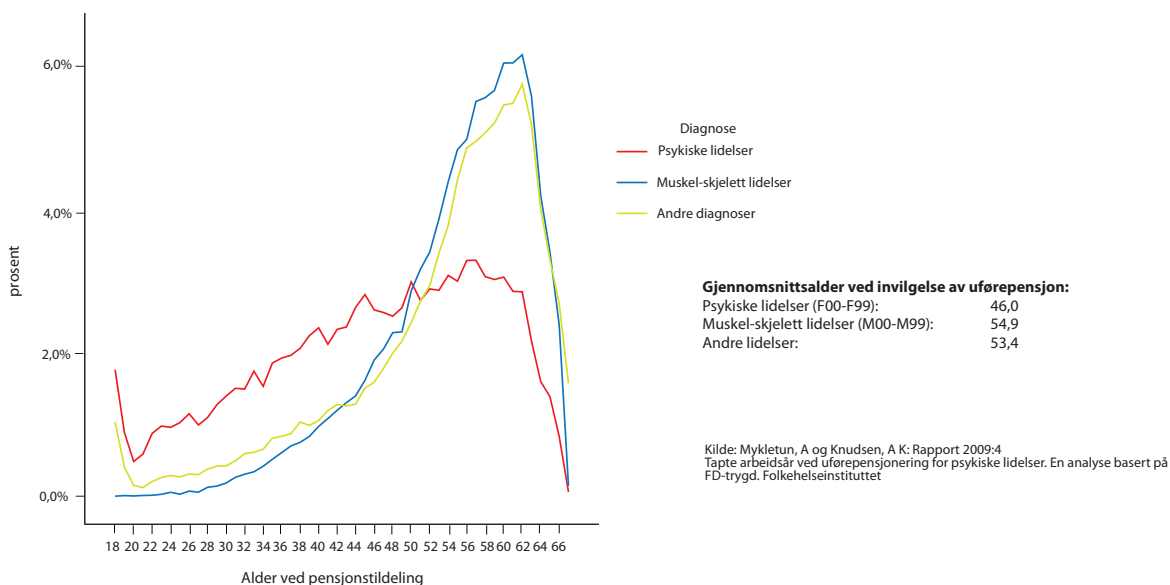


Fig 2: Alder ved tildeling av uførepensjon (2000-2003)

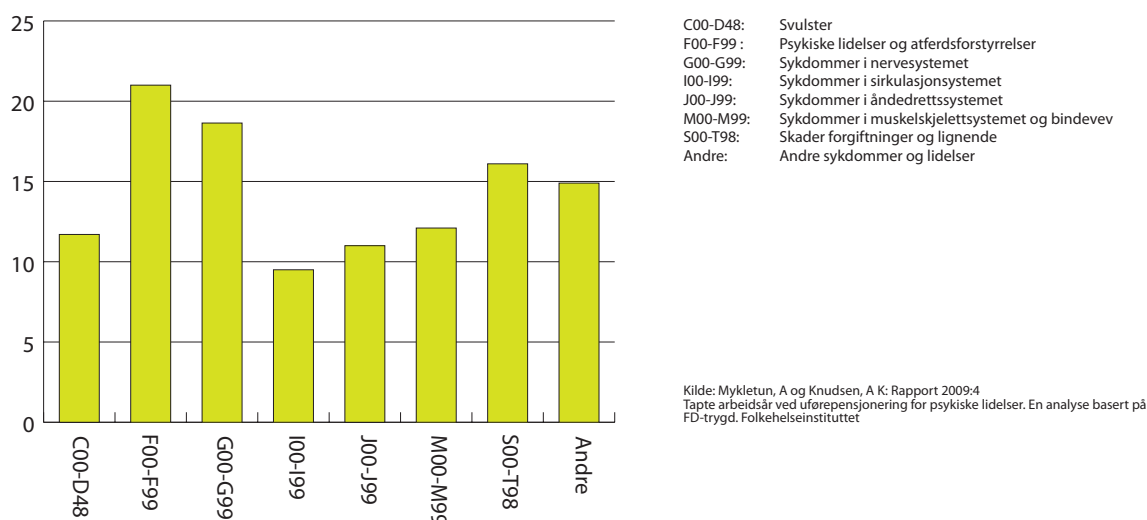


Fig 3: Gjennomsnittlige tapte arbeidsår pr individ etter diagnose (ICD-10). Nye tilfeller 2000 - 2003
 Forutsatt pensjonsalder 67 år

Depresjon medfører en større reduksjon av produktiv arbeidstid enn noen andre lidelser [230]. Dette skyldes ikke bare at depresjon gir sykefravær, men også at depresjon går utover evnen til å arbeide effektivt. En amerikansk studie viste at det meste av tapt produksjonstid på grunn av depresjon er usynlig, og forekommer på grunn av redusert produksjon [231]. Senere studier har også vist at "sårbare personligheter", med høyere nivåer av nevrotisme, redusert opplevelse av kontroll i ulike situasjoner eller lav selvtillit, har svekket arbeidsfungering, uavhengig av samtidige psykiske lidelser [232].

Angstlidelser og depressive lidelser er som nevnt de vanligste årsakene til uførepensjonering for psykiske lidelser, men dette er også lidelser det finnes god behandling for. På tross av lovens krav om forsøkt behandling før uførepensjonering er underbehandling et betydelig problem [199]. Det er grunn til å tro at arbeidsuførhet som følge av psykiske lidelser vil kunne forebygges gjennom bedret behandling.

Mye tyder på at generøs sykemeldingspraksis blant leger kan forverre tilstanden hos personer med psykiske lidelser. Sykemelding for lidelser som angst og depresjon kan bidra til å forsterke opplevelsen av sosial isolasjon, inaktivitet, negativ grubling, og mulighet til å ruse seg. Større vilje til å forsøke å holde mennesker med psykiske lidelser i jobb vil derfor kunne redusere en del av disse konsekvensene av psykiske lidelser. Avtalen om inkluderende arbeidsliv (IA avtalen) har som siktemål å holde mennesker med psykiske lidelser i lønnsarbeid og hindre de i å bli mottakere av uførepensjon. Dette vil kunne føre til høyere sykefravær fordi det blir høyere sykkelighet i arbeidsstyrken. Det vil

likevel være til det beste både for den enkelte som er rammet og for samfunnet.

Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet la i 2006 frem en strategiplan for å få flere mennesker med psykiske lidelser inn i arbeidslivet, eller hindre dem i å falle ut [233]. Strategien bygger i stor grad videre på NAV satsningen "Vilje Viser Vei", et prosjekt etablert for å styrke mulighetene og øke deltakelsen i arbeidslivet for mennesker med psykiske lidelser [234]. I tillegg til at brukerne av programmet får hyppig og kontinuerlig oppfølging med individtilpasset tilrettelegging, er det også et mål at NAV skal bidra til et samordnet behandlingstilbud for de som har behov for dette [233]. Internasjonale studier har vist at individuell plassering og støtte er effektive tiltak for å hjelpe personer med psykiske lidelser ut i arbeidslivet [120, 235]. Resultater fra "Vilje Viser Vei" foreligger foreløpig ikke, men foreløpige erfaringer gir grunn til å tro at dette kan være effektive forebyggende tiltak mot arbeidsuførhet som følge av psykiske lidelser.

3.2 Dødelighet

Det er godt dokumentert at depresjon forkorter forventet levetid [236-241]. Norske studier tyder på at effekten av depresjon på dødelighet statistisk sett er like sterk som effekten av røyking [242]. Kun en liten del av den forkortede levetiden som følge av depresjon skyldes selvmord [243]. (Selvmord og selvmordsforsøk vil bli ytterligere omtalt i kapittel 5.) Depresjon ser ut til å også øke dødeligheten for de store somatiske folkehelse sykdommene, som hjerte-

og karsykdom, infeksjonssykdom og muligens også kreft [243].

Forskningmessig har det vært et sterkt fokus på å forstå sammenhengen mellom depresjon og død som følge av hjerte- og karsykdommer [244-248]. Det foreligger ingen klar enighet [243, 247], men forskningen har til nå studert tre mulige mekanismer: Den første viser til helseskadelig atferd ved depresjon; som økt røyking [185], dårligere kosthold [249], økt alkoholbruk [209], og redusert fysisk aktivitet [250], som igjen kan føre til økt fedme [54] og dermed økt risiko for hjerte- og karsykdom. Den andre forklaringsmekanismen viser til komorbiditet mellom depresjon og kroppslige sykdommer. Depresjon opptrer i sammenheng med de fleste somatiske symptomer [251-254] og somatiske diagnoser [255], og årsakssammenhengen går begge veier: Man kan bli deprimert som følge av belastninger ved somatisk sykdom [256], men depresjon øker også risikoen for alvorlig sykdom som hjerte- og karsykdom [247, 257]. For det tredje er det vist at personer som har hjerte- og karsykdom, og som samtidig er deprimerte har høyere dødelighet enn de som ikke er deprimerte. Det kan derfor se ut som det foreligger en interaksjonseffekt som i seg selv øker dødelighet ved depresjon [245].

For angstlidelser er forskningsresultatene noe mer uklare. En stor norsk studie konkluderer med at angst ikke øker dødelighet, slik vi ser ved depresjon [242-243], mens en internasjonal oversiktsartikkel rapporterte om sammenheng mellom angst og hjerte- og karsykdom [258]. Her ble det også funnet at generelt stress og sosiale faktorer var av betydning for utvikling av disse lidelsene, og videre økt dødelighet [258].

Resultater fra internasjonale studier har vist sammenhenger mellom totalkonsum av alkohol og dødelighet blant menn, men ikke like klart for kvinner [140]. Økning i alkoholkonsum øker også risikoen for de fleste typer fatale ulykker [136, 142-143].

Oppsummering

- Psykiske lidelser har alvorlige konsekvenser i form av økt sykefravær, arbeidsuførhet og dødelighet.
- Sykefravær og arbeidsuførhet
 - Psykiske lidelser er en viktig årsak til sykefravær og uførepensjon.
 - Offentlige norske statistikker rapporterte at 13,8 % av sykefraværet i siste kvartal 2008 skyldtes psykiske lidelser, men det reelle tallet er sannsynligvis langt høyere.
 - Sykefravær for psykiske lidelser har vært økende de siste tiårene.
 - Uførepensjon for psykiske lidelser innvilges gjennomsnittlig ved 9 år yngre alder enn uførepensjon for somatiske sykdommer.
 - Dersom avtalen om Inkluderende arbeidsliv (IA) fører til redusert arbeidsuførhet for psykiske lidelser må vi forvente høyere sykefravær. Sammenlignet med uførepensjon er arbeidslivsdeltakelse, eventuelt med forhøyet sykefravær, en bedre løsning både for den som er rammet av psykiske lidelser og for samfunnet.
- Dødelighet
 - Effekten av depresjon på økt dødelighet kan statistisk sammenliknes med effekten av røyking.
 - Depresjon øker dødelighet for de store sykdomsgruppene som hjerte- og karsykdommer og infeksjonssykdommer, og muligens også kreft.
 - Selvmord utgjør bare en liten andel av tidlig død som følge av depresjon.
 - Alkoholmisbruk øker risikoen for død som følge av ulykker og selvmord.

4

Behandling av psykiske lidelser i et folkehelseperspektiv

Dette kapittelet omhandler behandling av psykiske lidelser i et folkehelseperspektiv. Vi vil kort vise til studier som dokumenterer at det finnes god farmakologisk og psykologisk behandling for psykiske lidelser. Fokus i kapittelet vil være på utfordringer i forhold til tilgjengelighet av denne gode behandlingen til individer med psykiske lidelser i befolkningen.

4.1 Effektiv behandling for psykiske lidelser finnes, utfordringen er å gjøre den tilgjengelig i befolkningen

De fleste psykiske lidelser kan behandles med godt resultat, og behandling vil i mange tilfeller ha lavere kostnader for samfunnet sammenliknet med å la psykiske lidelser gå ubehandlet, særlig når gjentatt langvarig sykefravær eller uførepensjon er alternativet [259]. For det psykiske helsevesenet har det imidlertid vært utfordringer i å få formidlet at disse gode behandlingene finnes [260].

Farmakologiske og psykologiske behandlinger har blitt vesentlig forbedret de siste 30 årene, og effekten av disse er for mange lidelser god [261]. Depressive lidelser kan behandles med godt resultat gjennom ulike former for samtaleterapi [262-268], mens moderate til alvorlige depresjoner også har effekt av medikamentell behandling [269-271]. Angstlidelser kan behandles effektivt med kognitiv atferdsterapi [272-273]. Alvorlige psykiske lidelser som schizofreni [274] og bipolar affektiv lidelse [275] bør behandles med en kombinasjon av farmakologiske og psykologiske tiltak. Personlighetsforstyrrelser responderer best på psykologiske tiltak [276-278]. Rusrelaterte lidelser kan behandles medikamentelt, men best effekt oppnås dersom dette kombineres med psykologiske intervensjoner [279-282]. Det er likevel fortsatt viktig at vi stadig forbedrer og videreutvikler de behandlingalternativene som finnes, både farmakologiske og psykologiske.

I et befolkningsperspektiv er imidlertid utfordringen i første rekke å få gjort virksom behandling tilgjengelig for befolkningen [194-196, 283] snarere enn å utvikle nye, effektive behandlingsformer. Pasientene med de mest alvorlige psykiske lidelsene, som schizofreni

og bipolar affektiv lidelse, har i dag hovedsaklig et behandlingstilbud selv om kvaliteten kan variere. For de vanligste formene for psykiske lidelser, spesielt angstlidelser og depressive lidelser, er tilbudet om behandling langt mindre dekkende [198, 284-285]. I SSBs Levekårsundersøkelse fra 2005 ble det funnet at vanligste behandling for psykiske plager var behandling hos allmennlege (6,4 %), etterfulgt av psykolog (2,3 %) og psykiater (1,1 %) [196]. Den vanligste tilbudte behandlingen var farmakologisk behandling (3,1 %) etterfulgt av samtalebehandling (2,9 %) og innleggelse (0,8 %).

Fem sentrale "flaskehalser" finnes på veien mellom individet med en psykisk lidelse og den virksomme behandlingen, vist i figur 4 [63, 260].

4.2 Første flaskehals: Hjelpsøking

Den første utfordringen består i å få mennesker med psykiske lidelser til å søke hjelp. Mennesker med psykiske lidelser opplever ofte betydelig redusert livskvalitet, og en rekke somatiske symptomer [252, 255]. Plagene har også ofte vart over lang tid [68, 209]. Mange med psykiske lidelser søker ikke hjelp. Hjelpsøking er lavest ved depressive lidelser uten angstsymptomer [194]. Også blant ungdom er manglende hjelpsøking en utfordring. Selv blant de som har de aller høyeste symptomnivåene, har bare halvparten søkt hjelp for psykiske lidelser [195]. Egenrapportert hjelpsøking for psykiske problemer er analysert av Folkehelseinstituttet basert på data fra SSBs Levekårsundersøkelse 2005. I disse undersøkelsene oppgir 9 % av befolkningen at de har søkt hjelp for psykiske plager i løpet av de siste 12 månedene, et tall som er langt under det vi regner som forekomst av psykiske lidelser i befolkningen [196].

Bedre opplæring av befolkningen om psykiske lidelser, slik som at fysiske plager som søvnløshet, svimmelhet, magesmerter og hodepine også kan være symptomer på psykiske lidelser, kan føre til at flere søker hjelp for dette. Resultater fra Psykisk Helse i Skolen viste at opplæring av skoleelever i kunnskap om egen psykisk helse økte gjenkjennelsen av egne psykiske plager og videre hjelpsøking for dette [286]. Resultater fra en australsk studie viste at det å øke kunnskap om psykiske lidelser i seg

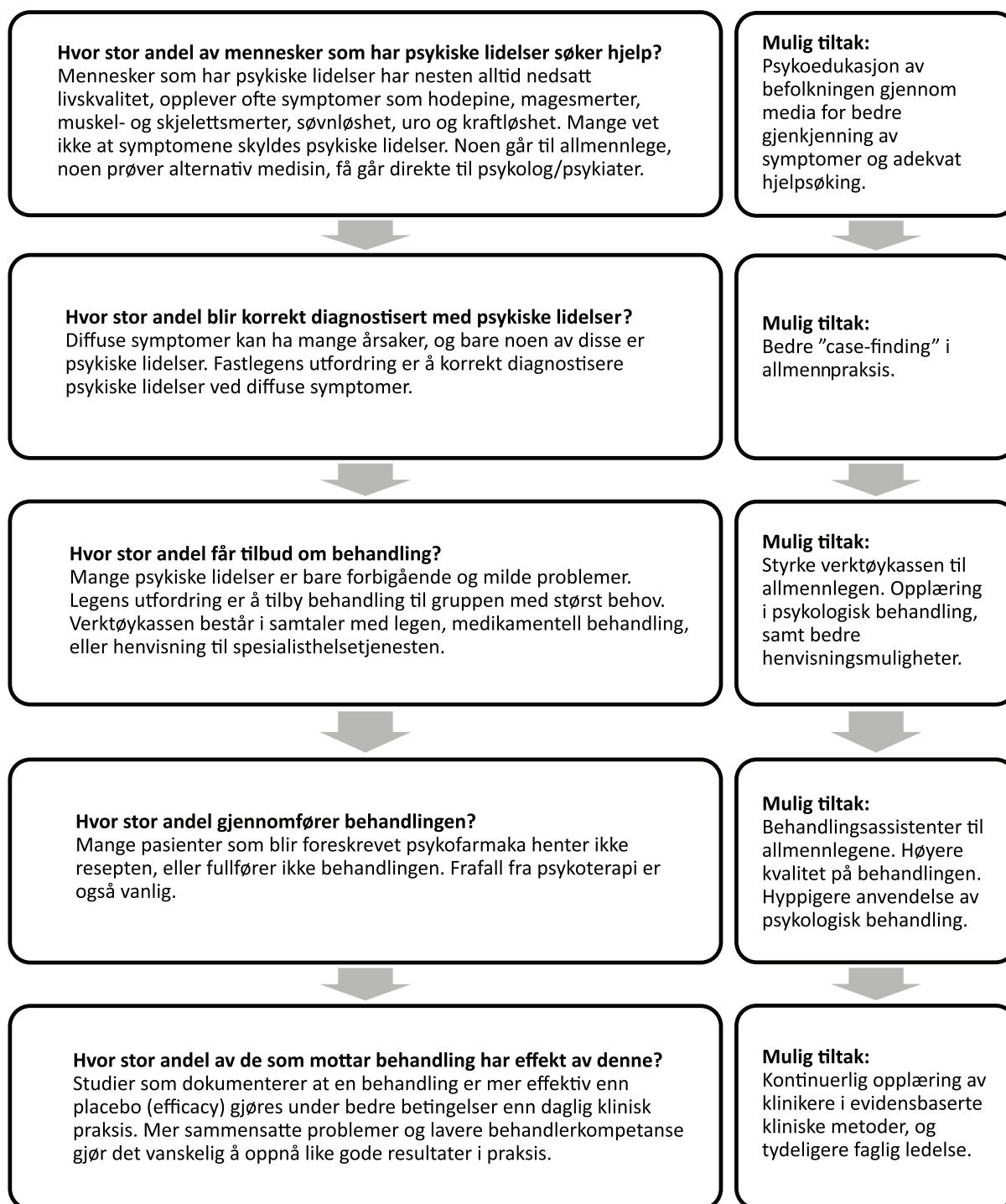


Fig 4: Modell for flaskehalser i effektiv behandling av psykiske lidelser

selv dempet symptomer blant mennesker med psykiske lidelser som ikke mottok behandling [287].

4.3 Andre flaskehals: Redusere underbehandling av syke og overbehandling av friske

Når pasienter med psykiske lidelser møter hos allmennlegen er det ofte kroppslige symptomer

som presenteres. De samme symptomene kan være utslag av både somatiske og psykiske lidelser. En stor utfordring for allmennleger er derfor å gjenkjenne når symptomene skyldes psykiske lidelser. Mange psykiske lidelser blir derfor underdiagnostisert [197].

Til tross for en økning i behandling av psykiske lidelser de siste årene, er det lite som tyder på at dette har gitt en tilsvarende nedgang i forekomst av psykiske lidelser i befolkningen [70]. Mesteparten av økningen

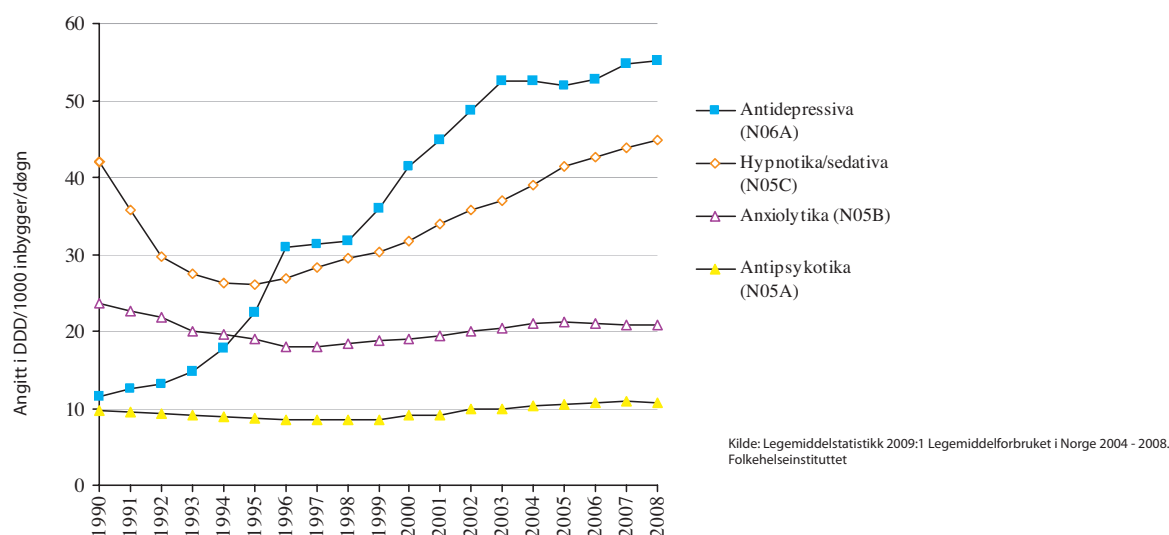


Fig 5: Salg av psykoleptika (N05) og antidepressiva (N06A) 1990-2008

i behandling har bestått av økt forskrivning av antidepressiva (figur 5) [288], og den største andelen av dette blir foreskrevet av allmennleger [289]. Resultater fra norske og internasjonale studier tyder på at både over- og underbehandling av psykiske plager i allmennpraksis er et betydelig problem, spesielt ved bruk av antidepressiva [70, 201, 290-292]. Mange får forskrevet slike medikamenter på grunnlag av milde tilstander, eller tilstander som ikke tilfredsstiller kliniske nivåer [70], mens medikamentene har best virkning ved alvorlig depresjon, og trolig ikke effekt utover placebo ved milde nivåer [271]. Konsekvensen av overbehandling er at helseressurser brukes feil, folk mottar behandlinger som kan medføre unødige bivirkninger, og manglende presisjon kan bidra til å redusere tilliten til behandlingsapparatet.

De fleste mennesker med høye nivåer av psykiske plager blir ikke behandlet [196]. Betydningen av underbehandling er alvorlig, sett i lys av at psykiske lidelser øker arbeidsuførhet [199, 206] og dødelighet [242-243]. Underbehandling av psykiske lidelser er ikke et særnorsk fenomen [283, 293], og på langt nær alle behandlinger for psykiske lidelser er effektive [293]. Den norske Levekårsundersøkelsen 2005 fant at kun 43 % av de med betydelige psykiske plager mottok behandling siste 12 måneder [196]. Tallet er antakelig for lavt på grunn av stort og skjevt frafall i undersøkelsen. Til og med blant mennesker som nylig har blitt innvilget uførepensjon for en psykisk lidelse oppgir mange at de aldri har mottatt behandling for dette [199].

En intervjuundersøkelse gjennomført etter oppdrag fra Sosial og Helsedirektoratet fant at blant 100 allmennleger etterspør 40 % bedre kompetanse i diagnostisering og behandling av psykiske lidelser [294]. Imid-

lertid har studier vist at opplæring av allmennleger i form av kurs alene ikke økte presisjonen i nevneverdig grad [197, 295]. Det er derfor viktig at opplæringstiltak er omfattende, og tar form av veiledet klinisk praksis. Et selvutfyllingsskjema om angst og depresjon har få økonomiske kostnader knyttet til seg, og kan til en viss grad bidra til bedret diagnostisering dersom det brukes sammen med allmennlegens kliniske skjønn [49]. Et annet effektivt tiltak er felles pasientkonsultasjoner hvor allmennlege og psykiater/psykolog ser pasienten sammen [296], men dette innebærer økte kostnader i opplæringsperioden [297]. En slik løsning har vært forsøkt i Norge med positivt resultat [298].

4.4 Tredje flaskehals: Allmennlegens verktøykasse

Akutte belastninger, som tap av personer som står en nær, kjærlighetssorg, tap av arbeid eller sosial anseelse, kan gi forbigående reaksjoner i form av psykiske lidelser. Disse vil ofte gå over av seg selv, og allmennlegen trenger da ikke gjøre annet enn å avtale en oppfølgingstime samt normalisere reaksjonene. De store gruppene psykiske lidelser, angstlidelser, depressive lidelser og alkoholavhengighet, har imidlertid ofte et kronisk forløp [63, 66-68]. Allmennlegens utfordring er å identifisere disse tilfellene tidlig og iverksette korrekt behandling [201].

De vanligste behandlingene for psykiske lidelser er støttesamtale med allmennlegen og/eller psykofarmakologisk behandling, først og fremst i form av antidepressiva [196, 201]. Bedre opplæring i bruk av psykologiske behandlingsmetoder, som kognitiv terapi, både i grunnutdanningen og som etterutdanning kan bidra

til å gjøre allmennlegene bedre i stand til å behandle lettere psykiske lidelser selv.

Allmennlegene har også en viktig funksjon som "portvoktere" inn til spesialisthelsetjenesten. Mange allmennleger etterlyser større anledning til henvisning av pasienter til spesialisthelsetjenesten for psykologisk og farmakologisk behandling [294]. Allmennlegene etterlyser også bedre samarbeid med andrelinjetjenesten. Dette er forhold som vil være i fokus for den nye foreslåtte Samhandlingsreformen [79].

Utenfor allmennlegekontorene finnes det andre tiltak som kan iverksettes, spesielt overfor grupper med lavere nivåer av psykiske lidelser og plager. Lavterskelintervensjoner ved psykiske lidelser ligner ofte på behandling. Forskjellen er hovedsakelig distribusjon av tiltak til store grupper samlet. Psykologiske intervensjoner er vist effektive for en rekke psykiske lidelser, men manglende tilgang til kompetente fagpersoner, særlig i kommunene, er fremdeles en betydelig folkehelseutfordring. I Storbritannia forsøkes nå storskala distribusjon av kognitiv atferdsterapi som et førstelinjealternativ hvor behandlerne ikke selv er psykologer eller psykiatere, men annet helsepersonell som har fått spesifikk opplæring i virksomme metoder under veiledning av psykologer eller psykiatere [285]. Satsningen er enda ikke evaluert, men resultatene fra Storbritannia vil være av relevans for Norge.

Kortvarig kognitiv atferdsterapi i gruppebehandling er effektive intervensjoner ved depresjon [181]. Kognitiv terapi fungerer forebyggende mot fremtidige tilbakefall [299], mye fordi pasientene lærer seg nye strategier for fortolkning av tanker og følelser ved å identifisere, realitetsteste og eventuelt korrigere negative tankemønstre [300]. En omfattende meta-analyse av 69 gruppebehandlings- og forebyggingsprogrammer for depresjon fant 11 % større symptomnedgang i intervensjonsgruppene enn i kontrollgruppene [301]. De beste tiltakene kombinerer ulike metoder (kognitiv terapi, atferdspsykologi, sosial støtte, mestring), og har en varighet på åtte behandlingstimer eller mer. *Problemløsningsterapi* likner kognitiv terapi, men antallet konsultasjoner er færre. Effekten har i mange tilfeller vist seg å være like god som kognitiv terapi [302]. I Norge og andre europeiske land har vi også god erfaring med gruppeorienterte kurs basert på kognitiv teori, som *Kurs i mestring av depresjon* (KiD) [303].

