



Årsaker til økt tilstrømming til uføretrygd blant unge

*Delrapport: Psykiske helseproblemer blant unge - En litteraturgjennomgang
Utarbeidet for Arbeids- og sosialdepartementet*

Om Oslo Economics

Oslo Economics utreder økonomiske problemstillinger, utarbeider evalueringer og gir råd til bedrifter, myndigheter og organisasjoner. Vi forstår problemstillingene som oppstår i skjæringspunktet mellom marked og politikk.

Oslo Economics er et samfunnsøkonomisk rådgivningsmiljø med erfarne konsulenter med bakgrunn fra offentlig forvaltning og forsknings- og analysemiljøer. Vi tilbyr innsikt og analyse basert på bransjeerfaring, sterk fagkompetanse og et omfattende nettverk av samarbeidspartnere. Innen arbeidsliv, helse og velferd analyserer vi nytte og kostnad av tiltak og gjennomfører prosess- og effektevalueringer.

Om Frischsenteret

Stiftelsen Frischsenteret for samfunnsøkonomisk forskning er en uavhengig stiftelse opprettet av Universitetet i Oslo. Frischsenteret utfører anvendt samfunnsøkonomisk forskning innenfor en rekke ulike temaområder, blant annet arbeidsmarkedsforskning.

Sentrale emner innen Frischsenterets arbeidsmarkedsforskning er arbeidsledighet, entreprenørskap, sykefravær, tilstrømning til uføretrygd, arbeidsinnvandring, innvandreres tilpasning i arbeidsmarkedet og skolerresultater for barn av innvandrere.

Psykiske helseproblemer blant unge

© Oslo Economics og Frischsenteret, 29. mars 2019

Kontaktperson: Erik Magnus Sæther / Ansvarlig partner

ems@osloeconomics.no, Tel. +47 940 58 192

Foto: Katarzyna Bialasiewicz (Photographie.eu / iStockphoto.com)

Innhold

Sammendrag og konklusjoner	4
1. Innledning	6
1.1 Bakgrunn	6
1.2 Vårt oppdrag	6
1.3 Avgrensning	6
2. Hva mener vi med psykisk helse?	7
2.1 Psykisk helse, plager og lidelser	7
2.2 Faglig debatt rundt begrepet psykiske lidelser	7
2.3 Hva er en diagnose?	8
3. Utvikling i psykisk helse over tid	10
3.1 Måleproblem	10
3.2 Internasjonale trender i psykiske lidelser	11
3.3 Psykisk helse - utvikling i nyere tid	11
3.4 Kunnskap fra Norge	12
4. Psykisk helse og årsaksfaktorer	19
4.1 Gener	19
4.2 Oppvekstmiljø	20
4.3 Sårbarhet og kjønn	21
5. Hvorfor er psykisk helse i endring?	24
6. Konsekvenser av psykisk helse i utdanning og arbeidsliv	28
6.1 Langsiktige konsekvenser av psykiske plager i ungdomstiden	28
6.2 Endringer i arbeidslivet	30
7. Avslutning	32
Referanser	33

Sammendrag og konklusjoner

Andelen uføretrygdde under 30 år i Norge er i vekst, og særlig diagnoser knyttet til psykiske lidelser har vist en økning. I et pågående prosjekt vil Oslo Economics og Frischsenteret jobbe for å beskrive og forstå denne utviklingen og hva den skyldes.

Flere ulike forklaringer kan vise seg å være relevante for å forstå utviklingen. Utviklingen kan reflektere en reell økning i psykiske lidelser, men tallene kan også være påvirket av slikt som endringer i diagnostiseringstidspunkt og diagnoser for psykisk syke (slik at de diagnostiseres og får innvilget uføretrygd i yngre alder enn tidligere fødselskull), en endring i alvorlighetsgraden som kreves for få innvilget uføretrygd, endringer i arbeidslivet som gjør det vanskeligere å stå i jobb med psykiske plager, osv.

Denne rapporten er en delleveranse på prosjektet, og søker å sammenfatte hva vi vet om utviklingen i psykisk helse i nyere tid, hvilke faktorer som bidrar til å forklare forskjeller i psykisk helse, foreslåtte hypoteser som kan forklare en økning i nyere tid, og betydningen av psykiske plager i ungdomstiden for senere arbeidsmarkedsutfall.

Psykiske lidelser, som depresjon, generalisert angst og ADHD, er definert gjennom diagnostiske system, der hver diagnose er definert ved spesifikke symptom og symptomomfang. Psykiske lidelser opptrer i noen grad sammen, ved at de som har én lidelse ofte vil ha også høyere sannsynlighet for å ha andre lidelser (komorbiditet). Et viktig skille er mellom internaliserende og eksternaliserende lidelser. De internaliserende lidelsene, som angst og depresjon, har symptomer som er vendt «innover», viser seg i sinnsstemning og følelsesliv, og sees oftere hos kvinner. Eksternaliserende lidelser som ADHD og rusproblemer, har symptomer som er vendt «utover», viser seg i adferd, og sees oftere hos menn.

Kunnskapen om utbredelsen av og utviklingen i psykiske lidelser er begrenset og epidemiologiske forskningsstudier kommer pga. forskjellige forskningsmetoder og målgrupper også til heterogene/forskjellige resultater. Data på diagnoser i helsevesenet er ofte utilstrekkelig, av begrenset/dårlig kvalitet og ikke representativ for hele populasjonen, siden andelen som får behandling varierer over tid med faktorer som åpenhet rundt lidelsene, kunnskap blant leger og tilgjengelige diagnose- og behandlingsmuligheter. De mest pålitelige resultater kommer fra store undersøkelser som bruker strukturerte og standardiserte intervjuer knyttet til etablerte diagnosekriterier for de vanligste lidelsene i et representativt utvalg av befolkningen. Siden dette er dyrt og tidkrevende gjøres det relativt sjeldent, og det er nødvendig å basere seg på andre data som kan gi relevant informasjon: Spørreundersøkelser som spør om psykiske *plager* nært knyttet til diagnoser (men utilstrekkelig til å avgjøre om en lidelse er tilstede), data på kliniske diagnoser og behandling i spesialisthelsetjeneste eller hos fastlege ofte bestemt uten standardiserte intervjuer, reseptregister og dødsårsaksregister. Bildet som tegner seg fra disse kildene tyder på at det kan ha vært en økning i psykiske plager og lidelser blant ungdom de siste ti årene, som ikke fullt ut har rukket å bli fanget opp/vist av den populasjonsbaserte epidemiologiske forskningen.

Årsaksfaktorene bak psykiske helseproblemer er til dels genetisk, og risikoen for å utvikle ulike typer lidelser henger i noen grad sammen og blir ofte forklart med en biopsykososial forklaringsmodell.

I tiden etter puberteten har kvinner høyere forekomst enn menn av internaliserende lidelser som angst og depresjon. Hypoteser knyttet til kjønnsforskjellen i forekomsten av psykiske helseproblemer peker på biologiske forskjeller i stressregulering, forskjeller i oppdragelse og kjønnsroller, kroppspress, samt forskjeller i kvinner og menns sosialisering og -åpenhet rundt psykiske symptomer og problemer.

Siden den antydende forverrede psykiske folkehelsen er et relativt nytt fenomen/observasjon er det foreløpig ikke avklart hverken om denne forverringen er reell og varig eller hva den eventuelt skyldes. I USA har mye av diskusjonen gått på sosiale mediers rolle, samt redusert «modningshastighet» i form av utsettelse av voksenrollen. Denne hypotesen er omstridt, og en rekke andre mulige faktorer som f.eks. tidligere seksualisering, prestasjonspress, mobbing og annet bør også undersøkes videre.

Det gjenstår å se i hvilken grad denne forverringen vil gi utslag i antallet med uføretrygd hos NAV. Ser man på statistikken fra NAV har det vært en vedvarende økning i andelen som innvilges uføretrygd i ung alder (under 20), men dette er først og fremst alvorlig funksjonshemming og tunge psykiske lidelser som autisme. Ved psykiske lidelser med større behandlingspotensiale vil det gjennomføres både helse- og arbeidsrettede tiltak før det eventuelt innvilges uføretrygd. Indikasjoner på psykiske lidelser vil videre ha en progresjon over tid, ved at vi først ser dem som psykiske plager i befolkningsundersøkelser. I den grad problemene vedvarer og forsterkes dukker de etterhvert opp i helsevesenet (primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og i reseptregisteret), og det vil først være senere at de utløser langvarige helserelaterte ytelser som AAP, og til slutt eventuelt uføretrygd. Dette samspillet mellom ulike ytelser trekkes også frem av NAV, som påpeker at et tydelig fall rundt 2010 i nye tilfeller av uføretrygd i alderen 20-29 i stor grad skyldes innføringen av AAP (Bragstad 2018). AAP skal i utgangspunktet ha en maksimal varighet på fire år, og fire år etter innføringen ser man dermed en kraftig vekst i nye uføretilfeller. Mer nyanserte analyser av diagnose, ytelsesforløp og helse vil bli gjennomført i senere deler av det pågående prosjektet.

Konklusjon

Det er foreløpig også uklart hvor viktig en eventuell forverring av psykisk helse er for arbeidsmarkedsutfall og utdanning. Forskning fra Norge finner at symptomer på eksternaliserende lidelser har større konsekvenser for utdanningsforløp og lønn enn de internaliserende lidelsene som ser ut til å være i økning hos yngre kvinner. Derimot har slike ungdomsplager, særlig de internaliserende, en kraftigere sammenheng med risikoen for å falle utenfor arbeidsmarkedet. Det har blitt hevdet at arbeidslivet har blitt mer krevende å stå i for folk med psykiske plager, men dette virker ikke å ha blitt undersøkt i særlig grad i Norge. Dette kan være viktig å undersøke, da forskning tyder på endringsprosesser i det norske arbeidslivet som fører til at enkelte grupper (særlig menn fra lavinntektsfamilier) i større grad faller utenfor nå enn tidligere. Dersom dette også skulle vise seg å gjelde de med svak psykisk helse, og dersom økningen i psykiske plager hos ungdom reflekterer en svekket psykisk helse relativt til tidligere fødselskull, tilsier dette at vi kan forvente økt innstrømming til uføretrygd eller langvarige medisinske støtteordninger også videre – men det er viktig å understreke at dette er noe som må undersøkes og ikke en konklusjon.

1. Innledning

Oslo Economics og Frischsenteret gjennomfører på oppdrag av Arbeids- og sosialdepartementet et prosjekt som undersøker årsaker til økt tilstrømming til uføretrygd blant unge.

Som del av arbeidet har Ole Røgeberg kartlagt forskningslitteraturen om psykiske helseproblemer blant unge, herunder betydningen av utviklingen i psykiske lidelser, endret diagnosepraksis og betydningen av psykiske helseproblemer for senere utdanning og arbeid.

1.1 Bakgrunn

Blant unge voksne i alderen 25-29 har andelen med innvilget uføretrygd mer enn doblet seg de siste ti årene. Mens andelen hadde ligget godt under 2 % siden nittitallet, økte den markant fra 1,3 % i 2009 til 2,7 % i 2018. Over halvparten av de unge som mottar uføretrygd gjør dette grunnet psykiske lidelser (Ellingsen, 2018). Selv om unge utgjør en liten andel av det totale antallet uføretrygdde, er det av flere årsaker spesielt problematisk at flere unge blir uføre. For det første er dette problematisk for de unge uføre selv. De rammes økonomisk over en stor del av livsløpet, i tillegg til at livskvaliteten forringes ved manglende deltakelse i arbeidslivet og felleskap for øvrig. For det andre medfører den økende andelen unge uføretrygdde en vesentlig samfunnskostnad, siden det erfaringsmessig er få som vender tilbake til arbeid. Ved at potensielle produktive arbeidstakere trer ut av arbeidsstyrken i ung alder påføres det offentlige store kostnader i trygdeutbetalinger, i tillegg til at samfunnet går glipp av mye verdiskapning fra individer i arbeidsfør alder.

De siste årene har flere mulige årsaker til den økte tilstrømmingen blitt løftet frem. Foreliggende studier peker særlig på økningen i antall unge uføretrygdde med psykiske lidelser (Brage & Thune, 2015) og endringer i diagnosepraksis (Berg & Thorbjørnsrud, 2009) som potensielle drivere i uføretilstrømmingen.

1.2 Vårt oppdrag

Oslo Economics og Frischsenteret gjennomfører på oppdrag av Arbeids- og sosialdepartementet et prosjekt som undersøker årsaker til økt tilstrømming til uføretrygd blant unge.

Innen rammene for prosjektet skal vi framskaffe informasjon om karakteristika ved unge uføre, samt veien til uføretrygd. Vil skal også undersøke nærmere betydningen av utviklingen i psykiske lidelser, endret diagnosepraksis og samspillet mellom diagnose og helsetilstand for innstrømming til uføre.

Som en del av dette prosjektet har Ole Røgeberg ved Frischsenteret utarbeidet en litteraturgjennomgang om utviklingen i psykisk helse blant unge. En motivasjon bak denne studien er å vurdere om den økte andelen unge uføretrygdde med diagnoser knyttet til psykiske lidelser helt eller delvis kan komme av en endring i den psykiske helsetilstanden i den yngre befolkningen. Det vurderes også om strukturelle endringer kan ha bidratt til at arbeidslivet i en mindre grad enn tidligere har plass til unge med psykiske problemer. Røgeberg vil særlig takke psykologspesialist Simon-Peter Neumer, til daglig ansatt ved Regionsenter for barn og unges psykiske helse, helseregion Øst og Sør, for gode bidrag og innspill, samt prosjektleder Susanna Sten-Gahmberg fra Oslo Economics. Røgeberg understreker at gjenværende feil/mangler er hans ansvar.

Denne rapporten gir en oversikt over psykisk helse blant ungdom og unge voksne de siste tiår og svarer på spørsmål som: Hva mener vi med psykisk helse? Hva er de vanligste lidelsene? Hvordan har utviklingen vært i Norge? Hva vet vi om årsakene til psykisk helse og endringer over tid? Og hvilken rolle spiller psykiske plager i ungdomstiden for senere utfall i utdannings- og arbeidsmarkedet?

1.3 Avgrensning

I tråd med prosjektets målsetning vektlegges aldersgruppen fra 15-30, mens tall for andre aldersgrupper trekkes inn som sammenligningsgrunnlag ved behov. Gitt prosjektets fokus fokuserer rapporten særlig på endringer i psykisk helse hos unge voksne i Norge, mens materialet om årsaker og konsekvenser drar på internasjonal forskningslitteratur. Denne ble identifisert gjennom innledende søk i vitenskapelige databaser etter nyere materiale om utvikling i psykisk helse og ungdom og psykisk helse. Etter å ha identifisert sentrale kilder (høyt siterte oversiktsarbeider) ble videre litteratur avdekket gjennom referanselister, hypoteseoversikter og litteraturgjennomganger i identifiserte artikler, utfyllt med videre, målrettede søk i vitenskapelige databaser. Dette ble gjort iterativt i flere runder.

2. Hva mener vi med psykisk helse?

I dette kapittelet definerer vi begreper som brukes i rapporten.

2.1 Psykisk helse, plager og lidelser

«Psykisk helse» er et begrep som brukes på ulike måter og henviser til ulike ting. Ifølge Folkehelseinstituttet (FHI) omtaler Verdens Helseorganisasjon psykisk helse som «en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, håndtere normale stressituasjoner i livet, arbeide på en fruktbar og produktiv måte og ha mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet. God psykisk helse er altså en positiv tilstand – ikke bare fravær av sykdom og vansker.»

En slik definisjon av psykisk helse er bredere enn vi vil legge til grunn i denne rapporten. Vårt fokus er på psykiske helseproblemer, og dette bør åpenbart være snevrere enn f.eks. «fravær av velvære.» Alle vil oppleve perioder eller episoder som er ubehagelige eller vanskelige, men psykiske helseproblemer peker mot noe mer alvorlig. Løselig kan vi beskrive dette som en tilstand der følelseslivet eller adferden blir alvorlig forstyrret «ute av proporsjon» til situasjonen man befinner seg i, på en slik måte at personens egen adferd eller opplevelse blir til en byrde i seg selv for personen eller personens omgivelser.

Psykiske helseproblemer i denne forstand er ikke noe nytt, men mye av terminologien rundt slike vansker er ny. I moderne tid har man utviklet diagnostiske verktøy som definerer spesifikke **lidelser**, og både antallet lidelser, deres benevnelse og kriterier har endret seg over tid. De mest kjente og brukte diagnosesystemene i dag er DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), utarbeidet av den Amerikanske Psykiatriforeningen, og ICD (International Classification of diseases), utarbeidet av Verdens Helseorganisasjon (WHO). DSM tar kun for seg psykiske lidelser, ble først publisert i 1952 og sist oppdatert i 2013 (DSM-5), mens ICD er et diagnosesystem som tar for seg helseproblemer mer generelt men som har inkludert psykiske lidelser siden 1948, med siste oppdatering i 2018 (ICD-11).

Psykiske lidelser skiller seg fra psykiske **plager**, som er et løsere (og «lettere») begrep enn psykiske lidelser, og henviser til symptomer som er relatert til ulike psykiske lidelser, men uten at alle diagnosekriteriene er oppfylt. Med andre ord: Alle som har psykiske lidelser vil oppleve psykiske plager (siden plagene inngår i de diagnostiske kriteriene), men ikke alle med psykiske plager vil ha (eller få) psykiske lidelser (siden det kan være ytterligere kriterier, som varighet eller alvorlighetsgrad av symptomer, som ikke er oppfylt).

Fordelen med psykiske plager fremfor lidelser er at de er enklere å bestemme med hjelp av spørreskjema og kan derfor inkluderes i ulike spørreundersøkelser som gjennomføres rutinemessig/hyppig (som ung i Norge, levekårsundersøkelsen, osv.). Ulempen er at psykiske plager er mindre tydelig definert og at selve definisjonen hva som kan anses som en psykisk plage kan variere sterkt fra undersøkelse til undersøkelse.

2.2 Faglig debatt rundt begrepet psykiske lidelser

Prinsippene bak diagnostiske system for psykiske lidelser er under stadig debatt og revisjon. Fra sosiologisk hold har det blitt hevdet at diagnosesystemene til dels utgjør en medikalisering av samfunnets syn på sosialt avvik, med homofili som et tydelig eksempel som inngikk som en diagnose i DSM frem til 1980. Et slikt perspektiv kan gi et viktig utenfra-blikk på deler av psykiatrien, men kan fremstå søkt som forståelsesramme for lidelser som tung depresjon eller psykose.

Også i fagfeltet har diagnosesystemet vært omdiskutert. Her er særlig to diskusjoner verdt å nevne.

Den første omhandler «eksplosjonen» i ulike diagnoser. Den første utgaven av DSM hadde rundt 100 diagnoser, men over tid økte antallet til rundt 300 i DSM-IV. Spørsmålet er om en slik fininndeling er formålstjenlig. Det har blant annet blitt hevdet at dette gjør diagnostisering mer komplisert for behandlere og at det tilslører likheter mellom ulike tilstander som burde vært sammenslått. Et godt eksempel på dette er en analyse av data fra et longitudinelt studie av et fødselskull i byen Dunedin, en by på størrelse med Drammen (Caspi et al. 2014), der forskerne fant tegn til at det finnes en underliggende tilbøyelighet til å oppleve psykiske problemer som varierer over individer og har nevrologiske spor som kan sees allerede ved tre-årsalderen, og dernest en tilbøyelighet til å oppleve psykiske problemer av en bestemt klasse. De mer spesifikke lidelsene fremstod mer som ulike uttrykk disse problemene fikk. Ut ifra en lignende tankegang har andre tatt til orde for at depresjon og angst best anses som ulike utslag av et felles sett med underliggende prosesser (som økt oppmerksomhet rettet mot trusler, fokus på jeg-et, søken etter sikkerhet, bekymring, og forsøk på å undertrykke tanker) (Mansell and McEvoy 2017).

