

Fortrolighet forebygger?

Sosialhjelpsklienter, ikke-vestlige innvandrere og personer med fysiske lidelser er grupper der en relativt høy andel har dårlig psykisk helse. Psykiske lidelser i voksen alder har sammenheng med konflikter og motsetninger i barndomshjemmet. Om barna ikke vokser opp sammen med begge foreldrene, på grunn av samlivsbrudd eller av andre årsaker, har tilsynelatende mindre betydning. Sosial integrasjon i form av samliv, sysselsetting og fortrolige slektninger eller venner ser ut til å utgjøre et vern mot depresjon, men i mindre grad mot andre former for psykiske problemer.

Anders Barstad

Studiet av hvem som er utsatt for psykiske lidelser er viktig for å kunne forebygge og forstå årsakene til slike lidelser. Gjennom å studere variasjonene i de psykiske lidelsesnes utbredelse, kan en komme på sporet av de samfunnsmessige årsakene til at de oppstår. Vi vet også at psykiske lidelser har stor betydning for opplevd livskvalitet. Spesielt gjelder dette depresjon. En person kan godt være fornøyd med livet, og samtidig ha en del angst. Det er derimot mindre sannsynlig at en person både er deprimert og fornøyd med tilværelsen (Heady mfl. 1993).

I denne artikkelen skal vi se nærmere på utbredelsen av de psykiske lidelsene i befolkningen, slik de er målt i Helseundersøkelsen 1995. Ved siden av en generell oversikt over hvem som er utsatt for slike lidelser, vil vi konsentrere oss om sammenhengen mellom psykiske lidelser og sosial integrasjon. En rekke undersøkelser har påvist en sammenheng mellom mental helse og individets deltakelse på ulike sosiale arenaer, samt graden av støtte som individet mottar på disse arenaene (Brown og Harris 1978, Thoits 1983, Dalgard 1996). Ifølge noen forskere (Thoits 1983), kan sammenhengen mellom sosial deltakelse og psykisk helse forstås som den positive virkningen av å ha mange roller (slik som far, kollega, ektefelle), som igjen bidrar til en sterk følelse av identitet og mening. Andre har understreket betydningen av å ha i det minste én fortrolig og åpen relasjon (Brown og Harris 1978). En tverrsnittsundersøkelse som helseundersøkelsen gir dessverre få muligheter for å si noe om årsaksretningen i disse sammenhengene. For å få bedre tak på årsakene, er det nødvendig med paneldata, hvor en har data om de samme individene over tid. Flere slike un-

dersøkelser tyder på at sosial seleksjon, dvs. at individer med psykiske lidelser ikke klarer å oppnå like gode sosiale relasjoner som andre, ikke er den eneste årsaken til at de med gode sosiale relasjoner har god psykisk helse (Johnson 1991, Mastekaasa 1995).

Hvordan måle psykiske lidelser?

Det er viktig å understreke at det ikke finnes noen entydige og objektive kriterier for hva som utgjør en psykisk lidelse. Det er vanlig å regne med en rekke former, de vanligste er psykoser, nevroseser, personlighetsforstyrrelser, rusmiddelavhengighet og senil demens (Nielsen 1996). Av disse er det nevrosene som best fanges opp i slike generelle befolkningsundersøkelser som vi skal se på her.

I Helseundersøkelsen 1995 er det brukt et anerkjent instrument for måling av psykiske lidelser, den såkalte Hopkinslisten (Hopkins Symptom Checklist, HSCL). Den anvendte versjonen av HSCL består av 25 spørsmål, hvorav de 10 første skal måle angst, og de 15 siste depresjon¹.

For hvert av de 25 spørsmålene i Hopkinslisten skal den som svarer angi hvor mye hun eller han er plaget av et bestemt problem, fra "ikke plaget" (verdi 1) til "veldig mye plaget" (verdi 4). For å konstruere en indeks summeres verdiene for de 25 spørsmålene, og summen divideres på antallet spørsmål for å finne en gjennomsnittsverdi. De som har en gjennomsnittsverdi på 1,75 eller høyere anses vanligvis som "sannsynlige" psykiatriske tilfeller (Moum mfl. 1991).

