

Hvem får psykiske lidelser, og kan de forebygges?

Psykiske lidelser har antakelig flere hundre risikofaktorer. Rundt halvparten av oss vil rammes i løpet av livet, og mange årsaker vil ikke kunne forebygges. Men noen risikofaktorer angår mange, og kan forebygges. Her presenteres fem av de viktigste.

TEKST

Ann Kristin Knudsen

Kristin Schjelderup-Mathiesen

Arnstein Mykletun

PUBLISERT 5. juni 2010

EMNER

psykiske lidelser

Rusmisbruk

Depresjon



UTE: Å opprettholde høy sysselsetting er ett av flere mulige tiltak for å forebygge psykiske lidelser i befolkningen. Det er mye større forskjeller i psykisk helse mellom personer som er i jobb og personer som er utenfor arbeidslivet, enn det er

mellom personer fra ulike yrkesgrupper.

Illustrasjon: Oda Valle

Rundt halvparten av oss kommer til å rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet (Mykletun, Knudsen & Mathiesen, 2009). Helsevesenet kan ikke behandle alle, og derfor er forebygging viktig innenfor psykisk helse. Forebyggende tiltak kan rettes mot spesielt utsatte grupper, men kan også settes inn overfor befolkningen som helhet. For at forebygging skal være effektivt, trenger vi god kunnskap om faktorer som henger sammen med utvikling av psykiske lidelser. Dette er temaet for denne månedens Psykologi og samfunn. Temaet er utdypet i Folkehelseinstituttets Rapport 2009:8 Psykiske lidelser i Norge: Et Folkehelseperspektiv (Mykletun et al., 2009).

Mange og sammensatte årsaker

Ved mange somatiske sykdommer er de relevante risikofaktorene få og oversiktlige, slik som røyking ved utvikling av visse typer kreft eller hjerte- og karlidelser. Psykiske lidelser har derimot en mengde risikofaktorer, og de fleste av disse må virke i samspill med andre for at en lidelse skal utvikles. I tillegg finnes det faktorer som beskytter mot utvikling av psykiske lidelser, som det å ha et støttende sosialt nettverk. Sjansen for at barn, unge eller voksne utvikler psykiske lidelser, er forhøyet dersom de har arvelig sårbarhet og vokser opp i familier hvor de utsettes for mange belastninger. Fremfor en akutt debut er det derfor riktigere å tenke på utviklingen av en psykisk lidelse som en prosess hvor grunnleggende sårbarhet eller motstandsdyktighet er vesentlig for hvilken betydning utløsende hendelser får (Goldberg & Goodyer, 2005).

«Forebyggende tiltak kan rettes mot spesielt utsatte grupper, men kan også settes inn overfor befolkningen som helhet»

Sårbarhet eller motstandsdyktighet kan være til stede allerede fra fødselen av, for eksempel gjennom genetiske predisposisjoner. Erfaringer i løpet av livet, slik som forholdet til viktige omsorgspersoner, medfødte temperamentstrekk og senere personlighetstrekk, vil ytterligere bidra til å forme sårbarhet eller motstandsdyktighet. Vi utsettes alle for kroniske og mer akutte belastninger i løpet av livet. I kombinasjon med lite sosial støtte og en grunnleggende sårbarhet kan miljøbelastninger resultere i utvikling av psykiske lidelser. Noen psykiske lidelser kan forebygges, og iblant til og med behandles, ved å redusere eller fjerne kroniske og akutte belastninger og tilføre støtte.

Da psykiske lidelser antakelig har flere hundre risikofaktorer, vil ikke alle kunne være gjenstand for forebygging. I det følgende vil vi imidlertid omtale fem risikofaktorer som angår mange, og som også kan forebygges: lav sosioøkonomisk status, utestenging fra

arbeidslivet, tilgjengelighet av alkohol, depresjon hos mødre, og mobbing eller sosial isolasjon blant barn.