En foreslått løsning på dette problemet er å etablere en mer overordnet «metastruktur» som grupperer de ulike diagnosene innenfor bredere klasser med underliggende likheter (f.eks. nevrokognitivt svikt (som demens), nevrokognitive utviklingsproblemer (som

læringsvansker), psykoser (som schizofreni), emosjonelle problemer (som depresjon og angst) og eksternaliserende problemer (adferdsproblemer som antisosial personlighetsforstyrrelse og problemer knyttet til rusmiddelbruk)).

Et annet sentralt diskusjonspunkt tar for seg det dikotome (ja/nei) aspektet ved dagens diagnosesystem, som sier at en person har en diagnose dersom minst X av Y kriterier er oppfylt. Mot dette har det blitt innvendt at psykiske problem i større grad bør anses som ekstremutslag av problemer alle har i varierende grad. Ut fra et slikt synspunkt er det ikke snakk om «enten eller» men «i hvilken grad» man har et problem: Alle kan ha engstelse iblant, noen har mer enn andre, og enkelte har en så sterk og vedvarende engstelse at det skaper problemer. Å trekke en klar grense mellom de som har og ikke har et problem blir da vanskeligere, på samme måte som det er vanskelig å si nøyaktig når noen med pågående hårtap blir «skallet.» Argumentet må ikke misforstås dithen at «alle egentlig er like», men forstås slik at det er en kontinuitet i den forstand at problemet har en fordeling over befolkningen som gjør at man kan velge å fokusere på grupper med mer eller mindre ekstreme og uvanlige nivåer på f.eks. engstelse eller depressive tanker. Den nøyaktige «terskelverdien» som brukes for å karakterisere noen som «deprimerte» vil da i noen grad være vilkårlig, og vil avhenge av hvor alvorlige disse problemene må være før de anses som tilstrekkelig til å «fortjene» en diagnose.

Disse mer generelle utfordringene med utviklingen av diagnosesystemer har mindre betydning for problemstillingene som undersøkes i denne rapporten: Vi er mest opptatt av et mindre knippe av de mer utbredte diagnosene, og vil se på undersøkelser som måler plager og lidelser på samme måte over tid. Det som derimot kan være en utfordring når vi bruker diagnosedata fra helsevesenet er variasjon i hvordan diagnosekriterier benyttes og variasjon i vurderingen av alvorlighetsgrad. I praksis vil nok en del leger og fagfolk kunne sette diagnoser uten å gå veien om strukturerte og standardiserte diagnostiske intervjuer, og i vurderingen av funksjonsnivå vil ulike fagpersoner kunne ha ulike oppfatninger.¹

I det videre vil vi ofte referere til «internaliserende» og «eksternaliserende» lidelser og plager snarere enn spesifikke lidelser. Internaliserende og eksternaliserende lidelser er to hovedkategorier av mentale lidelser som omfatter de mest utbredte plagene og lidelsene vi er opptatt av her. Internaliserende lidelser er lidelser som slår ut i «indre» plager, som depresjon, angst, traumatisering,

og spiseforstyrrelser. Disse er ikke nødvendigvis direkte synlige eller noe man legger merke til hos en ukjent person. Internaliserende lidelser kan ramme begge kjønn, men er vanligere hos kvinner. Eksternaliserende lidelser, på sin side, retter seg mot miljøet rundt personen og gir seg utslag i endret, maladaptiv og mer utagerende adferd. Slike problemer er derfor lettere å legge merke til. Eksempler på disse er ADHD, adferdsproblemer, rusproblem og antisosial personlighetsforstyrrelse. Disse er typisk vanligere hos menn enn kvinner.

2.3 Hva er en diagnose?

Når det gjelder enkeltlidelser defineres som nevnt disse i form av symptomkriterier, og det kan være nyttig å ha sett et par eksempler på slike definisjoner. **Depresjon** i DSM-5, for eksempel, innebærer at en person over en to-ukers periode skal ha opplevd fem eller flere av en liste på 8 symptomer, og at minst ett av de tilfredsstilte symptomene skal være nedtrykt humør eller redusert interesse/glede. De 8 kriteriene (i egen uformell oversettelse) er:

1. Deprimert humør mesteparten av dagen, nesten hver dag.
2. Klart redusert interesse av eller glede ved alle, eller nesten alle, aktiviteter, mesteparten av dagen, nesten hver dag.
3. Markert vekttap (utenom slankeforsøk) eller vektøkning, eller økning/reduksjon i appetitt nesten hver dag.
4. Tregere tankegang eller redusert fysisk aktivitetsnivå (observert av andre – ikke bare en subjektiv oppfatning av uro eller treghet).
5. Slapphet eller redusert energi nesten hver dag.
6. Følelse av verdiløshet eller overdreven/upassende skyldfølelse nesten hver dag.
7. Redusert evne til å tenke eller konsentrere seg, eller beslutningsvegring, nesten hver dag.
8. Gjentatte tanker om døden, gjentatte tanker om selvmord uten noen spesifikk plan, eller selvmordsforsøk eller spesifikke planer for selvmord.

Symptomene må videre forårsake betydelige plager eller svekkelse sosialt, yrkesmessig eller på annen viktig funksjonsarena, og de må ikke skyldes rusbruk eller andre medisinske forhold.

Kriteriene for angstlidelser følger en liknende mal, men har andre symptomer. En generalisert angstlidelse, for eksempel, innebærer hyppig forekomst av angst eller engstelse over en lengre

¹ I tillegg til at man må oppfylle/vise noen av de symptomer som anses som sentral for en diagnose, så krever de fleste diagnosene at funksjonsnivå er betydelig nedsatt og

symptomene må være av en bestemt minimumsvarighet (f.eks. 2 eller 4 uker).

periode (6 måneder), der angsten er vanskelig å kontrollere, ledsages av minst tre symptomer fra en liste (slitenhet, redusert konsentrasjonsevne, muskelplager/sårhet, søvnproblemer og lignende), og der problemene ikke skyldes rusproblemer eller andre medisinske forhold. Andre angstlidelser har sine egne definisjoner, og krever at engstelsen er knyttet til bestemte objekter/situasjoner (fobi) eller gir spesifikke utslag som panikkangst (anfall med kroppslige symptom som hjertebank, svetting, skjelving og pustevansker).

Både depresjon og angst er internaliserende lidelser. ADHD, et eksempel på en eksternaliserende lidelse, har en lignende type definisjon, men kriteriene er mer fokusert på ytre adferd: Et vedvarende

adferdsmønster som indikerer manglende oppmerksomhet eller hyperaktivitet som kommer i veien for normal utvikling eller fungering. Personen skal oppfylle minst seks kriterier for enten svekket oppmerksomhet (f.eks., lett distraheret, glemmer forpliktelser i hverdagen, slurver, problemer med vedvarende oppmerksomhet) og/eller hyperaktivitet/impulsivitet (f.eks. snakker for mye, problemer med å vente på tur, avbrytelser, vansker med å sitte stille). Symptomene må ha vært tilstede før fylte 12 år, flere av symptomene må ha vist seg i to eller flere ulike settinger (som skole, hjemme, med venner), og de må ha en klar negativ innvirkning på hvordan man fungerer sosialt, akademisk eller yrkesmessig.

3. Utvikling i psykisk helse over tid

Det er mange utfordringer knyttet til kartlegging av utviklingen i psykiske helseproblemer over tid. Tilgjengelig forskning indikerer at forekomsten av psykiske plager og lidelser har økt blant unge de siste ti årene. I Norge ser vi tegn på den samme utviklingen, særlig for unge jenter.

3.1 Måleproblem

Det finnes dessverre begrenset med data når det gjelder utviklingen i forekomsten av psykiske lidelser over tid. De beste dataene kommer fra representative diagnosebaserte befolkningsundersøkelser, som amerikanske NCS (National Comorbidity Survey) eller britiske Adult Psychiatric Morbidity Survey. Disse er tidkrevende og kostbare undersøkelser, der deltagere rekrutteres på en måte som skal sikre at de i størst mulig grad er representative for befolkningen, og der trenede intervjuere oppsøker deltagere fysisk og stiller spørsmål som kan ta inntil tre timer for å diagnostisere de lidelsene man ønsker å dekke. For enkelte mer kompliserte diagnoser som mistenkes (f.eks. Asperger syndrom) kan det også være aktuelt å be om et oppfølgingsintervju gjennomført av klinisk trente intervjuere for å sikre at også slike tilstander kartlegges korrekt.

I tillegg kompliseres data om utvikling over tid ved at undersøkelsene bruker diagnostiske kriterier, men disse kriteriene (og lidelsene de refererer til) er under stadig debatt og revisjon. Tall fra ulike land og ulike perioder kan derfor være vanskelige å sammenligne. Ofte vil man forsøke å danne seg et bilde både av hvor utbredt eller hyppig forekommende («prevalent») ulike lidelser er på et gitt tidspunkt (f.eks. i løpet av siste uke, 8 dager) – såkalt punktprevalens – men også hvor utbredt de er «over livsløpet» – såkalt livstidsprevalens. Her anses livstidsprevalensen for å være mindre presist anslått, siden den er retrospektiv, basert på hvordan folk mener å huske at de hadde det tidligere i livet. Da hukommelse ikke er helt nøyaktig, kan det være svært vanskelig for en 50-åring å gi et korrekt bilde av hvordan ens mentale helse var som f.eks. tenåring med forskjellige sykdomsepisoder.

En ytterligere begrensning for vårt formål er at dekningen og presisjonen i slike undersøkelser blir mindre ettersom man snevrer inn gruppen man er interessert i. Siden vi er primært opptatt av ungdom

og unge voksne og siden vi ønsker å se på forskjeller i utviklingen mellom kvinner og menn, vil det være ytterligere begrenset hvor godt bilde vi kan danne oss av utviklingen over tid.

I lys av dette har det vært nødvendig for forskere å også trekke på andre datakilder, som antallet som er i kontakt med helsevesenet eller mottar behandling, indikatorer som selvmord og kriminalitet, samt ulike typer survey-undersøkelser med spørsmål som fanger opp psykiske plager uten å kunne brukes til å diagnostisere psykiske lidelser som sådan. Slike data er beheftet med sine egne usikkerhetsmomenter: Dersom det er en økt åpenhet og aksept for psykiske plager så vil antallet som rapporterer plager eller er i behandling, kunne øke selv om den underliggende prevalensen er konstant. Bedret kunnskap om psykisk helse blant leger, bedre diagnostiske verktøy eller bedre opplæring og veiledning i bruk av eksisterende verktøy, og ikke minst et større og bedre kjent behandlingsrepertoar kan også bidra til å påvirke slike tall. I sine forsøk på å forstå utviklingen har forskere derfor forsøkt å danne seg et bilde av utviklingen ved å se på evidensen i sammenheng, utnytte styrker og ta hensyn til svakheter ved ulike typer studier og indikatorer.

En viktig datakilde vil være mål på psykiske plager over tid. For at disse skal være informative må man anta at endringer over tid gjenspeiler endringer over tid i de lidelsene vi er opptatt av. I noen grad kan dette undersøkes ved å triangulere med andre datakilder, som henvendelser i spesialisthelsetjenesten eller hos fastlegen, eller utskriving av resepter, men det er alltid en risiko for at endringer også kan skyldes andre faktorer, som endret åpenhet rundt eller aksept for psykiske plager. For å undersøke dette, analyserte svenske forskere endringer i psykiske plager over en periode på 23 år. Når de så på utviklingen i andelen med «psykiske plager og nedsatt fungering»², der de psykiske problemene måtte henge sammen med mer «objektive» problemer i hverdagen, var trendene de samme som man så hvis man kun så på andelen med «psykiske plager» alene (Geelen and Hagquist 2016). Dette tyder på at endringer i psykiske plager henger sammen med endringer i funksjonsnivå og uttrykker noe mer enn bare endringer i åpenhet eller ordbruk rundt et stabilt psykisk helsenivå.

² Nedsatt fungering («functional impairment in daily life») ble målt med skolefravær grunnet sykdom, opplevde

vansker med skolearbeid, fellesaktiviteter med familie, fellesaktiviteter med venner, og fysisk aktivitet.

3.2 Internasjonale trender i psykiske lidelser

En systematisk litteraturstudie fra 2015 viser hvor krevende det er å identifisere utviklingen av psykiske lidelser over tid. Litteraturstudiet samlet resultater fra vitenskapelige publikasjoner som brukte representative survey-undersøkelser med samme diagnostiske kriterier over tid innad i samme land for å studere psykiske lidelser blant barn og unge i befolkningen som helhet (Collishaw 2015).

Den mest dramatiske økningen i barnepsykiatriske diagnoser har ifølge Collishaw forekommet for **ADHD** og diagnoser på **autisme-spekteret**. Mens rundt 0,4 promille av alle barn ble diagnostisert med autisme på sekstitallet så har dette økt til rundt 3-6 promille rundt årtusenskiftet og i enkelte land (Sverige og USA, for eksempel) rundt 10 promille. Det er uklart hvor mye av dette som skyldes endringer i diagnostiske kriterier og vår evne til å fange opp slike problemer, og hvor mye som skyldes endring i faktisk utbredelse av lidelsen. Også for ADHD har det vært en sterk rapportert økning i kliniske diagnoser, men her kan det virke som om den økte prevalensen av ADHD-diagnoser i stor grad skyldes en bredere definisjon over tid (som favner om flere) og økt kunnskap blant behandlere. Studier som har forsøkt å måle endringer over tid i foreldre eller læreres rapportering av hyperaktivitet/oppmerksomhetsproblemer finner typisk ingen evidens for økt prevalens.

Også for **internaliserende lidelser** (som angst og depresjon) har det vært en økende andel av befolkningen som diagnostiseres i helsevesenet og får behandling – særlig blant tenåringer. Slik variasjon i behandling og diagnostisering kan ikke direkte vise trender i den underliggende lidelsens utbredelse, da det også kan skyldes at en økende andel av de som har problemet får hjelp, men her er det i tillegg ytterligere evidens som tilsier at det kan ha vært en reell endring over tid. Mens tidligere studier har funnet noe sprikende evidens, rapporterer Collishaw at de gjentatte undersøkelsene identifisert gjennom et systematisk litteratursøk finner tegn til en økning over de siste 30 årene i flere land – deriblant også Norge. Økningen er særlig sterk blant kvinner, men det er noe mer uklart om trenden har vedvart også etter 2000.

For **selvskading** og **selvmordsforsøk** er det også tegn til en økning over tid hvis man ser på antallet som krever behandling på sykehus. For fullførte selvmord var det en økning fra 1960 og frem til midten av 1990-tallet i flere land, men en markert nedgang deretter. I hvilken grad dette skyldes endret kategoriseringspraksis, endret stigma, eller endret tilgang på effektive selvmordsredskap er uklart.

For **antisosial adferd** tyder kriminalitetsstatistikk på betydelige endringer over tid i hvor utbredt slike problemer er i ungdomskull. For vestlige land er det typiske mønsteret en økning fra 1960-tallet og fremover til 1990, etterfulgt av et betydelig fall siden. Også for slike data er det en rekke svakheter man bør være klar over: Kriminalitetstall fanger opp volumet av kriminalitet, men siden kriminalitet er konsentrert i en mindre gruppe kan volumet endre seg mer (eller mindre) enn andelen av ulike ungdomskull som er involvert i kriminalitet. Ofte vil også tallene være på befolkningsnivå og ikke brutt ned på aldersgrupper, og de vil også avhenge av hvor mange som rapporterer lovbrudd de utsettes for samt politiets prioriteringer og innsats.

Ser man på adferdsproblemer målt mer direkte i undersøkelser med like mål over tid, tyder tallene på en markant økning i f.eks. Storbritannia i perioden 1974 – 1996, særlig på ikke-aggressive problemer (som løgn, tyveri og ulydighet). Endringene var nokså like for kvinner og menn og ulike sosioøkonomiske grupper. For Norge rapporteres det ingen økning på 90-tallet men noe nedgang siden 2000. For vestlige land under ett virker det som det var en økning frem til tidlig 1990-tall etterfulgt av en nedgang.

Collishaw understreker til stadighet svakhetene i datagrunnlaget og hvordan dette påvirker hvor sikre vi kan være, men påpeker at trendene diskutert over virker plausible ved at de gjenfinnes i ulike typer evidens samtidig som de er spesifikke. Hvis det var en generell «endret åpenhet» om psykiske lidelser og adferdsproblemer som lå bak, for eksempel, ville vi forventet at alle indikatorene og trendene var sammenfallende – noe de ikke er.

3.3 Psykisk helse - utvikling i nyere tid

Oppsummert tyder forrige delkapittel på at det har vært en økning i psykiske lidelser blant ungdom i et 30-års perspektiv. Internaliserende lidelser – også i Norge – økte frem til rundt år 2000, med uklar utvikling videre, og økningen var tydeligst blant kvinner.

Utviklingen det seneste år er foreløpig mindre dokumentert i forskningen, men noe litteratur antyder at flere land har opplevd et skifte i unge voksnes mentale helse de siste ti årene. Dette gjelder særlig USA, men vi ser også de samme tendensene i Norge (se kapittel 3.4). En årlig representativ undersøkelse fra USA, National Surveys on Drug Use and Health – fant at særlig tenåringer fikk økt forekomst av alvorlige depressive episoder etter 2010, med en økende andel ungdom i kontakt med spesialisthelsetjenester og en økende andel som ble innlagt for problemer etter 2011 (Mojtabai, Olfson,

and Han 2016). Denne endringen blir også gjenfunnet i andre datasett, der forskere også har vist at den ser ut til å være særlig sterk hos kvinner og gir utslag i redusert livskvalitet og selvbilde/selvtillit («self esteem») (Twenge, Martin, and Campbell 2018; Twenge, Joiner, Rogers, et al. 2018).

Det er foreløpig uklart hvor robuste og vedvarende disse trendene er og i hvilken grad de også gjenfinnes i andre land. Et studie fra Island fant en klar vekst i symptomer på både angst og depresjon i perioden 2006-2016 for jenter (men ikke gutter) på 9. og 10. klassetrinn (Thorisdottir et al. 2017), og økningen begynte rundt 2009-2012. En studie fra Wales, derimot, rapporterte stabilt eller fallende nivå på psykiske problemer blant 4-12 åringer mellom 2007/08 og 2012/13 (Langley et al. 2017). Om dette betyr at Wales ikke har en tilsvarende utvikling, eller om det skyldes at trenden primært omfatter eldre ungdom, eller nasjonale karakteristika er uklart, men et systematisk litteraturstudie fra 2014 indikerer at den negative utviklingen for internaliserende lidelser blant jenter primært vises blant tenåringer (der 5 av 8 studier finner en økning hos jenter) (Bor et al. 2014).

3.4 Kunnskap fra Norge

Fra den vitenskapelige litteraturen er en artikkel av von Soest og Wichstrøm et naturlig startpunkt for å beskrive hva vi vet om utviklingen blant unge i Norge (von Soest and Wichstrøm 2014). Artikkelen, som også inngår i datamaterialet gjennomgått av Collishaw, analyserer utviklingen i depressive symptomer blant videregående elever i perioden 1992-2010. Artikkelen baserer seg på Ung i Norge undersøkelsen, og depressive symptomer er målt med samme spørsmål i hver av de tre rundene som var gjennomført av undersøkelsen da artikkelen ble skrevet (1992, 2002 og 2010).

I korte trekk finner forfatterne at en høyere andel gutter og jenter skåret høyt på depressive symptomer i 2002 relativt til 1992, men ingen statistisk signifikant endring mellom 2002 og 2010. Artikkelen forsøker også å undersøke om potensielle forklaringsvariabler kan bidra til å forklare endringene, og finner at spiseproblem, cannabisbruk og (for jenter) endret tilfredshet med eget utseende bidrar til å statistisk forklare utviklingen. Samtidig påpeker forfatterne at studiedesignet gir begrenset mulighet for å avdekke årsaksfaktorer, da de ikke kan utelukke f.eks. omvendt kausalitet: Både cannabisbruk og spiseproblem kan være forårsaket av depressive problemer, og dermed til dels fungere som alternative indikatorer på problemet mer enn underliggende årsaker.