I Australia tilbys lavterskelintervensjoner blant annet gjennom "Beyond Blue" initiativet, som har lang erfaring i forebygging. Her kombineres ren informasjon og opplæring i gjenkjenning og mestring av

symptomer, psykoedukasjon, kurs for menn i psykologisk oppmerksomhet og andre gruppeaktiviteter. I tillegg til en rekke fagpersoner består staben i stor grad av frivillige og assistenter [304].

En nylig gjennomført litteraturgjennomgang konkluderte med at bruk av gode selvhjelpsbøker (biblioterapi) har vist moderat til god effekt på symptomer på angst og depresjon [305]. Internettbaserte behandlingsprogrammer, som bygger på prinsipper fra kognitiv terapi, har også vist god effekt på blant annet depresjon, PTSD og panikkklidelse [305-310]. Disse programmene er billige og enkle å administrere, og har potensiale til å nå ut til store deler av befolkningen.

4.5 Fjerde flaskehals: Frafall fra behandling

Når behandling er iverksatt for en pasient, er avbrudd før fullført behandling (dropout) neste utfordring. Antidepressiva har bivirkninger som avlatet humør, nedsatt seksuell lyst, svimmelhet, kvalme og mageproblemer [311]. En litteraturgjennomgang beregnet at rundt 40 % av foreskrevne psykofarmaka for depressive lidelser ikke blir brukt [312]. Pasienter ønsker ofte psykologisk behandling [285, 313], men dette er for de fleste ikke tilgjengelig slik tjenestene nå er organisert, med mangelfull henvisningskapasitet, begrenset tid og/eller kompetanse hos allmennlegen selv, samt uhensiktsmessig finansieringsordning. Frafall (dropout) er omtrent like vanlig i psykologisk behandling [314], og er knyttet både til forhold ved pasienten (lavere sosioøkonomisk status og minoritetsbakgrunn) [314] og ved terapeuten og behandlingen (kvalitet og erfaring på tjenester som ytes) [315]. Bedre behandlingskvalitet vil derfor trolig redusere antall avbrutte behandlinger.

4.6 Femte flaskehals: Kvaliteten på anvendt behandling

Det finnes god behandling for psykiske lidelser [154, 180, 262-268, 272-273, 275, 285, 316-317]. I evalueringen av Opptappingsplanen for psykisk helse er en av hovedkonklusjonene at kvantiteten i behandlingsapparatet er styrket, men at det gjenstår utfordringer i kvaliteten på tjenestene som ytes [71]. Skjev fordeling av behandlere i spesialisthelsetjenesten (psykologer, psykiatere) mellom byene og landsbygda er også en utfordring. Mange spesialister ønsker av ulike årsaker ikke å jobbe i små landlige kommuner, og disse stedene får dermed vansker med å tilby kvalifisert helsepersonell til sine innbyggere.

Dagens behandlere i den psykiske spesialisthelsetjenesten har betydelig selvbestemmelse i valg av behandlingsform og type etterutdanning, og er trolig mer selvstendige i forhold til strategiske valg av behandlingsformer enn hva som er vanlig innen andre spesialiteter i helsevesenet. Det er en rekke muligheter for tiltak i forhold til helsepersonell som jobber innen psykisk helse: kompetanseheving i utdanning av leger, psykologer og andre involverte faggrupper, bedre kvalitet på utdanning og etterutdanning, klarere retningslinjer for behandling og grundig veiledning av behandlere [284-285] og tydelig faglig ledelse og kontroll med virksomhet.

I dag behandles angstlidelser med en rekke ulike tilnærminger, noe som trolig ikke er optimalt. Det foregår stadig en diskusjon i fagmiljø om hvorvidt det skal legges mer vekt på bruk av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder. Tydeligere faglig veiledning og ledelse kan være et virkemiddel for å fremskynde at behandlere velger behandlingsstrategi basert på hva som er vist effektivt gjennom gode studier.

Oppsummering

- God behandling for psykiske lidelser finnes, både i form av psykologisk og farmakologisk behandling.
- Utfordringen er å gjøre denne behandlingen tilgjengelig for befolkningen.
- Fem flaskehalser i denne utfordringen er illustrert i figur 4:
 - Øke andelen av mennesker med psykiske lidelser som søker profesjonell hjelp.
 - Redusere underbehandling av personer med psykiske plager og psykiske lidelser og redusere overbehandling av mennesker uten psykiske lidelser i allmennpraksis.
 - Øke tilbudet av riktig behandling til de som trenger den ved å redusere terskelen for henvisning.
 - Redusere frafall fra behandling, blant annet ved å tilby behandling av høy kvalitet, samt ved å lette tilgangen til psykologisk behandling.
 - Øke kvaliteten på behandling gjennom opplæring av klinikere i kunnskapsbaserte metoder, samt styrking av faglig ledelse av kliniske virksomheter.

5 Selvmord og selvmordsforsøk

5.1 Forekomst av selvmord

I perioden 1996-2007 ble det registrert cirka 550 selvmord årlig i Norge, med variasjon mellom en topp på 583 i 1999 og bunn på 494 i 2002. Dette innebærer en gjennomsnittlig selvmordsrate på 11,8 per 100 000 innbyggere i denne perioden [318].

Fra slutten av 1960-årene til slutten av 1980-årene ble selvmordsraten fordoblet i Norge, til 16 per 100 000 innbyggere [319]. Fordoblingen gjaldt både menn og kvinner. Blant unge under 30 år var det en 3-4-dobling i registrert forekomst. Fra 1988 til 1994 ble selvmordsraten redusert med 25 %. Utviklingen deretter har vært utflating og stabilitet med små årlige variasjoner (figur 6).

Over dobbelt så mange menn som kvinner begår selvmord. Forekomsten av selvmord er relativt likt fordelt mellom aldersgruppene fra 20 år og over. Omtrent halvparten av alle selvmord skjer i aldersgruppene under 50 år, og selvmord medfører således mange tapte leveår i befolkningen. Selvmord er også blant de

vanligste dødsårsakene blant unge voksne. Selvmord blant barn under 15 år forekommer svært sjeldent.

Den vanligste selvmordsmetoden er henging, etterfulgt av forgiftning, skyting og drukning. Til sammen ble disse metodene benyttet i 85 % av alle selvmord i Norge. Det har vært en økning i andelen som benyttet henging som metode i forhold til skyting og forgiftning.

Selvsmordsraten i Norge er i dag på omtrent samme nivå som i de øvrige nordiske land med unntak av Finland som har dobbelt så høy rate [320].

5.2 Forekomst av selvmordsforsøk

Villet egenskade er tilsiktet skade på egen person som ikke er resultat av ulykke eller vold. Selvmordsforsøk er en undergruppe av villet egenskade, hvor intensjonen i større eller mindre grad er å avslutte eget liv. Det antas at for hvert selvmord er det om lag 10 selvmordsforsøk [319, 321]. Det finnes ingen god oversikt over hvor

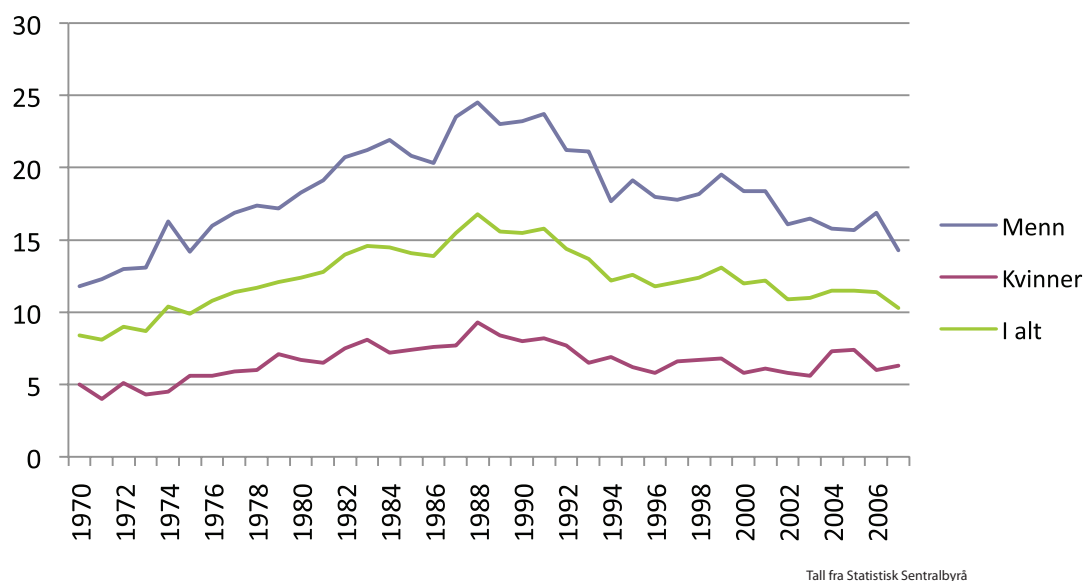


Fig 6: Selvmord i Norge 1979 til 2007. Pr 100 000 innbyggere.

mange som behandles for villet egenskade, inkludert selvmordsforsøk [320]. Et grovt estimat fra Folkehelseinstituttet anslår på bakgrunn av de nedenfornevnte kilder at det årlig behandles mellom 4000 og 6000 tilfeller av selvmordsforsøk.

Data fra WHO/EURO-registreringen av villet egenskade i Sør-Trøndelag [322] viste for siste 5 registreringsår (1995-1999) en gjennomsnittsrate på 129 per 100 000 for kvinner og 91 per 100 000 for menn over 15 år. Gjennomsnittstall for de europeiske sentrene i WHO/EURO-registreringen var 209 for kvinner og 170 for menn i samme tidsperiode [323].

En studie basert på data fra Norsk Pasientregister anslår 4300 tilfeller av villet egenskade årlig ved bruk av forgiftninger. Alkohol- og narkotikaforgiftninger er ikke inkludert [324].

Legger vi til grunn at forgiftninger utgjør 80 til 85 % av selvmordforsøkene og at 12 % blir behandlet uten innleggelse [325], vil beregnet totaltall på legebehandlede selvmordforsøk bli cirka 5500. Irland er det eneste landet i Europa hvor de har et eget nasjonalt dekkende register over selvmordforsøk (National Registry of Deliberate Self-Harm). De rapporterte om rater på 162 per 100 000 for menn og 215 per 100 000 for kvinner [326].

5.3 Risikofaktorer for selvmord

Sentralt i mange *psykologiske modeller* for å forstå selvmordsatferd er forhold som sviktende selvfølelse, perfeksjonisme, høye krav til egne ytelser, sviktende problemløsningsstrategier i mellommenneskelige konfliktforhold, lav toleranse for psykisk press og opplevd indre ensomhet [327]. Selvmordsforsøk er forbundet med en rekke negative livshendelser som fysisk, psykisk og seksuelt misbruk i oppveksten, senere brudd i nære mellommenneskelige forhold, tap av sosial posisjon eller andre ærekrenkende hendelser. Selvmordsrisikoen er økt ved visse kroppslige sykdommer. En utsatt gruppe er pasienter som har nevrologiske sykdommer med gradvis og langsom utvikling av degenerative kroppslige symptomer, men bevarte kognitive evner. Det er også sterke tegn på at kroniske smertetilstander gir økt selvmordsrisiko [328]. Det er knyttet forhøyet selvmordsrisiko til flere psykiske lidelser, men psykisk lidelse er ikke direkte årsak til selvmord. Det er kun en svært liten andel av mennesker med psykiske lidelser som tar sitt eget liv [243, 329-331].

Livstidsrisikoen for selvmord ved alvorlig depresjon er mellom 3 og 6 % [331], og ved schizofreni 5 % [329-

330]. Ved schizofreni er det høyest risiko i tidlig fase av sykdommen. I noen studier er det funnet at omkring halvparten av ungdom i alderen 15-19 år som tok sitt liv hadde en depressiv lidelse [332]. Også andre psykiske lidelser, som borderline personlighetsforstyrrelse og alkoholmisbruk, er forbundet med økt selvmordsfare [333-334]. Forhøyet selvmordsrisiko finnes også ved bipolar affektiv lidelse, spesielt i kombinasjon med rus.

I en norsk studie ble over 60 000 voksne mennesker kartlagt for symptomer på psykiske lidelser med sikte på å forebygge selvmord gjennom behandling av individer i risikogruppen. Det viste seg imidlertid at primærlegen allerede kjente til de fleste risikopersonene som ble identifisert i kartleggingen [335]. På den annen side viste det seg at de fleste av dem som tok livet av seg, ikke en gang hadde mildt forhøyede nivåer av angst og depresjon [243].

Tidligere selvmordforsøk er en klar risikofaktor, men tallene varierer i forskjellige oppfølgingsstudier. Det er tidligere anslått at om lag 10 % av personer som gjør selvmordsforsøk, vil dø som følge av selvmord i løpet av en tiårsperiode [336]. Risikoen er høyest i den nærmeste tiden etter selvmordsforsøket. Pålitelig registrering av selvskading og selvmordsforsøk kan derfor være et utgangspunkt for forebygging av senere selvmordforsøk og selvmord.

Mange selvmord skjer uten forutgående psykisk lidelse [337-338], også kalt selvmord som "lyn fra klar himmel". Her må vi vurdere alle de risikofaktorene som inngår i de psykologiske modellene for selvmordsatferd som er beskrevet ovenfor. Kompleksiteten i årsaksforholdene tilsier tilsvarende kompleksitet i løsningene [339].

Verdens Helseorganisasjon har angitt flere risikoforhold som man må rette oppmerksomheten mot i det forebyggende arbeidet, blant annet strengere kontroll med tilgang til selvmordsmidler som våpen, kontroll av medikamenter og giftnivå i medikamenter, giftige stoffer, samt tiltak for å redusere sensasjonspregete presseoppslag [340-342]. Dramatisk rapportering i media om selvmord kan øke forekomsten av selvmord [343].

En norsk ekspertgruppe la i 2005 frem forslag til en nasjonal strategi for forebygging av selvmord. Gruppen pekte på de samme risikofaktorene som WHO og rettet i tillegg oppmerksomheten mot forhold hvor det kun foreligger svake indikasjoner på sammenhenger, men hvor tiltakene i seg selv har en positiv verdi, slik som reduksjon av arbeidsløshet (særlig blant ungdom), redusere mobbing, og motvirke sosial isolasjon [344].

Styrke kunnskapen om selvmord og selvmordsrisiko både i og utenfor helsetjenesten, styrking av det frivillige og profesjonelle tilbudet til etterlatte ved selvmord, bedre nasjonal statistikk over selvmordsforsøk, evaluering av tiltak og styrket forskning på området, var andre foreslåtte tiltak.

Noen studier av medikamentell behandling av depresjon antyder at nedgangen i selvmord fra slutten av 1980-tallet til midten av 90-tallet kan skyldes økt bruk av antidepressiva [345]. Nedgangen i selvmord begynte imidlertid lenge før den sterke økningen i bruk av antidepressiva.

Antallet sykehusplasser i psykisk helsevern har siden begynnelsen av 1980-tallet og frem til i dag, blitt betydelig redusert til fordel for et økt poliklinisk behandlingstilbud. Reduksjon i antallet senger har medført færre oppholdsdøgn for innlagte selvmordsforsøkere. Reduksjonen i antall liggedøgn under Opptrappingsplanen for psykisk helse har ikke ført til økt risiko for å gjenta selvmordsforsøk eller begå selvmord blant innlagte selvmordsforsøkere [346].

Mer enn 80 % av dem som tar livet sitt har vært i kontakt med allmennlege siste år før selvmordet finner sted, og opptil 66 % i løpet av siste måned [347-348]. Det er imidlertid manglende kunnskap i suicidologi blant helsepersonell. Dette er et forhold som det bør rettes på [349]. Det er også viktig å understreke at selvmordsforebygging ikke er helsevesenets ansvar alene. I alle miljøer og på alle nivåer kan man iverksette tiltak som motvirker utstøting, avvising, mobbing, overgrep, arbeidsledighet, krenkelser og andre risikofaktorer som kan føre til selvmordsatferd. Forebyggende arbeid bør skje på flere arenaer, som utdanningsinstitusjoner, arbeidsliv, forskningsinstitusjoner, politi, sosialetat, politisk arbeid, eldreomsorg og boligplanlegging.

5.4 Psykiske belastninger og økt selvmordsrisiko hos etterlatte ved selvmord.

Internasjonale studier har funnet større nivå av belastninger og plager på alle mål for psykisk- og fysisk helse blant selvmordsetterlatte. Det er også funnet større opplevd ensomhet og isolasjon, samt betydelig dårligere sosial funksjon blant etterlatte ved selvmord enn blant etterlatte ved naturlige dødsfall [350]. Dette er i tråd med resultatene fra en stor og landsomfattende norsk studie [351].

Etterlatte som opplever selvmord blant nærstående personer, har også større selvmordsrisiko enn etter tap

ved naturlig død [350, 352]. En stor dansk undersøkelse fant tre ganger så høy risiko for nye selvmord blant de selvmordsetterlatte som i sammenligningsgruppen [352], og selvmordsrisiko øker ytterligere hos etterlatte med psykisk lidelse som krever sykehusinnleggelse [353].

I tillegg til informasjon og sosial og følelsesmessig støtte til de etterlatte innledningsvis, er det viktig å fange opp de som sliter med mer spesifikke problemer som komplisert sorg eller posttraumatiske reaksjoner [354-356].

Oppsummering

- I perioden 1996 – 2007 ble det registrert rundt 550 selvmord årlig.
- Selvmordsraten i 2007 var på 10,3 per 100 000 innbyggere.
- Forekomsten av selvmord er relativt likt fordelt mellom aldersgrupper fra 20 år og oppover.
- Omtrent 2-3 ganger flere menn enn kvinner tar livet av seg.
- Det er antatt at det er mellom 4000 og 6000 selvmordsforsøk årlig som behandles i helsetjenesten. Det er 3 ganger flere kvinner enn menn som gjør selvmordsforsøk.
- Psykiske lidelser er sjelden alene årsak til selvmord, men selvmordsrisikoen er forhøyet i denne gruppen sammenliknet med resten av befolkningen.
- Tidligere selvmordsforsøk er en av de lettest identifiserbare risikofaktorer for selvmord.
- Etterlatte ved selvmord har betydelig mer fysiske og psykiske plager og belastninger enn etterlatte etter andre dødsfall. De har også forhøyet selvmordsrisiko.
- Det er viktig å redusere risikoforhold som å begrense tilgang til selvmordsmidler og øke kunnskapen om risikoforhold i og utenfor helse-sektoren.

Del 2: Psykiske lidelser blant barn og unge i Norge

Kristin Schjelderup Mathiesen



6

Forekomst av psykiske lidelser blant barn og unge

Symptomene på psykiske lidelser er forskjellige på ulike aldersstrinn. I de yngste aldersgruppene er de dels knyttet til vansker med regulering av biologiske funksjoner som søvn og spising, og dels knyttet til vansker med regulering av følelser og oppmerksomhet uttrykt som aggresjon, uro, engstelse, tristhet, og annet. Senere i barne- og ungdomsalderen domineres symptomtombildet av overdrevne eller uvanlige følelsesmessige reaksjoner og normbrudd.

De fleste symptomer har en kontinuerlig fordeling i befolkningen. Det er gjerne kvantitative avvik (noe man har mer eller mindre av) heller enn kvalitative avvik (noe man enten har eller ikke har) som definerer psykopatologi [357]. Både hos barn og voksne skiller en gjerne mellom psykiske lidelser og psykiske plager, selv om det her er glidende overganger [358]. Mot den ene enden av skalaen finnes ulike grader av globale symptomer som nedsetter funksjonsevnen, men som ikke kan klassifiseres som spesielle lidelser. Mot den andre enden er de spesifikke lidelsene som kan deles inn etter diagnostiske systemer som ICD-10 (International Classification of Diseases) [4] eller DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) [6].

Psykiske lidelser kjennetegnes ved at symptombelastningen er så stor at det kvalifiserer til diagnoser som generalisert angstlidelse, alvorlig depresjon, anoreksi, ADHD eller psykose. Diagnoser stilles gjennom kliniske vurderinger, ofte støttet av strukturerte kliniske intervju. En slik fremgangsmåte benyttes ofte i undersøkelser av kliniske utvalg, men mer sjelden i store befolkningsundersøkelser. I Norge er det foreløpig kun gjennomført én befolkningsbasert intervjuundersøkelse av forekomsten av psykiske lidelser hos barn og unge. Resultater fra studien "Barn i Bergen" – som fortsatt pågår – viste at 7 % i aldersgruppen 8 til 10 år har en diagnostiserbar psykisk lidelse [359]. Øvrige norske og utenlandske spørreskjemaundersøkelser som kartlegger symptombelastning viser at symptommengden øker med stigende alder [13, 360]. Basert på dette vil et konservativt estimat av forekomsten i Norge tilsi at om lag 8 % (70.000) av alle barn og unge mellom 3 og 18 år på et gitt tidspunkt har en psykisk lidelse.

Psykiske vansker brukes i denne rapporten når barn og unge har symptomer som i betydelig grad går ut over

trivsel, læring, daglige gjøremål og samvær med andre, men uten at kriteriene for diagnoser er tilfredsstilt. Symptombildet, stabilitet, debutalder og forekomst av psykiske vansker varierer med familiære og sosio-økonomiske forhold, kjønn og alder. Beregninger av forekomsttall varierer også med informantgruppe og målemetode. Ved å sammenholde informasjon fra større norske undersøkelser, antar vi at 15 - 20 % av barn og unge under 18 år har nedsatt funksjon på grunn av psykiske vansker [359, 361-366].

6.1 Typer av lidelser

Rapporten omhandler fem overordnede grupper av psykiske lidelser hos barn og unge. Hyppigst forekommer *emosjonelle lidelser* (internaliserende symptomer og plager som nedstemthet, engstelse og problemer med spising og søvn) og *atferdsforstyrrelser* (eksternaliserende symptomer og atferd som aggresjon, irritabilitet, norm- og regelbrudd og konsentrasjonsvansker) [367]. Nær en tredjedel av barn og unge med psykiske lidelser har i perioder symptomer på både emosjonelle lidelser og atferdsforstyrrelser [359, 368-370]. Psykiske vansker kan grupperes på tilsvarende måte, men da basert på mildere symptombelastning eller færre symptomer. I tillegg har en gruppe barn og unge *nevropsykologiske utviklingsforstyrrelser* som ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, som viser til vansker med oppmerksomhet, konsentrasjon og hyperaktivitet), autisme og autismlignende tilstander (ASF - autismespekterforstyrrelser, herunder Aspergers syndrom, som viser til manglende forståelse av sosiale situasjoner og repeterende handlingsmønstre) og lærevansker. De fleste barn med ADHD og ASF utvikler i tillegg etter hvert også symptomer på emosjonelle lidelser eller atferdsforstyrrelser [371-372]. I ungdomsalderen diagnostiseres *spiseforstyrrelser* [373-374] og *psykoser* hos en liten gruppe [373].

6.2 Stabilitet og endring i psykiske lidelser blant barn og unge

Stabiliteten i symptombelastningen er høy og stiger med økende alder gjennom barne- og ungdomsårene. 25 % av barn som ved atten måneders alder har bety-

delige (1,5 standardavvik over utvalgsgjennomsnittet) psykiske symptomer har også dette når de er fire år [375]. Blant fireåringene vil 40 % av de med diagnostiserbare psykiske lidelser ha disse fremdeles som 10-åring [376-378].

For de fleste er imidlertid symptomene forbigående. Det er ikke unormalt å ha hatt en psykisk lidelse eller atferdsforstyrrelse i begrensede perioder. I en omfattende amerikansk studie der de intervjuet en gruppe barn hvert år fra de var 4 til 16 år, fant de ut at mellom 5 og 8 % hadde en psykisk lidelse på hvert undersøkelsestidspunkt (punktforekomst). I tillegg oppfylte 37 % av 16-åringene kriteriene for en diagnose én eller annen gang i løpet av barneårene [379]. Forholdene er antakeligvis liknende i Norge.

6.3 Tidligere debut og mer komplekse lidelser i utsatte grupper

Studier fra vestlige velferdssamfunn viser at den relative forskjellen i helsetilstand mellom familier fra ulike sosiale grupper har økt jevnt i de siste 10–20 årene, også i Norge [380]. Selv om folkehelsen i sum stadig bedrer seg, øker avstanden mellom ulike sosiale grupper innen befolkningen når det gjelder sykdom og helsesvikt [381]. Disse tilsynelatende motsetningsfylte utviklingstrekkene kan skyldes at helsetilstanden er blitt bedre hos de fleste som har betalt arbeid, mens symptommengden har økt i en mindre undergruppe samtidig med en økning i uførepensjonering og problemer som fedme, selvskading og alkoholavhengighet [382]. En årsak til en slik polarisering kan være at familier som er vanskeligstilte økonomisk, sosialt og psykologisk i mindre grad nyttiggjør seg av velferdsgoder som gratis utdanning og kulturtilbud, som i prinsippet er tilgjengelig for alle [383]. Dette kan bidra til at barn fra vanskeligstilte familier er "dobbeltsatte" fra tidlig alder [384]. En studie fra New Zealand som fulgte et årskull av 1000 barn fra de første leveårene, viser at det var store forskjeller i psykisk helse mellom de fem prosentene med de vanskeligste levekårene og de andre. Kun 13 % av barna fra de vanskeligstilte familiene var symptomfrie i 15-årsalderen. En stor andel hadde symptomer på emosjonelle lidelser. Mange hadde forlatt skolen før tiden eller misbrukket rusmidler. I resten av årskullet var det 81 % som var symptomfrie [385].

Fra andre vestlige land er det rapportert at gruppen barn og unge med komplekse psykiske lidelser som det er vanskelig å behandle er større i dag enn den var for kun 20 år siden. Lidelsene synes også å ramme barn og unge i stadig yngre aldre [386]. Vi har ikke opplys-

ninger om hvorvidt dette også er tilfelle i Norge, men vi vet at de sosiale forskjellene i helse øker i dagens Norge [381]. Dette skaper store utfordringer som vi må møte med effektive og kunnskapsbaserte forebyggende tiltak. I tillegg til å bedre oppvekstmiljøet til alle barn, må vi spore opp barna som er særlig utsatt og sette inn tiltak før problemene er blitt kroniske. Forebyggende tiltak rettet inn mot barn og unge blir nærmere omtalt i en kommende rapport fra Folkehelseinstituttet.

6.4 Særlige utfordringer ved måling av symptomer hos barn

Diagnostisering av psykiske lidelser hos barn innebærer særlige utfordringer som varierer med ulike alderstrinn. WHO har introdusert et enhetlig diagnostisk prosedyre for forskning på voksne [387]. De vanlige diagnosesystemene ICD-10 [4] og DSM-IV [6] er imidlertid ikke egnet for barn i alderen 0–4 år [388]. Hos små barn kan problemer med søvn, spising, renslighet og lek være uttrykk for underliggende psykiske vansker [389]. Dette kan imidlertid også være tegn på forbigående biologisk umodenhet [390]. Et relativt nytt diagnostisk klassifiseringssystem ("Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood" DC 0–3 og DC 0–3 R) er utarbeidet for å bedre beskrivelsen av problematferd hos barn fra fødselen av og opp til 4 år [391-392]. Systemet har en egen "relasjonsakse" som skal fange opp hvordan forholdet mellom barn og omsorgsgiver(e) virker inn på barnets utvikling.

Fra fireårsalderen begynner symptombildet å ligne på det vi senere ser i barne- og ungdomsårene. For dette alderstrinnet og oppover benyttes ofte spørreskjema og kartleggingsverktøy som har tatt utgangspunkt i ICD og DSM definerte diagnoser. Varierende praksis ved slike "oversettelser" fra diagnosekriterier til spørreskjema gjør at kriteriene, og dermed resultatene, kan variere betydelig fra undersøkelse til undersøkelse.

En annen grunnleggende utfordring ved å få fram pålitelige og sammenlignbare målinger oppstår ved at problemer blir målt i ulike situasjoner og at informasjon innhentes fra ulike informanter (barna selv, foreldre, lærere og trenede observatører), ettersom mindre barn har begrensede evner til selvbedømming.