Lav sosioøkonomisk status

Sosioøkonomisk status, målt ut fra utdanning, yrke og inntekt, har sammenheng med psykisk helse (Muntaner, Eaton, Miech & O'Campo, 2004). Liten tillit til egen mestring, opplevelse av maktesløshet, lite sosial støtte, økonomiske problemer, røyking og somatisk sykdom forklarer noe av denne assosiasjonen (Næss, Rognerud & Strand, 2007). Uførepensjon har også en sterk gjensidig assosiasjon med psykiske lidelser (Mykletun & Knudsen, 2009), med sterke sosiale gradienter blant dem som innvilges uførepensjon. Graden av sosiale forskjeller i et land henger sammen med politiske verdisyn, og politikere og deres velgere har ansvar for dette. Sosial ulikhet kan begrenses gjennom politiske virkemidler som skattepolitikk, økonomisk støtte til svakerestilte grupper, og god tilgang til høyere utdanning.

Utestenging fra arbeidslivet

Deltakelse i arbeidslivet er positivt for den psykiske helsen (Waddell & Burton, 2006), også for mennesker med alvorlige psykiske lidelser (Burns, Catty, Becker, Drake, Fioritti et al., 2007). Det er betydelig større forskjeller i psykisk helse mellom personer som er i jobb og personer som er utenfor arbeidslivet, enn det er mellom personer fra ulike yrkesgrupper (Jin, Shah & Svoboda, 1995). Deltakelse i arbeidslivet innebærer at en har daglige rutiner og aktiviteter å gå til, får sosialt samvær og har økonomisk inntekt. Et viktig forebyggende tiltak er derfor å opprettholde høy sysselsetting, noe som er spesielt relevant i økonomiske nedgangstider.

Tilgjengelighet av alkohol

Alkohol og rusmisbruk er vesentlige risikofaktorer for utvikling av psykiske lidelser både hos dem som har et alkoholproblem, og for omgivelsene, spesielt barna deres. Vi vet ikke hvor mange barn og unge som lever sammen med rusmisbrukende foreldre, siden misbruket ofte er skjult og det ikke er etablert rutiner for å kartlegge problematikken.

Misbruk av rusmidler hos foreldre kan bidra til funksjonsnedsettelse og lidelser hos barn helt fra fosterlivet (Kjelsberg, 1999). Barn som er påført rusrelaterte skader så tidlig (Fetal Alcohol Spectrum Disorders – FASD), er ekstra sårbare for negative påvirkninger fra et belastet opp-vekstmiljø. På samfunnsnivå finnes det flere effektive tiltak for å forebygge alkoholrelaterte problemer i befolkningen (Room, Babor & Rehm, 2005). Alkoholavgifter, redusert tilgjengelighet, begrensninger i åpningstider, antall og type utsalgssteder, samt aldersgrenser reduserer forbruk og alkoholrelaterte helseskader (Room et al., 2005). Slike tiltak er i stor grad tatt i bruk i Norge allerede. Tiltakene blir imidlertid stadig utfordret av politiske og økonomiske strømninger. Medianinntekten har økt mer enn alkoholavgiftene i de senere år, med det resultat at avgiftene i

realiteten er redusert. I et folkehelseperspektiv bør de omtalte virkemidlene opprettholdes og vurderes skjerpet.

Depresjon hos mødre

Depresjon hos mødre er i en særstilling som risikofaktor fordi den er sterkt knyttet til alle typer psykiske vansker hos barn (Mathiesen & Sanson, 2000). Med nærmere 60 000 fødsler i året i Norge har mellom 6000 og 9 000 barselkvinner (10–15 %) til enhver tid betydelige symptomer på angst og depresjon. Like mange spedbarn og eventuelle søsken er involvert. Andelen deprimerte mødre er størst i familier med mange belastninger. Mødres depresjon rammer derved ofte barn som også eksponeres for andre risikoforhold. Kvinner som er deprimerte, bør fanges opp og tilbys støtte, behandling og tettere oppfølging allerede i svangerskapet og i barselperioden. Helsestasjoner vil være gode arenaer for dette arbeidet.