En styrke ved denne studien er at det er de samme spørsmålene som stilles hvert ungdomskull, noe som

gjør at vi kan være tryggere på at forskjellene mellom ungdomskull skyldes endringer i ungdommenes psykiske tilstand og ikke andre forhold. Helt trygge kan vi ikke være. Som nevnt kan det være endringer i hvor åpne folk er om problemene sine i slike undersøkelser, og det kan også være endringer i hvordan folk vurderer «samme» symptom i ulike ungdomskull. En svakhet er at tallene kun kommer fra tre tidspunkt, og det siste tidspunktet (2010) kommer forut for den perioden der andre datakilder tyder på særlig vekst i psykiske plager blant ungdom – og da i særdeleshet kvinner.

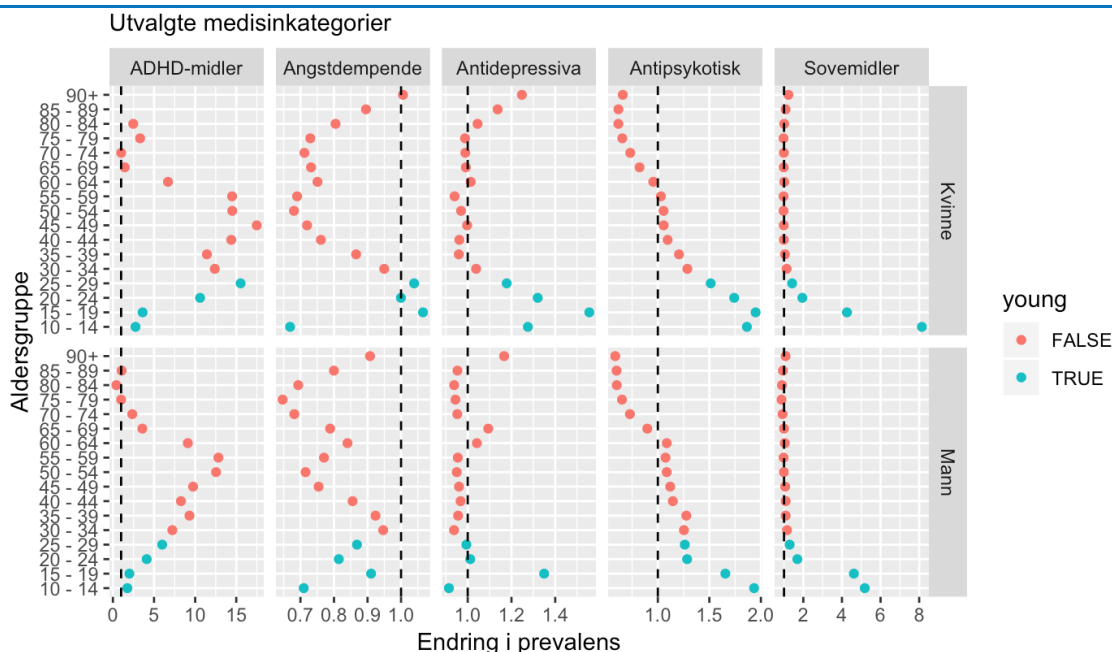
Informasjon fra Reseptregisteret

For å se nærmere på utviklingen i Norge er det ulike indikatorer som kan brukes. Et første overblikk over endringer i ulike aldersgrupper bruker tall fra Reseptregisteret. Disse oppgir antall (per 1000) i ulike aldersgrupper som mottok reseptpliktige medikamenter av ulike slag i hvert år siden registeret ble opprettet i 2004. Vi velger her ut medisinkategorier som dekker en del av de mer utbredte psykiske lidelsene: antidepressiva, angstdempende, antipsykotiske, ADHD-medisiner og søvnmedisiner. For hver av disse sammenligner vi andelen i hver aldersgruppe som fikk resepter for medikamentet i 2017 med andelen i samme aldersgruppe i 2004. Dette gir oss et oversiktsbilde over utviklingen i medisiner av ulike aldersgrupper i befolkningen, der et tall på f.eks. 2 innebærer at prevalensen av medisiner er doblet i en aldersgruppe fra 2004 til 2017. Vi legger også på en stiptet linje for hver figur som viser «ingen endring» over perioden.

Resultatene viser at det har vært betydelige endringer over tid, men utviklingen er ulik for ulike aldersgrupper, kjønn og medisinergrupper (Figur 3-1). Hovedtrekket er at unge voksne og tenåringer har hatt en mer negativ utvikling enn andre aldersgrupper, med et tydelig unntak for ADHD-medisiner der foreskrivningen har økt betydelig for begge kjønn – men lite blant yngre når vi sammenligner med folk i voksen alder (der andelen med resept har blitt tidoblet eller mer).

For de resterende medisinkategoriene har unge hatt en klar økning i medisinbruk som ikke gjenfinnes hos eldre. Dette gjelder særlig for jenter og unge kvinner. Figuren viser også at økningen er særlig høy for sovemidler, der andelen med resept i de yngste aldersgruppene har blitt mer enn firedoblet. For antidepressiva er økningen mer moderat (20-60% økning). For angstdempende medisiner er reseptnivået omtrent som før for de yngste kvinnene, men dette utgjør likefullt en økning *relativt til andre aldersgrupper*. Blant kvinner over 40 har andelen som mottar resept for slike medisiner falt med rundt 30%, og det stabile nivået blant unge kvinner kan derfor tolkes som en relativ økning.

Figur 3-1: Endring i prevalens av foreskrivning i perioden 2004-2017



Kilde: Reseptregisterets statistikkbank. Figuren viser hvordan andelen med resepter av bestemte slag i hver aldersgruppe har endret seg fra 2004 til 2017. Aldersgrupper yngre enn 30 er markert med blå punkter.

Tallene bak figur 3-1 kan indikere at yngre – og særlig kvinner – har hatt en mer negativ utvikling i psykisk helse gjennom perioden, men bruken av relative tall lar oss ikke si noe om hvor utbredt dette er eller hvor mange flere som mottar medisiner. For å se på dette henter vi ut tall for antall per 1000 som mottar medisiner av de ulike slagene i ulike aldersgrupper (under 44 år) for hvert kjønn. Disse er vist nedenfor (Figur 3-2).

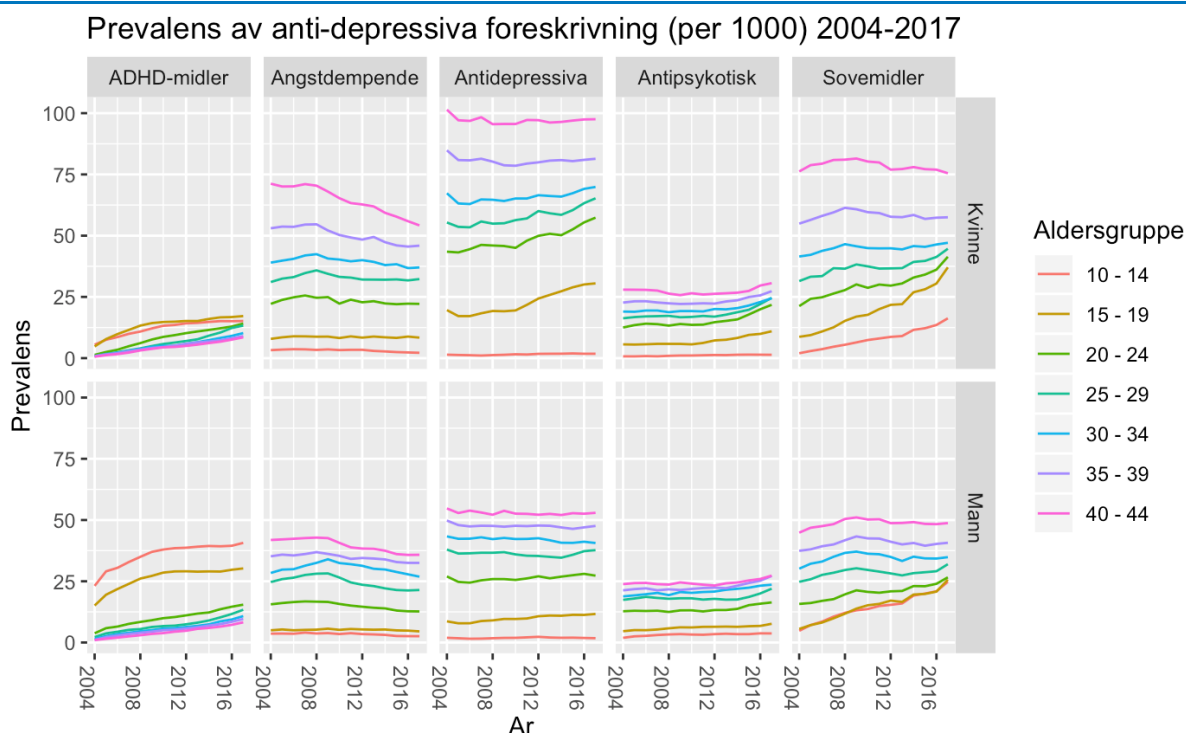
Disse tallene viser hvordan andelen menn og kvinner i ulike aldersgrupper med ulike typer reseptmedisin har utviklet seg gjennom perioden, og viser flere forhold som er verdt å kommentere. Det «typiske» mønsteret er høyere foreskrivning for eldre aldersgrupper, noe som går igjen i alle seriene med unntak av ADHD-midler. Den kraftige *relative* veksten for ADHD-medisinering hos eldre reflekterer i stor grad at disse medisinene er blitt vanligere over tid og i liten grad ble skrevet ut til voksne i begynnelsen av perioden. Det er også tegn til at veksten i de yngre aldersgruppene flatet ut i perioden, mens høyere aldersgrupper opplevde fortsatt vekst. Dette kan skyldes at ADHD er en diagnose som har fått økende oppmerksomhet over tid, og menn med ADHD i

tidligere fødselskull kan derfor ha nådd voksen alder uten å ha blitt diagnostisert tidligere.

Det neste som er verdt å bemerke er at både angstdempende, antidepressiva og sovemidler blir skrevet ut hyppigere til kvinner enn menn i aldersgrupper. For alle medisiner unntatt ADHD-midler øker foreskrivningen med alder, og for den eldste gruppen vi ser på (40-44) fikk hele 10% av kvinner foreskrevet antidepressiva i disse årene, mens rundt 7.5% av kvinnene i samme aldersgruppe mottok resept på sovemidler.

Derne er det slående at utviklingen er ulik mellom kjønn og aldersgrupper. Det er tegn til at yngre kvinner ser en større vekst i andelen med reseptmedisin over tid sammenlignet både med menn i samme aldersgrupper og sammenlignet med eldre kvinner. Blant kvinner over 30 år faller foreskrivningen av angstdempende – for kvinner under 30 virker den stabil; for antidepressiva og sovemidler er det jevn foreskrivningsrate for voksne kvinner og klar vekst hos yngre. For menn fremstår disse mønstrene mer avdempet, med unntak for sovemidler som i økende grad blir skrevet ut til yngre.

Figur 3-2: Utvikling i foreskriving (per 1000) i perioden 2004-2017



Kilde: Reseptregisterets statistikkbank. Figuren viser årlig prevalens (per 1000) i foreskrivning av ulike medisintyper innad i hver aldersgruppe.

Sett under ett er disse figurene konsistente med at det har vært en økt foreskriving av ADHD midler og sovemidler for menn og kvinner med større økning av foreskriving av antidepressiva for kvinner enn for menn, og at kvinner ligger på et høyere nivå/prevalens av foreskriving.

FHI-rapporten «Psykisk helse i Norge 2018»

Mønstrene i disse figurene sammenfaller med de indikasjonene som løftes frem i Folkehelseinstituttets rapport om «Psykisk helse i Norge 2018». I tillegg til reseptregisteret trekker denne rapporten på tall fra

- Norsk Pasientregister (NorPD) – som gir oversikt over stilte diagnoser, utførte behandlinger (og ventelister) i spesialisthelsetjenesten, og som primært dekker alvorlige psykiske lidelser som autisme og ADHD hos barn, og tunge rusbruksproblemer, schizofreni og bipolar lidelse hos voksne.
- Dødsårsaksregisteret (DÅR) – som gir oversikt over dødsfall knyttet til selvmord og rusbruk.
- Oppgjørssystemet for Kontroll og Utbetaling av HelseRefusjon (KUHR) – som gir informasjon om aktiviteter som gir rett til refusjon av utgifter til behandling. Siden disse dataene omfatter allmennlege/fastlege, legevakt og helsestasjon i tillegg til deler av spesialisthelsetjenesten, gir disse diagnosebaserte data oversikt over behandling av psykiske lidelser eller problemer

knyttet til disse også der behandlingen foregår utenfor spesialisthelsetjenesten.

I tillegg til disse registerbaserte kildene trekker FHI-rapporten også på helseundersøkelser som Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT), Tromsundersøkelsen, Helseundersøkelsen i Hordaland og Helse- og levekårsundersøkelsene til SSB. Disse er ikke diagnosebaserte, men gir et bilde på utviklingen i selvrapporterte psykiske plager.

Rapporten oppgir at det ikke finnes diagnosebaserte befolkningsstudier for barn i Norge over 10-årsalderen. Dette betyr at vi ikke har data på hvordan psykiske *lidelser* har utviklet seg i befolkningen som helhet over tid. Spørreundersøkelser som dekker subjektive (fysiske og psykiske) helseplager tyder derimot på at gjennomsnittlig skår for subjektive helseplager har vært stabilt over tid for gutter, men økende hos jenter. Mest slående er tallene fra Lavekårsundersøkelsen til SSB, som fem ganger i perioden 1998-2015 har inkludert 25 spørsmål som kartlegger psykiske og fysiske helseplager (The Hopkins Symptom Checklist-25). Andelen med plager over definerte terskelverdier (som reflekterer betydelig symptombelastning) er her relativt stabil for gutter (mellom 6 og 11 prosent), mens andelen blant jenter oppgis å ha steget jevnt fra 14% i 1998 til 25% i 2015. FHIs statistikkbank oppgir tall frem til

2012 og synliggjør denne utviklingen, men mangler tall for 2015 (Figur 3-3).

Figur 3-3: Utbredelse av psykiske plager i befolkningen 1998-2012 etter alder og kjønn

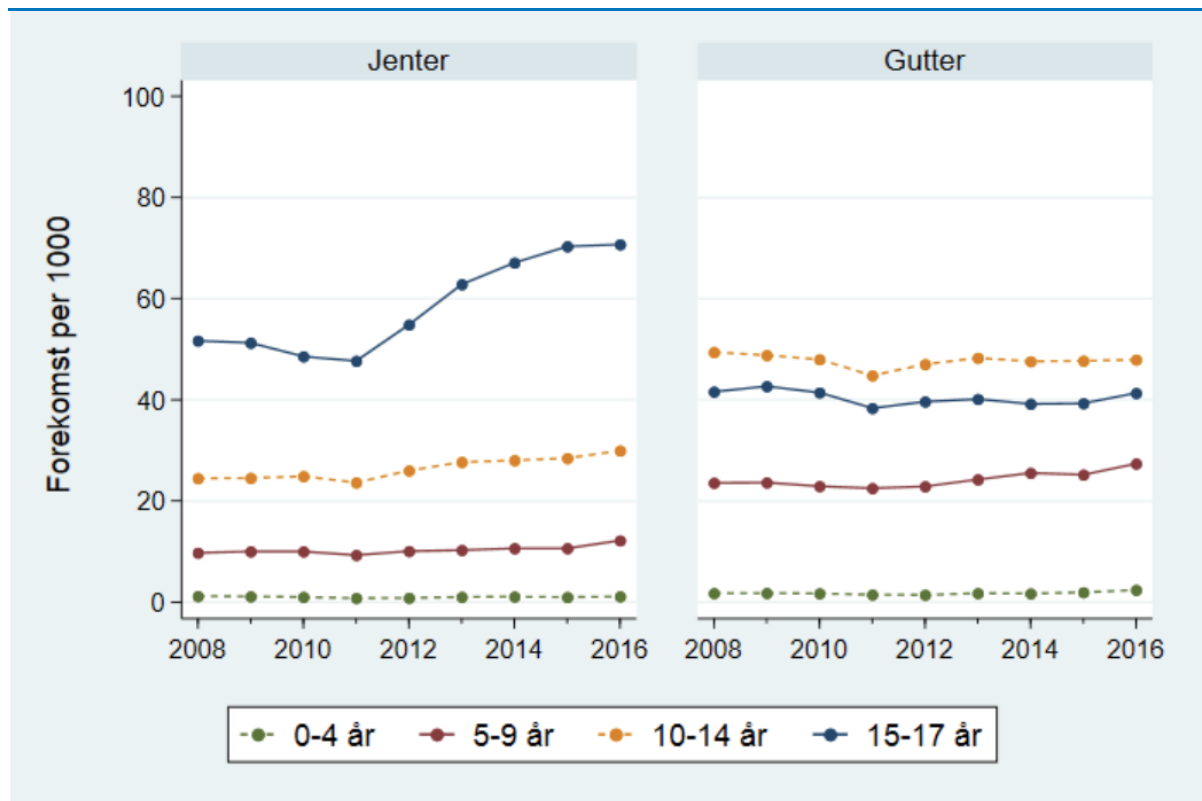


Kilde: Levekårsundersøkelsen (FHI's statistikkbank). Figuren viser standardisert andel med psykiske plager over terskelverdi.

Figuren viser utviklingen i psykiske *plager*, som er et mindre alvorlig begrep enn psykiske *lidelser*. Figuren antyder at yngre jenters psykiske plager har vist en økning siden 2002. Dette er noe tidligere enn vi fant i tallene for medisinerings. I FHI sine analyser av tall på diagnoser registrert i psykisk helsevern for barn og unge (BUP) er det en lignende utvikling, men noe

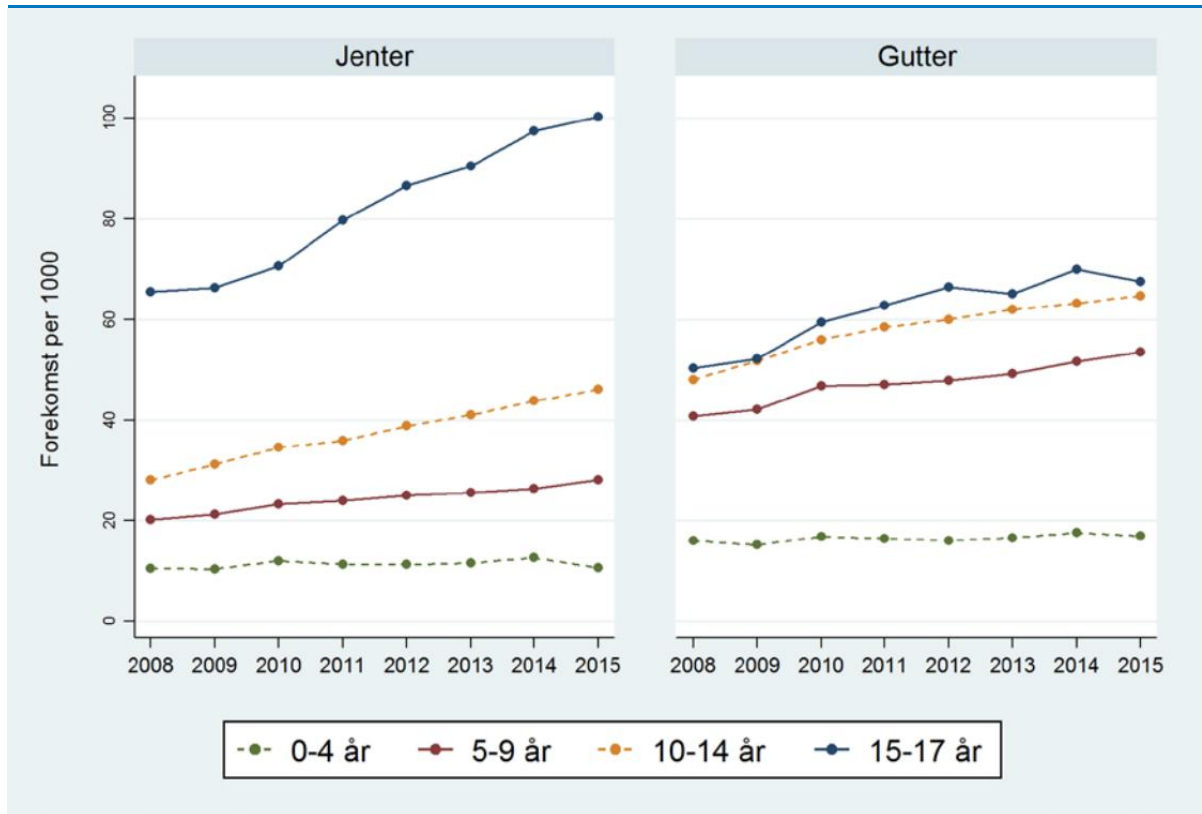
forsinket med økning fra 2011 (Figur 3-4). FHI-rapporten viser også utviklingen i diagnoser for psykiske lidelser satt fra fastlege/legevakt, som gjenfinner dette bildet men med indikasjoner på (riktignok noe lavere) vekst også hos gutter (Figur 3-5).