6.5 Kjønnforskjeller

Det er små kjønnsforskjeller i forekomsten av psykiske lidelser fram til seksårsalderen [375]. I aldersgruppen 6 til 12 år er to av tre med diagnostiserbare psykiske lidelser gutter. Etter puberteten er to av tre med psykiske lidelser jenter [361]. Dette reflekteres tydelig i behandlingsapparatet i Norge. Tall fra SINTEF i 2009 [393] viser at to av tre klienter under 12 år som behandles innen det psykiske helsevernet for barn og unge er gutter. Etter puberteten er kjønnsforskjellene motsatt, og to av tre klienter er jenter. Dette gjelder både i befolkningen og i poliklinikker og institusjoner. Hyperaktivitet og konsentrasjonsvansker, atferdsforstyrrelser og ADHD er de vanligste henvisningsgrunnene for gutter. Flest jenter blir henvist på grunn av tristhet og depresjon og emosjonelle symptomer. Sett under ett er angstlidelser den vanligste typen psykiske lidelser blant barn og unge.

6.6 Debutalder og forekomst

I det følgende presenterer vi aldersvariasjoner i utbredelse av symptomer på tvers av diagnoser. Deretter går vi nærmere inn på de enkelte diagnosene. Norske tall brukes der slike finnes.

6.6.1 Førskolealder (0–5)

Internasjonale studier rapporterer at de hyppigste symptomene på psykiske vansker hos barn i tidlig førskolealder er søvnvansker og vansker med renslighet (10 - 15 %), atferdsforstyrrelser (6 - 10 %) og angstlidelser (6 - 10 %) [379, 394]. I en norsk undersøkelse av vel 900 barn på 18 og 30 måneder var mødrenes angivelse av reguleringsvansker (søvn, spising og renslighet) i samme størrelsesorden [365]. De norske barna hadde imidlertid noe færre symptomer på angstlidelser og atferdsforstyrrelser, til sammen i underkant av 6 %, enn det som rapporteres fra andre land [395].

Allerede i første leveår kan tidlige tegn på autisme og autismelignende forstyrrelser (ASF) oppdages. Diagnose kan stilles ved to år, men det går ofte ytterligere ett år før man kan si hvilken undergruppe forstyrrelsen tilhører [396]. De fleste får imidlertid diagnosen ASF først ved fireårsalderen (knappe 1 % får diagnosen i løpet av barneårene).

Fra fireårsalderen kan man begynne å se symptomer på ADHD som gjør at man kan stille en sikker diagnose et par år senere [397]. Mellom 2 og 5 % får diagnosen i barneårene. De fleste barn med ADHD blir utredet og behandlet først etter at de har begynt på skolen

og/eller har utviklet emosjonelle lidelser eller atferdsforstyrrelser i tillegg (60 - 80 % av barna med ADHD utvikler atferdsforstyrrelser).

Forsinket språkutvikling kan være en risikofaktor for mange lidelser fordi kommunikasjon med andre blir vanskelig og risikoen for tilleggsvansker øker [398]. Vanligvis vil rundt halvparten av treåringene med forsinket språk ta igjen sine jevnaldrende i løpet av et par år. For de resterende barna kan språkforsinkelsen være et symptom på en utviklingsforstyrrelse [399]. En kartlegging av 22 000 barn i "Den norske mor og barn-undersøkelsen" (MoBa) viste at 5 % av barna hadde forsinket språkutvikling ved treårsalderen [400]. Forekomsten er i samme størrelsesorden som det som rapporteres fra andre land [401-402].

Det finnes få studier av barn i de yngste aldersgruppene, og det er stor usikkerhet omkring både målemetoder og hvilken vekt man skal tillegge tidlige presentasjoner av symptomer. For få år siden ble det antatt at utbredelsen av diagnostiserbare psykiske lidelser var lavest blant de yngste. Nyere epidemiologiske studier som har anvendt ordinære diagnosekriterier har imidlertid rapportert om forekomster på mellom 14 og 26 % blant engelske og danske barn fra to til fem år [403-404]. Disse forekomsttallene er høyere enn det som vanligvis rapporteres fra studier av eldre barn, og det er usikkerhet omkring gyldigheten. I Norge har to pågående langtidsundersøkelser samlet informasjon om psykiske lidelser hos barn i førskolealder. "Barns sosiale utvikling (BONDS)" ved Atferdssenteret studerer utviklingen hos 1 159 barn fra 6 måneder til 4 år. "Tidlig Trygg i Trondheim" undersøker alle barn som går i barnehagene i Trondheim. Foreløpig kan vi ikke presentere norske tall fordi det ennå ikke foreligger publiserte resultater fra studiene.

6.6.2 Grunnskolealder (6–12)

På et hvert tidspunkt har mellom 3 og 7 % av barn i grunnskolealder en angstlidelse eller en alvorlig depresjon [359, 361]. Omtrent like mange diagnostiseres med atferdsforstyrrelser eller med nevropsykologiske utviklingsforstyrrelser som ADHD og ASF [405]. En rapport fra SINTEF Helse oppgir at 2,5 % av barn under 18 år hadde diagnosen ADHD i Norge i 2002, men at den reelle forekomsten antakeligvis er langt høyere [406]. Internasjonale undersøkelser opererer ofte med høyere tall, og en metastudie konkluderte med en gjennomsnittlig forekomst på verdensbasis på omlag 5 % [397]. Det var imidlertid stor variasjon, noe som hovedsakelig skyldtes forskjeller i målemetoder og ikke geografiske forskjeller.

Den mest omfattende norske studien av symptomer hos barn i grunnskolealder er "Barn i Bergen" [359]. I første fase ble det samlet informasjon om den psykiske helsen til vel 9 000 barn i andre, tredje og fjerde klasse. Deretter ble det trukket et underutvalg på bakgrunn av symptomskårene, og cirka 1 000 barn og deres foreldre ble intervjuet. Forskergruppen rapporterer at nær 7 % av barna mellom 8 og 10 år tilfredsstiller kriteriene for en diagnose (både DSM-IV- og ICD-10 kriterier). Britiske studier som bruker samme metodikk finner at 9,5 % av barn mellom 5 og 15 år fyller kriteriene for diagnostiserbare lidelser (punktforekomst) [407-408]. De norske forekomsttallene er lavere enn det som er vanlig å finne i internasjonale studier. En rekke studier fra Skandinavia som har brukt spørreskjemametodikk for å fange opp symptomer finner gjennomgående lavere symptombelastning hos barn i Skandinavia enn i resten av den vestlige verden. De hyppigste enkeltlidelsene i "Barn i Bergen" studien var emosjonelle lidelser (angst og depresjon) med 3,2 %, atferdsforstyrrelser (aggresjon og utagering) med 2,5 % og ADHD med 1,3 % (betydelig lavere enn rapportert i nasjonale [406] og internasjonale [397] undersøkelser). Til sammen hadde i underkant av 1 % av barna fra "Barn i Bergen" også lidelser som ASF, tics, spiseforstyrrelser eller tilknytningsforstyrrelser.

Puberteten markerer et brått skifte i psykisk utvikling, både biologisk, psykologisk og sosialt. Biologiske endringer er knyttet til at barna blir kjønnsmodne, samtidig som det skjer psykologiske endringer i identitetsutvikling, og sosiale endringer knyttet til samhandlingsmønstre og sosiale roller. Kjønnsforskjellene i psykiske lidelser endres også i puberteten. Før puberteten er det flere gutter enn jenter som både har psykiske lidelser og som behandles for dette. Etter puberteten dominerer jentene. Parallelt endres sykdomsbildet. Før puberteten forekommer atferdsforstyrrelser og utviklingsforstyrrelser omtrent like hyppig som emosjonelle lidelser. Etter puberteten dobles forekomsten av de emosjonelle lidelsene, mens atferdsforstyrrelsene reduseres. Det er påfallende hvor lite forskning som har studert pubertetens betydning for psykiske lidelser, tatt i betraktning at så vidt store endringer skjer i løpet av en såpass kort utviklingsperiode.

6.6.3 Ungdomsalder (13–18)

En internasjonal oversiktsstudie av diagnostiserbare psykiske lidelser hos ungdom i den vestlige verden tyder på at utbredelsen ligger på rundt 15 % [409]. Forekomsten er altså høyere blant ungdom enn blant barn. Foreløpig har vi ikke tall for forekomsten av diagnostiserbare psykiske lidelser hos norsk ungdom.

Fra 12–14-årsalderen og fremover i ungdomsalderen er angst og depresjon de klart største diagnosegrup-

pene med henholdsvis 10 - 15 %, og 3 - 8 % [410]. I tillegg utvikler rundt 1 % en alvorlig spiseforstyrrelse i ungdomsalderen [411], og mellom 0,6 og 1 % viser tidlige tegn på en psykose [412-413].

Innen autismspekteret vil mange barn med Aspergers syndrom (mildere symptomer på autisme og sosiale lærevansker sammen med nær normale intellektuelle evner og språkutvikling) ha startet på videregående skole før en endelig diagnose blir stilt. Siden mange tidligere har vært utredet for både ADHD og lese- og skrivevansker, tyder dette på at fagpersonell har mangelfull kunnskap om denne typen forstyrrelser [414].

Ved inngangen til voksenalderen har ungdom angstlidelser, depresjon, atferdsforstyrrelser, lærevansker, ADHD, spiseforstyrrelser, villet egenskade, rusmisbruk og, i sjeldnere tilfeller, også ASF, psykoser og manier. Villet egenskade og rusmisbruk omtales i kapittel 1 og 5 i rapportens første del. De andre lidelsene omtales nærmere i det følgende.

6.7 Type lidelse og forekomst

6.7.1 Angst og depresjon

Angst og depresjon er de hyppigste psykiske lidelsene i barne- og ungdomsårene [379, 410]. Det er sterk samvariasjon mellom dem. Rundt 40 % av unge med en depresjonslidelse har samtidig en angstlidelse, og rundt 20 % av ungdom med en angstlidelse har også en depresjonslidelse [368, 415]. Angstlidelser utvikles ofte tidligere enn depresjon. Dette kan tilsi at depresjon er sekundært til angst, eller at begge lidelser har utgangspunkt i en felles sårbarhet [416].

Angst. Barnets modenhetsnivå bestemmer hvordan man skal oppfatte skillet mellom normal frykt og symptomer på en angstlidelse. En angstlidelse kjenne- tegnes ved at barnet viser engstelse som er atypisk for alderen, oppleves skremmende intenst og forårsaker mye ubehag og påvirker barnets funksjon hjemme, på skolen eller blant venner og familie.

Hos barn og unge deles angstlidelser ofte inn i syv undertyper: 1) *separasjonsangst* – en unormal engstelse for å bli skilt fra hjemmet eller nære omsorgspersoner, ofte ledsaget av gråt, hode- og magesmerter, mareritt og skolevegring; 2) *spesifikke fobier* – en unormal redsel for objekter som for eksempel edderkopper, eller spesifikke situasjoner som det å være i et lite rom eller på ubeskyttede eller åpne plasser; 3) *generalisert angstlidelse eller overengstelig lidelse* – en kraftig og vedvarende engstelse på flere områder, ofte ledsaget av rastløshet, irritabilitet, søvn-



forstyrrelser og muskelspenninger; 4) *sosial angstlidelse* – en sterk engstelse for ukjente sosiale situasjoner og for andres vurdering av en selv; 5) *panikkangst* – en gjentakende og spontan opplevelse av intens redsel eller panikkanfall; 6) *tvangstanker* og tvangs handlinger – gjentakende, dominerende og plagsomme tanker og/eller handlinger, og; 7) *posttraumatisk stressyndrom* – kjennetegnet av problemer med søvn eller konsentrasjon, irritabilitet og gjenopplevelse av traumet i form av drømmer/mareritt eller "flashbacks".

Fobier og separasjonsangst er mest typiske før puberteten. Grøholt og kolleger [417] rapporterer at 2 - 5 % av norske barn har en av disse to angsttypene, og at forekomsten av generalisert angstlidelse ligger på mellom 3 og 4 % i barnealderen. Med stigende alder øker forekomsten av angstlidelsene og generalisert angstlidelse og sosial angst blir mer vanlig [410, 418-419].

Selv om forekomsten varierer mellom angsttyper og fra studie til studie, anslås det at rundt 20 % vil få

en angstlidelse i løpet av oppveksten, og opp mot halvparten av disse vil ha tydelig funksjonsnedsettelse på grunn av angstproblemene [410, 418]. Både i barne- og i ungdomsalder får dobbelt så mange jenter som gutter en angstlidelse.

Depresjon Depresjon kjennetegnes hovedsakelig av nedstemt humør, passivitet og mangel på glede og interesse for de fleste aktiviteter. Hos barn og unge kan depresjon uttrykkes gjennom irritabelt humør i stedet for tristheten, som er det fremtredende trekket hos voksne. I tillegg kjennetegnes depresjon av symptomer som søvnproblemer, mangel på matlyst, vektøkning eller vekttap, problemer med å tenke eller konsentrere seg, tilbaketrekking og opplevelse av verdiløshet, skyld eller skam. Vi skiller mellom diagnosen "alvorlig depresjon" som gis til barn og unge som har hatt en depressiv episode og diagnosen "dystymi" eller "kronisk depresjon". Dystymi er en vedvarende tilstand med depressive symptomer hvor man kan ha færre og mindre alvorlige symptomer enn ved alvorlig depresjon [10, 76]. En sjeldnere diagnose hos barn er bipolar

affektiv lidelse, som sikter til store svingninger i stemningsleiet i form av ulike kombinasjoner av depresjon, mani og hypomani.

Norske studier indikerer at 15 - 20 % av ungdom har betydelige symptomer på depresjon, og at opp til 5 % har såpass alvorlige depressive symptomer at de har en diagnostiserbar depressiv lidelse [361, 420]. Internasjonale studier av alvorlig depresjon hos ungdom rapporterer at mellom 4 og 8 % tilfredsstiller diagnostekriteriene på et gitt tidspunkt, og at mellom 15 og 20 % under 18 år har hatt en depressiv lidelse én eller annen gang i løpet av barndommen [421]. Forekomsten av depressive lidelser hos ungdom antas derved å være noe lavere i Norge enn i andre vestlige land.

Etter puberteten er sannsynligheten for å bli deprimeret to til tre ganger større for jenter enn for gutter [361, 422].

6.7.2 Atferdsforstyrrelser – utagerende atferd og normbrudd

Betegnelsen "atferdsforstyrrelser" favner vidt og omfatter til dels svært ulike typer av utagerende og normbrytende atferd. Vanligvis skiller man mellom mønstre av alvorlig problematferd som oppfyller kravene til en diagnose, og beskrivelser av mer enkeltvis normbrytende handlinger. Overgangen mellom hva som er normalatferd og hva som er mer avvikende atferd er glidende og kan være vanskelig å definere. I den mest alvorlige enden av spekteret er diagnosene "alvorlig atferdsforstyrrelse" (Conduct disorder, CD) og "opposisjonell atferdsforstyrrelse" (Oppositional defiant disorder, ODD). Diagnosen "alvorlig atferdsforstyrrelse" omhandler gjentakende og vedvarende krenking av andre menneskers rettigheter, brudd på vesentlige sosiale normer som aggressiv atferd mot mennesker eller dyr, eller alvorlig ødeleggelse av eiendom. Diagnosen "opposisjonell atferdsforstyrrelse" innebærer et mønster av negativ, fiendtlig og aggressiv atferd rettet mot autoritetspersoner. Symptomene skal ha vart i minst seks måneder og kan for eksempel uttrykkes som raserianfall, aktivt å motsette seg samarbeid og å skyld på andre [4, 6]. Det er viktig å huske at mange barn og unge har problemer med aggressiv og normbrytende atferd uten at det kvalifiserer til en atferdsforstyrrelsesdiagnose. Det er store aldersmessige variasjoner i typer av problematferd, hyppighet og utbredelse. I det følgende bruker vi begrepet "atferdsforstyrrelser" som en fellesbetegnelse på ulike former for utagerende og normbrytende problematferd fra småbarnsalderen og gjennom ungdomsårene.

I tidlige barneår er det vanlig med episoder av problematferd som raserianfall, irritabilitet, hyperaktivitet,

uro, konsentrasjonsvansker, ulydighet og trass. I en norsk studie rapporterte mødre til et utvalg av barn mellom halvannet og fire år at 3 - 4 % av dem ofte var svært aggressive og vanskelige å oppdra, mens mer enn 70 % var slik av og til. Om lag 2 % hadde langvarige og hyppige raserianfall, mens nær 60 % hadde dette av og til. Mellom 7 % (halvannetåringer) og 3 % (fireåringer) ble beskrevet som hyperaktive [395].

Fra grunnskolealder anses opposisjonell atferd, skoleskulk, tyveri, hæverk, aggressiv atferd og mobbing som symptomer på atferdsforstyrrelser. I ungdomsårene inkluderes gjerne også rusmisbruk og lovbrudd. Heiervang og kolleger rapporterer fra studien "Barn i Bergen" at 3,2 % av barna mellom 8 og 10 år kvalifiserer for en atferdsforstyrrelsesdiagnose [359]. Nær 2,5 % har opposisjonell atferdsforstyrrelse, 0,5 % har alvorlig atferdsforstyrrelse, mens 0,3 % har andre atferdsforstyrrelsesdiagnoser. Forekomsttallene er lavere enn det som vanligvis rapporteres fra andre undersøkelser. Etter en gjennomgang av internasjonal litteratur, konkluderer en norsk ekspertgruppe med at mellom 5 og 10 % av barn og ungdom har en atferdsforstyrrelse, hvorav omlag halvparten er alvorlig forstyrret [423-424]. En skandinavisk studie som sammenlignet problematferd i norske og danske skoler fant at mellom 7 og 12 % av elevene mellom 10 og 17 år hadde et så høyt omfang av utagerende og uønsket atferd på skolen at de tilfredsstilte kravene for en atferdsforstyrrelsesdiagnose. Av disse hadde vel 2 % alvorlig atferdsforstyrrelse [425-426].

Både i Norge og internasjonalt har man funnet at forekomsten av normbrudd og kriminelle handlinger stiger fra 12-13 årsalderen. Denne typen handlinger når en topp mellom 16 og 17 år og synker igjen mot voksen alder [427-428]. Det er glidende overganger mellom normalatferd og mer avvikende atferd. Grenseoppgangen vil variere over tid og mellom kulturer. I 2001 ble knapt 1 % av ungdommene mellom 15 og 17 år siktet for lovbrudd, og mer enn tre ganger så mange gutter som jenter [429]. Norsk kriminalitetsstatistikk fra 2008 viser at i underkant av 1600 barn under 18 år sto for vel 7 % av de anmeldte forholdene i Oslo politidistrikt [430]. I 2008 var nasking det vanligste lovbruddet begått av unge jenter. For jenter under 15 år utgjorde nasking 70 % av registrerte lovbrudd, mens vold og trusler var det nest vanligste med en andel på nær 14 %. Blant jenter i alderen 15 til 17 år lå nasking på 37 %, fulgt av narkotikaforbrytelser på 18 % og vold og trusler på 17 %. Den vanligste formen for lovbrudd blant gutter under 15 år var vold og trusler (27 %), fulgt av nasking og skadeverk (henholdsvis 24 og 17 %). Blant gutter mellom 15 og 17 år var vold og trusler vanligst (20 %), fulgt av narkotikaforbrytelser (16 %) [430].

I en undersøkelse fra 16 norske kommuner av elever i 8.–10. klasse, rapporterer 27 % av ungdommene at de har vist alkoholrelatert aggresjon (skjelt ut noen, havnet i slåsskamp, gjort hæverk). 10 % rapporterte at de har fått alkoholrelaterte skader (blitt utsatt for vold, blitt utsatt for ulykke slik at man trengte legehjelp, skadet seg selv med vilje) eller har kjørt motorkjøretøy med promille [431].

6.7.3 Spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelser kjennetegnes ved overopptatthet av mat, kropp og spising. Det skilles mellom tre typer spiseforstyrrelser; *anoreksi*, *bulimi* og *overspisingslidelse*. Omtrent en tredjedel av ungdommene med en spiseforstyrrelse passer imidlertid ikke inn i noen av de tre undergruppene. Det er også vanlig at diagnosene skifter hos enkeltindivider over tid. Anoreksi (anorexia nervosa) innebærer en intens frykt for å legge på seg til tross for at man er svært undervektig, samt av en forstyrret opplevelse av kroppens størrelse og form. Bulimi (bulimia nervosa) innebærer gjentatte episoder av ukontrollert overspising som følges av ulike "kompenserende handlinger" (selvfremkalt oppkast, bruk av avføringsmiddel, fasteperioder eller trening). Til forskjell fra anoreksi vil personer som har bulimi ofte være normalvektige eller overvektige. Overspisingslidelse (binge eating disorder) kjennetegnes av episoder med overspising uten tilhørende kompenserende handling.

Om lag 90 % av dem som lider av anoreksi og bulimi er jenter, mens det antas å være små kjønnsforskjeller i forekomsten av overspisingslidelse [432–433]. I Norge har man beregnet at forekomsten av anoreksi, bulimi og overspisingslidelse er på henholdsvis 0,3, 2 og 3 %. Dette utgjør til sammen 50 000 personer i aldersgruppen 15 til 44 år [434].

Spiseforstyrrelser og spiseproblemer er mest utbredt i ungdomsårene og i ung voksenalder [374, 411, 435]. Anoreksi når en topp rundt 17-årsalderen [436–437], og man antar at det i Norge finnes 1 400 jenter mellom 15 og 19 år som har behandlingstrengende anoreksi. Bulimi utvikles vanligvis mellom 18 og 22 år [437]. Overspisingslidelse synes å ha en annen utviklingsvei enn anoreksi og bulimi, og er jevnt fordelt over aldersgrupper fra sen ungdomsalder til langt inn i voksenalderen [438].

6.7.4 Nevropsykologiske utviklingsforstyrrelser – ADHD, lærevansker og autisme

Nevropsykologiske utviklingsforstyrrelser er en fellesbetegnelse på en stor gruppe av lidelser. De vanligste og mest kjente er *ADHD* (Attention Deficit Hyperactivity Disorders, DSM-IV), *lærevansker*, og *autisme* og

autismelignende forstyrrelser (Autismespekterforstyrrelser – ASF). Forstyrrelser med lavere forekomst er *Tourettes syndrom* og motoriske vansker uten kjent årsak.

ADHD er en lidelse som forekommer hyppig, og internasjonale studier viser at om lag 5 % av barn i grunnskolealder rammes [397]. De viktigste kjennetegnene er vansker med konsentrasjon, impulsivitet og hyperaktivitet. Barn og unge med ADHD er ofte urolige og har problemer med å følge beskjeder og å fullføre det de har begynt på. Mange handler før de får tenkt seg om, og har problemer med å vente på tur. De fleste får diagnosen i 8–9 årsalderen, men har ofte vist symptomer i flere år. Gjennomsnittlig tar det fire år fra foreldre melder om bekymring til det foreligger en utredning med eventuell diagnose [406]. Vi mangler kunnskap om hva som skiller normalt aktive barn i førskolealder fra barn som har økt risiko for å utvikle varige lidelser. Dette fører ofte til en "vente-og-se holdning. Dermed rekker mange å utvikle betydelige tilleggsvansker før de får hjelp.

Minst 60 % av barn med ADHD har også andre lidelser som atferdsforstyrrelser, depresjon, lærevansker og motoriske vansker. ADHD er en betydelig risikofaktor for utvikling av sosiale problemer og rusmisbruk. Det er store kjønnsforskjeller i forekomsten av ADHD, særlig før puberteten. I befolkningsundersøkelser er fordelingen mellom gutter og jenter vanligvis 2:1, mens fordelingen er minst 6:1 i kliniske utvalg. Noe av forklaringen kan være at gutter henvises for utredning oftere enn jenter fordi flere også har utagerende atferdsforstyrrelser. I løpet av ungdomsalderen får relativt flere jenter en ADHD-diagnose.

Over 80 % av barna som får en ADHD-diagnose vil ha symptomer på lidelsen også i ungdomsalderen og som voksne, uten at de alltid vil oppfylle alle kriteriene for diagnose. Hyperaktiviteten demper seg hos de fleste etter ungdomsalderen og oppleves mer som rastløshet og indre uro. Oppmerksomhetsvanskene blir mer fremtredende og forstyrrende og bidrar til problemer med å fungere på skole og i arbeidslivet.

Autisme er en av de mest utforskede utviklingsforstyrrelsene. Lidelsen kjennetegnes ved mangelfull sosial fungering, nedsatt evne til å kommunisere og en tendens til å benytte repeterende handlingsmønstre. Diagnosen stilles helt og holdent ut fra atferdsmessige kjennetegn. Omtrent halvparten av foreldre til barn med autisme forteller at de allerede i barnets første leveår hadde mistanke om avvikende utvikling. Ved fylte to år har minst 80 % av foreldrene til barn som senere blir diagnostisert med autisme delt sin bekym-

ring for barnets utvikling med fagfolk. Gjennom de første leveårene blir barnas symptomer mer entydige. En diagnose skal kunne stilles ved tre år, og gjerne tidligere.

I løpet av det siste tiåret har store populasjonsstudier gitt nye forekomsttall [396, 439]. Studier fra England, USA, Japan og Norge har tidligere rapportert om forekomsttall på 0,4 promille (4 per 10 000). I dag er det enighet om at forekomsten er langt høyere. Fokuset er også dreiet over mot mildere tilstandsbilder i sykdomsspekteret, og man inkluderer nå gjerne barn som ikke fullt ut oppfyller kriteriene for autisme eller Aspergers syndrom under betegnelsen "autismespekterforstyrrelser". De seneste tallene fra CDC (Center for Disease Control) i USA tilsier at i underkant av 1 % (0,7 eller ett barn per 150) har en autismespekterforstyrrelse, hvorav 0,3 % har autisme og ytterligere 0,4 % en mildere symptomutforming [440]. Foreløpige tall fra Norge tilsier at forekomsten her er på linje med dette, med cirka 0,3 % (3 av 1000) for autisme [441-442].

6.7.5 Psykoser

Psykoser hos barn og unge defineres generelt ved forstyrret virkelighetsoppfatning, og kjennetegnes ved tilbaketrekking og symptomer som hallusinasjoner eller vrangforestillinger, oppmerksomhetsvansker og endret selvopplevelse. Dette har sterk virkning på daglig fungering på skolen, i hjemmet og i samvær med andre. I de senere årene har det kommet studier som viser at de alvorligste psykoselidelsene – schizofreni, schizoaffectiv lidelse og affektive lidelser med psykose – kan debutere i tidlig skolealder [373]. Desto tidligere en psykose debuterer, desto større er sjansen for at barnet også har andre psykiske lidelser eller et evnenivå under gjennomsnittet.

Forekomsten av schizofreni er likevel svært lav før 13 års alder. Man regner med at kun 0,1 - 0,2 promille av barnepopulasjonen tilfredsstiller kravene til en psykosediagnose før puberteten [413]. Affektive lidelser forekommer noe hyppigere, og noen ungdommer i denne gruppen har psykose som en del av tilstandsbildet [443-444]. Forekomsten av psykose øker gradvis med alder. Internasjonale tverrsnittstudier viser at forekomsten i aldersgruppen 13 til 18 år er på 0,3 - 0,6 % [412-413]. I en norsk undersøkelse av alle barn og unge som fikk behandling for psykoser i Nordland fylke finner vi forekomsttall i samme størrelsesorden; 0,6 % [445]. Samlet sett anslås insidensen (antall nye tilfeller) over aldersperioden 13 til 18 år å være cirka 1 per 100 [446].

Oppsummering

- Cirka 8 % har en diagnostiserbar *psykisk lidelse*. Hver tredje 16-åring vil ha oppfylt de diagnostiske kriteriene for en psykisk lidelse i løpet av barneårene. Mellom 15 og 20 % av barn og unge i Norge har nedsatt funksjon på grunn av *psykiske vansker*
- Symptomene på og forekomst av psykiske lidelser hos barn og unge varierer på ulike alderstrinn.
- De vanligste psykiske lidelsene i barne- og ungdomsårene er angst, depresjon og atferdsforstyrrelser. Omlag 5 % av barn i grunnskolealder antas å ha ADHD.
- Hos de fleste er symptomene forbigående, men mellom 25 og 40 % av barn med diagnostiserbar psykisk lidelse har symptomer som varer i mange år.

Psykiske lidelser og vansker utvikles i et komplekst samspill mellom genetiske, biologiske og miljø-messige faktorer. Kunnskapen om de eksakte årsakene er fortsatt mangelfull. Dette henger delvis sammen med at det sjelden er spesifikke sammenhenger mellom risikoforhold og type lidelse. Mange forskjellige risikofaktorer bidrar til utviklingen av en enkelt-lidelse, mens én og samme risikofaktor kan føre til utvikling av mange ulike lidelser. Vi mangler også kunnskap om sammenhenger mellom de ulike risikofaktorene. Noen av de alvorligste tilstandene – som depresjon, schizofreni, ADHD og autismespekterforstyrrelser – har dessuten høy arvelighet som virker sammen med pre- og postnatale miljøfaktorer som vi ennå ikke kjenner.