Barn som mobbes eller blir sosialt isolert

Nesten ett av fire barn opplever at de har blitt mobbet på skolen, og 5,4 prosent har vært utsatt for alvorlig eller hyppig mobbing (Utdanningsdirektoratet, 2009). Mobbing blant barn og unge er en sterk risikofaktor for både akutte og senere psykiske lidelser (Olweus, 1992). En norsk studie viste at omkring halvparten av de voksne pasientene som søkte poliklinisk hjelp for psykiske lidelser, hadde vært utsatt for alvorlig mobbing på skolen (Fosse, 2006). Også de elevene som mobber, har forhøyet risiko for å utvikle kriminalitet og alkohol- og rusmisbruk (Sourander, Jensen, Ronning, Elonheimo, Niemela et al., 2007). I dag er to programmer med veldokumentert effekt – Zero-programmet og Olweus-programmet – innført på ca. 850 av landets vel 3300 grunnskoler. I de siste årene har det imidlertid vært en nedgang i søknader til disse programmene. Siden mobbing utgjør en stor risikofaktor for senere psykiske lidelser, er det viktig at denne trenden endres.

Det finnes gode tiltak som kan forebygge psykiske lidelser. Mange av disse er allerede innført i samfunnet i dag, men flere kan settes inn, spesielt rettet mot risikogrupper. Innføring av forebyggende tiltak er imidlertid ressurskrevende, og altfor mange tiltak som innføres i dag, har ikke vært igjennom en evaluering for å undersøke om de har ønsket effekt. Fremtidig styrking av det forebyggende arbeidet i Norge (som foreslått i Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009)) må derfor følges opp med en kraftig styrking av kunnskapsgrunnlaget, med økt forskning på forebyggende tiltak.

FAKTA: FOREBYGGING

FAKTA: FOREBYGGING

- Psykiske lidelser oppstår normal ikke som følge av en enkelthendelse, men utvikles på grunnlag av tre forhold: grunnleggende sårbarhet eller robusthet (herunder tidlige erfaringer og gener), langvarig eksponering for risikofaktorer, og utløsende hendelse.
- Det finnes svært mange risikofaktorer. Noen viktige som er tilgjengelige for forebygging, er lav sosioøkonomisk status, utestenging fra arbeidslivet, tilgjengelighet av alkohol, depresjon hos mødre, og mobbing eller sosial isolasjon blant barn
- Mye gjøres for å forebygge, men det er foreløpig få enkelttiltak som er dokumentert effektive i randomisert kontrollerte studier

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 47, nummer 6, 2010, side 536–538

TEKST

Ann Kristin Knudsen

Kristin Schjelderup-Mathiesen

Arnstein Mykletun, Divisjon for psykisk helse, Nasjonalt folkehelseinstitutt

KONTAKT: simon.overland@iuh.uib.no

+ **Vis referanser**

Referanser

Burns, T., Catty, J., Becker, T., Drake, R. E., Fioritti, A., Knapp, M. et al. (2007). The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet*, 370 (9593), 1146-1152.

Goldberg, D., & Goodyer, I. (2005). *The Origins and Course of Common Mental Disorders*. London and New York: Routledge.

Helse- og omsorgsdepartementet (2009). Samhandlingsreformen (No. St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Jin, R. L., Shah, C. P., & Svoboda, T. J. (1995). The impact of unemployment on health – A review of the evidence. *Canadian Medical Association Journal*, 153 (5), 529-540.

Kjelsberg, E. (1999). *A long-term follow-up study of adolescent psychiatric in-patients*. University of Oslo, Oslo.

Mathiesen, K. S., & Sanson, A. (2000). Dimensions of early childhood behavior problems: Stability and predictors of change from 18 to 30 months. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28 (1), 15-31.

Muntaner, C., Eaton, W. W., Miech, R., & O'Campo, P. (2004). Socioeconomic position and major mental disorders. [Review]. *Epidemiologic Reviews*, 26, 53-62.

Mykletun, A., & Knudsen, A. K. (2009). Rapport 2009:4 Tapte arbeidsår ved uførepensjonering for psykiske lidelser. Oslo: Folkehelseinstituttet.

Mykletun, A., Knudsen, A. K., & Mathiesen, K. S. (2009). Rapport 2009:8 Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv: Folkehelseinstituttet.

Næss, Ø., Rognerud, M., & Strand, B. H. (2007). Rapport 2007:1 Sosial ulikhet i helse En faktarapport: Folkehelseinstituttet.

Room, R., Babor, T., & Rehm, J. (2005). Alcohol and public health. [Review]. *Lancet*, 365 (9458), 519-530.

Waddell, G., & Burton, A. (2006). *Is Work Good for Your Health and Well-being?* London: Stationery Office.