Figur 3-4: Psykiske lidelser hos barn og unge 2008-2016



Kilde: Psykisk Helse i Norge 2018, basert på tall fra NPR. Figuren viser andel barn per 1000 registrert med diagnosekode for psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser i perioden 2008-2016 etter kjønn og alderskategori.

Figur 3-5: Konsultasjon for psykiske helseplager 2008-2015

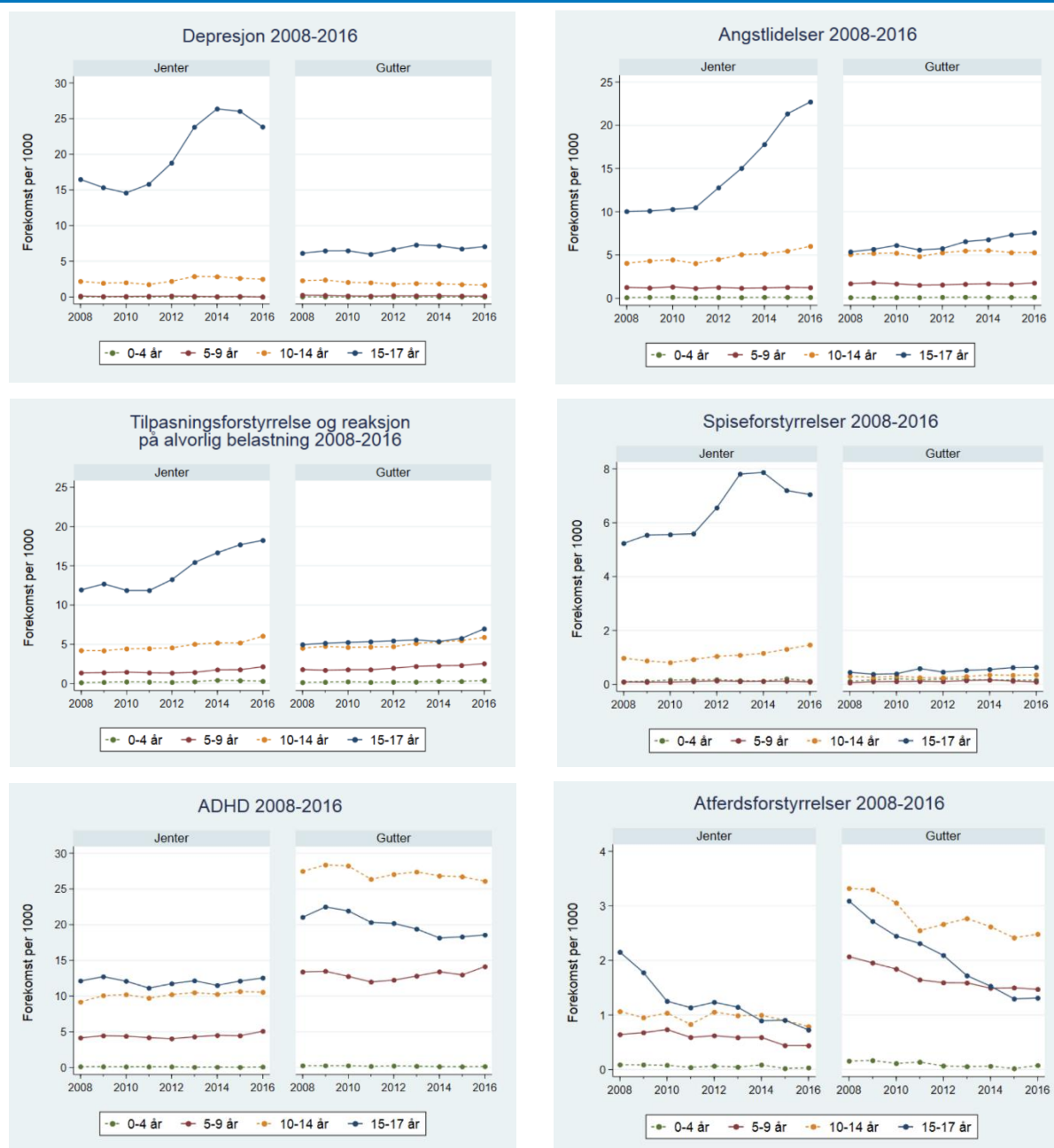


Kilde: Psykisk Helse i Norge 2018, basert på tall fra KUHR. Figuren viser andel barn per 1000 med diagnosekode for psykiske symptomer, plager og sykdommer (ICPC-2 P01-P99) i perioden 2008-2015 etter kjønn og alderskategori.

I rapporten vises også utviklingen for enkelte av de mer utbredte diagnosekategoriene spesifikt, basert på data fra Norsk Pasientregister (Figur 3-6). Disse viser stort sett det samme bildet, og gir ytterligere indikasjon på at unge kvinner på noen områder har høyere forekomst av psykiske lidelser enn menn, med økning de siste årene for depresjon, angstlidelser, tilpasningsforstyrrelse og reaksjoner på alvorlige belastninger, samt spiseforstyrrelser. ADHD og

adferdsforstyrrelser – diagnoser som i utgangspunktet er vanligere hos gutter – utgjør unntaket, og har vært stabile eller vist nedgang for begge kjønn over den samme perioden. Mens årsakene til dette ikke er kjent, så er det verdt å peke på nasjonale tiltak fra NUBU, RKBU Nord med forebygging og behandlingstiltak for eksternaliserende lidelser som kan ha bidratt til en positiv utvikling.

Figur 3-6: Forekomst av utvalgte psykiske lidelser hos barn og unge 2008-2016



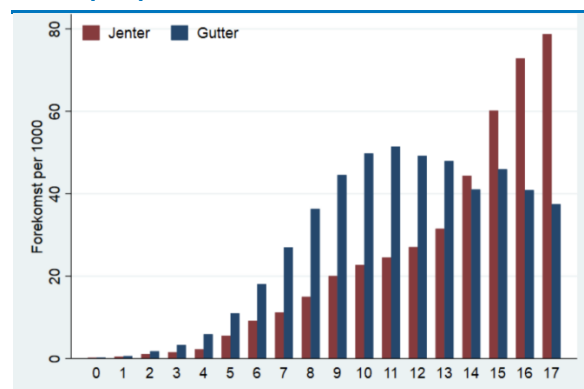
Kilde: Psykisk Helse i Norge 2018, basert på tall fra NPR. Figuren viser andel barn per 1000 med utvalgte diagnosekoder i perioden 2008-2016 etter kjønn og alderskategori.

I sitt kapittel om barn og unge viser også FHI-rapporten hvordan disse problemenes omfang

varierer med alder. Et eksempel er vist nedenfor (Figur 3-7), basert på diagnoser registrert i psykisk

helsevern for barn og unge, men mønsteret er nokså likt i diagnoser fra primærhelsetjenesten. Figuren viser at andelen jenter med psykiske lidelser vokser kraftig gjennom hele aldersperioden dekket (0-17 år) uten tegn til utflating. Hos gutter derimot, er toppnivået rundt 11-års alderen, etterfulgt av en svak reduksjon med høyere alder. Ulempen er at grafen bare viser fordelingen av psykiske lidelser hos de yngste barna. Det ville derfor være interessant med ytterligere analyser av unge voksne for å se hvordan dette utvikler seg videre med alder, samt analyser av i hvilken grad problemene som viser seg i ungdomstiden har blitt mer eller mindre varige over tid. Særlig vil det være interessant å undersøke hvordan denne alderskurven har endret seg over fødselskull: Er det økt tidlig-diagnostisering som har gjort at psykisk syke identifiseres på et tidligere stadium, eller har også nivået ved høyere alder økt for fødselskullene som oppgir høyere nivå med psykiske plager? Gitt FHI-rapportens inndeling har de ikke funnet det naturlig å undersøke dette nærmere, og kapittelet om voksnes psykiske helse bryter derfor dessverre ikke utviklingen ned på ulike aldersgrupper.

Figur 3-7: Psykiske lidelser blant barn og unge 2016 fordelt på kjønn



Kilde: Psykisk Helse i Norge 2018, basert på tall fra NPR. Figuren viser andel barn per 1000 med diagnosekode for psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser i 2016 etter kjønn og alder.

Rapporten fra FHI gir et godt bilde og god diskusjon av disse funnene, og peker også på at utviklingen varierer betraktelig langs en geografisk dimensjon. Det nevnes for eksempel at andelen barn med de omfattede diagnosekodene i BUP «økte i noen fylker (Østfold, Hordaland og Sogn og Fjordane), var stabil i andre fylker (Vestfold og Telemark) og svakt nedadgående i noen fylker (Oppland, Aust-Agder og Vest-Agder).» Dette er interessant for prosjektet «Årsaker til økt innstrømming til uføretrygd blant unge», da slik variasjon kan forfølges for å identifisere årsaker som kan ligge bak: En troverdig

forklaring på utviklingen bør også være i stand til å forklare hvorfor utviklingen har vært ulik for ulike kjønn og i ulike områder. Detaljerte individ-data vil også gjøre det mulig å undersøke om endringen de senere år skyldes bedre tidlig-diagnostisering. Vi skulle i så fall se at sannsynligheten for å ha blitt diagnostisert med en psykisk lidelse ved ulike aldre varierer systematisk med fødselsår: Senere fødselskull skal ha en brattere «diagnose-øking» i ung alder og mindre bratt økning ved høyere alder enn det eldre fødselskull utviste.

Hva kan vi konkludere om utviklingen i Norge?

Basert på tallene fra Psykisk Helse i Norge, reseptregisteret og levekårsundersøkelsen ser det ut til å ha vært en økende forekomst av psykiske plager og lidelser blant unge kvinner i nyere tid – men utviklingen er noe ulik på tvers av kilder. Tallene fra Ung i Norge analysert av von Soest og Wichstrøm avviker tilsynelatende fra tallene i Levekårsundersøkelsen: Mens Ung i Norge dataene ikke fant noen økning mellom 2002 og 2010, tyder levekårsundersøkelsen på en sterk økning i den samme perioden. Noe av dette skyldes at von Soest og Tilman oppgir at andelen unge kvinner med høyt psykisk plagenivå er høyere i 2010 enn i 2002 (fra 11.4% til 13.4%), men at denne endringen ikke er statistisk signifikant. Dette betyr at økningen potensielt kunne skyldes tilfeldigheter i utvalget som ble trukket. Dersom dette var vår eneste kilde ville dette mane til varsomhet, men sammenfallet mellom økningen her og i andre datakilder tyder på at utviklingen skyldes mer enn tilfeldigheter i data. Derimot virker det lite sannsynlig at utviklingen i dette datamaterialet er like kraftig som den vi ser hos den yngste aldersgruppen i Levekårsundersøkelsen, men her er direkte sammenligning vanskelig da Ung i Norge kun dekker videregående mens Levekårsundersøkelsens yngste gruppe dekker et betydelig større aldersspenn (16-24).

Merk at vi ikke har trukket inn tall for uføretrygd og diagnoser i NAV-systemet i denne drøftingen. Vi vil se på utviklingen i NAV i et senere delkapittel, men tall fra NAV vil være dårligere egnet til å karakterisere helseutviklingen i befolkningen, da disse også vil påvirkes mye av omlegginger i ytelser, politisk motiverte innstramminger i vurdering av uføresøknader, og lignende. I tillegg vil nok enkelte kunne oppleve at det først er i møte med arbeidslivet at et behov for langvarige helserelaterte ytelser melder seg, da lange utdanningsløp i større grad gir rom for tilpasning, gjennomføring i redusert tempo og lignende.

4. Psykisk helse og årsaksfaktorer

I dette kapittelet drøfter vi faktorer som kan bidra til – eller i det minste predikere – senere psykiske lidelser. Forskning viser at psykiske lidelser har en viss arvelig komponent.

Oppvekstmiljø kan også være av betydning for senere psykiske lidelser, men er av mer begrenset betydning. Vi drøfter også hypoteser som er blitt foreslått for å forklare kjønnsforskjeller i forekomsten av psykiske lidelser.

Ifølge en større analyse av en omfattende nasjonal diagnosebasert befolkningsundersøkelse i USA er psykiske lidelser ikke bare utbredt, men også noe som typisk inntreffer første gang i nokså ung alder (Kessler et al. 2005). Slår man sammen alle lidelsene som dekkes anslås det at rundt halvparten av befolkningen vil oppleve en lidelse innen de fyller 75, og at 75% av tilfellene vil vise seg før personen 24. Dette mønsteret går igjen for de ulike typene lidelser, med noen forskjeller: Lidelser knyttet til impuls kontroll viser seg særlig tidlig – livstidsprevalensen er på rundt 25%, men hele 95% inntreffer første gang før man fyller 23 år. Rundt en tredjedel av befolkningen vil oppleve angstrelaterte lidelser, og 75% av disse første gang før de fyller 21. Rundt 16% anslås å ville utvikle et rusproblem (alkohol eller illegale rusmidler), og 75% av disse vil utvikle problemet før de fyller 27. Lidelser knyttet til lavt stemningsleie (depresjon, dystymi, bipolar lidelse) virker å inntreffe i større grad også ved høyere alder – mens i overkant av en fjerdedel opplever slike problemer i løpet av livet, så er det «bare» 50% som opplever det før de fyller 30.

Slike tall tyder på at psykiske lidelser ofte først dukker opp i tenårene eller som ung voksen. I tillegg kan det ta noen år for psykiske problemer til de «vokser seg ut» til fulle psykiske lidelser og blir henvist til behandlingsapparatet. Dette tilsier at forebyggende tiltak og tidlig intervensjon må være tilgjengelig på et tidlig tidspunkt. Samtidig er det grunn til å tro at årsakene som ligger bak kan ligge enda lenger tilbake. Både genetiske faktorer og oppvekstmiljø bidrar til å forklare – eller i det minste predikere – senere psykiske lidelser. Disse faktorene varierer også i omfang og konsekvenser langs en kjønnsdimensjon (Freeman and Freeman 2013), noe som kan bidra til å forklare hvorfor den senere tids økning særlig ser ut til å ramme unge kvinner.

4.1 Gener

Psykiske lidelser er til dels arvelige. Arvelighet i denne sammenhengen betyr at det er mindre forskjeller i folks psykiske helse dersom de har en større andel arvemateriale (DNA) som er likt. Arvelighet uttrykkes i prosent, og angir andelen av total variasjon i utfallet (psykisk helse) som kan forklares av gener.

Den mest utbredte typen arvelighetsstudier bruker tvillinger og utnytter forskjellen mellom eneggede og toeggede tvillinger for å skille ut hvor mye av forskjellene i psykisk helse som kan forklares med gener, delt miljø (hjemmemiljø, felles nabolag og skole osv.) og individuelt miljø (de opplevelsene og miljøene som er ulike mellom tvillingene – som venner eller traumer).

For depresjon er arveligheten anslått å være høy. Her finner systematiske litteraturstudier at arveligheten er rundt 40% (Sullivan, Neale, and Kendler 2000). Delt miljø hadde liten innvirkning (0-5%), mens individuelt miljø stod for resten. I et større svensk studie med rundt 42 000 tvillingpar fant man også en betydelig forskjell i arveligheten mellom kjønn, med en arvelighet på 29% for menn og 42% for kvinner (Kendler et al. 2006). Dette studiet undersøkte også om det var tegn til at arveligheten var ulik for tvillinger født i ulike perioder. Dette er et viktig spørsmål, da arvelighetsanslag nødvendigvis vil påvirkes av hvor like miljø (og gener) er i gruppen man undersøker. Dette er lettest å forstå hvis man tenker seg ekstreme ytterpunkter: I et (i praksis umulig) samfunn der alle på et eller annet underlig vis opplevde nøyaktig det samme oppvekstmiljøet, så ville alle forskjeller i psykisk helse nødvendigvis skyldes genetikk. Og i et samfunn der alle menneskene var kloner og genetisk identiske ville alle forskjeller nødvendigvis skyldes miljø. Når forskerne analyserte de svenske dataene, derimot, var det ingen tegn til at arvelighetsanslagene endret seg over tid innenfor de 60 årskullene man hadde data for.

En mulig tolkning av slike arvelighetsanslag er knyttet til det «dimensjonale» synet på psykiske lidelser, som ser disse som ekstremutslag av allmennmenneskelige trekk (Plomin, Haworth, and Davis 2009). Hypotesen er at det er flere enkeltgener som hver har sin egen lille innflytelse på et utfall, og at dette skaper en normalfordeling av utfallet i en befolkning. En enkel analogi er vektfordelingen i en befolkning: De fleste har en vekt i nærheten av normalvekt, men noen ligger langt under eller langt over snittet. Hvor vi trekker grensen for «overvekt» er i noen grad et vurderingsspørsmål, men sett under ett er det en kontinuitet i fordelingen og ikke to separate grupper som er klart adskilt. Utfra et slikt perspektiv er lidelsen

«depresjon» merkelappen vi har satt på de som har et humør som ligger under en eller annen terskelverdi – men en statistisk analyse av befolkningen ville ikke finne to grupper i data som var klart adskilt.

Grunnen til at dette er særlig verdt å trekke frem i vår kontekst er at depresjon til dels deler genetiske faktorer med personlighetstrekket nevrotisme (Jardine et al. 1984). Nevrotisme er en av fem personlighetsfaktorer i den mest anerkjente personlighetsmodellen («big five»), og de som skårer høyt på denne personlighetsdimensjonen har lettere for å oppleve psykisk stress, ubehagelige følelser som sinne, engstelse og sårbarhet, og mer svingende humør. Slike trekk er assosiert med økt risiko for å oppleve ikke bare depresjon, men også andre internaliserende lidelser som angst og fobi – nettopp de lidelsene som ser ut til å være økende blant unge voksne. I tråd med dette er det rapportert betydelig overlapp i arvelighetsfaktorene bak nevrotisme-trekket og flere av de internaliserende lidelsene (Hettema et al. 2006). Funn som tyder på sammenfallende genetiske årsaker for internaliserende lidelser kan også forklare hvorfor det er betydelig overlapp (komorbiditet) mellom disse lidelsene: Har du fått diagnostisert f.eks. depresjon er det høyere sannsynlighet for at du også har eller vil få angstlidelser. Et forslag har vært at det er mer tilfeldige miljø-faktorer som avgjør hva slags utslag sårbarheten får og hvilken lidelse den leder til innenfor denne bredere klassen av lidelser (Kendler et al. 2003).