Tvillingstudier av depressive symptomer hos barn og unge tyder på at miljømessige faktorer har størst innvirkning i de tidlige årene, mens genetiske faktorer har sterkere innvirkning med økende alder [447]. Virkningen av forebyggende og behandlende tiltak er trolig størst i førskolealderen fordi barn er mest påvirkelig i denne fasen. En ny befolkningsundersøkelse fra Norge om virkningen av risikofaktorer for utvikling av angst- og depresjonssymptomer viser at risikofaktorer fra de første fem leveårene forklarer nærmere 40 % av variasjonen i emosjonelle symptomer i tidlig ungdomsalder [448]. Genetiske og miljømessige risikofaktorer for psykiske lidelser er ytterligere beskrevet i kapittel 2 i rapportens første del.

7.1 De fleste som utvikler symptomer vokser opp i vanlige familier

De fleste barn og unge med psykiske lidelser kommer fra familier hvor risikofaktorene gjennomgående er få og de sosiale ressursene tilfredsstillende. Det er likevel normalt å ha belastninger og stressplager i tidsavgrensede perioder [359, 365-366], og det er godt dokumentert at sannsynligheten for at barn og unge utvikler symptomer øker hvis:

1. Foreldrene har perioder med mange symptomer på psykiske lidelser, som depresjon og angst [375, 449-450]. Rundt halvparten av alle voksne vil en eller annen gang i løpet av livet fylle kriteriene for en psykisk lidelse.
2. Forholdet mellom foreldrene er konfliktfylt eller foreldreferdighetene mangelfulle [451-453]. Dette vil forekomme i mer enn halvparten av familiene.
3. Familien har mange belastninger eller negative livshendelser samt lite sosial støtte [448, 454-456]. De fleste familier har det slik i perioder.
4. Barna har temperamentstrekk som høy grad av skyhet eller negativ emosjonalitet [376, 457-458]. Dette kjennetegner 20 - 30 % av alle barn og varierer med alder.

En rekke teorier er laget for å forklare hvordan symptomer på angst og depresjon utvikles og opprettholdes. Noen tar utgangspunkt i stressforskning og legger vekt på at belastninger som truer ens følelse av trygghet og sikkerhet – som for eksempel å vokse opp med foreldre som er lite følelsesmessig tilgjengelige, eller å bli utsatt for mobbing eller overgrep – kan svekke barns selvtillit og mestringsevne og utløse emosjonelle lidelser [410]. Det er også vist at barnets måte å mestre belastninger på, ved for eksempel å skyldte på andre, søke hjelp, flykte fra situasjonen eller lete etter løsninger, kan avgjøre om han eller hun utvikler symptomer som følge av belastninger [451-452]. I tillegg antar man at utvikling av symptomer kan henge sammen med pubertetsutvikling og endring i hormoner (androgener), oppfattelses- og tankemønstre og stressende livshendelser [361].

Forklaringene på utvikling av utagerende og normbrytende atferd er like komplekse. Heiervang og kolleger (2007) viser i studien "Barn i Bergen" at sannsynligheten for at barn utvikler atferdsforstyrrelser øker dersom barnet har læringsvansker, far har lav utdanning, foreldrene er fattige og/eller barnet bor sammen med kun én av sine biologiske foreldre [359]. Gutter utvikler hyppigere atferdsforstyrrelser enn jenter.

Man antar at det sterke fokuset på verdien av å ha en slank kropp i dagens vestlige samfunn er med på å forklare forekomsten av spiseforstyrrelser. Det er vist at slanking, misnøye med egen kropp, internalisering av samfunnets kroppsideal, depressive symptomer, lav selvfølelse, impulsivitet og perfeksjonisme er risikofaktorer for spiseproblemer [459].

7.2 Andelen med forhøyet risiko er størst i familier med mange belastninger

Til tross for at de fleste barn som utvikler symptomer på psykiske lidelser vokser opp i vanlige familier, øker risikoen betraktelig når belastningene blir store, rammer mange livsområder eller varer over lang tid. Aller størst er andelen av barn og unge med høy risiko for å utvikle psykiske vansker og lidelser i familier hvor:

1. Foreldrene selv har psykiske lidelser som varer over tid [460-461].
2. Foreldrene er rusmisbrukere eller voldelige [462-465].
3. Familien, eller barna selv, er kommet hit som flyktninger medbringende traumatiske erfaringer forbundet med krig, tortur, vold og tap av familie og venner [110, 466-467].
4. Barna er marginaliserte eller sosialt isolerte, dårlig integrert i nabolaget eller blir mobbet på skolen [366, 468-469].
5. Barna er født med særlig biologisk risiko, både av ukjent årsak eller knyttet til eksponering for alkohol, illegale rusmidler, medikamenter, tobakk, under- og feilernæring og miljøgifter [470-472].

Vanskelige familieforhold og fattigdom er ofte ledsaget av konflikter mellom foreldrene og skilsmisse, mangelfull utdanning og usikker tilknytning til arbeidslivet [473-474]. I følge utredninger fra Statistisk sentralbyrå (SSB) i 2001 [475] og fra UNICEF i 2005 [476], lever mellom 3,4 og 4 % av alle norske barn i familier med inntekter under fattigdomsgrensen. Dette utgjør omkring 40 000 barn [477]. Noen barn og unge lever under så belastende oppvekstkår og knapphet på sosiale og materielle ressurser at vi allerede før fødselen vet at de har økt sannsynlighet for å utvikle emosjonelle lidelser og atferdsforstyrrelser [384].

7.2.1 Barn av foreldre med psykiske lidelser

Mange psykiske lidelser viser betydelig kontinuitet gjennom generasjoner. I tillegg til genetiske forhold, antas symptomer å bli overført både gjennom risiko-forhold i svangerskapet og oppvekstforhold (se ovenfor). Depresjon hos mødre er i en særstilling som risikofaktor fordi den er sterkt knyttet til alle typer psykiske vansker hos barn [395, 478-479]. Barn som vokser opp med mødre med en langvarig eller tilbakevendende depresjon er utsatt for å utvikle både emosjonelle, atferdsmessige, kognitive og sosiale vansker [460, 480]. Depresjon farger mødres tenkning

og tolkning av barnets atferd i mer negativ retning. Deprimerte mødre opplever derfor oftere enn andre barnet som utidig og krevende. De er ofte også mindre følelsesmessig tilgjengelige for sine barn [478, 481].

Norske undersøkelser viser at 10-15 % av den voksne befolkningen til enhver tid er betydelig plaget av symptomer på angst og depresjon. Selv om gravide kvinner generelt tilhører den psykisk friskeste delen av befolkningen med lav sykdomsrisiko, er forekomsten av depresjon likevel like høy blant kvinner rett etter fødselen som i befolkningen forøvrig [482]. Tiden etter en fødsel kan derfor sees på som en risikoperiode for kvinners psykiske helse [483]. Resultatene fra en stor dansk registerstudie viser da også at kvinner har mer enn doblet risiko for å trenge psykisk helsehjelp de første tre månedene etter fødselen sammenlignet med ett år senere, og en nær tredoblet risiko for å rammes av depresjon i løpet av de første fem månedene etter fødselen [484].

Med nærmere 60 000 fødsler i året i Norge er det forskningsmessig belegg for å anta at 6 000 til 9 000 barselkvinner (10-15 %) til enhver tid sliter med symptomer på angst og depresjon. Like mange spedbarn og eventuelle søsken er dermed involvert. Videre vet vi at minst 15 000 barn i Norge under 18 år lever med én eller to foreldre som får behandling innen psykiske helsevern, og at et ukjent antall barn bor sammen med foreldre med psykiske lidelser som ikke behandles. Siden det er sosial ulikhet i tilgang på hjelp fra spesialisthelsetjenesten [111], vil andelen barn som lever med foreldre med ubehandlede psykiske lidelser være høyest hos familier som også har mange andre belastninger.

7.2.2 Barn med rusmisbruk i familien

Misbruk av rusmidler hos foreldre kan bidra til funksjonsnedsettelse og lidelser hos barn helt fra fosterlivet [462]. Barn som er påført rusrelaterte skader (Fetal Alcohol Spectrum Disorders - FASD) er ekstra sårbare for negative påvirkninger fra et belastet oppvekstmiljø. Det finnes ingen offisiell statistikk over hvor mange barn i Norge som er rammet. Basert på internasjonale estimater antas det å være flere hundre nye tilfeller hvert år. Dersom barn med FASD vokser opp med rusmisbrukende foreldre, omtales de ofte som "barn i dobbel risiko" [470]. Omfanget og alvorlighetsgraden av skader forårsaket av rusmidler varierer mye og avhenger av mengde og frekvens av eksponering.

Det er vanskelig å beregne hvor mange barn og unge som lever sammen med rusmisbrukende foreldre. Misbruket er ofte skjult, og det er ingen etablerte rutiner for å kartlegge denne problematikken. Under-

søkelser tyder på at 12 måneders forekomsten for alkoholavhengighet og misbruk er på cirka 10 % [9]. Dette tallet er lavere for kvinner, og lavest hos dem som har barn, spesielt mindre barn. Norske studier viser svært varierende forekomster, og rapporterer at mellom 18 og 58 % av rusmisbrukende kvinner som er under behandling bor sammen med barn under 18 år [463, 485].

7.2.3 Barn som opplever vold og seksuelle overgrep i familien

Med vold mener vi handlinger rettet mot en annen person som skader, smerter, skremmer eller krenker, eller handlinger som får en person til å gjøre noe mot sin vilje eller slutte å gjøre noe han eller hun vil [486]. Vold forekommer hyppigst i familier med lav sosio-økonomisk status [487]. I barneårene kan familievold føre til psykiske lidelser av alle typer, herunder post-traumatisk stressyndrom (PTSD). I ungdomsårene kan det gi seg utslag i atferdsforstyrrelser, rusmisbruk og selvmordstanker og selvmordshandlinger. I tillegg til vold direkte rettet mot barnet, er også vold mot mor eller mot far en stor trussel for barn. Å være vitne til at omsorgsgiver blir truet eller utsatt for vold kan være verre enn om barna selv blir slått [110]. Vold i svangerskapet har vært assosiert med for tidlig fødsel, lav fødselsvekt og dødfødsel [488]. Rapportert forekomst av vold mot kvinner er på mellom 3 og 11 %, men er betydelig høyere blant tenåringsjenter fra belastede oppvekstmiljøer [489].

Seksuelt misbruk av barn er et alvorlig problem. En norsk studie har anslått at 5 % av norske jenter blir utsatt for seksuelt misbruk [490]. Seksuelle overgrep mot barn og unge er en sterk risikofaktor for psykiske lidelser i voksen alder [491-494]. En amerikansk befolkningsstudie viste at 78 % av jentene og 82 % av guttene som hadde vært utsatt for seksuelt misbruk som barn senere utviklet en psykisk lidelse. Den vanligste typen lidelse var posttraumatisk stresslidelse, men også depressive lidelser, angstlidelser og rusavhengighet forekom hyppig [491]. Barn som utsettes for seksuelle overgrep vokser ofte opp i familier med andre former for omsorgssvikt i tillegg, noe som ytterligere øker sannsynligheten for at disse barna utvikler psykiske lidelser [491, 494]. Vedvarende seksuelt misbruk er mer skadelig enn én isolert hendelse [491].

7.2.4 Barn og unge med innvandrerbakgrunn

I løpet av de siste 10 årene har innvandrerbefolkningen i Norge økt. Statistisk sentralbyrå rapporterer at det ved inngangen til 2009 var 423 000 innvandrere i Norge og 86 000 norskfødte med innvandrerforeldre. Til sammen utgjør disse to gruppene 10,6 % av landets befolkning. Hele 75 % av de norskfødte med innvan-

drerforeldre var 25 år eller yngre [495]. I Oslo har omlag 25 % av totalbefolkningen og 38 % av barna under 18 år innvandrerbakgrunn.

En sammenfatting av resultater fra kartlegging av skoleelever i Akershus ("Akershus-undersøkelsen"), Bergen ("Barn i Bergen") og Oslo ("UngKul") viste at 10 til 12 åringer med innvandrerbakgrunn hadde mer symptomer på angst og depresjon enn etnisk norske barn [466]. Forekomsten av symptomer over grenseverdi som tyder på betydelige emosjonelle vansker var 5 % hos etnisk norske gutter og 13 % hos gutter med innvandrerbakgrunn, og tilsvarende 10 % hos etnisk norske jenter og 18 % hos jenter med innvandrerbakgrunn [466]. Blant 13 til 18-åringene var tallene enda høyere, og det var store forskjeller i forekomst av symptomer på både betydelige emosjonelle vansker og atferdsforstyrrelser [526]. Det er imidlertid vanskelig å få fullgod informasjon om familier med innvandrerbakgrunn. Mange vegrer seg for å delta i forskningsprosjekter, og svarprosenten er ofte lav. Dette gjør at tallene vi oppgir er usikre. I tillegg er det store variasjoner i forekomst av psykiske vansker hos barn og unge med innvandrerbakgrunn, både mellom førstegenerasjon (utenlandsfødt) og andregenerasjon (norskfødt) og mellom barn og unge med ulik nasjonal bakgrunn [496].

I løpet av de siste 10 årene er antallet flyktninger i Norge fordoblet og utgjør nå om lag 2,8 % av Norges befolkning. Ved inngangen til 2008 bodde det 132 400 personer med flyktningbakgrunn i Norge, de fleste primærflyktninger. Den årlige økningen har i de seneste årene variert mellom 6 000 og 10 000 [497]. Selv om de fleste flyktninger er psykisk friske, viser en gjennomgang av studier at om lag 9 % har en post-traumatisk stresslidelse, og 5 % har en alvorlig depresjon [498]. Psykiske lidelser blant flyktninger henger ofte sammen med traumatiske erfaringer forbundet med krig, tortur, vold og tap av familie og venner [499]. I tillegg kommer kulturell marginalisering, mobbing, fattigdom og forhold knyttet til usikker integrering og mangelfulle språkkunnskaper. Flyktningbarn er ekstra sårbare fordi de i tillegg er avhengig av hjelp fra voksne [500]. Også i Norge lever en høy andel av innvandrerfamiliene under fattigdomsgrensen. Mens dette gjaldt for 17 % av ikke-vestlige innvandrerfamilier og 8 % av innvandrerfamiliene fra vestlige land, var andelen på 3 % i befolkningen forøvrig [501].

Barn og unge som har kommet til Norge som enslige, mindreårige asylsøkere (EM-ungdommer) er en av de mest sårbare gruppene. Fra begynnelsen av 2000 til slutten av mai 2009 hadde omtrent 5 700 enslige mindreårige søkt asyl i Norge. Det var 2 200 barn og

unge under 18 år som ble bosatt i norske kommuner mellom 2000 og 2008. Disse barna har opplevd tap eller atskillelse fra omsorgspersoner og annen familie, i tillegg til andre belastninger som voldelige eller traumatiske erfaringer [502-503]. Mange flyktningbarn er avhengig av menneskesmuglere for å kunne flykte fra hjemlandet sitt [500], og mange antas å være ofre for trusler, utnytting og andre typer overgrep [467]. Foreløpige tall fra en undersøkelse av forekomst av symptomer på depresjon hos EM-ungdommer som har fått opphold i Norge viser at 55 - 60 % har et symptomnivå som er beregnet til å være over klinisk grenseverdi [504]. Dette antas å være et minimumstall, siden denne gruppen er vanskelig å rekruttere til helseundersøkelser, og det er rimelig å tro at det er de mest velfungerende som deltar.

7.2.5 Barn som er sosialt isolert eller blir mobbet

Skolestudier viser klare sammenhenger mellom psykiske og kroppslige plager og sosial utstøting, lite sosial støtte, mobbing og en opplevelse av å mislykkes i forhold til de voksnes og skolens krav [363, 505-507]. Tall fra "Elevundersøkelsen i 2008" [508] viser at 24 % av barna har blitt mobbet på skolen og at 5,4 % har vært utsatt for alvorlig eller hyppig mobbing. I følge "Elevundersøkelsen" er andelen som blir mobbet større på barnetrinnet enn på høyere trinn. Olweus [509] rapporterer om tilsvarende forekomster fra en spørreundersøkelse til 11 000 elever i norske grunnskoler. Her oppga 17 % at de er involvert i mobbing minst 2 eller 3 ganger i måneden – som offer, mobber eller begge deler. Mobbingen inkluderer derved nær 100 000 elever på landsbasis [510]. Mobbing blant barn og unge er en sterk risikofaktor for både akutte og senere psykiske lidelser [511]. En norsk studie fra Trondheim viste at omkring halvparten av de voksne pasientene som søkte poliklinisk hjelp for psykiske lidelser hadde vært utsatt for alvorlig mobbing på skolen [512]. Også de elevene som mobber, særlig gutter, har forhøyet risiko for å utvikle problematferd som kriminalitet og alkohol- og rusmisbruk [513]. En oppfølgingsundersøkelse av Olweus' svenske materiale viste at omtrent 60 % av guttene som var mobbere i 7. til 10. klasse var blitt dømt av en domstol for minst én kriminell handling ved fylte 24 år [510].

7.2.6 Barn med særlig biologisk risiko

Tvillingstudier viser at både ADHD og ASF (autismespekterforstyrrelser) har en sterk arvelig komponent. Hos barn med ADHD er det påvist avvik i gener som regulerer signalstoffet dopamin i hjernen [471]. Det er imidlertid stor variasjon i de atferdsmessige symptomuttrykkene selv hos eneggede tvillinger. Som nærmere omtalt i kapittelet om risikofaktorer hos voksne, betyr en høy arvelighet verken at barn med syke

foreldre eller med syke søsken sannsynligvis vil utvikle sykdommen. Selv om selve sykdommen er arvelig, vil konsekvensene av den variere avhengig av miljøfaktorer og forebyggende tiltak.

Utviklingen til barn med ADHD og ASF kan best forklares ved at genetisk sårbare individer blir utsatt for spesielle miljøfaktorer eller hendelser. Slike hendelser kan være komplikasjoner i svangerskap eller ved fødsel, slik som tidlig hjernehinnebetennelse eller andre virusinfeksjoner, og eksponering for giftstoffer og tyroksin-dysfunksjon [472]. I tillegg er det slik at mange barn som ikke er ferdig utviklet ved fødselen er avhengig av optimale oppvekstbetingelser for å utvikle seg tilfredsstillende [514]. Man regner med at om lag 7 % blir født med for lav fødselsvekt, hvorav 1 % med ekstremt lav fødselsvekt. Røyking og alkoholbruk i svangerskapet har sammenheng med både lav fødselsvekt og ADHD hos barn. Barn med alvorlige rusrelaterte skader (FASD) feildagnostiseres ofte fordi verken diagnosen eller kunnskapen om effekt av ruseksponering i fosterlivet er tilstrekkelig kjent blant fagfolk. ADHD er den vanligste diagnosen som gis til barn med rusrelaterte skader (FASD).

Autismespekterforstyrrelsene har en genetisk basis, men man er i økende grad opptatt av samspillet mellom genetiske forutsetninger, immunologiske reaksjoner og eksponering for infeksjoner i svangerskapet. Vi vet fremdeles lite om de direkte årsaksforholdene, men regner med at denne funksjonshemmingen er til stede allerede ved fødselen.

Psykososiale faktorer som psykiske lidelser hos foreldre, mangelfulle foreldreferdigheter, sosial isolasjon og belastninger er ikke i seg selv årsaker til neurologisk baserte utviklingsforstyrrelser, men kan bidra til utvikling av tilleggsproblemer som atferdsforstyrrelser og emosjonelle lidelser. Barn med ADHD og ASF er spesielt sårbare for uforutsigbarhet og inkonsistens i oppdragelse og samhandling fordi de har særlige problemer med å forstå årsakssammenhenger og se hendelser ut fra andres perspektiv. Mange barn med utviklingsforstyrrelser har også foreldre med tilsvarende lidelser. Disse foreldrene vil ha ekstra problemer med å organisere livet for seg selv og familien sin, skape forutsigbarhet for barna og oppdra dem med trygghet og autoritet. Barn som trenger økt grad av trygghet, forutsigbarhet og oversikt vil få ekstra vansker i en familie hvor dette mangler.

7.3 Beskyttende faktorer

Til enhver tid er det en balanse mellom risikofaktorer som øker sannsynligheten for at barnet utvikler

psykiske lidelser og beskyttende og støttende faktorer som fremmer utviklingen av god psykisk helse. Det er nødvendig å ha omfattende kunnskap om begge disse typene av faktorer for å kunne forutsi hvilke barn som er særlig utsatt for å utvikle symptomer og hvilke som vil utvikle gode problemløsningsstrategier (resiliente utviklingsforløp) [515]. Positive faktorer som har vist seg å beskytte mot utvikling av psykiske lidelser er blant annet å vokse opp med ressurssterke foreldre som har en varm, støttende og konsekvent oppdragelsesstil, og det å få god sosial støtte fra venner og familie i perioder med belastninger og negative livshendelser [516-517]. Støttende lærere og medelever er med på å skape grobunn for god psykisk helse [518-519].

Barnets egenskaper er også av betydning. Barn mestrer lettere stress forbundet med belastninger dersom de har gode kognitive evner og positive temperamentstrekk, som høy grad av fleksibilitet og sosialitet. Slike barn tiltrekker seg også lettere andre mennesker som de bygger støttende og givende relasjoner til. Dette øker igjen sannsynligheten for at de får nødvendig hjelp i utsatte situasjoner [449]. Barns evne til å regulere sine følelser gjennom å roe ned seg selv, konsentrere seg og være målbevisste, har vist seg å beskytte mot negativ påvirkning fra konflikter mellom foreldre og foreldres alkoholproblemer [520-521].

Fysisk aktivitet er en fundamental og viktig del av små barns lek. Aktiv lek fra tidlig alder kan også bidra til å utvikle barnets sosiale evner [522-523]. Gode helsemessige effekter er i tillegg knyttet til kosthold som er rikt på grovt brød, grønnsaker og frukt, og hvor sukkermengden er moderat [524]. Ytterligere utforskning av sammenhenger mellom kosthold og psykisk helse er i dag et av satsingsområdene for Folkehelseinstituttet.

7.4 Prognose for senere symptomutvikling

Det er godt dokumentert at stabilitet i symptombelastningen er høy fra fireårsalderen og framover. Vanligvis finner man at om lag 40 % av barna med mye symptomer i fireårsalderen fremdeles har disse når de blir 12 år [376, 454]. Resultater fra nyere studier viser at informasjon om risikofaktorer og beskyttende faktorer i førskolebarnas oppvekstmiljø forutsier (predikerer) barnas symptomnivå i ungdomsalder i like sterk grad som tidlige symptomer [525]. En norsk studie som inkluderte beskyttende og støttende faktorer i tillegg til risikofaktorer, fant at familiefaktorer og temperamentstrekk målt hos barn under 5 år forklarte nærmere 40 % av variasjonen i symptomer på angst og depresjon da barna ble 12 år [448]. Dette tyder på at vi antakeligvis kan finne fram til like mange utsatte barn

om vi legger til grunn kunnskap om risikoforhold i omgivelsene, som om vi bruker kunnskap om symptomer hos individet. Gjennom kartlegging av barns miljø allerede i førskolealder kan vi identifisere en stor andel av barna med økt risiko for å utvikle et høyt symptomnivå senere.

En fordel med kartlegging av miljøforhold framfor å basere seg på individuell screening, er at tiltak rettet mot omgivelsesforhold kan iverksettes uten individuell diagnostisering og stigmatisering og også før symptomene blir tydelige. Dette er viktig fordi det er normalt å ha hatt betydelige symptomer i tidsavgrensede perioder. Tidligere refererte vi til undersøkelsen fra Costello og kolleger [379], som fant at selv om 8 % av barna mellom 4 og 16 år tilfredsstilte kriteriene for en diagnose på hvert alderstrinn, kvalifiserte 37 % for en diagnose en eller annen gang i løpet av barneårene. De fleste hadde imidlertid forbigående symptomer. Det er verdt å merke seg at vi med dagens metoder kan finne barn som har vansker her og nå, men vi har ikke hjelpemidler til på forhånd å skille de fleste av dem som vil få stabile vansker fra dem som har vansker som er forbigående, eller å plukke ut de fleste av dem som vil utvikle psykiske vansker få år senere.

Det er ikke tilstrekkelig å kjenne til barns symptomnivå på et tidspunkt for å forutsi senere symptomutvikling på en treffsikker måte. Man må også kjenne til hvordan risikobildet endres over tid og hvordan risikofaktorer samspiller med beskyttende faktorer. I tillegg til å hjelpe barn som lider nå, kan kartlegging av oppvekstmiljøet hos førskolebarn legge grunnlaget for ikke-stigmatiserende forebyggende tiltak rettet mot barn i de tidligste aldersgruppene og deres familier.