Dette kan være av ytterligere betydning for å forstå utviklingen siden nevrotisme er et av de personlighetstrekkene der man finner tydelig forskjell mellom kjønnene, med betydelig høyere nevrotisme blant kvinner (Schmitt et al. 2008). Dersom nevrotisme er en sårbarhetsfaktor for internaliserende lidelser og noe endrer seg i samfunnet som gir unge mennesker økt risiko for slike lidelser, så vil kjønnsforskjellen i personlighetsfaktorer i seg selv kunne bidra til at økningen i internaliserende lidelser ble større for kvinner enn menn.

4.2 Oppvekstmiljø

4.2.1 Gen-miljø korrelasjoner

Arvelighetsstudier er viktige å ha i bakhodet også når man ser på miljøfaktorer. Det enkleste eksempelet på dette er sammenhengen mellom foreldres adferd og barnas senere utfall. Hvis f.eks. høy nevrotisme er arvelig og både øker risikoen for internaliserende lidelser og påvirker hva slags foreldrestil en person har, så vil de som opplever denne oppdragerstilen

oftere observeres med internaliserende lidelser selv om oppdragerstilen ikke har noen direkte egen effekt på senere psykisk helse.

Dette er mer enn et finurlig metodisk poeng, noe et ferskt nytt studie basert på norske data viser (Hannigan et al. 2018). Ved hjelp av tvillingdata fra norske Mor-barn undersøkelsen bekrefter forskerne først at de gjenfinner en statistisk sammenheng mellom mors depresjon under svangerskapet og senere internaliserende og eksternaliserende lidelser hos barna. Dette har blitt rapportert tidligere, og enkelte har tatt dette til inntekt for at behandling av depresjon under svangerskapet er særlig viktig fordi dette ellers vil kunne svekke barnets fremtidige psykiske helse. Samtidig viser forskerne at dette i stor grad skyldes at mor og barn deler gener: Rundt 40% av variasjonen i barnas utfall ser ut til å gjenspeile genetiske faktorer. I tillegg vil mødre som er deprimer under svangerskapet oftere også være deprimer under barnets senere oppvekst – og dette ser ut til å være hovedkanalen for den (mindre) miljøpåvirkningen som ble funnet. Dersom studiet stemmer betyr dette med andre ord at det ikke er en egen risikofaktor for barnet at mor var deprimer under svangerskapet – og et bedre fokus for folkehelsemotiverte tiltak ville være å følge opp familier der foreldrene har psykiske lidelser for å unngå at dette får uheldige utslag i oppveksten.

Dette metodeproblemet – at genene til et individ predikerer hva slags miljøfaktorer de vil utsettes for – er mer generelt enn familieeksempelet: Både stressende livshendelser, vennskap/sosiale nettverk og ekteskapelige forhold reflekterer i noen grad genetisk påvirkning (Kendler and Baker 2007). Selv det å utsettes for traumatiske opplevelser som voldtekt og fysiske angrep («assaultive trauma»³) anses til å ha en arvelig komponent (Afifi et al. 2010). Slike funn kan virke pussige, men antas å skyldes at gener påvirker vår personlighet, interesser og adferd, og at disse igjen påvirker, f.eks., hvem vi opprettholder og forsterker kontakt med, hvilke miljøer vi tiltrekkes og oppholder oss i, og hvordan vi oppfører oss mot andre (som igjen påvirker hvordan de oppfører seg tilbake).

Samtidig som dette er viktig å ha i bakhodet er det åpenbart at miljøfaktorer har mye å si: Ingen arvelighetsstudier finner at arveligheten er 100 % og at miljøfaktorer kan ignoreres. Derimot gjør slike funn det vanskeligere å si hva betydningen av en miljøfaktor er isolert sett: Hvis de som utsettes for traumatiske opplevelser skiller seg ut genetisk fra de som ikke gjør det, er det vanskelig å vite om disse særtrekkene også i seg selv påvirker utfallene. Hvis for eksempel de som er predisponert for depressive

³ «Assaultive traumatic events included robbery, being held captive, being beaten up, sexual assault, and other life-threatening events, while non-assaultive traumatic events

included sudden death of a family member, motor vehicle accident, fire, tornado, flood, or earthquake.” (Afifi et al. 2010)

lidelser også er de som oftere utsettes for traumatiske opplevelser, blir det mer krevende å undersøke om en forhøyet risiko for depresjon skyldes genene («de ville blitt deprimeret uansett om de opplevde traumet eller ikke»), traumet, eller en samspillseffekt der de mest sårbare utvikler lidelser etter å utsettes for traumer som andre lettere ville lagt bak seg.

4.2.2 Traumatiske opplevelser

En godt studert miljøfaktor er traumatiske opplevelser i barndommen. Slike opplevelser er statistisk assosiert med senere psykiske lidelser. En større metaanalyse av 184 studier rapporterte at de som oppga å ha hatt ulike former for traumatisk oppvekst i gjennomsnitt hadde tredoblet risiko for å utvikle depressive lidelser (Nelson et al. 2017). Blant pasienter med depresjon oppga i gjennomsnitt rundt 25% å ha opplevd seksuelle overgrep, mens hele 43% oppga å ha opplevd emosjonell forsømmelse («emotional neglect»). Analysene fant også at emosjonell forsømmelse og emosjonelt misbruk («abuse»), samt det å oppleve flere typer traumer, hang særlig sterkt sammen med senere depresjon. Barndomstraumer predikerte også kraftigere depresjoner og økt risiko for at depresjonen ble langvarig.

Barndomstraumer har også en klar sammenheng med angst-relaterte lidelser. Et studie av PTSD (en angst-relatert lidelse klart knyttet til opplevde traumer) fant at kvinner hadde omtrent doblet sannsynlighet for å utvikle PTSD (Tolin and Foa 2006). Derimot fant de ikke at dette kunne forklares av en overhyppighet av traumatiske opplevelser for kvinner: Uavhengig av hvilken aldersperiode man så på var slike opplevelser rapportert hyppigere for menn enn for kvinner, og kvinner rapporterte i snitt rundt 25% færre traumatiske opplevelser enn menn. Dette kan indikere at kvinner er mer sårbare for å utvikle PTSD, men det kan også skyldes at de opplever andre *typer* traumatiske hendelser enn menn, og at de hendelsene som rammer kvinner er mer traumatiserende som f.eks. seksuelle overgrep. Mens menn særlig rapporterte opplevelser knyttet til ulykker, fysiske angrep, krig, brann og lignende, var det betydelig overhyppighet av seksuelle overgrep blant kvinner – med seksdoblede odds for seksuelle overgrep i voksen alder og nesten tredoblede odds for seksuelle overgrep i barndommen relativt til menn. Når forskerne sammenlignet kvinner og menns risiko for PTSD for spesifikke typer traumer, derimot, fant de ingen kjønnsforskjell i risiko i etterkant av seksuelle overgrep, mens kvinner hadde høyere risiko for å utvikle PTSD enn menn etter andre traumatiske opplevelser. Dette tyder på at overhyppigheten av PTSD hos kvinner ikke utelukkende skyldes typen traumer, da den også gjenfinnes når man ser på risikoen for andre traumetyper.

Denne konklusjonen er lik det andre forskere har rapportert for internaliserende lidelser mer generelt – der kvinners over-representasjon i lidelseskategorien riktignok ble redusert når man kontrollerte for kvinners økte forekomst av seksuelle overgrep, men uten at dette var tilstrekkelig til å forklare over-representasjonen fullt ut (Fergusson, Swain-Campbell, and Horwood 2002). Kvinner hadde 5-8 ganger høyere risiko for å ha vært utsatt for seksuelle overgrep, men kvinnes odds (relativt til menns) for å oppleve slike lidelser ble likefullt ikke tilsvarende redusert når man kontrollerte for kvinners økte forekomst av seksuelle overgrep: Odds Ratioen (OR) ble da redusert fra 2,2 til 1,8 (for angst) og til 1,9 for depresjon.

4.3 Sårbarhet og kjønn

Flere ulike hypoteser har blitt foreslått for å forklare at kvinner ser ut til å være mer sårbare for å utvikle internaliserende lidelser i etterkant av vanskelige opplevelser. Noen av disse peker på biologiske forhold, som kjønnsforskjeller i HPA-aksen («Hypothalamic Pituitary Adrenal») som utgjør et viktig system i kroppen for håndtering av stress. Dette er systemet som aktiviseres av stress og skaper en «flight or fight» respons, og det er tegn til at systemet blir overaktivt og skaper en kontinuerlig stress-respons i kroppen hos de som utvikler depresjon (Freeman and Freeman 2013). HPA-aksen ser ut til å bli særlig påvirket av «kvinnelige kjønns hormoner», det vil si hormoner som østrogen som har høyere konsentrasjon hos kvinner. Samtidig er ikke en slik historie like rett-frem som den kan virke: I studier der deltagere blir påført betydelig stress er det menn og ikke kvinner som får sterkest stress-reaksjon målt ved kortisolnivå (et stress-hormon) i spytt. Tolkningen av dette er uvisst – men forskerne foreslår at dette *kan* (!) være et bidrag til å forklare kjønnsforskjeller likefullt. For det første vil et «overaktivisert» HPA-system gi mindre utslag på ny stress siden det allerede er «på.» Dette kan gjøre at økningen i stress i et laboratorie-eksperiment blir mindre hos kvinner dersom de oftere er overaktivisert i utgangspunktet. For det andre er det forskning som tyder på at kvinner og menn reagerer ulikt på ulike typer stress, og at kvinner særlig er sensitive for sosialt stress (som å utestenges av en samtale eller bli oversett). Studiene av stress bruker typisk stress-situasjoner som menn er mer sensitive for. Og for det tredje er det studier som tyder på at kvinner og menn til dels reagerer ulikt på stress i utgangspunktet: Mens menn får en adrenalin-tung «fight or flight» respons, så observeres det til dels en annen respons, en oxytocin-tung «tend or befriend» respons, hos kvinner, der sosialt stress utløser forsøk på å reparere sosiale forhold og øke tilknytning (Taylor 2006).

På det nåværende tidspunkt er det ikke avklart hvor viktige slike biologiske forskjeller er, og andre forskere har pekt på oppdragelse og kjønnsroller og hvordan disse kan bidra til å skape forskjeller i sårbarhet. Det er også faglig uenighet rundt betydningen av arv og miljø for en del av de kjønnsforskjellene som trekkes frem, som forskjeller i sosialiseringstil og -behov, og personlighet, men dette spiller mindre rolle i vår sammenheng da vi er mer interessert i konsekvensene av forskjellene som finnes – uavhengig av deres årsak.

En hypotese relatert til kjønnsforskjeller er at kvinner og menn lærer opp i å håndtere «skumle» opplevelser ulikt, og at dette i praksis lærer kvinner en mestringstrategi som bidrar til å øke frykt over tid. Hypotesen går ut på at gutter i oppveksten i større grad lærer å konfrontere ting de frykter, mens jenter i større grad blir oppmuntret til å trekke seg unna. Dette er viktig, siden det er velkjent at spesifikke fobier (det vil si frykt for spesifikke ting som fly, høyde, små rom, rotter og lignende) kan effektivt behandles gjennom eksponeringsterapi der man gradvis utsettes for det man er redd for og lærer at frykten ikke gjenspeiler faktisk fare. Dette tilsier at kvinner muligens lærer mer opp til en reaksjonsform som bidrar til å opprettholde og forsterke engstelse overfor ulike situasjoner.

Relatert til dette har det blitt pekt på at kvinner i større grad enn menn driver med «ruminative coping» - der de igjen og igjen tenker over årsakene, situasjonen rundt og konsekvensene av følelsesmessige problemer (Nolen-Hoeksema, Larson, and Grayson 1999):

Rumination involves passively and repetitively focusing on one's symptoms of distress ("I'm so tired," "I'm so unmotivated") and on the meanings and consequences of the distress ("What's wrong with my life" "My boss is going to get annoyed if I keep missing deadlines"). Both questionnaire studies and laboratory studies have found that women are more likely than men to ruminate and focus on emotion when sad or depressed [...] a number of laboratory and field studies have shown that people who engage in rumination when distressed show longer and more severe periods of depressive symptoms and are more likely to develop full

depressive disorders than those who do not engage in rumination.

Nolen-Hoeksemas hypotese er at kvinners høyere risiko for depresjon forklares av en kombinasjon av tre risikofaktorer som bidrar til å skape en ond sirkel: Høyere grad av «chronic strain» (ulikheter i omsorgsbyrde og husholdningsoppgaver, manglende støtte fra partner og lignende), lavere «mestring» («mastery») - i hvilken grad de føler de kan oppnå det de vil ved å gjøre en innsats, følelse av hjelpeløshet og lignende) og mer av det vi kan kalle grubling/dveling/bekymring (rumination). Disse antas alle å øke risikoen for depresjon, samtidig som høyere nivå på en av faktorene bidrar til å gjøre de andre faktorene mer skadelige.

Ytterligere evidens for betydningen av grubling kom i et senere prospektivt studie, der Nolen-Hoeksema viste at studenter som hadde høyere skår på dveling opplevde mer vedvarende og negative symptom på depresjon og PTSD rundt to måneder etter et jordskjelv som tilfeldigvis inntraff to uker etter den første skåringen (Nolen-Hoeksema and Morrow 1991). I en nyere gjennomgang oppgir også forskeren at det er funnet evidens for at dveling øker risikoen for flere av de internaliserende lidelsene, som angst, spiseforstyrrelser og selvskading (Nolen-Hoeksema, Wisco, and Lyubomirsky 2008). Det fins også noen indikasjoner på at slik adferd særlig knytter seg til depresjon hos unge kvinner, med mindre klare effekter hos menn (LeMoult et al. 2018).

En forsterker av disse trekkene er såkalt «co-rumination» – en samværsform der man sammen med en venn stadig vender tilbake til ulike problemer og fokuserer på negative følelser. Dette har en positiv side, ved at det leder til sterkere og dypere vennskap, men også en negativ side, ved at det predikerer flere symptom på internaliserende problem. Også dette viser seg å være mer utbredt blant jenter i tenårene enn gutter (Rose 2002).

En annen kjønnsforskjell som har blitt trukket frem går på kroppspress og kroppsideal, og trekker frem at puberteten påvirker kjønnene ulikt (Wichstrøm 1999). Hypotesen er at gutter typisk opplever fysiske endringer i puberteten som positive, mens jenter opplever endringer som bredere hofter og økte fettlagre på kroppen som å utvikle seg vekk fra et (overdrevent slank) kroppsideal. I data fra en tverrsnittundersøkelse viser Wichstrøm at modellen kan statistisk forklare mye av den økende forskjellen i depressive symptomer mellom kvinner og menn gjennom ungdomstiden. Utfra strukturelle modellestimeringer mener forskerne at den viktigste mekanismen er at tilfredshet med ulike deler av kroppen påvirker «global self worth» som videre

påvirker «global physical appearance»), samt en direkte effekt av «femininitet» (målt ved å be deltagerne skåre i hvilken grad de er empatiske, varme, forsiktede, lojale, sjenerte, liker barn og lignende).

Kvinner ser videre ut til å ha et sterkere behov for tette og nære vennskap og er mer opptatt av sin sosiale status og tilhørighet. Dette er i seg selv stressende, ved at de blir eksponert (og eksponerer andre for) mer følelsesmessig belastende informasjon, og de responderer på stress ved å dele og dvele. Gutter ser ut til å ha flere, men «tynnere» forbindelser til sine bekjentskap, vitser vekk stress, og har mer fokus på egne prestasjoner og dominans enn egne og andres emosjonelle behov (Cyranowski et al. 2000; Rose and Rudolph 2006). Disse kjønnsforskjellene forsterkes i puberteten og antas å kunne reflektere

forskjeller i både biologi og sosialisering, og hypotesen er at kjønnsforskjellene bidrar til å gjøre kvinner mer sårbare for depresjon: Sosiale forhold blir sterkere stressfaktorer for kvinner enn menn gitt en større betydning av det sosiale, og de responderer ved å dele og dvele, som både øker risikoen for at stress slår ut i depresjon og sprer denne risikoen videre ved å øke stressnivået for nære bekjente.

Denne kjønnsforskjellen er også viktig fordi den gjenspeiler en forskjell i måten kvinner og menn er aggressive på i tenårene (Crick and Zahn-Waxler 2003). Mens gutter langt oftere er fysisk aggressive, så utgjør relasjonell aggresjon rundt 80% av kvinnenenes aggressive adferd. Det å utsettes for slik aggresjon er videre statistisk assosiert med alvorlige sosialpsykologiske tilpasningsvansker, inkludert depresjon, angst og ensomhet.

5. Hvorfor er psykisk helse i endring?

På det nåværende tidspunkt er det uklart hvorfor unge voksnes psykiske helse viser en negativ utvikling – og i hvilken grad økningen i psykiske vansker og lidelser er reell eller reflekterer andre forhold. Det er foreløpig begrenset med forskning som kan si noe om dette, til dels fordi utviklingen endret retning såpass sent (rundt 2010). Ulike hypoteser og forklaringsfaktorer som kan være relevante gjennomgås.

Den tydeligste stemmen på feltet så langt er trolig sosialpsykologen Jean M. Twenge, som mener å ha påvist lignende trendsifter i den amerikanske ungdomsbefolkningen med økende psykiske plager, særlig hos kvinner, (Twenge, Martin, and Campbell 2018), depresjon og selvmordstanker (Twenge, Joiner, Rogers, et al. 2018). Twenge tidfester skiftet til rundt 2010, noe som sammenfaller med endringene vi ser antydninger til i Norge. Hun har også forskning som peker på at disse ungdommene sover for lite (Twenge, Krizan, and Hisler 2017), og ser ut til å ha en forlenget barndom (utsetter debut på voksne aktiviteter som alkoholbruk, sex, betalt arbeid, selvstendighet fra foreldre) (Twenge and Park n.d.).

Twenge har popularisert både disse arbeidene og hypotesene hun har rundt endringene i boka iGen (Twenge 2017). Kort oppsummert har hun fremmet (minst) to hovedhypoteser:

Den ene hovedhypotesen relaterer seg til livshistorieteorien (life history theory). Livshistorieteorien ble

utviklet på 1950-tallet for å beskrive hvordan evolusjonen formet livsløpet til ulike arter. En sentral avveining er mellom hurtige og trege livshistorier: En art med hurtig livshistorie vil raskt bli selvstendig og forplantningsdyktig, vil formere seg hyppig og tidlig, og leve kort. En art med treg livshistorie vil ha lenger barndomstid der de er avhengige av foreldre, bli kjønnsmoden senere, få færre avkom men investere tyngre i disse. Etterhvert har denne teorien også blitt brukt til å forklare variasjon innad i en art. Mens mennesker som art åpenbart har en treg livshistorie relativt til de fleste andre arter, så er hypotesen at det likefullt vil være variasjon langs denne dimensjonen mellom mennesker og i samfunn over tid. Det er både en hypotese om at genetisk variasjon kan gjøre at folk er ulikt «innstilt» på denne dimensjonen, og at disse innstillingene kan justeres noe av miljøfaktorer og den kulturen man vokser opp i. Dersom man i tidlig barndom (særlig før man fyller 5) får signaler fra omgivelsene som indikerer at man lever i et ressursrikt miljø, så vil barna i større grad stille seg inn på en treg livshistorie. Gode økonomiske forhold under oppveksten, lang forventet levealder, og små barnefamilier skal være eksempler på slike indikatorer (Twenge and Park n.d.).

Twenge mener at det er en klar tendens mot tregere livshistoriehastighet i de nye generasjonene, og at det er dette som forklarer at de utsetter voksenlivet, målt gjennom ulike indikatorer i nasjonalt representative spørreundersøkelser som alle viste en akselererende nedgang etter 2006 (Figur 5-1). Samtidig taler det *mot* denne hypotesen at fysisk pubertet inntreffer tidligere nå enn før, uten at det er tegn til at dette har endret seg i motsatt retning for yngre årskull slik teorien skulle tilsi.

Figur 5-1: Andel av 12. klassinger i USA som har førerkort, har prøvd alkohol, har datet eller har hatt en betalt jobb

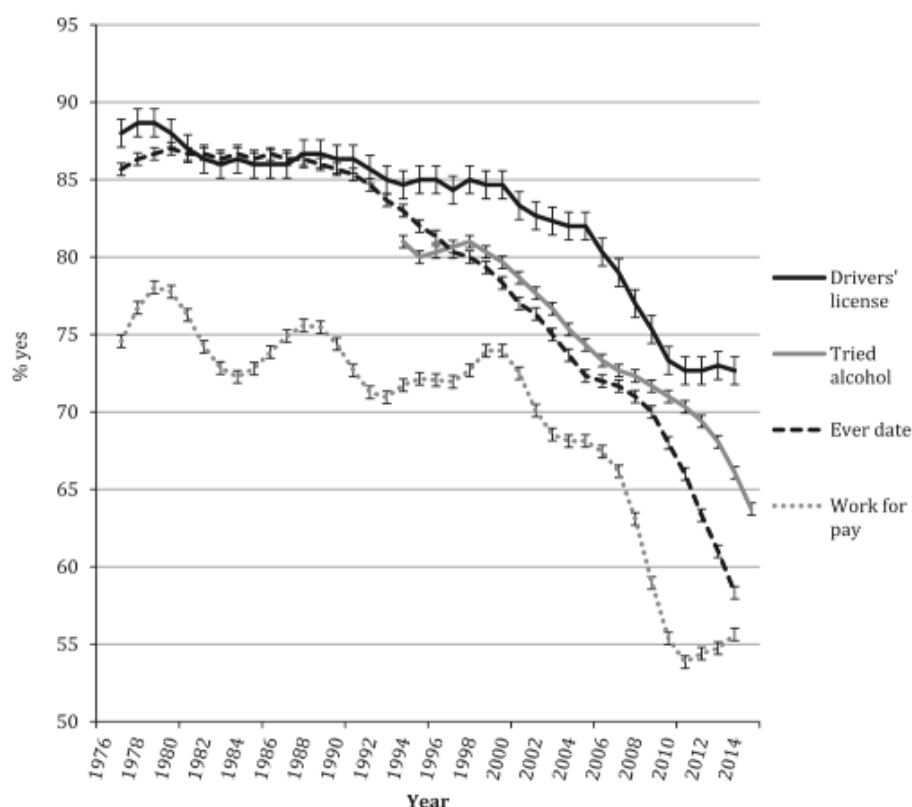


Figure 1. Percentage of U.S. 12th graders who have a driver's license, have ever tried alcohol, who ever go out on dates, and who work for pay, 1976–2016 (3-year centered moving average with standard errors).

Kilde: (Twenge and Park n.d.)

Twenge hevder videre at denne livshistorie-utviklingen har sammenheng med individualisme (Twenge and Campbell 2018). Individualisme er her definert som et kulturelt system med økt vektlegging av individet og mindre vekt på andre og på sosiale regler. Hypotesen er at individualisme gir økt fokus på individuell frihet, som fører til mindre familier, mer oppfølging av det enkelte barnet (for å bedre barnets sjanser i samfunnet), og utsettelse av valg som kan innskrenke fremtidige muligheter og handlingsrom (som utdannings- og yrkesvalg samt familiedannelse). Dette kan ifølge forskerne forklare hvorfor land (og perioder) med høyere grad av individualisme også preges av tregere livshistoriehastighet, noe de viser i analyser med indikatorer for individualisme som valg av uvanlige navn for barn, andeler av nye college-studenter som anså seg selv for å være over snittet i intellektuell selvtilit, lederskap, og driv, og andelen som synes det er uproblematisk med sex utenfor ekteskapet eller mellom personer av samme kjønn.

En annen hovedhypotese Twenge legger frem knytter seg til internett, sosiale medier og smarttelefoner. Her virker hypotesen å være todelt: Internett, dataspill og sosiale medier tar tid – og tiden tas fra fjernsynstitting, lesing, fysisk sosialisering med andre mennesker

og søvn, mens leksetid har holdt seg mer konstant. I tverrsnittsdata er det de som bruker mye tid på sosiale medier, gaming og internett som har høyest skår på depresjonsindikatorer og lavest på lykke (Twenge, Martin, and Spitzberg 2018; Twenge, Joiner, Martin, et al. 2018). Påstanden er at tiden man bruker på elektroniske enheter fortrenger andre aktiviteter som fremmer eller beskytter psykisk helse. I tillegg trekker Twenge frem sosiale medier spesifikt, og skaper et inntrykk av at særlig unge jenter – som bruker sosiale medier mens guttene spiller dataspill – tvinges til å forholde seg til sosiale intriger og statuskamp døgnet rundt. Er du ikke invitert på fest ser du likefullt de iscenesatte «perfekte» bildene fra festen på instagram. Sosial inkludering og ekskludering skjer gjennom hvem som liker innlegg fra hvem, hvem som blir tagget på hvilke bilder, hva slags kommentarer man skriver på hverandres innlegg. Dette skaper et inntrykk av at alle andre har bedre og mer spennende liv og er mer vellykkede, og skaper en arena der man forventes å prestere og vise frem seg selv med et sterkt fokus på utseende, og der «spillet» pågår kontinuerlig i en slik grad at det går ut over nattesøvn. Man kan også se for seg at avvik og uforsiktede øyeblikk blir mer risikable enn de var for tidligere

ungdom: Er du på fest og drikker for mye eller kliner med «feil» person risikerer du at dette blir foreviget av andre, og enten lagt ut på sosiale medier eller beholdt som inkriminerende evidens som kan brukes i sosiale konflikter i fremtiden.

Twenge sine hypoteser er til dels vanskelig å vurdere, da de er fremsatt i en blanding av akademiske arbeider og mer populært orienterte fremstillinger. Hun driver også et eget konsultentselskap som skal hjelpe bedrifter og markedsførere å orientere seg mot nye generasjoner, og den populærvitenskapelige boken er til tider snodig lesing som et resultat. Den har blant annet høyt fokus på distinkte «generasjoner» med fengende merkelapper (boomers, millenials, Generation X, iGen). Mens Twenge er dyktig til å skape klare narrativ, er det til tider uklart hvor godt underbygd disse er og hvor mye de forenkler, samt i hvilken grad hun «glatter over» svakheter og velger ut indikatorer selektivt etter hvor godt de passer bildet hun ønsker å tegne. Da hun publiserte et populærvitenskapelig sammendrag av deler av boken i det amerikanske magasinet «The Atlantic» i september 2017 var tittelen tydelig nok: «Have smartphones destroyed a generation?»⁴

Selv om Twenge er den mest synlige eksponenten for disse hypotesene er hun ikke alene om dem. Også andre forskere mener å kunne vise en øket perfeksjonisme hos yngre mennesker, der «alle deler» av livet skal være på stell (Curran and Hill 2017), og setter dette i sammenheng med sosiale medier, påvirkning fra mer engstelige, ambisiøse og kontrollerende («helikopter-foreldre»), og et sterkere fokus på konkurranse og individualisme og urealistiske forventninger. Det er også funn fra Storbritannia som peker mot at ungdomsjenter i større grad enn gutter deltar på sosiale medier, at de sammenligner seg med de «perfekte» bildene de møter her, og at jenter som er aktive i sosiale medier ved en ung alder (10 år) opplever større emosjonelle plager senere enn andre (Booker, Kelly, and Sacker 2018). Andre forskere, derimot, mener bekymringen er overdrevet og viser data der det er mindre sammenheng mellom skjermtid og velferdsindikatorer og en klar ikke-lineær effekt: Moderate mengder sosiale medier er her bedre enn ingen, mens store mengder er negativt – men for lite negativt til at det kan forklare de endringene man ser (Przybylski and Weinstein 2017). En systematisk litteraturstudie rapporterte varierende funn, men en svak men statistisk signifikant sammenheng mellom bruk av sosiale medier og depressive symptomer (McCrae, Gettings, and Purssell 2017).

Hypotesen om sosiale medier og skjermtid vekker naturlig nok mye offentlig interesse. Mange foreldre

er bekymret for barnas skjermtid, og dette føyer seg inn i et historisk mønster der endringer i barndomstiden anses som urovekkende av voksne. Et bokstavelig talt klassisk eksempel er Plato, som i dialogen Phaedrus lar Sokrates uttrykke skepsis til lesing og skriving:

For this invention will produce forgetfulness in the minds of those who learn to use it, because they will not practice their memory. Their trust in writing, produced by external characters which are no part of themselves, will discourage the use of their own memory within them. You have invented an elixir not of memory, but of reminding; and you offer your pupils the appearance of wisdom, not true wisdom, for they will read many things without instruction and will therefore seem to know many things, when they are for the most part ignorant and hard to get along with, since they are not wise, but only appear wise.

I nyere tid fremstår bekymringen over sosiale medier og skjermtid som den siste i en serie med bekymringer som tidligere har dreid seg om unges bruk av romaner, tegneserier, fjernsyn, video, og dataspill. Det typiske er at slike bekymringer reduseres over tid ettersom de unge vokser opp og blir som folk flest allikevel, og enkelte mener dette tilsier en høy grad av skepsis til «dagens» bekymring. Dette er trolig fornuftig – ikke fordi det ikke er tegn til at det kan være noe her, men fordi forklaringer som sammenfaller med hva folk bekymrer seg for vil lettere slå rot og bre om seg selv når evidensen er svak eller konkurrerende hypoteser viser seg å ha bedre støtte. Det er derfor verdt å nevne at de populærvitenskapelige bidragene fra Twenge har blitt anklaget for å være preget av «cherry picking» (selektivt utvalg av trender og forskning), overforenkling, feiltolking av korrelasjonssammenhenger som kausale, og overdramatisering (Cavanagh 2017; Samuel 2017; Harris 2017).

Dette tilsier at man ikke bør ta hypotesen om sosiale mediers elendighet som et bekreftet faktum. Per i dag

⁴ Twenge har forøvrig påpekt at hun ikke stod for tittelen – men den fremstår likefullt som passende for artikkelens budskap.

er det fortsatt uavklart hvor dramatisk utviklingen i ungdoms mentale helse er og i hvilken grad den vil føre til at flere opplever alvorlige problemer på sikt. Skal man forstå utviklingen er det nødvendig å også undersøke andre faktorer som kan bidra til å forklare eventuelle endringer som finner sted. Her er det vanskelig å gi noen uttømmende liste, men noen faktorer som har dekket i forskning er:

- *Mobbing.* Et studie fra Skottland fant en økning i mobbing i perioden 1994 til 2014, samt en stadig sterkere sammenheng hos jenter mellom det å ha vært mobbet og det å oppleve psykiske plager (Cosma et al. 2017). For Norge skal skoleundersøkelser ha vist stabilitet i mobbing over tid⁵, mens analyser av representative spørreundersøkelser blant ungdom viser kraftig fall i utøvelsen av fysisk mobbing mellom 2007 og 2015 (Frøyland and Soest 2017): Blant gutter falt andelen som hadde utøvd noen form for fysisk aggresjon fra 22.6% til 12.8%, hos jenter falt den fra 23.8% til 12.4%.
- *Økonomisk usikkerhet.* Et svensk studie med data fra Värmland som dekket syv ungdomskull i alderen 14-15 år fant at privatøkonomiske bekymringer i barnas husholdning hadde en klar statistisk sammenheng med psykosomatiske symptom som søvnproblemer, hodepine, anspenhet, tristhet og svimmelhet (Kim og Hagquist 2018). Statistisk sett var endringer over tid i privatøkonomiske bekymringer tilstrekkelig til å forklare hele økningen i psykiske plager blant ungdommene på midten av 1990-tallet, mens arbeidsledighet i omgivelsene (kommunalt) ikke så ut til å påvirke bekymringer.
- *Endret terskel for å oppsøke hjelp.* Som nevnt tidligere kan en økende trend av unge voksne i behandling også skyldes endringer i hvor ofte unge voksne med psykiske lidelser oppsøker behandling og i hvilken grad helsepersonell igangsetter behandling for disse. Et svensk studie rapporterer, i tråd med dette, at gjennomsnittlig nivå på psykiske plager hos unge voksne (18-24 år) i psykiatrisk behandling i Stockholm falt over tid i perioden 2002-2010 (Kosidou et al. 2017). I begynnelsen av perioden var symptombelastningen høyere for unge voksne i behandling enn for andre aldersgrupper, mens den falt over perioden og ble lik nivåene for andre aldersgrupper over tid. Dette er det vi ville forvente dersom terskelen for å ta unge voksne inn i behandling har falt over tid.
- *Alkoholbruk.* Et studie av Ungdata fra 2013 rapporterer en tydelig statistisk sammenheng mellom symptomskår for depresjon på den ene siden, og tidlig alkoholdebut, hyppighet av alkoholkonsum og hyppighet av fyll (Johannessen et al. 2017). For symptomskår for angst var sammenhengen primært tilstede for jenter. På den annen side har det vært en klar trend i retning av utsatt debutalder for alkohol og redusert konsum blant ungdom både i Norge og flere andre vestlige land siden årtusenskiftet (H. Pape, Rossow, and Brunborg, n.d.), så denne faktoren vil trolig ikke forklare økningen i psykiske plager eller lidelser i nyere tid.
- *Tidligere seksualisering.* En rapport fra den amerikanske psykologforeningen fant at tenåringer i større grad enn før opplever seksualisering – strenge kroppsideal, selvbilde bygget på seksuell attraktivitet og adferd, objektivering og påtvinget seksualitet før man ønsker det (Hatch 2011). Dette blir satt i sammenheng med dårligere selvbilde, økt kroppspress og skam over egen kropp, spiseforstyrrelser, angst og depresjon.
- *Prestasjonspress.* Et svensk studie av ca. 1000 skolebarn i alderen 16-18 i Nord-Sverige fant at jenter uttrykte at forventninger/krav fra skolen ofte/alltid var en stressfaktor i livet deres (ca. 2/3, mot ca. 1/3 hos guttene) (Wiklund et al. 2012). Jentene oppga også å føle seg «ufri» i større grad (ca. halvparten av jentene mot en fjerdedel av guttene), noe som kan tolkes som en konstant opplevelse av forventninger/krav. Forventningene kom i begrenset grad fra hjemmet – det var særlig forventninger/krav fra skole og en selv (halvparten av jentene, rundt en tredjedel av guttene) som hadde høyt nivå og stor kjønnsforskjell. Halvparten av jentene oppga også at de ofte/alltid følte at de ikke var uthvilt etter søvn (mot ca. en fjerdedel av guttene).
- *Menstruasjonsalder.* Det å komme tidlig inn i puberteten er assosiert med økt risiko for blant annet internaliserende symptomer (Mendle, Turkheimer, and Emery 2007), og menstruasjonsalderen har lenge vært fallende. På den annen side er det mindre grunn til å tro at fallet i menstruasjonsalder har fortsatt i nyere tid (Papadimitriou 2016). I studier som følger en kohort over tid er det også uklart i hvilken grad de negative konsekvensene av å få tidlig menstruasjon vedvarer utover tidlig ungdomstid. Noen finner at sammenhengen er forbigående (Lien, Haavet, and Dalgard 2010; Joinson et al. 2013; W. Copeland et al. 2010), mens andre rapporterer at sammenhengen faller over tid men vedvarer i noen grad (Mendle, Turkheimer, and Emery 2007; Natsuaki, Biehl, and Ge 2009).

⁵ Tallene har lenge vært ganske stabile, viser Utdanningsdirektoratets undersøkelser blant elever i 5. - 10. klasse i grunnskolen og alle de tre klassetrinnene i

videregående skole." Kilde: <https://www.fhi.no/fp/barn-og-unge/oppvekst/fakta-om-mobbing-blant-barn-og-unge/>

6. Konsekvenser av psykisk helse i utdanning og arbeidsliv

I tidligere kapitler har vi sett tendenser til endringer i unges psykiske helse de siste ti årene. I dette kapitlet diskuterer vi langsiktige konsekvenser av å ha psykiske plager i unge år. Vi drøfter også i hvilken grad endringer i arbeidslivet kan få konsekvenser for unge som sliter med psykiske plager.

6.1 Langsiktige konsekvenser av psykiske plager i ungdomstiden

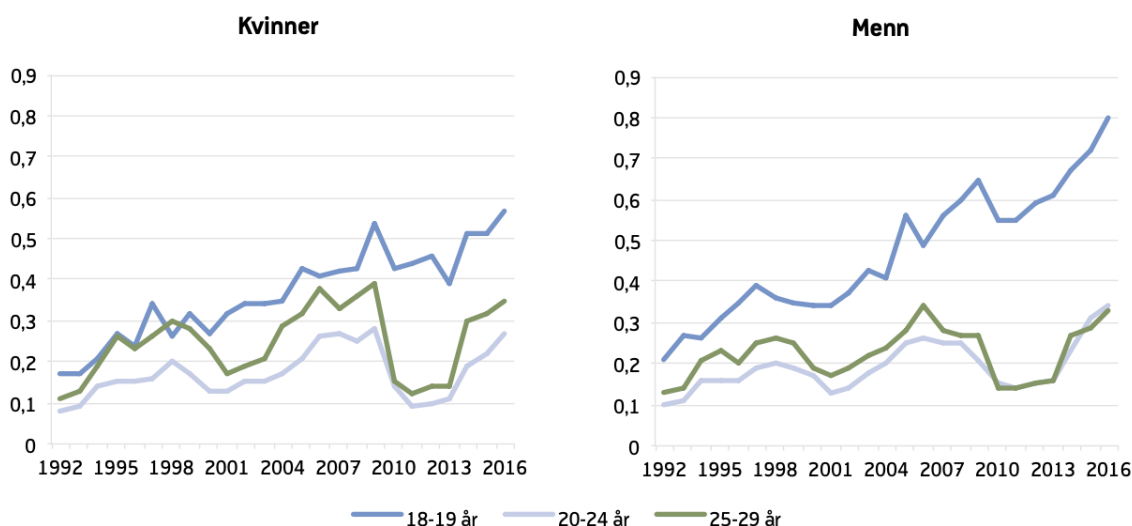
Psykiske plager og lidelser er en viktig årsak til både sykefravær og uføretrygd i Norge. I perioden 2003-2015 stod psykiske lidelser for en økende andel av sykepengetilfellene, fra 17% i 2003 til 20% i 2015 (Brage, Søren and Nossen 2017), men lidelsene er enda viktigere for uføretrygd: For aldersgruppen 25-39 år ble det rapportert at halvparten av nye uføretrygd-tilfeller i perioden 1977-2006 skyldtes psykiske lidelser, og dette var også kategorien som vokste mest over tid – særlig hos kvinner (Brage and Thune 2009). Senere analyser viste at økningen i all hovedsak var hos de aller yngste – under 20 – der en betydelig høyere andel nå får uføretrygd enn i andre aldersgrupper: Mens rundt 0.5% av de mellom 18 og 20 fikk innvilget uføretrygd i 2013, så var andelen

«bare» 0.2% i aldersgruppene 20-24 og 25-29. Mest slående er tallene for 18-åringene, der andelen som fikk innvilget uføretrygd ble doblet fra slutten av nittitallet til 2016, fra 0.6% til 1.2% (Bragstad 2018).