Oppsummering

- Psykiske lidelser utvikles i et samspill mellom genetiske, biologiske og miljømessige faktorer.
- De fleste barn og unge med symptomer på psykiske lidelser kommer fra vanlige familier.
- Risikoen for å utvikle psykiske vansker og lidelser øker i familier hvor belastningene er store, rammer mange livsområder eller varer over lang tid.
- Høyest risiko finnes i familier hvor:
 - foreldrene har psykiske lidelser som varer over tid
 - foreldrene er rusmisbrukere
 - barn utsettes for, eller opplever, vold eller seksuelle overgrep
 - barna har kommet til landet medbringende traumatiske erfaringer
 - barna er marginaliserte, blir mobbet eller er sosialt isolerte
 - barna blir født med særlig biologisk risiko



Tabell 1 (appendix). Kjenntegn på psykisk lidelse, samt kategorisering i henhold til ICD-10 og DSM-IV

Lidelsesgruppe	Kjernesymptomer	Undergrupper ICD-10*	Undergrupper DSM-IV*	Hovedgrupper ICD-10	Hovedgrupper DSM-IV
Demenslidelser	<ul style="list-style-type: none"> - Kronisk og progressiv hjernesykdom - Svekkelse av kognitive og intellektuelle funksjoner (hukommelse, tenkeevne) - Bevissthetsnivå ikke redusert 	<ul style="list-style-type: none"> - F00 Alzheimers sykdom - F01 Vaskulær demens - F02 Demens ved andre sykdommer 	<ul style="list-style-type: none"> - 290.xx Demens av Alzheimers form - 290.xx Vaskulær demens 	F00 – F09 Organiske, inklusive symptomatiske, psykiske lidelser	Demens
Rusrelaterte lidelser	<ul style="list-style-type: none"> - Lidelser knyttet til bruk eller misbruk av psychoaktive stoffer - Diagnostiseres på bakgrunn av benyttet psychoaktivt stoff samt aktuell forstyrrelse 	<ul style="list-style-type: none"> - F1x.1 Skadelig bruk - F1x.2 Avhengighetsyndrom - F1x.3 Abstinenslstand - F1x.5 Psykotisk lidelse - F1x.6 Amnestisk syndrom 	<ul style="list-style-type: none"> - 303.90 Alkoholavhengighet - 305.00 Alkoholmisbruk 	F10 – F19 Psyktiske lidelser og adferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psychoaktive stoffer	Substansrelaterte lidelser
Schizofreni	<ul style="list-style-type: none"> - Endringer i tenkning og persepsjon (vrangforestillinger, hallusinasjoner) - Inadekvat eller avflatet affekt - Symptomene tydelig til stede vesentlig del av tiden i en periode på en måned eller mer 	<ul style="list-style-type: none"> - F20.0 Paranoid schizofreni - F20.1 Hebrefren schizofreni - F20.2 Kataton schizofreni - F20.6 Enkel schizofreni 	<ul style="list-style-type: none"> - 295.30 Paranoid form - 295.10 Disorganisert (hebrefren) form - 295.20 Kataton form 	F20 – F29 Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser	Schizofreni og andre psyktiske lidelser
Psyktiske lidelser	<ul style="list-style-type: none"> - Vedvarende vrangforestillinger 	<ul style="list-style-type: none"> - F22 Paranoid psykoze - F23 Akutte og forbigående psykososer 	<ul style="list-style-type: none"> - 297.1 Vrangforestillingslidelse - 298.8 Kortvarig psyktisk lidelse 		
Depressive lidelser	<ul style="list-style-type: none"> - Senket stemningsleie - Interesse- og gledesløshet - Energital, tretthet og redusert aktivitetsnivå - Redusert selvfølelse og selvtillit, skyldfølelse og mindreværdighetsfølelse - Triste og pessimistiske tanker om fremtiden - Somatiske symptomer som søvnforstyrrelser, redusert appetitt, diffuse smerter - Alvorlighetsgrader: Mild, moderat, alvorlig 	<ul style="list-style-type: none"> - F32 Depressiv episode (varighet to uker eller mer) - F33 Tilbakevendende depressiv lidelse (gjentatte episoder med depresjon) - F34.1 Dystymi (opplevelse av tretthet og depresjon det meste av tiden) 	<ul style="list-style-type: none"> - 296.2x Alvorlig depressiv lidelse, enkelt episode - 296.3x Alvorlig depressiv lidelse, tilbakevendende - 300.4 Dystymi 	F30 – F39 Affektive lidelser	Stemmingslidelser

Bipolar lidelse	<ul style="list-style-type: none">- Gjentatte forstyrrelser av stemningsleie (hevet/senket) og energi og aktivitetsnivå (økt/reduert)- Brå debut av maniske episoder, varighet 2 uker til 4 måneder- Varighet av depresjon i snitt 6 måneder	<ul style="list-style-type: none">- F31 Bipolar affektiv lidelse- 296.xx Bipolar I- 296.89 Bipolar II	
Angstlidelser	<ul style="list-style-type: none">- Fobiske angstlidelser: angst eller frykt fremkalt av veldefinerte situasjoner eller objekter som ikke er objektivt farlige- Andre angstlidelser: angst som ikke er avgrenset til spesifikke situasjon- Unngåelsesatferd som følge av forventningsangst- Motorisk spenning, autonom overaktivitet	<ul style="list-style-type: none">- F40 Fobiske angstlidelser (agorafobi, sosial fobi, spesifikke fobier)- F41 Andre angstlidelser (panikklidelse, generalisert angst)	<ul style="list-style-type: none">- 300.01/300.21 Panikklidelse med/uten agorafobi- 300.29 Spesifikk fobi- 300.23 Sosial fobi- 300.02 Generalisert angstlidelse <p>F40 – F49</p> <p>Nevrotiske, belastningsrelaterete og somatoforme lidelser</p>
Posttraumatisk stresslidelse	<ul style="list-style-type: none">- Forsinket eller langvarig reaksjon på en belastende hendelse eller situasjon av usedvanlig truende eller katastrofal art- Påtrengende minner, drømmer eller mareritt- Opplevelse av "nummenhet", følelsesmessig avflatning, distansering fra andre- Unngåelse av aktiviteter og situasjoner som minner om traumet- Autonom overaktivitet og vaksomhet	<ul style="list-style-type: none">- F43.1 Posttraumatisk stresslidelse	<ul style="list-style-type: none">- 309.81 Posttraumatisk stresslidelse
Spiseforstyrrelser	<ul style="list-style-type: none">- Anorexia nervosa: 15% lavere enn forventet kroppsvekt, selvframkalt vekttap ved hjelp av oppkast, avføringsmidler eller overdreven trening, forstyrret kroppsoppfatning- Bulimia nervosa: episoder med overspising etterfulgt av forsøk på å oppveie den fetende virkningen av mat gjennom selvframkalt brekninger, misbruk av avføringsmidler, sulteperioder, sykkelig frykt for overvekt	<ul style="list-style-type: none">- F50.0 Anorexia nervosa- F50.2 Bulimia nervosa	<ul style="list-style-type: none">- 307.1 Anorexia nervosa- 307.51 Bulimia nervosa <p>F50 – F59</p> <p>Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer¹</p>
Personlighetsforstyrrelser	<ul style="list-style-type: none">- Dypt innarbeidede og vedvarende atferdsmønstre som kommer til uttrykk ved rigide reaksjoner i en rekke personlige og sosiale reaksjoner- Vesentlige eller ekstreme avvik fra måten et gjennomsnittsindivid i en gitt kultur opplever, tenker, føler og forholder seg til andre mennesker på	<ul style="list-style-type: none">- F60.0 Paranoid PF- F60.1 Schizoid PF- F60.2 Dyssosial PF- F60.3 Emosjonelt ustabil PF- F60.4 Dramatiserende PF- F60.5 Tvangspreget PF- F60.6 Engstelig (unnvikende) PF- F60.7 Avhengig PF	<ul style="list-style-type: none">- 301.0 Paranoid PF- 301.20 Schizoid PF- 301.7 Antisocial PF- 301.83 Ustabil PF- 301.50 Dramatiserende PF- 301.81 Narsissistisk PF- 301.82 Umgående PF- 301.6 Avhengig PF- 301.4 Tvangspreget PF <p>F60 – F69</p> <p>Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne</p>

* Listen er ikke uttømmende

Referanser del 1: Voksne

1. Verdoux, H. and van Os, J. *Psychotic symptoms in non-clinical populations and the continuum of psychosis*. Schizophrenia Research, 2002. 54(1-2): p. 59-65.
2. Johns, L.C. and van Os, J. *The continuity of psychotic experiences in the general population*. Clinical Psychology Review, 2001. 21(8): p. 1125-1141.
3. World Health Organization. *ICD-9. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. 1977, Geneva: World Health Organization.
4. Verdens Helseorganisasjon. *ICD-10 Psykiske Lidelser og Atferdsforstyrrelser*. 1999: Gyldendal Akademisk.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Revised Third Edition*. 1987, Washington DC: American Psychiatric Association.
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. 1994, Washington DC: American Psychiatric Association.
7. Sandanger, I., Moum, T., Ingebrigtsen, G., Dalgard, O.S., Sorensen, T. and Bruusgaard, D. *Concordance between symptom screening and diagnostic procedure: the Hopkins Symptom Checklist-25 and the Composite International Diagnostic Interview I*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 1998. 33(7): p. 345-354.
8. Wittchen, H.U. *Reliability and validity studies of the WHO Composite International Diagnostic Interview (CIDI) - A critical review*. Journal of Psychiatric Research, 1994. 28(1): p. 57-84.
9. Kringlen, E., Torgersen, S. and Cramer, V. A *Norwegian Psychiatric Epidemiological Study*. American Journal of Psychiatry, 2001. 158(7): p. 1091-1098.
10. Kringlen, E., Torgersen, S. and Cramer, V. *Mental illness in a rural area A Norwegian psychiatric epidemiological study*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2006. 41: p. 713-719.
11. Pirkola, S.P., Isometsa, E., Suvisaari, J., Aro, H., Joukamaa, M., Poikolainen, K., Koskinen, S., Aromaa, A. and Lonnqvist, J.K. *DSM-IV mood-, anxiety- and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population - Results from the Health 2000 Study*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2005. 40(1): p. 1-10.
12. Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.U. and Kendler, K.S. *Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey*. Archives of General Psychiatry, 1994. 51(1): p. 8-19.
13. Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R. and Walters, E.E. *Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. Archives of General Psychiatry, 2005. 62(6): p. 593-602.
14. Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O. and Walters, E.E. *Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. Archives of General Psychiatry, 2005. 62(6): p. 617-627.
15. Bijl, R.V., Ravelli, A. and van Zessen, G. *Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 1998. 33: p. 587-595.
16. The ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. *Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 2004. 109(Suppl. 420): p. 21-27.
17. Alonso, J. and Lepine, J.P. *Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD)*. Journal of Clinical Psychiatry, 2007. 68: p. 3-9.
18. Vasiliadis, H.M., Lesage, A., Adair, C., Wang, P.S. and Kessler, R.C. *Do Canada and the United States differ in prevalence of depression and utilization of services?* Psychiatric Services, 2007. 58(1): p. 63-71.
19. Wittchen, H.U. and Jacobi, F. *Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and*

- appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 2005. 15(4): p. 357-376.
20. Paykel, E.S., Brugha, T. and Fryers, T. *Size and burden of depressive disorders in Europe. European Neuropsychopharmacology*, 2005. 15(4): p. 411-423.
 21. Paykel, E.S., Abbott, R., Jenkins, R., Brugha, T.S. and Meltzer, H. *Urban-rural mental health differences in Great Britain: findings from the National Morbidity Survey. Psychological Medicine*, 2000. 30: p. 269-280.
 22. Kessler, R.C., Angermeyer, M., Anthony, J.C., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., de Girolamo, G., Gluzman, S., Gureje, O., Haro, J.M., Kawakami, N., Karam, A., Levinson, D., Mora, M.E.M., Browne, M.A.O., Posada-Villa, J., Stein, D.J., Tsang, C.H.A., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., Heeringa, S., Pennell, B.E., Berglund, P., Gruber, M.J., Petkhova, M., Chatterji, S. and Ustun, T.B. *W.H.O.W.M.H.S. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. World Psychiatry*, 2007. 6(3): p. 168-176.
 23. Clench-Aas, J., Rognerud, M. and Dalgard, O.S. *Rapport 2009:6 Levekårsundersøkelsen 2005 Psykiske helse i Norge Tilstandsrapport med internasjonale sammenlikninger*. 2009, Folkehelseinstituttet: Oslo.
 24. Ayuso-Mateos, J.L., Vazquez-Barquero, J.L., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O.S., Casey, P., Wilkinson, C., Lasa, L., Page, H., Dunn, G., Wilkinson, G. and Grp, O. *Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. British Journal of Psychiatry*, 2001. 179: p. 308-316.
 25. Torgersen, S., Kringlen, E. and Cramer, V. *The prevalence of personality disorders in a community sample. Archives of General Psychiatry*, 2001. 58: p. 590-596.
 26. Orstavik, R.E., Kendler, K.S., Czajkowski, N., Tambs, K. and Reichborn-Kjennerud, T. *Genetic and environmental contributions to depressive personality disorder in a population-based sample of Norwegian Twins. Journal of Affective Disorders*, 2007. 99(1-3): p. 181-189.
 27. Torgersen, S. *Personlighet og personlighetsforstyrrelser*. 2008: Gyldendal Akademisk.
 28. Lenzenweger, M.F. *Epidemiology of Personality Disorders. Psychiatric Clinics of North America*, 2008. 31: p. 395-403.
 29. Lenzenweger, M.F., Lane, M.C., Loranger, A.W. and Kessler, R.C. *DSM-IV Personality Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Biological Psychiatry*, 2007. 62(6): p. 553-564.
 30. Samuels, J., Eaton, W.W., Bienvenue III, O.J., Brown, C.H., Costa, P.T. and Nestadt, G. *Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. British Journal of Psychiatry*, 2002. 180: p. 536-542.
 31. Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A. and Ullrich, S. *Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. British Journal of Psychiatry*, 2006. 188: p. 423-431.
 32. Latner, J.D. and Clyne, C. *The diagnostic validity of the criteria for binge eating disorder. International Journal of Eating Disorders*, 2008. 41(1): p. 1-14.
 33. Walsh, B.T. *DSM-V from the perspective of the DSM-IV experience. International Journal of Eating Disorders*, 2007. 40: p. S3-S7.
 34. Hoek, H.W. and van Hoeken, D. *Review of the prevalence and incidence of eating disorders. International Journal of Eating Disorders*, 2003. 34(4): p. 383-396.
 35. Zachrisson, H.D., Vedul-Kjelsas, E., Gotestam, K.G. and Mykletun, A. *Time Trends in Obesity and Eating Disorders. International Journal of Eating Disorders*, 2008. 41(8): p. 673-680.
 36. Götestam, K.G. and Agras, W.S. *General Population-Based Epidemiological Study of Eating Disorders in Norway. International Journal of Eating Disorders*, 1995. 18(2): p. 119-126.
 37. Perälä, J., Suvisaari, J., Saarni, S.I., Kuoppasalmi, K., Isometsä, E., Pirkola, S., Partonen, T., Tuulio-Henriksson, A., Hintikka, J., Kieseppä, T., Härkänen, T., Koskinen, S. and Lonnqvist, J. *Life-time Prevalence of Psychotic and Bipolar I Disorders in a General Population. Archives of General Psychiatry*, 2007. 64: p. 19-28.
 38. Saha, S., Chant, D., Welham, J. and McGrath, J. *A Systematic Review of the Prevalence of Schizophrenia. PLoS Medicine*, 2005. 2(5): p. 413-433.
 39. McGrath, J.J. *Myths and plain truths about schizophrenia epidemiology - the NAPE lecture 2004*. 2005: Blackwell Munksgaard.
 40. McGrath, J.J. and Susser, E.S. *New directions in the epidemiology of schizophrenia. Medical Journal of Australia*, 2009. 190(4): p. S7-S9.
 41. ten Have, M., Vollebergh, W., Bijl, R. and Nolen, W.A. *Bipolar disorder in the general population in The Netherlands (prevalence, consequences and care utilisation): results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). Journal of Affective Disorders*, 2002. 68: p. 203-213.
 42. Grant, B.F., Stinson, F.S., Hasin, D.S., Dawson, D.A., Chou, P., Ruan, W.J. and Huang, B. *Prevalence, Correlates, and Comorbidity of Bipolar I Disorder and Axis I and II Disorders: Results From*

- the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2005. 66: p. 1205-1215.
43. Sosial- og helsedirektoratet. *Glemsk, men ikke glemt! Om dagens situasjon og fremtidas utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens*. 2007, Sosial- og helsedirektoratet: Oslo.
 44. Jorm, A.F., Korten, A.E. and Henderson, A.S. *The prevalence of dementia: a quantitative integration of the literature*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1987. 76: p. 465-479.
 45. Ferri, C.P., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglioni, L., Ganguli, M., Hall, K., Hasegawa, K., Hendrie, H., Huang, Y.Q., Jorm, A., Mathers, C., Menezes, P.R., Rimmer, E. and Sczufca, M. *Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study*. *Lancet*, 2005. 366(9503): p. 2112-2117.
 46. Bjelland, I., Lie, S.A., Dahl, A.A., Mykletun, A., Stordal, E. and Kraemer, H.C. *A dimensional versus a categorical approach to diagnosis: Anxiety and depression in the HUNT 2 study* *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 2009. 18(2).
 47. Bjelland, I., Dahl, A., Haug, T. and Neckelmann, D. *The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review*. *Journal of Psychosomatic Research*, 2002. 52(2): p. 69-77.
 48. Tambs, K. and Moum, T. *Low genetic effect and age-specific family effect for symptoms of anxiety and depression in nuclear families, halfsibs and twins*. *Journal of Affective Disorders*, 1993. 27(3): p. 183-195.
 49. Olsson, I., Mykletun, A. and Dahl, A.A. *The hospital anxiety and depression rating scale: A cross-sectional study of psychometrics and case finding abilities in general practice*. *BMC Psychiatry*, 2005. 5(1): p. 46.
 50. Berle, J.O., Aarre, T.F., Mykletun, A., Dahl, A.A. and Holsten, F. *Screening for postnatal depression - Validation of the Norwegian version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale, and assessment of risk factors for postnatal depression*. *Journal of Affective Disorders*, 2003. 76(1-3): p. 151-156.
 51. Johansen, R., Rognerud, M. and Sundet, J. *Rapport 2008:4 Levekårsundersøkelsene 1998, 2002 og 2005. Utvikling i psykisk helse*. 2008, Nasjonalt folkehelseinstitutt: Oslo.
 52. Eaton, W.W., Holzer, C.E., VonKorff, M., Anthony, J.C., Helzer, J.E., George, L., Burnam, M.A., Boyd, J.H., Kessler, L.G. and Locke, B.Z. *The Design of the Epidemiologic Catchment-Area Surveys - the Control and Measurement of Error*. *Archives of general psychiatry*, 1984. 41(10): p. 942-948.
 53. European Opinion Research Group. *Eurobarometer 58.2 The Mental Health Status of the European Population*. 2003, The SANCO Directorate-General: Brussel.
 54. Rivenes, A.C., Harvey, S.B. and Mykletun, A. *The relationship between abdominal fat, obesity, and common mental disorders: Results from the HUNT Study*. *Journal of Psychosomatic Research*, 2009. 66(4): p. 269-275.
 55. Stordal, E., Bjartveit Kruger, M., Dahl, N.H., Kruger, O., Mykletun, A. and Dahl, A.A. *Depression in relation to age and gender in the general population: the Nord-Trøndelag Health Study (HUNT)*. *Acta.Psychiatr.Scand*, 2001. 104(3): p. 210-216.
 56. Stordal, E., Mykletun, A. and Dahl, A.A. *The association between age and depression in the general population: a multivariate examination*. *Acta.Psychiatr.Scand*, 2003. 107(2): p. 132-141.
 57. Jorm, A.F. *Does old age reduce the risk of anxiety and depression? A review of epidemiological studies across the adult life span*. *Psychological Medicine*, 2000. 30(1): p. 11-22.
 58. Jorm, A.F., Windsor, T.D., Dear, K.B.G., Anstey, K.J., Christensen, H. and Rodgers, B. *Age group differences in psychological distress: the role of psychosocial risk factors that vary with age*. *Psychological Medicine*, 2005. 35(9): p. 1253-1263.
 59. Tyrer, P. *The case for cothymia: mixed anxiety and depression as a single diagnosis*. *British Journal of Psychiatry*, 2001. 179: p. 191-193.
 60. Hudson, J.I., Hiripi, E., Pope, H.G. and Kessler, R.C. *The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. *Biological Psychiatry*, 2007. 61: p. 348-358.
 61. Hafner, H., Maurer, K., Löffler, W. and Riecher-rossler, R. *The influence of age and sex on the onset and early course of schizophrenia*. *British Journal of Psychiatry*, 1993. 162: p. 80-86.
 62. Melle, I., Larsen, T.K., Haahr, U., Friis, S., Johannesen, J.O., Opjordsmoen, S., Rund, B.R., Simonsen, E., Vaglum, P. and McGlashan, T. *Prevention of negative symptom psychopathologies in first-episode schizophrenia*. *Archives of General Psychiatry*, 2008. 65(6): p. 634-640.
 63. Goldberg, D. and Goodyer, I. *The Origins and Course of Common Mental Disorders*. 2005, London and New York: Routledge.
 64. Clark, D.M., Salkovskis, P.M., Hackmann, A., Middleton, H., Anastasiades, P. and Gelder, M. *A comparison of cognitive therapy, applied relaxa-*

- tion and imipramine in the treatment of panic disorder. *Br.J Psychiatry*, 1994. 164(6): p. 759-769.
65. Judd, L.L., Akiskal, H.S., Maser, J.D., Zeller, P.J., Endicott, J., Coryell, W., Paulus, M.P., Kunovac, J.L., Leon, A.C., Mueller, T.I., Rice, J.A. and Keller, M.B. *Major depressive disorder: A prospective study of residual subthreshold depressive symptoms as predictor of rapid relapse*. *Journal of Affective Disorders*, 1998. 50(2-3): p. 97-108.
 66. Solomon, D.A., Keller, M.B., Leon, A.C., Mueller, T.I., Lavori, P.W., Shea, T., Coryell, W., Warshaw, M., Turvey, C., Maser, J.D. and Endicott, J. *Multiple recurrences of major depressive disorder*. *American Journal of Psychiatry*, 2000. 157(2): p. 229-233.
 67. Andrews, G. *Should depression be managed as a chronic disease?* *British Medical Journal*, 2001. 322: p. 419-421.
 68. Hildrum, B., Mykletun, A., Holmen, J. and Dahl, A.A. *Effect of anxiety and depression on blood pressure: 11-year longitudinal population study* *British Journal of Psychiatry*, 2008. 193: p. 6.
 69. Mykletun, A. and Knudsen, A.K. *Rapport 2009:4 Tapte arbeidsår ved uførepensjonering for psykiske lidelser*. 2009, Folkehelseinstituttet: Oslo.
 70. Kessler, R., Demler, O., Frank, R., Olfson, M., Pincus, H., Walters, E., Wang, P., Wells, K. and Zaslavsky, A. *Prevalence and treatment of mental disorders 1990 to 2003*. *The New England Journal of Medicine*, 2005. 352(24): p. 2515-2523.
 71. Forskningsrådet. *Evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse (2001 - 2009) Sluttrapport - syntese og analyse av evalueringens delprosjekter*. 2009, Divisjon for vitenskap.
 72. SINTEF. *SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2007*, J.H. Bjørngaard, Editor. 2008, SINTEF Helse: Trondheim.
 73. Murphy, J.M., Laird, N.M., Monson, R.R., Sobol, A.M. and Leighton, A.H. *A 40 Year Perspective on the Prevalence of Depression*. *Archives of General Psychiatry*, 2000. 57: p. 209-215.
 74. Compton, W.M., Conway, K.P., Stinson, F.S. and Grant, B.F. *Changes in the Prevalence of Major Depression and Comorbid Substance Use Disorders in the United States Between 1991-1992 and 2001-2002*. *American Journal of Psychiatry*, 2006. 163: p. 2141-2147.
 75. Eaton, W.W., Kalaydjian, A., Scharfstein, D.O., Mezuk, B. and Ding, Y. *Prevalence and incidence of depressive disorder: the Baltimore ECA follow-up, 1981-2004*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2007. 116: p. 182-188.
 76. Sandanger, I., Nygård, J.F., Sørensen, T. and Dalgard, O.S. *Return of depressed men: Changes in distribution of depression and symptom cases in Norway between 1990 and 2001*. *Journal of Affective Disorders*, 2007. 100: p. 153-162.
 77. Goldberg, D. and Huxley, P. *Mental illness in the community. Pathway to psychiatric care*. 1980, London: Tavistock publications.
 78. Goldberg, D. and Goodyer, I. *Restitution*, in *The Origins and Course of Common Mental Disorders*. 2005, Routledge: London and New York.
 79. Helse- og omsorgsdepartementet. *Samhandlingsreformen*. 2009, Helse- og omsorgsdepartementet: Oslo.
 80. Stroebe, W. *Social psychology and health*. 2000, Buckingham, England: Open University Press.
 81. Kendler, K.S., Gardner, C.O., Gatz, M. and Pedersen, N.L. *The sources of co-morbidity between major depression and generalized anxiety disorder in a Swedish national twin sample*. *Psychological Medicine*, 2007. 37(3): p. 453-62.
 82. Bouchard, T.J. *Genetic influence on human psychological traits - A survey*. *Current Directions in Psychological Science*, 2004. 13(4): p. 148-151.
 83. Kendler, K.S. *Twin studies of psychiatric illness - An update*. *Archives of General Psychiatry*, 2001. 58(11): p. 1005-1014.
 84. Caspi, A. and Moffitt, T.E. *Opinion - Gene-environment interactions in psychiatry: joining forces with neuroscience*. *Nature Reviews Neuroscience*, 2006. 7(7): p. 583-590.
 85. Kendler, K.S., Prescott, C.A., Myers, J. and Neale, M.C. *The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women*. *Archives of General Psychiatry*, 2003. 60(9): p. 929-937.
 86. Krueger, R.F. *The structure of common mental disorders*. *Archives of General Psychiatry*, 1999. 56(10): p. 921-926.
 87. Kessler, R.C., Gruber, M., Hettema, J.M., Hwang, I., Sampson, N. and Yonkers, K.A. *Co-morbid major depression and generalized anxiety disorders in the National Comorbidity Survey follow-up*. *Psychological Medicine*, 2008. 38(3): p. 365-374.
 88. Reichborn-Kjennerud, T., Czajkowski, N., Torgersen, S., Neale, M.C., Orstavik, R.E., Tambs, K. and Kendler, K.S. *The relationship between avoidant personality disorder and social phobia: A population-based twin study*. *American Journal of Psychiatry*, 2007. 164(11): p. 1722-1728.
 89. Kendler, K.S. *The genetic epidemiology of psychiatric disorders: A current perspective*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1997. 32(1): p. 5-11.
 90. Hettema, J.M., Prescott, C.A., Myers, J.M., Neale,

- M.C. and Kendler, K.S. *The structure of genetic and environmental risk factors for anxiety disorders in men and women*. Archives of General Psychiatry, 2005. 62(2): p. 182-189.
91. Reichborn-Kjennerud, T., Stoltenberg, C., Tambs, K., Roysamb, E., Kringlen, E., Torgersen, S. and Harris, J.R. *Back-neck pain and symptoms of anxiety and depression: a population-based twin study*. Psychological Medicine, 2002. 32(6): p. 1009-20.
 92. Nes, R.B., Roysamb, E., Reichborn-Kjennerud, T., Harris, J.R. and Tambs, K. *Symptoms of anxiety and depression in young adults: genetic and environmental influences on stability and change*. Twin Research & Human Genetics: the Official Journal of the International Society for Twin Studies, 2007. 10(3): p. 450-61.
 93. Kendler, K.S., Myers, J. and Prescott, C.A. *Specificity of genetic and environmental risk factors for symptoms of cannabis, cocaine, alcohol, caffeine, and nicotine dependence*. Archives of General Psychiatry, 2007. 64(11): p. 1313-1320.
 94. Prescott, C.A. and Kendler, K.S. *Genetic and environmental contributions to alcohol abuse and dependence in a population-based sample of male twins*. American Journal of Psychiatry, 1999. 156(1): p. 34-40.
 95. Sullivan, P.F., Kendler, K.S. and Neale, M.C. *Schizophrenia as a complex trait: evidence from a meta-analysis of twin studies*. Archives of General Psychiatry, 2003. 60(12): p. 1187-92.
 96. Edvardsen, J., Torgersen, S., Roysamb, E., Lygren, S., Skre, I., Onstad, S. and Oien, P.A. *Heritability of bipolar spectrum disorders. Unity or heterogeneity?* Journal of Affective Disorders, 2008. 106(3): p. 229-40.
 97. Kendler, K.S., Aggen, S.H., Czajkowski, N., Roysamb, E., Tambs, K., Torgersen, S., Neale, M.C. and Reichborn-Kjennerud, T. *The structure of genetic and environmental risk factors for DSM-IV personality disorders: A multivariate twin study*. Archives of General Psychiatry, 2008. 65(12): p. 1438-1446.
 98. Orstavik, R.E., Kendler, K.S., Czajkowski, N., Tambs, K. and Reichborn-Kjennerud, T. *The relationship between depressive personality disorder and major depressive disorder: a population-based twin study*. American Journal of Psychiatry, 2007. 164(12): p. 1866-72; quiz 1924.
 99. Reichborn-Kjennerud, T. *Genetics of personality disorders*. Psychiatric Clinics of North America, 2008. 31(3): p. 421-40.
 100. Bronfenbrenner, U. *Ecology of the Family as a Context for Human Development: Research Perspectives*. Developmental Psychology, 1986. 22(6): p. 723-742.
 101. Denham, S.A., Blair, K.A., DeMulder, E., Levitas, J., Sawyer, K., Auerbach-Major, S. and Queenan, P. *Preschool emotional competence: Pathway to social competence?* Child Development, 2003. 74(1): p. 238-256.
 102. Carter, A.S., Briggs-Gowan, M.J. and David, N.O. *Assessment of young children's social-emotional development and psychopathology: recent advances and recommendations for practice*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2004. 45(1): p. 109-134.
 103. Marmot, M. and Wilkinson, R.G. eds. *Social Determinants of Health*. 2005, Oxford University Press, USA.
 104. Marmot, M.G., Kogevinas, M. and Elston, M.A. *Social-economic status and disease*. Annual Review of Public Health, 1987. 8: p. 111-135.
 105. Krokstad, S. *Health inequalities by socioeconomic status among men in the Nord-Trøndelag Health Study, Norway*. Scandinavian journal of public health, 2002. 30(2): p. 113-124.
 106. Krokstad, S., Kunst, A.E. and Westin, S. *Trends in health inequalities by educational level in a Norwegian total population study*. Journal of Epidemiology and Community Health, 2002. 56(5): p. 375-380.
 107. Sosial- og helsedirektoratet. *Gradientutfordringen. Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse*. 2005, Sosial- og helsedirektoratet: Oslo.
 108. Muntaner, C., Eaton, W.W., Miech, R. and O'Campo, P. *Socioeconomic position and major mental disorders*. Epidemiologic Reviews, 2004. 26: p. 53-62.
 109. Lorant, V., Deliege, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P. and Ansseau, M. *Socioeconomic inequalities in depression: A meta-analysis*. American Journal of Epidemiology, 2003. 157(2): p. 98-112.
 110. Næss, Ø., Rognerud, M. and Strand, B.H. *Rapport 2007:1 Sosial ulikhet i helse En faktarapport*. 2007, Folkehelseinstituttet.
 111. Myklestad, I., Rognerud, M. and Johansen, R. *Rapport 2008:8 Levekårsundersøkelsene 2005 Utsatte grupper og psykisk helse 2008*, Nasjonalt folkehelseinstitutt: Oslo.
 112. Dalgard, O.S., *Rapport 2006:2 Sosiale risikofaktorer, psykisk helse og forebyggende arbeid*. 2006, Folkehelseinstituttet: Oslo.
 113. Rognerud, M., Strand, B.H. and Dalgard, O.S. *Psykisk helse i Helse- og levekårsundersøkelsen i 1998 I. Sosioøkonomiske forskjeller i psykisk helse og livsstil*. Norsk Epidemiologi, 2002. 12(3): p. 239-248.