Denne økningen ser ut til å speile noe annet enn de indikatorene vi har sett på tidligere. Veksten er noe kraftigere for menn enn kvinner (Figur 6-1), og flertallet av diagnosene gjaldt organiske lidelser, schizofreni og dype personlighetsforstyrrelser, samt eksternaliserende lidelser (Brage, Søren and Thune 2015). I den yngste gruppen – de under 20 – dominerer psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser og kromosomavvik – og dette er også kategorien som har hatt kraftigst vekst i denne gruppen. Dette antas å skyldes et økende antall kjente kromosomavvik som medfører psykisk utviklingshemming, og veksten i kategorien blir satt i sammenheng med økt overlevelse i barndommen (bedret behandling), samt en forskyvning av omsorgsbyrden (over et langt tidsrom) fra familie til velferdsordninger som har ført til at disse får innvilget uføretrygd ved en yngre alder enn før. Av de med psykiske lidelser i de eldre aldersgruppene var diagnosene i økende grad dreid mot eksternaliserende og internaliserende lidelser. For kvinner under 30 var det særlig angst- og depressive lidelser som økte blant de psykiske lidelsene, for de yngre mennene schizofreni, paranoia og dype utviklingsforstyrrelser.

Figur 6-1: Nye mottakere av uføretrygd etter kjønn og alder

Figur 8. Nye mottakere av uføretrygd etter kjønn og alder. Andel av risikobefolkningen. Prosent



Kilde: (Bragstad 2018). Figuren viser andel av risikobefolkningen (antallet unge i hver alderskategori i hvert år).

Mens disse tallene viser at psykiske lidelser er en viktig kilde til sykefravær og særlig uføretrygd, så betyr ikke tallene at ungdom med psykiske plager

nødvendigvis vil falle ut av utdanning eller jobb. Plager og lidelser i ungdomstiden trenger ikke være varige, og selv om typen lidelser og plager man har i

ungdomstiden predikerer lidelser i voksen alder i noen grad så er det indikasjoner på at disse sammenhengene er mer komplekse enn en direkte sammenheng mellom lidelse X i ungdomstiden og samme lidelse i voksen alder. Et studie med detaljerte diagnostiske data for 1420 ungdommer fulgt over tid fant f.eks. at de med depresjon i ungdomstiden hadde tre ganger høyere sannsynlighet enn andre for å ha depresjon som ung voksen, men når man kontrollerte for andre psykiske lidelser i ungdomstiden forsvant sammenhengen (W. E. Copeland et al. 2009). Dataene antyder dermed at det var kombinasjoner av andre lidelser som predikerte fremtidig depresjon – ikke depresjon. Det samme gjaldt generaliserte angstlidelser, som sterkt predikerte fremtidig depresjon men ikke fremtidige angstlidelser. Forskerne gjentok analysene med lidelser målt i barndomstiden snarere enn ungdomstiden, og tilsvarende «ikke-intuitive» sammenhenger dukket opp her. For eksempel var depresjon i barndomstiden assosiert med nesten tredobbele odds for å utvikle angstlidelser som ung voksen, men ingen økning i oddsene for depresjon. Dette er konsistent med de tidligere nevnte funnene som tyder på at ulike lidelser kan ses på som ulike utslag av et mindre sett underliggende prosesser.

Slike funn gjør det interessant å direkte undersøke linken mellom psykisk helse i ungdomstiden og utfall i utdanningsvesenet og på arbeidsmarkedet. Dette har blitt undersøkt i en serie norske studier basert på data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT), der forskere ved FHI har undersøkt sammenhengen mellom psykiske lidelser i ungdomstiden og videregående karakterer, utdanningsnivå, og lønnsinntekter som voksen. Studiene har mål på psykiske plager fra deltagerne var unge, og unngår dermed målefeil og metodeproblem som oppstår når deltagere skal huske hvordan deres psykiske helse var tidligere. Siden HUNT dekker en stor del av befolkningen i samme region over flere årskull gir disse dataene også anledning til å se hvordan sammenhengen er innad i skoler og når man sammenligner søsken.

Forskerne fra FHI skiller i arbeidene mellom internaliserende og eksternaliserende plager (og deler eksternaliserende plager inn i oppmerksomhet og adferdsproblem), og finner gjennomgående at eksternaliserende plager har større og mer konsistente negative effekter på utfallene. Ungdom med eksternaliserende lidelser har dårligere karakterer (de med internaliserende lidelser har i snitt bedre karakterer, med unntak av de med mest alvorlige

problemer)⁶. Resultatene for utdanningsnivå er konsistente med dette, ved at de viser lavere utdanningsnivå for de som hadde eksternaliserende problemer som unge, men svakere og mer inkonsistente funn for de som hadde internaliserende problem (Evensen, Lyngstad, Melkevik, and Mykletun 2016). Andre har rapportert lignende funn (Sagatun et al. 2014), og en systematisk litteraturstudie fant jevnt over liten sammenheng mellom internaliserende plager og skolefravall i studier som kontrollerer for eksternaliserende problemer (Melkevik et al. 2016). For lønn finner man lavere lønn for begge typene lidelser, men primært for de som ligger i den nedre delen av inntektsfordelingen (Evensen, Lyngstad, Melkevik, Reneflot, et al. 2016). For de som har medianlønn eller høyere er det små effekter om noe. Det er også tegn til at sammenhengene for internaliserende lidelser og adferdsproblem blir mindre når man sammenligner mellom søsken, noe som tyder på at disse lidelsene er korrelert med andre faktorer (som også søsken uten mentale plager deler) som til dels forklarer sammenhengen.

Samlet tyder disse studiene på at psykiske plager i ungdomstiden i gjennomsnitt har moderate konsekvenser for utdanning og arbeid på sikt.

Sammenligner man anslagene på ulike variables betydning ser man at et standardavvik høyere skår på enten oppmerksomhets- eller adferdsproblem er assosiert med 0.16 standardavvik lavere karakterer. Det er på linje med reduksjonen man ser hos de med skilte foreldre, litt mindre i absolutt størrelse enn den positive effekten av å være førstefødt, og litt under halvparten av den forskjellen man ser mellom kjønnene. Sammenligner man lønn mellom søsken er et standardavvik høyere problemskår (alle typer plager) assosiert med rundt 5% lavere lønn, som er omtrent den samme forskjellen man ser i den samme modellen for skilsmisse (da estimert utfra søsken der kun den ene hadde skilte foreldre på måletidspunktet) eller mellom første og senere fødte barn.

Mens slike anslag indikerer at det er relativt små konsekvenser på sikt av psykiske plager i ungdomstiden, så er det viktig å påpeke at studiene sier mest om hvordan det går med de som ikke faller utenfor. De som faller utenfor arbeidsmarkedet på sikt omfattes ikke av HUNT-studiet av lønnseffekter, siden dette kun så på deltagere med strengt positive lønnsinntekter som voksen⁷. Studier som har sett på symptomer i ungdomstiden og senere bruk av langvarige sosiale ytelser i Norge finner tydelige tegn

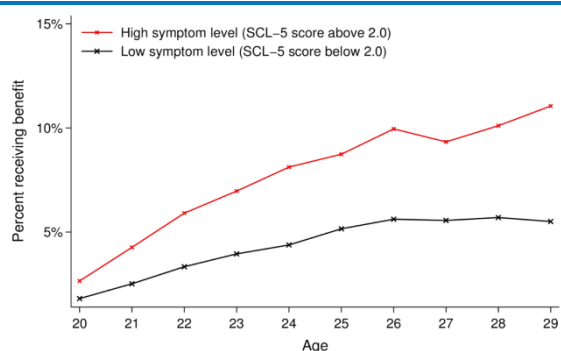
⁶ Fra artikkelen “Mental Health Problems and Academic Achievement: Evidence from the Young-HUNT Study” - artikkelen er under revisjon for publisering i fagtidsskrift og foreløpig kun tilgjengelig i doktorgradsavhandlingen til Miriam Evensen (Evensen 2017).

⁷ Miriam Evensen opplyser at preliminnære analyser som ble gjort under arbeidet antyder at ett standardavvik høyere

symptomskår på internaliserende plager var assosiert med 1.3 prosentpoeng høyere sannsynlighet for å være uten lønn. Gitt at det var rundt 5% av utvalget som var uten lønn er dette en betydelig sammenheng. For eksternaliserende lidelser var tallet 0.7 prosentpoeng.

på økt risiko: Kontrollert for foreldres utdanning, inntekt og ekteskapelige status var plager i ungdomstiden som magesmerter, søvnproblemer, engstelse, tristhet, svimmelhet og følelse av at alt er en byrde alle assosiert med en økt risiko for langvarig sosiale ytelser for kvinner (størrelsesorden 30% økt sannsynlighet for å falle ut for hvert enkelt symptom) i data fra Oslo og fem andre kommuner (Homlong et al. 2015). For de fleste av symptomene fant man lignende sammenhenger hos guttene. En annen studie brukte data fra HUNT for å se på sammenhengen mellom gjennomsnittsskår på fem ulike angst og depresjonssymptomer i ungdomstiden og senere mottak av langvarige helseorienterte ytelser (som uføretrygd, langvarig sykmelding, eller ulike rehabiliteringsordninger) (K. Pape et al. 2012). Her ble det rapportert en klar sammenheng mellom gjennomsnittsskår og senere utfall (Figur 6-2), og i søkessammenligninger var ett poeng høyere gjennomsnittsskår assosiert med 60% høyere odds for en langvarig medisinsk ytelse.

Figur 6-2: Prosentandel av Young-HUNT kohort (n=7497) som mottok langvarige medisinske støtteordninger ved ulike alder – etter selvrapportert angst- og depresjonssymptomnivå i ungdomstiden.



Kilde: (K. Pape et al. 2012).

6.2 Endringer i arbeidslivet

I den offentlige debatten har det lenge vært fremmet en bekymring om at arbeidslivet blir stadig «rårere». Et godt eksempel er en kronikk fra 2002⁸ av Asbjørn Wahl, daværende leder i «For velferdsstaten». Her hevder Wahl at fenomen som konkurranseutsetting, målstyring, markedsorientering og bemanningskutt har ført til «et arbeidsmiljø der et normalt utrustet menneske i stadig flere yrker ikke er i stand til å holde ut et helt arbeidsliv, men må ofre helsa på konkurranseevnens alter lenge før ordinær pensjonsalder», og et arbeidsliv der «presset på den

enkelte øker, og fysisk og psykisk helse brytes raskere ned».

Wahls innlegg er politisk, polemisk og spissformulert, men tematikken er også berørt i Sandman-utvalgets NOU om sykefravær og uførepensjonering⁹. Her ble det påpekt at det fysiske arbeidsmiljøet viste bedring eller stabilitet, men at en økende andel arbeidstagere jobbet i servicenæring og med datamaskiner. «Der industrisamfunnet utsatte mange arbeidstakere for fysisk tunge løft og farlige kjemiske stoffer, vil servicesamfunnet kunne utsette flere arbeidstakere for aggressive kunder og klienter. Der industrisamfunnets maskiner skapte ulykker, støv og støy, kan informasjonssamfunnets maskiner forårsake belastningsskader i muskel og skjelett»¹⁰. De nevner at det «fra flere hold [er] blitt hevdet at trendene i arbeidslivet som globalisering, rasjonalisering og teknologisering, har ført til framvekst av nye organisasjonsformer med større krav til ansattes ferdigheter, kunnskap og erfaring»¹¹, og at dette har to sider: En mindre fysisk belastende, mindre monoton og ensidig arbeidssituasjon, men også et «større krav til utdanning og spesialisert kompetanse». I tillegg hevder de at «kravet til effektivitet i arbeidslivet generelt sett [har] økt de senere årene. Evnen til å jobbe i forhold til tidsfrister og under press blir en stadig viktigere egenskap»¹². Dette underbygger utvalget med spørreundersøkelser som viser at rundt halvparten av arbeidstakere den gang rapporterte om økende kvalitetskrav, økt arbeidstempo og nye arbeidsoppgaver. Utvalget konkluderer med at endringene har kommet et stort flertall til gode, men at det «utvilsomt [er] også enkelte prosesser som har medført at personer har blitt skjøvet ut av arbeidsmarkedet. Nye og økte krav til kompetanse, kunnskap og effektivitet har ført til en utfordrende og fleksibel arbeidssituasjon for mange, mens det for andre har gjort det vanskelig å holde seg inne i arbeidsmarkedet»¹³.

Det virker som om det foreløpig er lite forskning som undersøker om slike endringer har gjort det vanskeligere for personer med sviktende psykisk helse å fungere i arbeidslivet, men selve endringene i arbeidslivet er godt dokumentert. I samfunnsøkonomisk forskning er disse endringene i stor grad forklart som et utslag av «skill biased technological change». David Autor har i en lang rekke innflytelsesrike arbeider undersøkt skillet mellom rutine- og ikke-rutinepregede arbeidsoppgaver, samt manuelt og kognitivt arbeid¹⁴, og teorien er at «outsourcing» og ny teknologi har erstattet mye av det rutinepregede arbeidet innenfor begge jobbtypene, samtidig som ny teknologi også

⁸ «Arbeidslivets brutalisering under markedsliberalismen», Klassekampen, 14 juni 2002

⁹ NOU 2000:27, særlig kapittel 5

¹⁰ NOU 2000:27, side 85

¹¹ NOU 2000:27, side 85

¹² NOU 2000:27, side 86

¹³ NOU 2000:27, side 88.

¹⁴ En god ikke-teknisk innføring i denne forskningen er (Autor 2010)

støtter opp om og bedrer produktiviteten til de som har ikke-rutinepreget arbeid. Dette har ført til en polarisering av arbeidsmarkedet: jobbene i «midtsjiktet» av lønnsfordelingen blir borte, og igjen står godt betalte men krevende kognitive jobber som forutsetter høy utdanning og høyt evnenivå, og lavt betalte ikke-rutinepregede manuelle jobber. Han påpeker også at amerikanske menn i mindre grad enn kvinner har respondert ved å øke utdanningsnivå, og at endringen i de økonomiske forholdene kan bidra til å forklare endringer også på andre samfunnsarenaer som pardannelse.

Disse utviklingstrekkene gjenfinnes også i norske registerdata, der forskning viser at endringene over tid har påvirket ulike grupper ulikt. Det ser blant annet ut til at særlig menn fra lavinntektsfamilier sliter i økende grad (Markussen and Roed 2017), ved at de

sakker akterut på ulike indikatorer som sysselsetting, uføretrygd, inntekt, utdanning, familiedannelse og dødelighet. Derimot finner ikke de norske forskerne at dette er relatert til kognitive evner (målt ved evneskårtesten fra militærseksjon), siden de med lave skår her i snitt gjør det bedre over tid. De peker i stedet på endringer i arbeidslivet av den typen Autor har trukket frem samt et større krav om utdanning, og antyder at utviklingen kan skyldes at barn fra familiene med lavest inntekt i mindre grad enn andre får den støtten og oppmuntringen de trenger for å henge med i utdanningssamfunnet. Det at endringene slår sterkest ut for de dårligst stilte tyder på en økende ulikhet i viktige utfall, og tilsier at det ville være svært nyttig om man kunne finne indikatorer som gjorde det mulig å undersøke om også de med psykiske lidelser (eller plager) sliter mer i arbeidsmarkedet nå enn tidligere.

7. Avslutning

Internasjonal forskning tyder på at psykisk helse blant unge hadde en negativ utvikling mot årtusenskiftet, med mer uklar evidens for utviklingen videre. Målt ved psykiske plager, diagnostiserte lidelser i helsevesenet, medikamentbruk og behandling kan det se ut som om psykisk helse hos unge voksne har blitt ytterligere forverret de siste ti årene i Norge. Hva dette skyldes, og hvilken betydning det vil ha for utviklingen i antallet på uføretrygd eller senere arbeidsmarkedsutfall er foreløpig uvisst.

I den grad det har skjedd en forverring av psykisk helse blant ungdom er det foreløpig vanskelig å si hvor mye dette har hatt å si for økningen i uføretrygd hos de yngre. Psykiske lidelser vil trolig ha en progresjon over alder, ved at de først viser seg som økt forekomst av psykiske plager (noe som kan ha skjedd mellom 2005 og 2010), deretter dukker opp i helsevesenet (noe som ser ut til å ha skjedd fra 2010 og senere), og dernest dukker opp i langvarige medisinske støtteordninger (som AAP), før de eventuelt gir seg utslag på statistikken over uføretrygdede. Statistikken publisert av NAV på diagnoser er bare tilgjengelig frem til 2015, og den nyeste rapporten om unge uføretrygdede (fra 2018) viser ikke tall på

utviklingen i diagnoser men refererer til en tidligere rapport fra 2015 på dette spørsmålet. Dette vil derfor være interessant å få belyst med tall når datagrunnlaget til «Unge Uføre» prosjektet er ferdig anskaffet.

Per i dag er det fortsatt både uenighet om utviklingen vi ser indikasjoner på reflekterer en reell forverring av psykisk helse eller ikke, samt hvilke faktorer som best bidrar til å forklare utviklingen. Den store oppmerksomheten rundt en mulig rolle for sosiale medier og skjermtid reflekterer ikke en konsensus i fagfeltet eller overbevisende kausal evidens, og en lang rekke alternative faktorer kan ha bidratt.

De norske dataene indikerer at utviklingen i selvrapporterte psykiske plager over tid har variert både med kjønn, aldersgruppe og over regioner. Dette kan være viktig for fremtidig forskning på norske data, også innenfor dette prosjektet, da slik variasjon gjør det mulig å lete etter faktorer som bidrar til å forklare *forskjellene* i utviklingen mellom ulike undergrupper.

Referanser

- Affifi, Tracie O., Gordon J. G. Asmundson, Steven Taylor, and Kerry L. Jang. 2010. "The Role of Genes and Environment on Trauma Exposure and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms: A Review of Twin Studies." *Clinical Psychology Review* 30 (1): 101–12. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.10.002>.
- Autor, D. 2010. "The Polarization of Job Opportunities in the US Labor Market: Implications for Employment and Earnings." *Center for American Progress and the Hamilton Project of the Brookings Institution*. http://www.frbsf.org/publications/community/investments/1110/CI_IncomeInequality_Autor.pdf.
- Berg, H., & Thorbjørnsrud, T. 2009. Hvorfor blir det flere unge uføre? *Søkelys på arbeidslivet*, 26(3), 389–399.
- Booker, Cara L., Yvonne J. Kelly, and Amanda Sacker. 2018. "Gender Differences in the Associations between Age Trends of Social Media Interaction and Well-Being among 10-15 Year Olds in the UK." *BMC Public Health* 18 (1): 321. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5220-4>.
- Bor, William, Angela J Dean, Jacob Najman, and Reza Hayatbakhsh. 2014. "Are Child and Adolescent Mental Health Problems Increasing in the 21st Century? A Systematic Review." *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 48 (7): 606–16. <https://doi.org/10.1177/0004867414533834>.
- Brage, Søren, and Jon Petter Nossen. 2017. "Sykefravær På Grunn Av Psykiske Lidelser - Utvikling Siden 2003." *Arbeid Og Velferd*, no. 2: 77–88.
- Brage, Søren, and Ola Thune. 2009. "Medisinske Årsaker Til Uførehet i Alderen 25-39 År." *Arbeid Og Velferd*, no. 1: 28–36.
- Brage, Søren, and Ola Thune. 2015. "Ung Uførehet Og Psykisk Sykdom." *Arbeid Og Velferd*, no. 1: 37–49.
- Bragstad, Torunn. 2018. "Vekst i Uføretrygding Blant Unge." *Arbeid Og Velferd*, no. 2: 69–87.
- Caspi, Avshalom, Renate M. Houts, Daniel W. Belsky, Sidra J. Goldman-Mellor, HonaLee Harrington, Salomon Israel, Madeline H. Meier, et al. 2014. "The p Factor: One General Psychopathology Factor in the Structure of Psychiatric Disorders?" *Clinical Psychological Science: A Journal of the Association for Psychological Science* 2 (2): 119–37. <https://doi.org/10.1177/2167702613497473>.
- Cavanagh, Sarah Rose. 2017. "No, Smartphones Are Not Destroying a Generation." *Psychology Today* (blog). August 6, 2017. <https://www.psychologytoday.com/blog/once-more-feeling/201708/no-smartphones-are-not-destroying-generation>.
- Collishaw, Stephan. 2015. "Annual Research Review: Secular Trends in Child and Adolescent Mental Health." *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 56 (3): 370–93. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12372>.
- Condry, John, and Sandra Condry. 1976. "Sex Differences: A Study of the Eye of the Beholder." *Child Development* 47 (3): 812–19. <https://doi.org/10.2307/1128199>.
- Copeland, William E., Lilly Shanahan, E. Jane Costello, and Adrian Angold. 2009. "Childhood and Adolescent Psychiatric Disorders as Predictors of Young Adult Disorders." *Archives of General Psychiatry* 66 (7): 764–772.
- Copeland, William, Lilly Shanahan, Shari Miller, E. Jane Costello, Adrian Angold, and Barbara Maughan. 2010. "Outcomes of Early Pubertal Timing in Young Women: A Prospective Population-Based Study." *American Journal of Psychiatry* 167 (10): 1218–1225.
- Cosma, Alina, Ross Whitehead, Fergus Neville, Dorothy Currie, and Jo Inchley. 2017. "Trends in Bullying Victimization in Scottish Adolescents 1994–2014: Changing Associations with Mental Well-Being." *International Journal of Public Health* 62 (6): 639–46. <https://doi.org/10.1007/s00038-017-0965-6>.
- Crick, Nicki R., and Carolyn Zahn-Waxler. 2003. "The Development of Psychopathology in Females and Males: Current Progress and Future Challenges." *Development and Psychopathology* 15 (3): 719–42. <https://doi.org/10.1017/S095457940300035X>.
- Curran, Thomas, and Andrew P. Hill. 2017. "Perfectionism Is Increasing Over Time: A Meta-Analysis of Birth Cohort Differences From 1989 to 2016."
- Cyranski, Jill M., Ellen Frank, Elizabeth Young, and M. Katherine Shear. 2000. "Adolescent Onset of the Gender Difference in Lifetime Rates of Major Depression: A Theoretical Model." *Archives of General Psychiatry* 57 (1): 21–27. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.1.21>.
- Ellingsen, Jostein. 2018. "Utviklingen i uføretrygd per 30. september 2018». Statistikknotat NAV.
- Evensen, Miriam. 2017. "Later Life Consequences of Adolescent Mental Health Problems." PhD dissertation, Oslo, Norway: University of Oslo, Norway.

- Evensen, Miriam, Torkild Hovde Lyngstad, Ole Melkevik, and Arnstein Mykletun. 2016. "The Role of Internalizing and Externalizing Problems in Adolescence for Adult Educational Attainment: Evidence from Sibling Comparisons Using Data from the Young HUNT Study." *European Sociological Review* 32 (5): 552–566.
- Evensen, Miriam, Torkild Hovde Lyngstad, Ole Melkevik, Anne Reneflot, and Arnstein Mykletun. 2016. "Adolescent Mental Health and Earnings Inequalities in Adulthood: Evidence from the Young-HUNT Study." *J Epidemiol Community Health*, jech–2015.
- Fergusson, David M., N. R. Swain-Campbell, and L. J. Horwood. 2002. "Does Sexual Violence Contribute to Elevated Rates of Anxiety and Depression in Females?" *Psychological Medicine* 32 (6): 991–96. <https://doi.org/10.1017/S0033291702005986>.
- Freeman, Daniel, and Jason Freeman. 2013. *The Stressed Sex: Uncovering the Truth About Men, Women, and Mental Health*. OUP Oxford.
- Frøyland, Lars Roar, and Tilmann von Soest. 2017. "Trends in the Perpetration of Physical Aggression among Norwegian Adolescents 2007–2015." *Journal of Youth and Adolescence*, December, 1–14. <https://doi.org/10.1007/s10964-017-0793-2>.
- Geelen, Stefan M. van, and Curt Hagquist. 2016. "Are the Time Trends in Adolescent Psychosomatic Problems Related to Functional Impairment in Daily Life? A 23-Year Study among 20,000 15–16 Year Olds in Sweden." *Journal of Psychosomatic Research* 87 (August): 50–56. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.06.003>.
- Hannigan, Laurie J., Espen Moen Eilertsen, Line C. Gjerde, Ted Reichborn-Kjennerud, Thalia C. Eley, Fruhling V. Rijsdijk, Eivind Ystrom, and Tom A. McAdams. 2018. "Maternal Prenatal Depressive Symptoms and Risk for Early-Life Psychopathology in Offspring: Genetic Analyses in the Norwegian Mother and Child Birth Cohort Study." *The Lancet Psychiatry* 0 (0). [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30225-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30225-6).
- Harris, Malcolm. 2017. "Are Smartphones Destroying a Generation, or Are Consultants?" New York Magazine. August 28, 2017. <http://nymag.com/selectall/2017/08/jean-m-twenges-igen-review.html>.
- Hatch, Linda. 2011. "The American Psychological Association Task Force on the Sexualization of Girls: A Review, Update and Commentary." *Sexual Addiction & Compulsivity* 18 (4): 195–211. <https://doi.org/10.1080/10720162.2011.613326>.
- Hettema, John M., Michael C. Neale, John M. Myers, Carol A. Prescott, and Kenneth S. Kendler. 2006. "A Population-Based Twin Study of the Relationship Between Neuroticism and Internalizing Disorders." *American Journal of Psychiatry* 163 (5): 857–64. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.5.857>.
- Homlong, Lisbeth, Elin O. Rosvold, Dag Bruusgaard, Lars Lien, Åse Sagatun, and Ole R. Haavet. 2015. "A Prospective Population-Based Study of Health Complaints in Adolescence and Use of Social Welfare Benefits in Young Adulthood." *Scandinavian Journal of Public Health* 43 (6): 629–37. <https://doi.org/10.1177/1403494815589862>.
- Jardine, R., N. G. Martin, A. S. Henderson, and D. C. Rao. 1984. "Genetic Covariation between Neuroticism and the Symptoms of Anxiety and Depression." *Genetic Epidemiology* 1 (2): 89–107. <https://doi.org/10.1002/gepi.1370010202>.
- Johannessen, Espen Lund, Helle Wessel Andersson, Johan Håkon Bjørngaard, and Kristine Pape. 2017. "Anxiety and Depression Symptoms and Alcohol Use among Adolescents - a Cross Sectional Study of Norwegian Secondary School Students." *BMC Public Health* 17 (May): 494. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4389-2>.
- Joinson, Carol, Jon Heron, Ricardo Araya, and Glyn Lewis. 2013. "Early Menarche and Depressive Symptoms From Adolescence to Young Adulthood in a UK Cohort." *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 52 (6): 591–598.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.03.018>.
- Kendler, Kenneth S., and Jessica H. Baker. 2007. "Genetic Influences on Measures of the Environment: A Systematic Review." *Psychological Medicine* 37 (5): 615–26. <https://doi.org/10.1017/S0033291706009524>.
- Kendler, Kenneth S., Margaret Gatz, Charles O. Gardner, and Nancy L. Pedersen. 2006. "A Swedish National Twin Study of Lifetime Major Depression." *American Journal of Psychiatry* 163 (1): 109–14. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.1.109>.
- Kendler, Kenneth S., Carol A. Prescott, John Myers, and Michael C. Neale. 2003. "The Structure of Genetic and Environmental Risk Factors for Common Psychiatric and Substance Use Disorders in Men and Women." *Archives of General Psychiatry* 60 (9): 929–37. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.9.929>.
- Kessler, Ronald C., Patricia Berglund, Olga Demler, Robert Jin, Kathleen R. Merikangas, and Ellen E. Walters. 2005. "Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication." *Archives of*

- General Psychiatry* 62 (6): 593–602.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>.
- Kim, Yunhwan, and Curt Hagquist. 2018. "Trends in Adolescent Mental Health during Economic Upturns and Downturns: A Multilevel Analysis of Swedish Data 1988-2008." *J Epidemiol Community Health* 72 (2): 101–8. <https://doi.org/10.1136/jech-2017-209784>.
- Kosidou, Kyriaki, Andreas Lundin, Glyn Lewis, Peeter Fredlund, Henrik Dal, and Christina Dalman. 2017. "Trends in Levels of Self-Reported Psychological Distress among Individuals Who Seek Psychiatric Services over Eight Years: A Comparison between Age Groups in Three Population Surveys in Stockholm County." *BMC Psychiatry* 17 (October): 345. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1499-4>.
- Langley, Kate, Stephan Collishaw, Matthew Williams, and Katherine H. Shelton. 2017. "An Investigation of Changes in Children's Mental Health in Wales between 2007/2008 and 2012/2013." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 52 (6): 639–42. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1378-9>.
- LeMoult, Joelle, Kathryn L. Humphreys, Lucy S. King, Natalie L. Colich, Alexandria N. Price, Sarah J. Ordaz, and Ian H. Gotlib. 2018. "Associations Among Early Life Stress, Rumination, Symptoms of Psychopathology, and Sex in Youth in the Early Stages of Puberty: A Moderated Mediation Analysis." *Journal of Abnormal Child Psychology*, May. <https://doi.org/10.1007/s10802-018-0430-x>.
- Lien, Lars, Ole Rikard Haavet, and Florence Dalgard. 2010. "Do Mental Health and Behavioural Problems of Early Menarche Persist into Late Adolescence? A Three Year Follow-up Study among Adolescent Girls in Oslo, Norway." *Social Science & Medicine* 71 (3): 529–33. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.05.003>.
- Mansell, Warren, and Peter M. McEvoy. 2017. "A Test of the Core Process Account of Psychopathology in a Heterogenous Clinical Sample of Anxiety and Depression: A Case of the Blind Men and the Elephant?" *Journal of Anxiety Disorders, Transdiagnostic Approaches*, 46 (March): 4–10. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.06.008>.
- Markussen, Simen, and Knut Roed. 2017. "Egalitarianism under Pressure: Toward Lower Economic Mobility in the Knowledge Economy?" Working Paper 10664. IZA Discussion Paper.
- McCrae, Niall, Sheryl Gettings, and Edward Purcell. 2017. "Social Media and Depressive Symptoms in Childhood and Adolescence: A Systematic Review." *Adolescent Research Review* 2 (4): 315–30. <https://doi.org/10.1007/s40894-017-0053-4>.
- Melkevik, Ole, Wendy Nilsen, Miriam Evensen, Anne Reneflot, and Arnstein Mykletun. 2016. "Internalizing Disorders as Risk Factors for Early School Leaving: A Systematic Review." *Adolescent Research Review* 1 (3): 245–255.
- Mendle, Jane, Eric Turkheimer, and Robert E. Emery. 2007. "Detrimental Psychological Outcomes Associated with Early Pubertal Timing in Adolescent Girls." *Developmental Review* 27 (2): 151–71. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2006.11.001>.
- Mojtabai, Ramin, Mark Olfson, and Beth Han. 2016. "National Trends in the Prevalence and Treatment of Depression in Adolescents and Young Adults." *Pediatrics*, November, e20161878. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1878>.
- Natsuaki, Misaki N., Michael C. Biehl, and Xiaojia Ge. 2009. "Trajectories of Depressed Mood From Early Adolescence to Young Adulthood: The Effects of Pubertal Timing and Adolescent Dating." *Journal of Research on Adolescence* 19 (1): 47–74. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2009.00581.x>.
- Nelson, Janna, Anne Klumparendt, Philipp Doebler, and Thomas Ehring. 2017. "Childhood Maltreatment and Characteristics of Adult Depression: Meta-Analysis." *The British Journal of Psychiatry* 210 (2): 96–104. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.180752>.
- Nolen-Hoeksema, Susan, Judith Larson, and Carla Grayson. 1999. "Explaining the Gender Difference in Depressive Symptoms." *Journal of Personality and Social Psychology* 77 (5): 1061.
- Nolen-Hoeksema, Susan, and Jannay Morrow. 1991. "A Prospective Study of Depression and Posttraumatic Stress Symptoms after a Natural Disaster: The 1989 Loma Prieta Earthquake." *Journal of Personality and Social Psychology* 61 (1): 115.
- Nolen-Hoeksema, Susan, Blair E. Wisco, and Sonja Lyubomirsky. 2008. "Rethinking Rumination." *Perspectives on Psychological Science* 3 (5): 400–424. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>.
- Papadimitriou, Anastasios. 2016. "The Evolution of the Age at Menarche from Prehistorical to Modern Times." *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 29 (6): 527–30. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2015.12.002>.
- Pape, Hilde, Ingeborg Rossow, and Geir Scott Brunborg. n.d. "Adolescents Drink Less: How, Who and Why? A Review of the Recent Research Literature."

Drug and Alcohol Review 37 (S1): S98–114.
<https://doi.org/10.1111/dar.12695>.

Pape, Kristine, Johan Håkon Bjørngaard, Turid Lingaas Holmen, and Steinar Krokstad. 2012. "The Welfare Burden of Adolescent Anxiety and Depression: A Prospective Study of 7500 Young Norwegians and Their Families: The HUNT Study." *BMJ Open* 2 (6): e001942. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001942>.

Plomin, Robert, Claire M. A. Haworth, and Oliver S. P. Davis. 2009. "Common Disorders Are Quantitative Traits." *Nature Reviews Genetics* 10 (12): 872–78. <https://doi.org/10.1038/nrg2670>.

Przybylski, Andrew K., and Netta Weinstein. 2017. "A Large-Scale Test of the Goldilocks Hypothesis: Quantifying the Relations Between Digital-Screen Use and the Mental Well-Being of Adolescents." *Psychological Science* 28 (2): 204–15. <https://doi.org/10.1177/0956797616678438>.

Rose, Amanda J. 2002. "Co-Rumination in the Friendships of Girls and Boys." *Child Development* 73 (6): 1830–43. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00509>.

Rose, Amanda J., and Karen D. Rudolph. 2006. "A Review of Sex Differences in Peer Relationship Processes: Potential Trade-Offs for the Emotional and Behavioral Development of Girls and Boys." *Psychological Bulletin* 132 (1): 98.

Sagatun, Ase, Sonja Heyerdahl, Tore Wentzel-Larsen, and Lars Lien. 2014. "Mental Health Problems in the 10th Grade and Non-Completion of Upper Secondary School: The Mediating Role of Grades in a Population-Based Longitudinal Study." *BMC Public Health* 14 (January): 16. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-16>.

Samuel, Alexandra. 2017. "Yes, Smartphones Are Destroying a Generation, But Not of Kids." JSTOR Daily. August 8, 2017. <https://daily.jstor.org/yes-smartphones-are-destroying-a-generation-but-not-of-kids/>.

Schmitt, David P., Anu Realo, Martin Voracek, and Jüri Allik. 2008. "Why Can't a Man Be More like a Woman? Sex Differences in Big Five Personality Traits across 55 Cultures." *Journal of Personality and Social Psychology* 94 (1): 168.

Soest, Tilmann von, and Lars Wichstrøm. 2014. "Secular Trends in Depressive Symptoms Among Norwegian Adolescents from 1992 to 2010." *Journal of Abnormal Child Psychology* 42 (3): 403–15. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9785-1>.

Stern, Marilyn, and Katherine Hildebrandt Karraker. 1989. "Sex Stereotyping of Infants: A Review of Gender Labeling Studies." *Sex Roles* 20 (9): 501–22. <https://doi.org/10.1007/BF00288198>.

Steuer, Faye B., Blair C. Bode, Kelley A. Rada, and James B. Hittner. 2010. "Gender Label and Perceived Infant Emotionality: A Partial Replication of a Classic Study." *Psychological Reports* 107 (1): 139–44. <https://doi.org/10.2466/07.10.17.PRO.107.4.139-144>.

Sullivan, Patrick F., Michael C. Neale, and Kenneth S. Kendler. 2000. "Genetic Epidemiology of Major Depression: Review and Meta-Analysis." *American Journal of Psychiatry* 157 (10): 1552–62. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1552>.

Taylor, Shelley E. 2006. "Tend and Befriend: Biobehavioral Bases of Affiliation Under Stress." *Current Directions in Psychological Science* 15 (6): 273–77. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2006.00451.x>.

Thorisdottir, Ingibjorg E., Bryndis B. Asgeirsdottir, Rannveig Sigurvinsdottir, John P. Allegrante, and Inga D. Sigfusdottir. 2017. "The Increase in Symptoms of Anxiety and Depressed Mood among Icelandic Adolescents: Time Trend between 2006 and 2016." *European Journal of Public Health* 27 (5): 856–61. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx111>.

Tolin, David F., and Edna B. Foa. 2006. "Sex Differences in Trauma and Posttraumatic Stress Disorder: A Quantitative Review of 25 Years of Research." *Psychological Bulletin* 132 (6): 959.

Twenge, Jean M. 2017. *iGen: Why Today's Super-Connected Kids Are Growing Up Less Rebellious, More Tolerant, Less Happy--and Completely Unprepared for Adulthood--and What That Means for the Rest of Us*. Simon and Schuster.

Twenge, Jean M., and W. Keith Campbell. 2018. "Cultural Individualism Is Linked to Later Onset of Adult-Role Responsibilities Across Time and Regions." *Journal of Cross-Cultural Psychology* 49 (4): 673–82. <https://doi.org/10.1177/0022022118764838>.

Twenge, Jean M., Thomas E. Joiner, Gabrielle Martin, and Megan L. Rogers. 2018. "Amount of Time Online Is Problematic If It Displaces Face-to-Face Social Interaction and Sleep." *Clinical Psychological Science* 6 (4): 456–57. <https://doi.org/10.1177/2167702618778562>.

Twenge, Jean M., Thomas E. Joiner, Megan L. Rogers, and Gabrielle N. Martin. 2018. "Increases in Depressive Symptoms, Suicide-Related Outcomes, and Suicide Rates Among U.S. Adolescents After 2010 and

Links to Increased New Media Screen Time.” *Clinical Psychological Science* 6 (1): 3–17.
<https://doi.org/10.1177/2167702617723376>.

Twenge, Jean M., Zlatan Krizan, and Garrett Hisler. 2017. “Decreases in Self-Reported Sleep Duration among U.S. Adolescents 2009–2015 and Association with New Media Screen Time.” *Sleep Medicine* 39 (November): 47–53.
<https://doi.org/10.1016/j.sleep.2017.08.013>.

Twenge, Jean M., Gabrielle N. Martin, and W. Keith Campbell. 2018. “Decreases in Psychological Well-Being among American Adolescents after 2012 and Links to Screen Time during the Rise of Smartphone Technology.”

Twenge, Jean M., Gabrielle N. Martin, and Brian H. Spitzberg. 2018. “Trends in US Adolescents’ Media Use, 1976–2016: The Rise of Digital Media, the Decline of TV, and the (near) Demise of Print.” *Psychology of Popular Media Culture*.

Twenge, Jean M., and Heejung Park. n.d. “The Decline in Adult Activities Among U.S. Adolescents, 1976–2016.” *Child Development* 0 (0). Accessed September 24, 2018. <https://doi.org/10.1111/cdev.12930>.

Wichstrøm, Lars. 1999. “The Emergence of Gender Difference in Depressed Mood during Adolescence: The Role of Intensified Gender Socialization.” *Developmental Psychology* 35 (1): 232.

Wiklund, Maria, Eva-Britt Malmgren-Olsson, Ann Öhman, Erik Bergström, and Annacristine Fjellman-Wiklund. 2012. “Subjective Health Complaints in Older Adolescents Are Related to Perceived Stress, Anxiety and Gender – a Cross-Sectional School Study in Northern Sweden.” *BMC Public Health* 12 (1): 993.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-993>.

oslo**economics**

www.osloeconomics.no

post@osloeconomics.no
Tel: +47 21 99 28 00
Fax: +47 96 63 00 90

Besøksadresse:
Kronprinsesse Märthas plass 1
0160 Oslo

Postadresse:
Postboks 1562 Vika
0118 Oslo