114. Bjelland, I., Krokstad, S., Mykletun, A., Dahl, A.A., Tell, G.S. and Tambs, K. *Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The HUNT study*. Social Science & Medicine, 2008. 66(6): p. 1334-1345.
115. Dalgard, O.S. *Social inequalities in mental health in Norway: possible explanatory factors*. International Journal for Equity in Health, 2008. 7(27).
116. Dalgard, O.S., Mykletun, A., Rognerud, M., Johansen, R. and Zahl, P.H. *Education, sense of mastery and mental health: results from a nation wide health monitoring study in Norway*. BMC Psychiatry, 2007. 7.
117. Krokstad, S., Johnsen, R. and Westin, S. *Social determinants of disability pension: a 10-year follow-up of 62 000 people in a Norwegian county population*. International Journal of Epidemiology, 2002. 31(6): p. 1183-1191.
118. Wilkinson, R. *Unhealthy Societies. The Affliction of Inequality*. 1996, London and New York: Routledge.
119. Waddell, G. and Burton, A. *Is Work Good for Your Health and Well-being?* 2006, London: Stationery Office.
120. Burns, T., Catty, J., Becker, T., Drake, R.E., Fioritti, A., Knapp, M., Lauber, C., Rossler, W., Tomov, T., van Busschbach, J., White, S., Wiersma, D. and Grp, E. *The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial*. Lancet, 2007. 370(9593): p. 1146-1152.
121. Sanne, B., Mykletun, A., Dahl, A.A., Moen, B.E. and Tell, G.S. *Occupational differences in levels of anxiety and depression: The Hordaland Health Study*. Journal of Occupational and Environmental Medicine, 2003. 45(6): p. 628-638.
122. Sanne, B., Mykletun, A., Moen, B.E., Dahl, A.A. and Tell, G.S. *Farmers are at risk for anxiety and depression: the Hordaland Health Study*. Occupational Medicine-Oxford, 2004. 54(2): p. 92-100.
123. Overland, S., Glozier, N., Maeland, J.G., Aaro, L.E. and Mykletun, A. *Employment status and perceived health in the Hordaland Health Study (HUSK)*. BMC Public Health, 2006. 6.
124. Claussen, B. and Aasland, O.G. *The alcohol-use disorders identification test (AUDIT) in a routine health examination of long-term unemployed*. Addiction, 1993. 88(3): p. 363-368.
125. Westin, S. *The structure of a factory closure: Individual responses to job-loss and unemployment in a 10-year controlled follow-up study*. Social Science & Medicine, 1990. 31(12): p. 1301-1311.
126. Stansfeld, S. and Candy, B. *Psychosocial work environment and mental health - a meta-analytic review*. Scandinavian Journal of Work Environment & Health, 2006. 32(6): p. 443-462.
127. Jin, R.L., Shah, C.P. and Svoboda, T.J. *The impact of unemployment on health - A review of the evidence*. Canadian Medical Association Journal, 1995. 153(5): p. 529-540.
128. Claussen, B. *Suicidal ideation among the long-term unemployed: a 5-year follow-up*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1998. 98(6): p. 480-486.
129. Claussen, B., Bjorndal, A. and Hjort, P.F. *Health and re-employment in a 2 year follow up of long term unemployed*. Journal of Epidemiology and Community Health, 1993. 47(1): p. 14-18.
130. Sverke, M., Hellgren, J. and Näswall, K. *No Security: A Meta-Analysis and Review of Job Insecurity and its Consequences*. Journal of Occupational Health Psychology, 2002. 7(3): p. 242-264.
131. McKee-Ryan, F.M., Song, Z.L., Wanberg, C.R. and Kinicki, A.J. *Psychological and physical well-being during unemployment: A meta-analytic study*. Journal of Applied Psychology, 2005. 90(1): p. 53-76.
132. Lorant, V., Croux, C., Weich, S., Deliege, D., Mackenbach, J. and Anseau, M. *Depression and socio-economic risk factors: 7-year longitudinal population study*. British Journal of Psychiatry, 2007. 190: p. 293-298.
133. Liem, R. and Liem, J. *Social-class and mental-illness reconsidered - Role of economic stress and social support*. Journal of Health and Social Behavior, 1978. 19(2): p. 139-156.
134. SSB. *Omsetning av brennevin, vin, øl og rusbrus per innbygger 15 år og over*. 2008 [cited 2009 10.06]; Available from: <http://www.ssb.no/alkohol/arkiv/tab-2008-03-12-02.html>.
135. Vedøy, T.F. and Skretting, A. *Bruk av alkohol blant kvinner. Data fra ulike surveyundersøkelser*. 2009, SIRUS: Oslo.
136. Skog, O.J. *Alcohol consumption and fatal accidents in Canada, 1950-98*. Addiction, 2003. 98(7): p. 883-893.
137. Haggard-Grann, U., Hallqvist, J., Langstrom, N. and Moller, J. *The role of alcohol and drugs in triggering criminal violence: a case-crossover study*. 2006.
138. Norstrom, T. *Per capita alcohol consumption and sickness absence*. Addiction, 2006. 101(10): p. 1421-1427.
139. Norstrom, T. and Moan, S. *Per capita alcohol consumption and sickness absence in Norway*. European Journal of Public Health, In press.
140. Norstrom, T. *Per capita alcohol consumption and all-cause mortality in Canada, 1950-98*. Addiction, 2004. 99(10): p. 1274-1278.
141. Norstrom, T. and Skog, O.J. *Saturday opening of*

- alcohol retail shops in Sweden: an experiment in two phases. *Addiction*, 2005. 100(6): p. 767-776.
142. Skog, O.J. *Alcohol consumption and overall accident mortality in 14 European countries*. *Addiction*, 2001. 96: p. S35-S47.
 143. Skog, O.J. *Alcohol consumption and mortality rates from traffic accidents, accidental falls, and other accidents in 14 European countries*. *Addiction*, 2001. 96: p. S49-S58.
 144. Room, R., Babor, T. and Rehm, J. *Alcohol and public health*. *Lancet*, 2005. 365(9458): p. 519-530.
 145. Chisholm, D., Rehm, J., Van Ommeren, M. and Monteiro, M. *Reducing the global burden of hazardous alcohol use: A comparative cost-effectiveness analysis*. *Journal of Studies on Alcohol*, 2004. 65(6): p. 782-793.
 146. Weitzman, E.R., Folkman, A., Kerry Lemieux Folkman, M.P.H. and Wechsler, H. *The relationship of alcohol outlet density to heavy and frequent drinking and drinking-related problems among college students at eight universities*. *Health & Place*, 2003. 9: p. 1-6.
 147. Zhu, L., Gorman, D.M. and Horel, S. *Alcohol outlet density and violence: A geospatial analysis*. *Alcohol and Alcoholism*, 2004. 39(4): p. 369-375.
 148. Shults, R.A., Elder, R.W., Sleet, D.A., Nichols, J.L., Alao, M.O., Carande-Kulis, V.G., Zaza, S., Sosin, D.M., Thompson, R.S. and Task Force Community Preventive, S. *Reviews of evidence regarding interventions to reduce alcohol-impaired driving*. *American Journal of Preventive Medicine*, 2001. 21(4): p. 66-88.
 149. Foxcroft, D.R., Ireland, D., Lister-Sharp, D.J., Lowe, G. and Breen, R. *Longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people: a systematic review*. *Addiction*, 2003. 98(4): p. 397-411.
 150. Holder, H.D. *Community prevention of alcohol problems*. *Addictive Behaviors*, 2000. 25(6): p. 843-859.
 151. SSB. *Inntekt*. 2009 [cited 2009 10.06]; Available from: <http://www.ssb.no/inntekt/>.
 152. Helsedirektoratet. *Aktivitetshåndboken Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. 2009, Oslo: Helsedirektoratet.
 153. Wiles, N.J., Haase, A.M., Gallacher, J., Lawlor, D.A. and Lewis, G. *Physical activity and common mental disorder: results from the Caerphilly study*. *American Journal of Epidemiology*, 2007. 165: p. 946-954.
 154. Mead, G.E., Morley, W., Campbell, P., Greig, C.A., McMurdo, M. and Lawlor, D.A. *Exercise for depression*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008(4).
 155. Martinsen, E.W. *Fysisk aktivitet for sinnets helse*. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 2000. 120(25): p. 3054-3056.
 156. Ng, F., Dodd, S. and Berk, M. *The effects of physical activity in the acute treatment of bipolar disorder: A pilot study*. *Journal of Affective Disorders*, 2007. 101: p. 259-262.
 157. Humpel, N., Owen, N. and Leslie, E. *Environmental factors associated with adults' participation in physical activity - A review*. *American Journal of Preventive Medicine*, 2002. 22(3): p. 188-199.
 158. Larun, L., Nordheim, L.V., Ekeland, E., Hagen, K.B. and Heian, F. *Exercise in prevention and treatment of anxiety and depression among children and young people* *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, 2006(3).
 159. Skrede, A., Munkvold, H., Watne, Ø. and Martinsen, E.W. *Treningskontakter ved rusproblem og psykiske lidinger*. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 2006. 126(1925-1927).
 160. SSB. *Befolkningsstatistikk. Ekteskap og skilsmisser 2008*. 2009 [cited 2009 04.06]; Available from: <http://www.ssb.no/emner/02/02/30/ekteskap/>.
 161. Amato, P.R. *The consequences of divorce for adults and children*. *Journal of Marriage and the Family*, 2000. 62(4): p. 1269-1287.
 162. Storksen, I., Roysamb, E., Gjessing, H.K., Moum, T. and Tambs, K. *Marriages and psychological distress among adult offspring of divorce: A Norwegian study*. *Scandinavian Journal of Psychology*, 2007. 48(6): p. 467-476.
 163. Storksen, I., Roysamb, E., Holmen, T.L. and Tambs, K. *Adolescent adjustment and well-being: Effects of parental divorce and distress*. *Scandinavian Journal of Psychology*, 2006. 47(1): p. 75-84.
 164. Storksen, I., Roysamb, E., Moum, T. and Tambs, K. *Adolescents with a childhood experience of parental divorce: a longitudinal study of mental health and adjustment*. *Journal of Adolescence*, 2005. 28(6): p. 725-739.
 165. Breivik, K. *The Adjustment of Children and Adolescents in Different Post-Divorce Family Structures A Norwegian Study of Risks and Mechanisms*, in *Faculty of Psychology*. 2008, University of Bergen: Bergen.
 166. Shadish, W.R. and Baldwin, S.A. *Effects of behavioral marital therapy: A meta-analysis of randomized controlled trials*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2005. 73(1): p. 6-14.
 167. Snyder, D.K., Castellani, A.M. and Whisman, M.A. *Current status and future directions in couple therapy*. *Annual Review of Psychology*, 2006. 57: p. 317-344.
 168. Gottman, J.M., Coan, J., Carrere, S. and Swanson,

- C. *Predicting marital happiness and stability from newlywed interactions*. Journal of Marriage and the Family, 1998. 60(1): p. 5-22.
169. Barne- og familiedepartementet. *Om familien - forpliktende samliv og foreldreskap*, B.-o. familie-departementet, Editor. 2003.
 170. Dalgard, O.S., Bjork, S. and Tambs, K. Social support, negative life events and mental-health. British Journal of Psychiatry, 1995. 166: p. 29-34.
 171. Dalgard, O.S. and Haheim, L.L. *Psychosocial risk factors and mortality: A prospective study with special focus on social support, social participation, and locus of control in Norway*. Journal of Epidemiology and Community Health, 1998. 52(8): p. 476-481.
 172. Mathiesen, K.S., Tambs, K. and Dalgard, O.S. *The influence of social class, strain and social support on symptoms of anxiety and depression in mothers of toddlers*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 1999. 34(2): p. 61-72.
 173. Ystgaard, M., Tambs, K. and Dalgard, O.S. *Life stress, social support and psychological distress in late adolescence: a longitudinal study*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 1999. 34(1): p. 12-19.
 174. Prince, M.J., Harwood, R.H., Blizard, R.A., Thomas, A. and Mann, A.H. *Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age. The Gospel Oak Object .6*. Psychological Medicine, 1997. 27(2): p. 323-332.
 175. Sanne, B., Mykletun, A., Dahl, A.A., Moen, B.E. and Tell, G.S. *Testing the job Demand-Control-Support model with anxiety and depression as outcomes: The Hordaland Health Study*. Occupational Medicine-Oxford, 2005. 55(6): p. 463-473.
 176. Dalgard, O.S., Thapa, S.B., Hauff, E., McCubbin, M. and Syed, H.R. *Immigration, lack of control and psychological distress: Findings from the Oslo Health Study*. Scandinavian Journal of Psychology, 2006. 47(6): p. 551-558.
 177. Syed, H.R., Dalgard, O.S., Dalen, I., Claussen, B., Hussain, A., Selmer, R. and Ahlberg, N. *Psychosocial factors and distress: a comparison between ethnic Norwegians and ethnic Pakistanis in Oslo, Norway*. BMC Public Health, 2006. 6.
 178. Syed, H.R., Zachrisson, H.D., Dalgard, O.S., Dalen, I. and Ahlberg, N. *Concordance between Hopkins Symptom Checklist (HSCL-10) and Pakistan Anxiety and Depression Questionnaire (PADQ), in a rural self-motivated population in Pakistan*. BMC Psychiatry, 2008. 8.
 179. Thapa, S.B., Dalgard, O.S., Claussen, B., Sandvik, L. and Hauff, E. *Psychological distress among immigrants from high- and low-income countries: Findings from the Oslo Health Study*. Nordic Journal of Psychiatry, 2007. 61(6): p. 459-465.
 180. McDermut, W., Miller, I.W. and Brown, R.A. *The efficacy of group psychotherapy for depression: A meta-analysis and review of the empirical research*. Clinical Psychology-Science and Practice, 2001. 8(1): p. 98-116.
 181. Dalgard, O.S. and Bøen, H. *Rapport 2008:1 Forebygging av depresjon med hovedvekt på individrettede metoder*. 2008, Folkehelseinstituttet: Oslo.
 182. Brevik, J.I., Dalgard, O.S. and Bruun, H. *Network groups for elderly people who have lost their spouse*. International Journal of Mental Health Promotion, 2001. 3: p. 26-30.
 183. Thuen, F. *Samlivsbrudd og psykisk helse: Forebyggende tiltak*. Tidsskrift for Den Norske Psykologforening, 2003: p. 23-33.
 184. Cattan, M., White, M., Bond, J. and Learmouth, A. *Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions*. Ageing & Society, 2005. 25: p. 41-67.
 185. Mykletun, A., Overland, S., Aaro, L.E., Liabo, H.M. and Stewart, R. *Smoking in relation to anxiety and depression: Evidence from a large population survey: The HUNT study*. European Psychiatry, 2008. 23(2): p. 77-84.
 186. Steuber, T.L. and Danner, F. *Adolescent smoking and depression: Which comes first?* Addictive Behaviors, 2006. 31(1): p. 133-136.
 187. Klungsoyr, O., Nygard, J.F., Sorensen, T. and Sandanger, I. *Cigarette smoking and incidence of first depressive episode: An 11-year, population-based follow-up study*. American Journal of Epidemiology, 2006. 163(5): p. 421-432.
 188. Munafo, M.R., Hitsman, B., Rende, R., Metcalfe, C. and Niaura, R. *Effects of progression to cigarette smoking on depressed mood in adolescents: evidence from the National Longitudinal Study of Adolescent Health*. Addiction, 2008. 103(1): p. 162-171.
 189. Pasco, J.A., Williams, L.J., Jacka, F.N., Ng, F., Henry, M.J., Nicholson, G.C., Kotowicz, M.A. and Berk, M. *Tobacco smoking as a risk factor for major depressive disorder: population-based study*. British Journal of Psychiatry, 2008. 193(4): p. 322-326.
 190. Breslau, N., Peterson, E.L., Schultz, L.R., Chilcoat, H.D. and Andreski, P. *Major Depression and Stages of Smoking: A Longitudinal Investigation*. Archives of General Psychiatry, 1998. 55(2): p. 161-166.
 191. Aarø, L.E., Lund, K.E., Vedøy, T.F. and Øverland, S. *Evaluerings av myndighetenes samlede innsats for å forebygge tobakksrelaterte sykdommer i*

- perioden 2003-2007. 2009, Statens institutt for rusmiddelforskning: Oslo.
192. Dalgard, O.S., Sørensen, T., Sandanger, I., Nygård, J.F., Svensson, E. and Reas, D.L. *Work demands, work control, and mental health in an 11 years follow-up study in Norway: normal and reversed relationships*. Work & Stress, In press.
 193. Cuijpers, P., Munoz, R.F., Clarke, G.N. and Lewinsohn, P.M. *Psychoeducational treatment and prevention of depression: The "coping with depression" course thirty years later*. Clinical Psychology Review, 2009. 29(5): p. 449-458.
 194. Roness, A., Mykletun, A. and Dahl, A.A. *Help-seeking behaviour in patients with anxiety disorder and depression*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 2005. 111(1): p. 51-58.
 195. Zachrisson, H.D., Rodje, K. and Mykletun, A. *Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: A population based survey*. BMC Public Health, 2006. 6: p. 7.
 196. Dalgard, O.S., Sjetne, I.S., Bjertnæs, Ø.A. and Helgeland, J. *Rapport 2008:5 Levekårsundersøkelsen 2005 Psykiske problemer og behandling*. 2008, Folkehelseinstituttet, Kunnskapssenteret: Oslo.
 197. Thompson, C., Kinmonth, A.L., Stevens, L., Peveler, R.C., Stevens, A., Ostler, K.J., Pickering, R.M., Baker, N.G., Henson, A., Preece, J., Cooper, D. and Campbell, M.J. *Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial*. Lancet, 2000. 355(9199): p. 185-191.
 198. Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V. and Ustun, B. *Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys*. The Lancet, 2007. 370(9590): p. 851-858.
 199. Overland, S., Glozier, N., Krokstad, S. and Mykletun, A. *Undertreatment before the award of a disability pension for mental illness: The HUNT Study*. Psychiatric Services, 2007. 58(11): p. 1479-1482.
 200. Olsson, I., Mykletun, A. and Dahl, A. *General practitioners' self-perceived ability to recognize severity of common mental disorders: an underestimated factor in case identification?* Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health, 2006. 2(21).
 201. Olsson, I., Mykletun, A. and Dahl, A.A. *Recognition and treatment recommendations for generalized anxiety disorder and major depressive episode. A cross-sectional study among general practitioners*. The Primary Care Companion, 2006. 8: p. 340-347.
 202. Mykletun, A. *Mortality and work-related disability as long-term consequences of anxiety and depression in Faculty of Psychology*. 2006, University of Bergen: Bergen.
 203. Horton, R. *Launching a new movement for mental health*. The Lancet, 2007. 370(9590): p. 806.
 204. Lopez, A.D. and Murray, C.C.J.L. *The global burden of disease, 1990-2020*. Nature Medicine, 1998. 4(11): p. 1241-1243.
 205. Andrews, G., Sanderson, K. and Beard, J. *Burden of disease - Methods of calculating disability from mental disorder*. British Journal of Psychiatry, 1998. 173: p. 123-131.
 206. Mykletun, A., Overland, S., Dahl, A.A., Krokstad, S., Bjerkeset, O., Glozier, N. and Aaro, L.E. *A population-based cohort study of the effect of common mental disorders on disability pension awards*. American Journal of Psychiatry, 2006. 163(8): p. 1412-1418.
 207. Walt, G. *WHO's World Health Report 2003 - Shaping the future depends on strengthening health systems*. British Medical Journal, 2004. 328(7430): p. 6-6.
 208. Nilsson, I. and Wadeskog, A. *Lönsamt förebygga ungas brott*. 2008, Stockholm: Skandia.
 209. Skogen, J.C., Harvey, S., Henderson, M., Stordal, E. and Mykletun, A. *Anxiety and depression among abstainers and low-level alcohol consumers. The Nord-Trøndelag Health Study*. Addiction, 2009.
 210. Stansfeld, S., Feeney, A., Head, J., Canner, R., North, F. and Marmot, M. *Sickness Absence for Psychiatric Illness: The Whitehall II Study*. Social Science & Medicine, 1995. 40(2): p. 189-197.
 211. NAV. *Sykefraværstatistikk: Sykefraværstilfeller 4 kv 2001-2008. Diagnose og kjønn. Prosent*. 2009 [cited 2009 04.05]; Available from: <http://www.nav.no/191026.cms>.
 212. Hensing, G., Andersson, L. and Brage, S. *Increase in sickness absence with psychiatric diagnosis in Norway: a general population-based epidemiologic study of age, gender and regional distribution*. BMC Medicine, 2006. 4(1): p. 19.
 213. NAV. *Utviklingen i sykefraværet, 4. kvartal 2008*, NAV, Editor. 2009, Arbeids- og velferdsdirektoratet/ Statistikk og utredning: Oslo.
 214. Kooyman, I., Dean, K., Harvey, S. and Walsh, E. *Outcomes of public concern in schizophrenia*. British Journal of Psychiatry, 2007. 191: p. S29-S36.
 215. Henderson, M., Glozier, N. and Elliott, K.H. *Long term sickness absence - Is caused by common conditions and needs managing*. British Medical Journal, 2005. 330(7495): p. 802-803.

216. Broadhead, W.E., Blazer, D.G., George, L.K. and Chiu, K.T. *Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey*. *Jama-Journal of the American Medical Association*, 1990. 264(19): p. 2524-2528.
217. Knudsen, A.K. *Anxiety and depression as risk factors for disability pension award during 7 years follow-up. The HUSK Study*, in *XII. International Congress of IFPE*. 2009: Wien, Østerrike.
218. Savikko, A., Alexanderson, K. and Hensing, G. *Do mental health problems increase sickness absence due to other diseases?* *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2001. 36(6): p. 310-316.
219. Bultmann, U., Rugulies, R., Lund, T., Christensen, K.B., Labriola, M. and Burr, H. *Depressive symptoms and the risk of long-term sickness absence - A prospective study among 4747 employees in Denmark*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2006. 41(11): p. 875-880.
220. Shiels, C., Gabbay, M.B. and Ford, F.M. *Patient factors associated with duration of certified sickness absence and transition to long-term incapacity*. *British Journal of General Practice*, 2004. 54(499): p. 86-91.
221. Vahtera, J., Poikolainen, K., Kivimäki, M., Al-Mursula, L. and Pentti, J. *Alcohol intake and sickness absence: A curvilinear relation*. *American Journal of Epidemiology*, 2002. 156(10): p. 969-976.
222. Skogen, J. *Drinking behaviour and disability retirement in Norway. The HUNT study*, in *XII. International Congress of IFPE*. 2009, International Federation of Psychiatric Epidemiology: Vienna, Austria.
223. Sivertsen, B., Overland, S., Neckelmann, D., Glozier, N., Krokstad, S., Pallesen, S., Nordhus, I.H., Bjorvatn, B. and Mykletun, A. *The long-term effect of insomnia on work disability: the HUNT-2 historical cohort study*. *American Journal of Epidemiology*, 2006. 163(11): p. 1018-1024.
224. Sivertsen, B., Overland, S., Bjorvatn, B., Mæland, J.G. and Mykletun, A. *Does insomnia predict sick leave? The Hordaland Health Study*. *Journal of Psychosomatic Research*, 2009. 66(1): p. 67-74.
225. Sivertsen, B., Overland, S., Glozier, N., Bjorvatn, B., Mæland, J.G. and Mykletun, A. *The effect of OSAS on sick leave and work disability*. *European Respiratory Journal*, 2008. 32(6): p. 1497-1503.
226. SSB. *Helsetilstand: Nøkkeltall*. 2009 [cited 2009 04.05]; Available from: <http://www.ssb.no/helsetilstand/>.
227. Olsen, H. *Trygdestatistisk årbok 2005*. 2005, Rikstrygdeverket: Oslo.
228. OECD. *Transforming disability into ability. Policies to promote work and income security for disabled people*, C. Prinz, Editor. 2003, OECD Publications Service: Paris.
229. Mykletun, A. and Øverland, S. *Mentale lidelser undervurderes som årsak til uføretrygding*. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 2006. 126(11): p. 1491-2.
230. Kessler, R., White, L.A., Birnbaum, H., Qiu, Y., Kidolezi, Y., Mallett, D. and Swindle, R. *Comperative and Interactive Effects of Depression Relative to Other Health Problems on Work Performance in the Workforce of a Large Employer*. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2008. 50: p. 809-816.
231. Stewart, W.F., Ricci, J.A., Chee, E., Hahn, S.R. and Morganstein, D. *Cost of lost productive work time among US workers with depression*. *Jama-Journal of the American Medical Association*, 2003. 289(23): p. 3135-3144.
232. Michon, H.W.C., ten Have, M., Kroon, H., van Weeghel, J., de Graaf, R. and Schene, A.H. *Mental disorders and personality traits as determinants of impaired work functioning*. *Psychological Medicine*, 2008. 38(11): p. 1627-1637.
233. Arbeids- og inkluderingsdepartementet and Helse- og omsorgsdepartementet. *Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse 2007-2012*. 2006.
234. NAV. *Strategi for Vilje Viser Vei - satsningen på arbeid og psykisk helse i NAV*. 2006.
235. Sosial- og helsedirektoratet. *Arbeidsrettede tiltak for personer med psykiske problemer En systematisk oppsummering av internasjonal effektforskning*. 2005, Avdeling for Sosialtjenesteforskning, Sosial- og helsedirektoratet: Oslo.
236. Bruce, M.L., Leaf, P.J., Rozal, G.P.M., Florio, L. and Hoff, R.A. *Psychiatric status and 9-year mortality data in the new-haven epidemiologic catchment-area study*. *American Journal of Psychiatry*, 1994. 151(5): p. 716-721.
237. Pulska, T., Pakkala, K., Laippala, P. and Kivela, S.L. *Follow up study of longstanding depression as predictor of mortality in elderly people living in the community*. *British Medical Journal*, 1999. 318(7181): p. 432-433.
238. Saz, P. and Dewey, M.E. *Depression, depressive symptoms and mortality in persons aged 65 and over living in the community: a systematic review of the literature*. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2001. 16(6): p. 622-630.
239. Zheng, D.Y., Macera, C.A., Croft, J.B., Giles, W.H., Davis, D. and Scott, W.K. *Major depression and all cause mortality among white adults in the United States*. *Annals of Epidemiology*, 1997. 7(3): p. 213-218.

240. Joukamaa, M., Heliövaara, M., Knekt, P., Aromaa, A., Raitasalo, R. and Lehtinen, V. *Mental disorders and cause-specific mortality*. British Journal of Psychiatry, 2001. 179: p. 498-502.
241. Cuijpers, P. and Smit, H. *Excess mortality in depression: a meta-analysis of community studies*. Journal of Affective Disorders, 2002. 72(3): p. 227-236.
242. Mykletun, A., Bjerkeset, O., Øverland, S., Prince, M., Dewey, M. and Stewart, R. *Levels of anxiety and depression as predictors of mortality: the HUNT study*. British Journal of Psychiatry, 2009. 195: p. 118-125.
243. Mykletun, A., Bjerkeset, O., Dewey, M., Prince, M., Overland, S. and Stewart, R. *Anxiety, depression and cause-specific mortality. The HUNT study*. Psychosomatic Medicine, 2007. 69(4): p. 323-331.
244. Schulz, R., Beach, S.R., Ives, D.G., Martire, L.M., Ariyo, A.A. and Kop, W.J. *Association between depression and mortality in older adults - The Cardiovascular Health Study*. Archives of Internal Medicine, 2000. 160(12): p. 1761-1768.
245. Barth, J., Schumacher, M. and Herrmann-Lingen, C. *Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: A meta-analysis*. Psychosomatic Medicine, 2004. 66(6): p. 802-813.
246. van Melle, J.P., de Jonge, P., Spijkerman, T.A., Tijssen, J.G.P., Ormel, J., van Veldhuisen, D.J., van den Brink, R.H.S. and van den Berg, M.P. *Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: A meta-analysis*. Psychosomatic Medicine, 2004. 66(6): p. 814-822.
247. Carney, R.M., Freedland, K.E., Miller, G.E. and Jaffe, A.S. *Depression as a risk factor for cardiac mortality and morbidity - A review of potential mechanisms*. Journal of Psychosomatic Research, 2002. 53(4): p. 897-902.
248. Blumenthal, J.A., Blumenthal, J.A., Lett, H., Babyak, M., White, W., Smith, P., Mark, D., Jones, R., Matthew, J. and Newman, M.F. *Depression as a risk factor for mortality after coronary artery bypass surgery*. Journal of Psychosomatic Research, 2003. 55(2): p. 141-141.
249. Jacka, F.N., Overland, S., Stewart, R., Tell, G.S., Bjelland, I. and Mykletun, A. *Association between magnesium intake and depression and anxiety in community-dwelling adults: the Hordaland Health Study*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 2009. 43(1): p. 45-52.
250. Ziegelstein, R.C., Fauerbach, J.A., Stevens, S.S., Romanelli, J., Richter, D.P. and Bush, D.E. *Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from a myocardial infarction*. Archives of Internal Medicine, 2000. 160(12): p. 1818-1823.
251. Haug, T.T., Mykletun, A. and Dahl, A.A. *Are anxiety and depression related to gastrointestinal symptoms in the general population?* Scandinavian Journal of Gastroenterology, 2002. 37(3): p. 294-298.
252. Haug, T.T., Mykletun, A. and Dahl, A.A. *The association between anxiety, depression, and somatic symptoms in a large population: The HUNT-II study*. Psychosomatic Medicine, 2004. 66(6): p. 845-851.
253. Haug, T.T., Mykletun, A. and Dahl, A.A. *The prevalence of nausea in the community: psychological, social and somatic factors*. General Hospital Psychiatry, 2002. 24(2): p. 81-86.
254. Mykletun, A., Heradstveit, O., Eriksen, K., Glozier, N., Overland, S., Maeland, J.G. and Wilhelmsen, I. *Health Anxiety and Disability Pension Award: The HUSK Study*. Psychosomatic Medicine, 2009. 71(3): p. 353-360.
255. Stordal, E., Bjelland, I., Dahl, A. and Mykletun, A. *Anxiety and depression in individuals with somatic health problems. The Nord-Trøndelag Health Study (HUNT)*. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2003. 21: p. 136-141.
256. Wulsin, L.R., Vaillant, G.E. and Wells, V.E. *A systematic review of the mortality of depression*. Psychosomatic Medicine, 1999. 61(1): p. 6-17.
257. Rugulies, R. *Depression as a predictor for coronary heart disease - A review and meta-analysis*. American Journal of Preventive Medicine, 2002. 23(1): p. 51-61.
258. Everson-Rose, S.A. and Lewis, T.T. *Psychosocial factors and cardiovascular diseases*. Annual Review of Public Health, 2005. 26: p. 469-500.
259. Wang, P.S., Simon, G. and Kessler, R.C. *The economic burden of depression and the cost-effectiveness of treatment*. International journal of methods in psychiatric research, 2003. 12: p. 22-33.
260. Andrews, G. *Efficacy, effectiveness and efficiency in mental health service delivery*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 1999. 33(3): p. 316-322.
261. Nathan, P.E. and Gorman, J. eds. *A guide to treatment that work*. 1998, Oxford University Press: New York.
262. Cuijpers, P., van Straten, A. and Smit, F. *Psychological treatment of late-life depression: a meta-analysis of randomized controlled trials*. International Journal of Geriatric Psychiatry, 2006. 21(12): p. 1139-1149.
263. Cuijpers, P., van Straten, A. and Warmerdam, L.

- Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis.* Clinical Psychology Review, 2007. 27(3): p. 318-326.
264. Cuijpers, P., van Straten, A. and Warmerdam, L. *Problem solving therapies for depression: A meta-analysis.* European Psychiatry, 2007. 22(1): p. 9-15.
 265. Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M. and Blackburn, I.M. *A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients.* Journal of Affective Disorders, 1998. 49(1): p. 59-72.
 266. Curchill, R., Hunot, V., Corney, R., Knapp, M., McGuire, H., Tylee, A. and Wessely, S. *A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments of depression.* Health Technology Assessment, 2001. 5(35).
 267. Wampold, B.E., Minami, T., Baskin, T.W. and Tierney, S.C. *A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus 'other therapies' for depression.* Journal of Affective Disorders, 2002. 68(2-3): p. 159-165.
 268. Bohlmeijer, E., Smit, F. and Cuijpers, P. *Effects of reminiscence and life review on late-life depression: a meta-analysis.* International Journal of Geriatric Psychiatry, 2003. 18(12): p. 1088-1094.
 269. Helsedirektoratet. *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av depresjon i primær-og spesialisthelsetjenesten, in Nasjonale retningslinjer.* 2009, Helsedirektoratet: Oslo.
 270. NICE. *Depression (amended) Management of depression in primary and secondary care, in NICE clinical guideline.* 2007, National Institute for Health and Clinical Excellence: London.
 271. Kirsch, I., Deacon, B., Huedo-Medina, T., Scoboria, A., Moore, T. and Johnson, B. *Initial severity and antidepressant benefits: A meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration.* PLoS Medicine, 2008. 5(2).
 272. Hunot, V., Churchill, R., Teixeira, V. and Silva de Lima, M. *Psychological therapies for generalised anxiety disorder.* Cochrane Database of Systematic Reviews, 2007(1).
 273. Clark, D.M. *Cognitive-behavior therapy for anxiety disorders, in New Oxford Textbook of Psychiatry,* M. Gelder, et al., Editors. 2009, Oxford University Press Oxford.
 274. Helsetilsynet. *Schizofreni Kliniske retningslinjer for utredning og behandling.* 2000, Statens helsetilsyn: Oslo.
 275. Zaretsky, A.E., Rizvi, S. and Parikh, S.V. *How well do psychosocial interventions work in bipolar disorder?* Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne De Psychiatrie, 2007. 52(1): p. 14-21.
 276. Narud, K., Mykletun, A. and Dahl, A.A. *A comparison of gains after treatment at a psychiatric outpatient clinic in patients with cluster A plus B, or cluster C personality disorders, and non-psychotic axis I disorders.* Nordic Journal of Psychiatry, 2005. 59(5): p. 331-338.
 277. Simon, W. *Follow-up psychotherapy outcome of patients with dependent, avoidant and obsessive-compulsive personality disorders: A meta-analytic review.* International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 2009. 13(2): p. 153-165.
 278. Torgersen, S. *Behandling av personlighetsforstyrrelser, in Personlighet og personlighetsforstyrrelser.* 2008, Gyldendal Akademisk: Oslo.
 279. Mann, K. *Pharmacotherapy of alcohol dependence - A review of the clinical data.* Cns Drugs, 2004. 18(8): p. 485-504.
 280. Morgenstern, J. and Longabaugh, R. *Cognitive-behavioral treatment for alcohol dependence: a review of evidence for its hypothesized mechanisms of action.* Addiction, 2000. 95(10): p. 1475-1490.
 281. Irvin, J.E., Bowers, C.A., Dunn, M.E. and Wang, M.C. *Efficacy of relapse prevention: A meta-analytic review.* 1999: American Psychological Association.
 282. Garbutt, J.C., West, S.L., Carey, T.S., Lohr, K.N. and Crews, F.T. *Pharmacological treatment of alcohol dependence - A review of the evidence.* Jama-Journal of the American Medical Association, 1999. 281(14): p. 1318-1325.
 283. Thornicroft, G. *Most people with mental illness are not treated.* The Lancet, 2007. 370(9590): p. 807-808.
 284. Layard, R., *Mental Health: Britain's Biggest Social Problem.* 2004, London School of Economics.
 285. Layard, R. *Health policy - The case for psychological treatment centres.* British Medical Journal, 2006. 332(7548): p. 1030-1032.
 286. SINTEF. *Psykisk helse i skolen - Effektevaluering av opplæringsprogrammene Hva er det med Monica?, Step - ungdom møter ungdom og Venn1.no Delrapport A.* 2009, SINTEF: Trondheim.
 287. Christensen, H., Griffiths, K.M. and Jorm, A.F. *Delivering interventions for depression by using the internet: randomised controlled trial.* British Medical Journal, 2004. 328(7434): p. 265-268A.
 288. Rønning, M., Sakshaug, S., Strøm, H., Berg, C.L., Litlekare, I., Blix, H.S. and Granum, T. *Legemiddelforbruket i Norge 2004 - 2008, in Legemiddelstatistikk.* 2009, Folkehelseinstituttet: Oslo.
 289. Kjosavik, S.R., Ruths, S. and Hunskaar, S. *Psychotropic drug use in the Norwegian general population in 2005: data from the Norwegian*

- Prescription Database. Pharmacoepidemiology and Drug Safety, 2009.
290. Brugha, T.S., Bebbington, P.E., Singleton, N., Melzer, D., Jenkins, R., Lewis, G., Farrell, M., Bhugra, D., Lee, A. and Meltzer, H. *Trends in service use and treatment for mental disorders in adults throughout Great Britain*. British Journal of Psychiatry, 2004. 185: p. 378-384.
 291. Druss, B.G. *Rising mental health costs: What are we getting for our money?* Health Affairs, 2006. 25(3): p. 614-622.
 292. Tiemeier, H., de Vries, W.J., Loo, M.V., Kahan, J.P., Klazinga, N., Grol, R. and Rigter, H. *Guideline adherence rates and interprofessional variation in a vignette study of depression*. Quality & Safety in Health Care, 2002. 11(3): p. 214-218.
 293. Wang, P.S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M.C., Borges, G., Bromet, E.J., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J.M., Karam, E.G., Kessler, R.C., Kovess, V., Lane, M.C., Lee, S., Levinson, D., Ono, Y., Petukhova, M., Posada-Villa, J., Seedat, S. and Wells, J.E. *Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys*. The Lancet, 2007. 370(9590): p. 841-850.
 294. Knudsen, A.K. *How can treatment of mental disorders in primary care be improved? Interviews with one hundred Norwegian general practitioners*, in 14th Symposium AEP Section epidemiology and Social psychiatry. 2008: Dubrovnik, Croatia.
 295. Thompson, C., Ostler, K., Peveler, R.C., Baker, N. and Kinmonth, A.L. *Dimensional perspective on the recognition of depressive symptoms in primary care - The Hampshire Depression Project 3*. British Journal of Psychiatry, 2001. 179: p. 317-323.
 296. Gilbody, S., Whitty, P., Grimshaw, J. and Thomas, R. *Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care - A systematic review*. Jama-Journal of the American Medical Association, 2003. 289(23): p. 3145-3151.
 297. Gilbody, S., Bower, P. and Whitty, P. *Costs and consequences of enhanced primary care for depression - Systematic review of randomised economic evaluations*. British Journal of Psychiatry, 2006. 189: p. 297-308.
 298. Moulund, G. and Kyvik, J. *En time hos psykiater kan være nok*. Tidsskrift for Den Norske Lægeforening, 2007. 127: p. 2810-2812.
 299. Paykel, E.S., Scott, J., Teasdale, J.D., Johnson, A.L., Garland, A., Moore, R., Jenaway, A., Cornwall, P.L., Hayhurst, H., Abbott, R. and Pope, M. *Prevention of relapse in residual depression by cognitive therapy - A controlled trial*. Archives of General Psychiatry, 1999. 56(9): p. 829-835.
 300. Teasdale, J.D., Moore, R.G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S. and Segal, Z.V. *Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2002. 70(2): p. 275-287.
 301. Jané- Llopis, E., Hosman, C., Jenkins, R. and Anderson, P. *Predictors of efficacy in depression prevention programmes*. British Journal of Psychiatry, 2003. 183: p. 384-397.
 302. Haley, J. *Problem-Solving Therapy*. Second ed. 1987, San Francisco, California: Jossey-Bass inc., Publishers.
 303. Dalgard, O.S. *Kurs i mestring av depresjon - en randomisert, kontrollert studie*. Tidsskrift for Den Norske Lægeforening, 2004. 23(24): p. 3043-3046.
 304. beyondblue. *beyondblue The national depression initiative*. 2009; Available from: <http://beyond-blue.org.au/index.aspx?#>.
 305. van't Hof, E., Cuijpers, P. and Stein, D.J. *Self-Help and Internet-Guided Interventions in Depression and Anxiety Disorders: A Systematic Review of Meta-Analyses*. Cns Spectrums, 2009. 14(2): p. 34-40.
 306. Carlbring, P., Westling, B.E., Ljungstrand, P., Ekselius, L. and Andersson, G. *Treatment of panic disorder via the Internet: A randomized trial of a self-help program*. Behavior Therapy, 2001. 32(4): p. 751-764.
 307. Carlbring, P., Ekselius, L. and Andersson, G. *Treatment of panic disorder via the Internet: a randomized trial of CBT vs. applied relaxation*. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 2003. 34(2): p. 129-140.
 308. Carlbring, P., Nilsson-Ihrfelt, E., Waara, J., Kollensstam, C., Buhrman, M., Kaldø, V., Soderberg, M., Ekselius, L. and Andersson, G. *Treatment of panic disorder: live therapy vs. self-help via the Internet*. Behaviour Research and Therapy, 2005. 43(10): p. 1321-1333.
 309. Andersson, G., Bergstrom, J., Hollandare, F., Carlbring, P., Kaldø, V. and Ekselius, L. *Internet-based self-help for depression: randomised controlled trial*. British Journal of Psychiatry, 2005. 187: p. 456-461.
 310. Lange, A., Rietdijk, D., Hudcovicova, M., van de Ven, J.P., Schrieken, B. and Emmelkamp, P.M.G. *Interapy: A controlled randomized trial of the standardized treatment of posttraumatic stress through the Internet*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2003. 71(5): p. 901-909.
 311. Felleskatalogen. *Felleskatalogen*. 2009 [cited

- 2009 20.06]; Available from: <http://www.felles-katalogen.no/>.
312. Lingam, R. and Scott, J. *Treatment non-adherence in affective disorders*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 2002. 105(3): p. 164-172.
 313. Levenson, R., Greatly, A. and Robinson, J. *London's state of mind*. Vol. 86. 2003, London: King's Fund.
 314. Wierzbicki, M. and Pekarik, G. *A Meta-Analysis of Psychotherapy Dropout*. Professional Psychology: Research and Practice, 1993. 24(2): p. 190-195.
 315. Baekeland, F. and Lundwall, L. *Dropping out of treatment: A critical review*. Psychological Bulletin, 1975. 82: p. 738-783.
 316. Kapczinski, F.F.K., Silva de Lima, M., dos Santos Souza, J.J.S.S., Batista Miralha da Cunha, A.A.B.C. and Schmitt, R.R.S. *Antidepressants for generalized anxiety disorder*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2003(2).
 317. Cuijpers, P., van Straten, A., Warmerdam, L. and Andersson, G. *Psychotherapy versus the combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: A meta-analysis*. Depression and Anxiety, 2009. 26(3): p. 279-288.
 318. SSB. *Dødsfall etter kjønn, alder og underliggende dødsårsak. Hele landet*. 2007. 2009 [cited 2009 15.06]; Available from: <http://www.ssb.no/dodsarsak/tab-2009-04-07-02.html>.
 319. Gjertsen, F. *Variations of suicide rate in the population. Historical perspective with special reference to the 1970s and 1980s*. Tidsskrift for Den Norske Lægeforening, 1995. 115(1): p. 18-22.
 320. Gjertsen, F., *Utviklingstendenser i selvmord*. 2003, Nordiska högskolan för Folkhälsovetenskap: Göteborg.
 321. Retterstøl, N. *Selvmordet*. 1995, Oslo: Universitetsforlaget.
 322. Hjelmeland, H. *Suicidal Behaviour in Norway*, in *Suicidal Behaviour in Europe*, A. Schmidtke, et al., Editors. 2004, Hogrefe & Huber: Göttingen, Germany.
 323. Schmidtke, A., Weinacker, B., Löhr, C., Bille-Brahe, U. and De Leo, D. *Suicide and Suicide Attempts in Europe*, in *Suicidal Behaviour in Europe*, A. Schmidtke, et al., Editors. 2004, Hogrefe & Huber: Göttingen, Germany.
 324. Kopjar, B., Dieserud, G. and Wiik, J. *Selvpåførte forgiftninger behandlet i sykehus*. Tidsskrift for Den Norske Lægeforening, 2005. 125: p. 1798-1800.
 325. Engeland, A., Wiik, J. and Lande, G. *Registrering av parasuicid ved sykehus og legevakst*. Tidsskrift for Den Norske Lægeforening, 2001. 121(9): p. 1033-1037.
 326. National Suicide Research Foundation. *National Registry of Deliberate Self-Harm. Annual Report 2006-2007*. 2008.
 327. Dieserud, G. *Suicide attempt. Unsolvable lives?*, in *Institute of Psychology*. 2000, University of Oslo: Oslo.
 328. Retterstøl, N., Ekeberg, Ø. and Mehlum, L. *Selv-mord – et personlig og samfunnsmessig problem*. 2002, Oslo: Gyldendal Akademisk.
 329. Inskip, H.M., Harris, E.C. and Barraclough, B. *Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia*. British Journal of Psychiatry, 1998. 172: p. 35-37.
 330. Palmer, B.A., Pankratz, V.S. and Bostwick, J.M. *The lifetime risk of suicide in schizophrenia - A reexamination*. Archives of General Psychiatry, 2005. 62(3): p. 247-253.
 331. BlairWest, G.W., Mellisop, G.W. and Eyeson-Annan, M.L. *Down-rating lifetime suicide risk in major depression*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1997. 95(3): p. 259-263.
 332. Groholt, B., Ekeberg, O., Wichstrom, L. and Haldorsen, T. *Suicide among children and younger and older adolescents in Norway: A comparative study*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1998. 37(5): p. 473-481.
 333. Mann, J.J., Waternaux, C., Haas, G.L. and Malone, K.M. *Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients*. American Journal of Psychiatry, 1999. 156(2): p. 181-189.
 334. Borges, G., Walters, E.E. and Kessler, R.C. *Associations of substance use, abuse, and dependence with subsequent suicidal behavior*. American Journal of Epidemiology, 2000. 151(8): p. 781-789.
 335. Bjerkeset, O., Dahl, A.A., Stordal, E., Dahl, N.H., Kruger, M.B. and Linaker, O. *Feasibility of mental health screening and intervention in the HUNT population study*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2006. 41(3): p. 191-198.
 336. Retterstøl, N. and Strype, B. *Suicide Attempts In Norway - Personal Follow-Up Examination*. Life-Threatening Behavior, 1973. 3(4): p. 283-297.
 337. Clark, D.C. and Horton-Deutsch, S.L. *Assessment in absentia: The value of the psychological autopsy method for studying antecedents of suicide and predicting future suicides*, in *Assessment and Prediction of Suicide*, R.W. Maris, et al., Editors. 1992, Guilford Press: New York. p. 144-182.
 338. Owens, C., Booth, N., Briscoe, M., Lawrence, C. and Lloyd, K. *Suicide outside the care of mental health services*. CRISIS, 2003. 24: p. 113-121.
 339. Leenaars, A.A. *Psychotherapy with suicidal*

- people. *A person-centred approach*. 2004, Chichester: John Wiley & Sons, LTD.
340. Pirkis, J. and Blood, R.W. *Suicide and the Media Part I: Reportage in Nonfictional Media*. *Crisis*, 2001. 22(4): p. 146-154.
 341. WHO. *Suicide Prevention*. 2009 [cited 2009 09.06]; Available from: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html.
 342. Gould, M.S. *Suicide and the media*. *Annals New York Academy of Sciences*, 2001: p. 200-224.
 343. Etzersdorfer, E. and Sonneck, G. *Preventing suicide by influencing mass-media reporting. The Viennese experience 1980-1996*. *Archives of Suicide Research*, 1998. 4(1): p. 67-74.
 344. Grøholt, B., Hjelmeland, H.M., Mehlum, L., Borgersen, F. and Wiik, J., *Satsingsområder og strategiske mål for selvmordsforebyggende arbeid 2005-2008*. 2005, Sosial- og helsedirektoratet.
 345. Bramness, J.G., Walby, F.A. and Tverdal, A. *The sales of antidepressants and suicide rates in Norway and its counties 1980-2004*. *Journal of Affective Disorders*, 2007. 102: p. 1-9.
 346. Johannessen, H.A., Dieserud, G., Jakhell, F., Zahl, P.H. and De Leo, D. *Changes in institutional psychiatric care and suicidal behaviour: a follow-up study of inpatient suicide attempters in Bærum, Norway* *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, In press.
 347. Luoma, J.B., Martin, C.E. and Pearson, J.L. *Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence*. *American Journal of Psychiatry*, 2002. 159(6): p. 909-916.
 348. Andersen, U.A., Andersen, M., Rosholm, J.U. and Gram, L.F. *Contacts to the health care system prior to suicide: a comprehensive analysis using registers for general and psychiatric hospital admissions, contacts to general practitioners and practising specialists and drug prescriptions*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2000. 102(2): p. 126-134.
 349. Mann, J.J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lonnqvist, J., Malone, K., Marusic, A., Mehlum, L., Patton, G., Phillips, M., Rutz, W., Rihmer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y., Varnik, A., Wasserman, D., Yip, P. and Hendin, H. *Suicide prevention strategies - A systematic review*. *Jama-Journal of the American Medical Association*, 2005. 294(16): p. 2064-2074.
 350. De Groot, M.H., Keijser, J. and Neeleman, J. *Grief shortly after suicide and natural death: A comparative study among spouses and first-degree relatives*. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2006. 36(4): p. 418-431.
 351. Dyregrov, K., Nordanger, D. and Dyregrov, A. *Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS and accidents*. *Death Studies*, 2003. 27(2): p. 143-165.
 352. Qin, P., Agerbo, E. and Mortensen, P.B. *Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers*. *Lancet*, 2002. 360(9340): p. 1126-1130.
 353. Agerbo, E. *Midlife suicide risk, partner's psychiatric illness, spouse and child bereavement by suicide or other modes of death: a gender specific study*. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2005. 59(5): p. 407-412.
 354. Dyregrov, K. and Dyregrov, A. *Helping the family following suicide, in Brief interventions with bereaved children*, B. Monroe and F. Kraus, Editors. 2005, University Press: Oxford.
 355. Dyregrov, K. and Dyregrov, A. *Sosial nettverksstøtte ved brå død. Hvordan kan vi hjelpe?* 2007, Bergen Fagbokforlaget.
 356. Dyregrov, K. and Dyregrov, A. *Effective Grief and Bereavement Support: The Role of Family, Friends, Colleagues, Schools and Support Professionals*. 2008, London: Jessica Kingsley Publishers.

Referanser del 2: Barn og unge

357. Fombonne, E. *Case identification in an epidemiologic context*, in *Child and adolescent psychiatry*, M. Rutter and E. Taylor, Editors. 2002, Blackwell Publishing.
358. Nærde, A. and Neumer, S.P. *Rapport 2003:10 Psykiske lidelser blant barn 0-12 år*. 2003, Nasjonalt Folkehelseinstitutt: Oslo.
359. Heiervang, E., Stormark, K.M., Lundervold, A.J., Heimann, M., Goodman, R., Posserud, M.B., Ullebo, A.K., Plessen, K.J., Bjelland, I., Lie, S.A. and Gillberg, C. *Psychiatric disorders in Norwegian 8-to 10-year-olds: An epidemiological survey of prevalence, risk factors, and service use*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2007. 46(4): p. 438-447.
360. Obel, C., Heiervang, E., Rodriguez, A., Heyerdahl, S., Smedje, H., Sourander, A., Gudmundsson, O.O., Clench-Aas, J., Christensen, E., Heian, F., Mathiesen, K.S., Magnusson, P., Njaovik, U., Koskelainen, M., Ronning, J.A., Stormark, K.M. and Olsen, J. *The Strengths and Difficulties Questionnaire in the Nordic countries*. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2004. 13: p. 32-39.
361. Wichstrøm, L. *The emergence of gender difference in depressed mood during adolescence: The role of intensified gender socialization*. *Developmental Psychology*, 1999. 35(1): p. 232-245.
362. Roy, B.V., Grøholt, B., Heyerdal, S. and Clench-Aas, J. *Self-reported strengths and difficulties in a large Norwegian population 10-19 years*. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2006. 15: p. 189-198.
363. Oppedal, B. and Roysamb, E. *Mental health, life stress and social support among young Norwegian adolescents with immigrant and host national background*. *Scandinavian Journal of Psychology*, 2004. 45(2): p. 131-144.
364. Sund, A.M., Larsson, B. and Wichstrom, L. *Psychosocial correlates of depressive symptoms among 12-14-year-old Norwegian adolescents*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2003. 44(4): p. 588-597.
365. Mathiesen, K.S., Kjeldsen, A., Skipstein, A., Karevold, E., Torgersen, L. and Helgeland, H. *Rapport 2007:5 Trivsel og oppvekst – barndom og ungdomstid*. 2007, Folkehelseinstituttet: Oslo.
366. Johansson Helland, M. and Mathiesen, K.S. *Rapport 2009:1 13-15 åringer fra vanlige familier i Norge - hverdagsliv og psykisk helse*. 2009, Folkehelseinstituttet: Oslo.
367. Achenbach, T.M., Howell, C.T., Quay, H.C. and Conners, C.K. *National Survey of Problems and Competences among 4 to 16 Year-Olds - Parents Reports for Normative and Clinical Samples*. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 1991. 56(3): p. R5-R119.
368. Angold, A., Costello, E.J. and Erkanli, A. *Comorbidity*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 1999. 40(1): p. 57-87.
369. Gilliom, M. and Shaw, D.S. *Codevelopment of externalizing and internalizing problems in early childhood*. *Development and Psychopathology*, 2004. 16(2): p. 313-333.
370. Prior, M., Smart, D., Sanson, A. and Oberklaid, F. *Does shy-inhibited temperament in childhood lead to anxiety problems in adolescence?* *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2000. 39(4): p. 461-468.
371. Barkley, R.A. *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. 2006, New York: Guilford Press.
372. Davis, E., Saeed, S.A. and Antonacci, D.J. *Anxiety disorders in persons with developmental disabilities: Empirically informed diagnosis and treatment - Reviews literature on anxiety disorders in DD population with practical take-home messages for the clinician*. *Psychiatric Quarterly*, 2008. 79(3): p. 249-263.
373. Remschmidt, H. ed. *Schizophrenia in children and adolescents*. 2001, Cambridge University Press.
374. Landa, C.E. and Bybee, J.A. *Adaptive elements of aging: Self-image discrepancy, perfectionism, and eating problems*. 2007.
375. Mathiesen, K.S., Sanson, A., Stoolmiller, M. and Karevold, E. *The Nature and Predictors of Under-controlled and Internalizing Problem Trajectories Across Early Childhood*. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2009. 37(2): p. 209-222.
376. Sanson, A., Hemphill, S.A. and Smart, D. *Connections between temperament and social development: A review*. *Social Development*, 2004. 13(1): p. 142-170.
377. Prior, M., Smart, D., Sanson, A., Pedlow, R. and

- Oberklaid, F. *Transient versus Stable Behavior Problems in a Normative Sample - Infancy to School Age*. Journal of Pediatric Psychology, 1992. 17(4): p. 423-443.
378. Koot, H.M. and Verhulst, F.C. *Prediction of childrens referral to mental-health and special-education services from earlier adjustment*. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 1992. 33(4): p. 717-729.
 379. Costello, E.J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G. and Angold, A. *Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence*. Archives of General Psychiatry, 2003. 60(8): p. 837-844.
 380. Mackenbach, J.P., Kunst, A.E., Cavelaars, A.E.J.M., Groenhouf, F., Geurts, J.J.M., Andersen, O., Bonte, J.T.P., Borgan, J.K., Cialesi, R., Desplanques, G., Filakti, H., Harding, S., Grotvedt, L., Helmer, U., Junker, C., Lahelma, E., Lundberg, O., Martikainen, P., Matheson, J., Mielck, A., Minder, C.E., Mizrahi, A., Mizrahi, A., Pagnanelli, F., Rasmussen, N., Regidor, E., Spuhler, T. and Valkonen, T. *Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe*. Lancet, 1997. 349(9066): p. 1655-1659.
 381. Mæland, J.G., Elstad, J.I., Næss, Ø. and Westin, S. *Sosial Epidemiologi – Sosiale årsaker til helsesvikt*. 2009: Gyldendal Norske Forlag AS.
 382. Keating, D.P. and Hertzman, C. *Developmental health and the wealth of nations: Social, biological and educational dynamics*. 1999, New York: Guilford Press.
 383. Richardson, S. and Prior, M. *No time to lose: the wellbeing of Australia's children*. Vol. Melbourne University Press. 2005.
 384. Dearing, E. *The Psychological Costs of Growing Up Poor*. Annals New York Academy of Sciences, 2007.
 385. Fergusson, D.M., Horwood, L.J. and Lynskey, M. *The childhood of multiple problem adolescents - a 15-year longitudinal study*. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 1994. 35(6): p. 1123-1140.
 386. Stanley, F., Richardson, S. and Prior, M. *Children of the lucky country? How Australian society has turned its back on children and why children matter*. 2005, Sydney: Pan Macmillan Australia Pty Limited
 387. Kessler, R.C. and Ustun, T.B. *The World Mental Health (WMH) Survey Initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*. International Journal of Methods in Psychiatric Research, 2004. 13(2): p. 93-121.
 388. Guedeney, A. and Fermanian, J. *A validity and reliability study of assessment and screening for sustained withdrawal reaction in infancy: The alarm distress baby scale*. Infant Mental Health Journal, 2001. 22(5): p. 559-575.
 389. Richman, N., Stevenson, J. and Graham, P.J. eds. *Pre-school to school: A behavioral study*. 1982, Academic Press: London.
 390. Buss, A.H. and Plomin, R. *Temperament: Early developing personality traits*. 1984: Hillsdale, NJ: Erlbaum.
 391. Zero to Three revised. *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood (DC:0-3)*. 2005, Washington D.C.: Zero to Three Press.
 392. Barnard, K., Wieder, S., Carter, A.S., Clark, R., Thomas, J., Weston, D. and Fenichel, E. *The DC:0-3 assessment protocol project. Final report to the Commonwealth Fund. Unpublished manuscript, Zero to Three*. 2002: Washington, D.C.
 393. Andersson, H.W. *Pasienter og behandlingstilbud i psykisk helsevern for barn og unge*. 2009, SINTEF.
 394. Koot, H.M., VanDenOord, E., Verhulst, F.C. and Boomsma, D.I. *Behavioral and emotional problems in young preschoolers: Cross-cultural testing of the validity of the child behavior checklist/2-3*. Journal of Abnormal Child Psychology, 1997. 25(3): p. 183-196.
 395. Mathiesen, K.S. and Sanson, A. *Dimensions of early childhood behavior problems: Stability and predictors of change from 18 to 30 months*. Journal of Abnormal Child Psychology, 2000. 28(1): p. 15-31.
 396. Baird, G., Charman, T., Baron-Cohen, S., Cox, A., Swettenham, J., Wheelwright, S. and Drew, A. *A screening instrument for autism at 18 months of age: A 6-year follow-up study*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2000. 39(6): p. 694-702.
 397. Polanczyk, G., de Lima, M.S., Horta, B.L., Biederman, J. and Rohde, L.A. *The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and meta-regression analysis*. American Journal of Psychiatry, 2007. 164(6): p. 942-948.
 398. Law, J., Boyle, J., Harris, F., Harkness, A. and Nye, C. *Prevalence and natural history of primary speech and language delay: findings from a systematic review of the literature*. International Journal of Language & Communication Disorders, 2000. 35(2): p. 165-188.
 399. Dale, P.S., Price, T.S., Bishop, D.V.M. and Plomin, R. *Outcomes of early language delay: I. Predicting persistent and transient language difficulties at 3 and 4 years*. Journal of Speech Language and Hearing Research, 2003. 46(3): p. 544-560.

400. Schjølberg, S., Lekhal, R., Vaage Wang, M., Zambrana, I.M., Mathiesen, K.S., Magnus, P. and Roth, C. *Rapport 2008:10 Forsinket språkutvikling En foreløpig oversikt basert på data fra Den norske mor og barn undersøkelsen*. 2008, Folkehelseinstituttet: Oslo.
401. Leonard, L.B. *Children with specific language impairment*. 1998, Cambridge, Mass: MIT Press.
402. Bishop, D.V.M. and Leonard, L.B.E. *Speech and language impairments in children: Causes, characteristics, intervention and outcome*. 2000, Hove, East Sussex: Psychology Press Ltd.
403. Egger, H.L. and Angold, A. *Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2006. 47(3-4): p. 313-337.
404. Skovgaard, A.M., Houmann, T., Christiansen, E., Landorph, S., Jorgensen, T., Olsen, E.M., Heering, K., Kaas-Nielsen, S., Samberg, V., and Lichtenberg, A. *The prevalence of mental health problems in children 1 1/2 years of age - the Copenhagen Child Cohort 2000*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2007. 48(1): p. 62-70.
405. Yeargin-Allsopp, M. and Boyle, C. *Overview: The epidemiology of neurodevelopmental disorders*. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 2002. 8(3): p. 113-116.
406. SINTEF. *Nasjonal kartlegging av tilbud om diagnostisering og helhetlig behandling av barn og ungdom med hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD*. 2004, SINTEF Helse: Trondheim.
407. Ford, T., Goodman, R. and Meltzer, H. *The British child and adolescent mental health survey 1999: The prevalence of DSM-IV disorders*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2003. 42(10): p. 1203-1211.
408. Meltzer, H., Gatward, R., Goodman, R. and Ford, T. *Mental health of children and adolescents in Great Britain (Reprinted from 2000)*. *International Review of Psychiatry*, 2003. 15(1-2): p. 185-187.
409. Patel, V., Flisher, A.J., Hetrick, S. and McGorry, P. *Adolescent Health 3 - Mental health of young people: a global public-health challenge*. *Lancet*, 2007. 369(9569): p. 1302-1313.
410. Merikangas, K.R. *Vulnerability factors for anxiety disorders in children and adolescents*. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2005. 14(4): p. 649-679.
411. Polivy, J., Herman, C.P., Mills, J.S. and Wheeler, H.B. *Eating disorders in adolescence*, in *Blackwell handbook on adolescence*, G.R. Adams and M.D. Berzonsky, Editors. 2003, Blackwell: Malden, MA. p. 523-549.
412. Moran, M. *When Schizophrenia Develops Early, Impairment Often More Severe*. *APA Psychiatric News*, 2007. 42(17).
413. Gillberg, C. *Epidemiology of early onset schizophrenia*, in *Schizophrenia in children and adolescents*, Remschmidt, Editor. 2001, Cambridge University Press.
414. Bryson, S.A., Corrigan, S.K., McDonald, T.P. and Holmes, C. *Characteristics of children with autism spectrum disorders who received services through community mental health centers*. *Autism*, 2008. 12(1): p. 65-82.
415. Avenevoli, S. and Steinberg, L. *The continuity of depression across the adolescent transition*, in *Advances in Child Development and Behavior*, Vol 28. 2001. p. 139-173.
416. Eley, T.C. and Stevenson, J. *Using genetic analyses to clarify the distinction between depressive and anxious symptoms in children*. 1999.
417. Grøholt, B., Sommerschild, H. and Garløv, I. *Lærebok i barnepsykiatri*. 2001, Oslo: Universitetsforlaget.
418. Costello, E.J., Egger, H.L. and Angold, A. *The developmental epidemiology of anxiety disorders: Phenomenology, prevalence, and comorbidity*. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2005. 14(4): p. 631-+.
419. Axelson, D.A. and Birmaher, B. *Relation between anxiety and depressive disorders in childhood and adolescence*. *Depression and Anxiety*, 2001. 14(2): p. 67-78.
420. Sund, A.M. *Development of Depressive Symptoms in Early Adolescence. The Youth and Mental Health Study*. 2004, NTNU: Trondheim.
421. Kessler, R.C., Avenevoli, S. and Merikangas, K.R. *Mood disorders in children and adolescents: An epidemiologic perspective*. *Biological Psychiatry*, 2001. 49(12): p. 1002-1014.
422. Hankin, B.L., Abramson, L.Y., Moffitt, T.E., Silva, P.A., McGee, R. and Angell, K.E. *Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study*. *Journal of Abnormal Psychology*, 1998. 107(1): p. 128-140.
423. Norges Forskningsråd. *Barn og unge med alvorlige atferdsvansker. Hva kan nyere viten fortelle oss? Hva slags hjelp trenger de? Ekspertuttalelser etter konferansen 18. - 19. september om tilbud til barn og unge som er spesielt vanskelige og utagerende*. 1998.
424. Kazdin, A.E., Kraemer, H.C., Kessler, R.C., Kupfer, D.J. and Offord, D.R. *Contributions of risk-factor research to developmental psychopathology*. *Clinical Psychology Review*, 1997. 17(4): p. 375-406.
425. Nordahl, T., Sørli, M.-A., Manger, T. and Tveit,

- A. Atferdsproblemer blant barn og unge. 2005: Fagbokforlaget.
426. Sørli, M.A. *Alvorlige atferdsproblemer og lovende tiltak i skolen: en forskningsbasert kunnskapsstatus*. 2000, Oslo: Praxis forlag.
 427. Moffitt, T.E. *Adolescence-Limited and Life-Course-Persistent Antisocial Behaviour: A Developmental Taxonomy*. *Psychological Review*, 1993. 100(4): p. 674-701.
 428. Wichstrøm, L. and Backe-Hansen, E. *Eksternaliserende vansker*, in *Ung i Norge. Psykososiale utfordringer*, I.L. Kvaalem and L. Wichstrøm, Editors. 2007, J.W.Cappelens Forlag AS: Oslo.
 429. Stene, R.J. *Barn og unge i rettssystemet. Kriminalitet blant barn og unge. Del 1*. 2003, Statistisk Sentralbyrå.
 430. SALTO. *Barne- og ungdomskriminaliteten i Oslo 2009 En trendrapport laget av Oslo politidistrikt og Oslo kommune*. 2009, Politiet, Oslo Kommune: Oslo.
 431. Pape, H. and Rossow, I. *Farlig fyll. Overstadig drikking og problemer knyttet til alkoholbruk blant skoleungdom*. *Tidsskrift for ungdomsforskning*, 2007. 1.
 432. Fairburn, C.G. and Harrison, P.J. *Eating disorders*. *Lancet*, 2003. 361(9355): p. 407-416.
 433. Striegel-Moore, R.H. and Bulik, C.M. *Risk factors for eating disorders*. *American Psychologist*, 2007. 62(3): p. 181-198.
 434. Rosenvinge, J.H. and Götestam, K.G. *Spiseforstyrrelser - hvordan bør behandlingen organiseres?* *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 2002. 122: p. 285-288.
 435. Heatherton, T.F., Mahamedi, F., Striepe, M., Field, A.E. and Keel, P. *A 10-year longitudinal study of body weight, dieting, and eating disorder symptoms*. *Journal of Abnormal Psychology*, 1997. 106(1): p. 117-125.
 436. Currin, L., Schmidt, U., Treasure, J. and Jick, H. *Time trends in eating disorder incidence*. *British Journal of Psychiatry*, 2005. 186: p. 132-135.
 437. Keel, P.K., Leon, G.R. and Fulkerson, J.A. *Vulnerability to eating disorders in childhood and adolescence*, in *Vulnerability to psychopathology. Risk across the lifespan*, R.E. Ingram and J.M. Price, Editors. 2001, Guilford: New York. p. 389-411.
 438. Striegel-Moore, R.H. and Franko, D.L. *Epidemiology of binge eating disorder*. *International Journal of Eating Disorders*, 2003. 34: p. S19-S29.
 439. Charman, T., Taylor, E., Drew, A., Cockerill, H., Brown, J.A. and Baird, G. *Outcome at 7 years of children diagnosed with autism at age 2: predictive validity of assessments conducted at 2 and 3 years of age and pattern of symptom change over time*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2005. 46(5): p. 500-513.
 440. Chakrabarti, S. and Fombonne, E. *Pervasive developmental disorders in preschool children: Confirmation of high prevalence*. *American Journal of Psychiatry*, 2005. 162(6): p. 1133-1141.
 441. Schjølberg, S. *A population based study on early detection of autism spectrum disorders*, in *Social brain 1*. 2003: Göteborg.
 442. *The Autism Birth Cohort Study – status and future plans*, in *International Meeting for Research in Autism (IMFAR)*. 2009: Chicago.
 443. McClellan, J., McCurry, C., Speltz, M.L. and Jones, K. *Symptom factors in early-onset psychotic disorders*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2002. 41(7).
 444. Frazier, J.A., McClellan, J., Findling, R.L., Vitiello, B., Anderson, R., Zablotsky, B., Williams, E., McNamara, N.K., Jackson, J.A., Varley, J.A., Puglia, M., Maloney, A.E., Ambler, D., Hunt-Harrison, T., Hamer, R.M., Noyes, N., Lieberman, J.A. and Sikich, L. *Treatment of Early-Onset Schizophrenia Spectrum Disorders (TEOSS): Demographic and clinical characteristics*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2007. 46(8): p. 979-988.
 445. Fyhn, O., Holte, A., Hartvigsen, A., Skarbø, T. and Reigstad, B. *Prevalens, diagnostisering og behandling av psykoser blant barn og unge i Nordland*. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 1996. 33: p. 2006-2017.
 446. Cepeda, C. *Psychotic Symptoms in Children and Adolescents. Assessment, Differential Diagnosis and Treatment*. 2007: Routledge Taylor & Francis Group.
 447. Scourfield, J., Rice, F., Thapar, A., Harold, G.T., Martin, N. and McGuffin, P. *Depressive symptoms in children and adolescents: Changing etiological influences with development*. *Behavior Genetics*, 2003. 33(6): p. 718-719.
 448. Karevold, E., Roysamb, E., Ystrom, E. and Mathiesen, K.S. *Predictors and pathways from infancy to symptoms of anxiety and depression in early adolescence*. *Developmental Psychology*, 2009. 45(4): p. 1051-1060.
 449. Mathiesen, K.S. and Prior, M. *The impact of temperament factors and family functioning on resilience processes from infancy to school age*. *European Journal of Developmental Psychology*, 2006. 3(4): p. 357-387.
 450. Owens, E.B. and Shaw, D.S. *Predicting growth curves of externalizing behavior across the preschool years*. *Journal of Abnormal Child Psychology*

- logy, 2003. 31(6): p. 575-590.
451. Asarnow, J.R., Goldstein, M.J., Tompson, M. and Guthrie, D. *One-Year Outcomes of Depressive-Disorders in Child Psychiatric-Inpatients - Evaluation of the Prognostic Power of a Brief Measure of Expressed Emotion*. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 1993. 34(2): p. 129-137.
452. Goodyer, I. and Rutter, M. *Psychosocial disturbances in young people: Challenges for prevention*. Psychological Medicine, 1997. 27(6): p. 1456-1456.
453. Conger, R.D., Ge, X.J., Elder, G.H., Lorenz, F.O. and Simons, R.L. *Economic stress, coercive family process, and developmental problems of adolescents*. Child Development, 1994. 65(2): p. 541-561.
454. Campbell, S.B. *Behavior problems in preschool children - A review of recent research*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1995. 36(1): p. 113-149.
455. Cummings, E.M. and Davies, P.T. *Maternal depression and child development* Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 1994. 35(1): p. 73-112.
456. Leve, L.D., Kim, H.K. and Pears, K.C. *Childhood temperament and family environment as predictors of internalizing and externalizing trajectories from ages 5 to 17*. Journal of Abnormal Child Psychology, 2005. 33(5): p. 505-520.
457. Keenan, K. and Shaw, D. *Developmental and social influences on young girls' early problem behavior*. Psychological Bulletin, 1997. 121(1): p. 95-113.
458. Janson, H. and Mathiesen, K.S. *Temperament profiles from infancy to middle childhood: Development and associations with behavior problems*. Developmental Psychology, 2008. 44(5): p. 1314-1328.
459. Stice, E. *Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review*. Psychological Bulletin, 2002. 128(5): p. 825-848.
460. Murray, L. and Cooper, P.J. *Postpartum depression and child development*. Psychological Medicine, 1997. 27(2): p. 253-260.
461. Hammen, C. *Mood disorders*, in *Comprehensive Handbook of Psychology*, I. Weiner, T. Widiger, and G. Stricker, Editors. 2003, John Wiley & Sons: New York, NY. p. 93-118.
462. Kjelsberg, E. *A long-term follow-up study of adolescent psychiatric in-patients*, in *Centre for Child and Adolescent Psychiatry, Department Group of Psychiatry*. 1999, University of Oslo: Oslo.
463. Lauritzen, G., Waal, H., Amundsen, A. and Arner, O. *A nationwide study of norwegian drug abusers in treatment: Methods and findings*. Nordisk Alkohol & Narkotikatidsskrift, 1997. 14: p. 43-63.
464. De Bellis, M.D. *The psychobiology of neglect*. Child Maltreatment, 2005. 10(2): p. 150-172.
465. Chemtob, C.M. and Carlson, J.G. *Psychological effects of domestic violence on children and their mothers*. International Journal of Stress Management, 2004. 11(227-244).
466. Oppedal, B., Azam, G.E., Dalsøren, S.B., Hirsch, S.M., Jensen, L., Kiamanesh, P., Moe, E.A., Romanova, E. and Seglem, K.B. *Rapport 2008:14 Psykososial tilpasning og psykiske problemer blant barn i innvandrersfamilier* UngKul. 2008, Folkehelseinstituttet: Oslo.
467. Thomas, S., Thomas, S., Nafees, B. and Bhugra, D. *'I was running away from death' - the pre-flight experiences of unaccompanied asylum seeking children in the UK*. Child: Care, Health & Development, 2003. 30: p. 113-122.
468. Ystgaard, M. *Villet egenskade blant ungdom: nye forskningsresultater og konsekvenser for forebyggende arbeid*. Suicidologi, 2003. 8(2): p. 7-10.
469. Oppedal, B., Roysamb, E. and Sam, D.L. *The effect of acculturation and social support on change in mental health among young immigrants*. International Journal of Behavioral Development, 2004. 28(6): p. 481-494.
470. Moe, V. and Slinning, K. *Prenatal drug exposure and the conceptualization of long-term effects*. Scandinavian Journal of Psychology, 2002. 43(1): p. 41-47.
471. Faraone, S.V., Perlis, R.H., Doyle, A.E., Smoller, J.W., Goralnick, J.J., Holmgren, M.A. and Sklar, P. *Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder*. 2005.
472. Millichap, J.G. *Etiologic classification of attention-deficit/hyperactivity disorder*. Pediatrics, 2008. 121(2): p. E358-E365.
473. Tvetene, K.G. *Fattigdom blant barn, unge og familier - et kunnskaps og erfaringshefte*. 2006, Barne- og likestillingsdepartementet: Oslo.
474. Ytrefhus, S. *Fattige barn i Norge. Hvem er de og hvor bor de. Fafo-rapport 445*. 2004, Fafo: Oslo.
475. Epland, J. *Barn i husholdninger med lav inntekt: Omfang, utvikling og årsaker*. 2001.
476. UNICEF. *The state of the worlds children 2005. Childhood under threat*. 2005, United Nations Children's Fund.
477. Klepp, K.I. and Aarø, L.E. eds. *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid*. 2009, Gyldendal Norske Forlag.
478. Weinberg, M.K. and Tronick, E.Z. *The impact of maternal psychiatric illness on infant development*. 1998.

479. McCarty, C.A. and McMahon, R.J. *Mediators of the relation between maternal depressive symptoms and child internalizing and disruptive behavior disorders*. 2003.
480. Goodman, S.H. and Gotlib, I.H. *Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission*. Psychological Review, 1999. 106(3): p. 458-490.
481. Campbell, S.B., Brownell, C.A., Hungerford, A., Spieker, S.J., Mohan, R. and Blessing, J.S. *The course of maternal depressive symptoms and maternal sensitivity as predictors of attachment security at 36 months*. Development and Psychopathology, 2004. 16(2): p. 231-252.
482. Eberhard-Gran, M., Eskild, A., Tambs, K., Samuelsen, S.O. and Opjordsmoen, S. *Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 2002. 106(6): p. 426-433.
483. Eberhard-Gran, M. and Slinning, K. *Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel*. 2007, Oslo: Folkehelseinstituttet.
484. Munk-Olsen, T., Laursen, T.M., Pedersen, C.B., Mors, O. and Mortensen, P.B. *New parents and mental disorders - A population-based register study*. 2006.
485. Iversen, E., Lauritzen, G., Skretting, A. and Skutle, A. *Det nasjonale dokumentasjonssystemet innen tiltaksapparatet for rusmiddelmisbrukere* 2004, Klientkartleggingsdata.
486. Isdal, P. *Meningen med volden*. 1st ed. 2000: Kommuneforlaget.
487. Krug, E.G., Dahlberg, L.L. and Mercy, J.A. *World report on violence and health*. 2002, World Health Organization: Geneva.
488. Curry, M.A., Perrin, N. and Wall, E. *Effects of abuse on maternal complications and birth weight in adult and adolescent women*. Obstetrics and Gynecology, 1998. 92(4): p. 530-534.
489. Barne- og familiedepartementet. *Strategi mot seksuelle og fysiske overgrep mot barn (2005-2009)*. 2005, Barne- og familiedepartementet: Oslo.
490. Kreyberg Normann, E., Tambs, K. and Magnus, P. *Seksuelle overgrep mot barn - et folkehelseproblem?* Nordisk Medisin, 1992. 107: p. 326-330.
491. Molnar, B.E., Buka, S.L. and Kessler, R.C. *Child sexual abuse and subsequent psychopathology: results from the National Comorbidity Survey*. American Journal of Public Health, 2001. 91(5): p. 753-760.
492. Safren, S.A., Gershuny, B.S., Marzol, P., Otto, M.W. and Pollack, M.H. *History of childhood abuse in panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder*. Journal of Nervous and Mental Disease, 2002. 190(7): p. 453-456.
493. Weiss, E.L., Longhurst, J.G. and Mazure, C.M. *Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: Psychosocial and neurobiological correlates*. American Journal of Psychiatry, 1999. 156(6): p. 816-828.
494. Peleikis, D.E., Mykletun, A. and Dahl, A.A. *Current mental health in women with childhood sexual abuse who had outpatient psychotherapy*. European Psychiatry, 2005. 20(3): p. 260-267.
495. SSB. *Innvandring og innvandrere*. 2009 [cited 2009 20.07]; Available from: <http://www.ssb.no/innvstat/>.
496. Oppedal, B., Roysamb, E. and Heyerdahl, S. *Ethnic group, acculturation, and psychiatric problems in young immigrants*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2005. 46(6): p. 646-660.
497. SSB. *Befolkningsstatistikk. Personer med flyktningbakgrunn, 1. januar 2008*. 2009 [cited 2009 20.07]; Available from: <http://www.ssb.no/flyktninger/>.
498. Fazel, M., Wheeler, J. and Danesh, J. *Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review*. Lancet, 2005. 365(9467): p. 1309-1314.
499. Lavik, N.J., Hauff, E., Skrandal, A. and Solberg, O. *Mental disorder among refugees and the impact of persecution and exile: Some findings from an out-patient population*. British Journal of Psychiatry, 1996. 169(6): p. 726-732.
500. Fazel, M. and Stein, A. *The mental health of refugee children*. Archives of Disease in Childhood, 2002. 87(5): p. 366-370.
501. Lie, B. *Innvandring og innvandrere*. 2002, Statistisk Sentralbyrå: Oslo.
502. Rousseau, C., Said, T.M., Gagné, M.J. and Bibeau, G. *Resilience in unaccompanied minors from the north of Somalia*. Psychoanalytic Review, 1998. 85(615-637).
503. Sourander, A. *Behavior problems and traumatic events of unaccompanied refugee minors*. Child Abuse & Neglect, 1998. 22(7): p. 719-727.
504. Oppedal, B., Jensen, L. and Seglem, K.B. *Når hverdagen normaliseres: Psykisk helse og sosiale relasjoner blant unge flyktninger som kom til Norge uten foreldrene sine*. 2008, Folkehelseinstituttet.
505. Holsen, I., Kraft, P. and Røysamb, E. *The relationship between body image and depressed mood in adolescence: A 5-year longitudinal panel study*. Journal of Health Psychology, 2001. 6(6): p. 613-627.
506. Hetland, J. *The nature of subjective health*

- complaints in adolescence: dimensionality, stability, and psychosocial predictors, in *Research Centre for Health Promotion*. 2006, University of Bergen: Bergen.
507. Torsheim, T., Aaroe, L.E. and Wold, B. *Sense of coherence and school-related stress as predictors of subjective health complaints in early adolescence: interactive, indirect or direct relationships?* *Social Science & Medicine*, 2001. 53(5): p. 603-614.
 508. Utdanningsdirektoratet. *Elevundersøkelsen 2008*. 2009; Available from: utdanningsdirektoratet.no.
 509. Olweus, D. *Mobbing i skolen: Nye data om omfanget og forandringen over tid*. 2002, HEMIL senteret, Universitetet i Bergen: Bergen.
 510. Olweus, D. *Mobbing i skolen - fakta og tiltak*, in *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid*, K.I. Klepp and L.E. Aarø, Editors. 2009, Gyldendal Norske Forlag.
 511. Olweus, D. *Mobbing i skolen - hva vet vi og hva kan vi gjøre*. 1992, Oslo: Universitetsforlaget.
 512. Fosse, G.K. *Mental health of psychiatric outpatients bullied in childhood*, in *Department of Neuroscience, Faculty of Medicine*. 2006, Norwegian University of Science and Technology: Trondheim.
 513. Sourander, A., Jensen, P., Ronning, J.A., Elonheimo, H., Niemela, S., Helenius, H., Kumpulainen, K., Piha, J., Tamminen, T., Moilanen, I. and Almqvist, F. *Childhood bullies and victims and their risk of criminality in late adolescence - The Finnish from a boy to a man study*. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2007. 161(6): p. 546-552.
 514. Msalla, M.E., Biera, J.-A., LaGasse, L., Tremonta, M. and Lester, B. *Topics in Developmental Delay. The vulnerable preschool child: The impact of biomedical and social risks on neurodevelopmental function*. *Seminars in Pediatric Neurology*, 1998. 5(1): p. 52-61.
 515. Curtis, W.J. and Cicchetti, D. *Moving research on resilience into the 21st century: Theoretical and methodological considerations in examining the biological contributors to resilience*. *Development and Psychopathology*, 2003. 15(3): p. 773-810.
 516. Masten, A.S., Hubbard, J.J., Gest, S.D., Tellegen, A., Garmezy, N. and Ramirez, M. *Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence*. 1999.
 517. Thompson, R., Flood, M.F. and Goodvin, R. *Social support and developmental psychopathology*, in *Developmental Psychopathology*, D. Cicchetti and D.J. Cohen, Editors. 2006, John Wiley and Sons, Inc.: Hoboken, New Jersey. p. 1-37.
 518. Torsheim, T. and Wold, B. *School-related stress, support, and subjective health complaints among early adolescents: a multilevel approach*. *Journal of Adolescence*, 2001. 24(6): p. 701-713.
 519. Helland, M.J. and Mathiesen, K.S. *Rapport 2009:1 13-15-åringer fra vanlige familier i Norge – hverdagsliv og psykisk helse*. 2009, Folkehelseinstituttet.
 520. Katz, L.F. and Gottman, J.M. *Vagal tone protects children from marital conflict*. *Development and Psychopathology*, 1995. 7(1): p. 83-92.
 521. El-Sheikh, M. *Parental drinking problems and children's adjustment: Vagal regulation and emotional reactivity as pathways and moderators of risk*. *Journal of Abnormal Psychology*, 2001. 110(4): p. 499-515.
 522. Pellegrini, A.D. and Smith, P.K. *Physical activity play: The nature and function of a neglected aspect of play*. *Child Development*, 1998. 69(3): p. 577-598.
 523. Karevold, E. *Emotional problems in childhood and adolescence. Predictors, pathways and underlying structure*, in *Department of Psychology*. 2008, University of Oslo: Oslo.
 524. Sosial- og helsedirektoratet. *Norske anbefalinger for ernæring og fysisk aktivitet*. 2005, Sosial- og helsedirektoratet: Oslo.
 525. Essex, M.J., Kraemer, H.C., Armstrong, J.M., Boyce, T., Goldsmith, H.H., Klein, M.H., Woodward, H. and Kupfer, D.J. *Exploring risk factors for the emergence of children's mental health problems*. *Archives of General Psychiatry*, 2006. 63(11): p. 1246-1256.
 526. Oppedal, B med flere. *Rapport om Ungdom og psykisk helse*. (Rapporten er under utarbeidelse).