De som har en gjennomsnittsverdi over 1,75, vil ikke nødvendigvis bli beskrevet av en psykiater som et

psykiatrisk tilfelle. Norske undersøkelser har vist at 40 prosent av dem med psykiske helseplager ifølge HSCL-25 har en DSM-III psykiatrisk diagnose (Dalgard 1996:104).

I tillegg til den generelle indeksen har vi også, ved hjelp av faktoranalyse (se ramme 2), konstruert indekser for tre underdimensjoner ved psykisk helse: Angst, depresjon og somatisering. Disse tre sidene ved den psykiske helsetilstanden har riktignok en sterk innbyrdes sammenheng, men som vi skal se har de tre dimensjonene nokså ulik sammenheng med sosiale bakgrunnsfaktorer.

Selvutfyllingsskjema er bedre enn intervju

I Helseundersøkelsen 1995 var HSCL-spørsmålene en del av den postale undersøkelsen. Et postalt skjema ble lagt igjen ved avslutningen av det personlige intervjuet sammen med en svarkonvolutt (gjaldt bare dem som var i alderen 14-79 år). Mye tyder på at en oppnår et riktigere bilde av fordelingen av psykiske lidelser i befolkningen når en bruker et selvutfyllingsskjema enn når en bruker et intervju. Det kan være vanskelig å innrømme overfor en ukjent intervjuer at en sliter med psykiske problemer. Et selvutfyllingsskjema sikrer større grad av anonymitet. Moum (udatert) har sammenlignet resultatene fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag 1989, hvor en utgave av HSCL med 23 spørsmål ble brukt, besvart gjennom et selvutfyllingsskjema, med en tilsvarende utgave av HSCL brukt i Helseundersøkelsen 1985, som ble gjennomført som en ren intervjuundersøkelse. Forskjellene i resultater tyder på at 2-3 ganger så mange sannsynlige psykiatriske tilfeller blir identifisert med selvutfyllingsmetoden som med intervjumetoden. Hvor mange

psykiatriske problemer som rapporteres påvirkes også av trekk ved intervjuerne. I noen aldersgrupper var sannsynligheten for å bli klassifisert som et "mulig" tilfelle dobbelt så stor når unge kvinner foretok intervjuet som når unge menn var intervjuere. Med selvutfyllingsmetoden unngås både denne intervjuereffekten, og problemet med det som gjerne kalles "socially desirable responding", at intervjupersonen svarer slik han eller hun tror intervjueren forventer. Dette er en av de viktigste feilkildene i surveyforskningen.

Bruk av skjemaer som svarpersonen kan fylle ut selv og sende i posten,

har likevel noen problematiske sider. Det største problemet er at frafallet øker, en del personer unnlater å sende inn skjemaet. Det blir også et større frafall på de enkelte spørsmålene. Hvis dette frafallet har sammenheng med psykisk helse, kan det føre til skjevheter i resultatene (se ramme 1).

Hvor mange er utsatt for psykiske lidelser?

I alt 4,3 prosent av menn i alderen 16-79 år, og 7,3 prosent av kvinner i samme alder, har en gjennomsnittsverdi på 1,75 eller høyere på HSCL-spørsmålene. Vanligvis brukes som nevnt dette som indikator på at vi står overfor et "sannsynlig"

Ramme 1. Om problemene med antallet som er ubesvart

Av alle mellom 16 og 79 år som ble intervjuet i Helseundersøkelsen 1995, mangler vi alt i alt opplysninger om psykisk helse basert på HSCL-25 fra snaut 20 prosent. De fleste av disse, vel 15 prosent, sendte ikke inn svarskjemaet, mens 4-5 prosent sendte inn skjemaet uten å besvare spørsmålene om psykisk helse i tilstrekkelig grad. Det er viktig å være oppmerksom på at dette frafallet øker den statistiske usikkerheten, ikke minst siden dette frafallet kommer i tillegg til frafallet på om lag 25 prosent i intervjuundersøkelsen. Man har imidlertid visse muligheter for å undersøke hva frafallet betyr, ved å undersøke om de som har falt fra skiller seg vesentlig fra de som har svart på HSCL-25. I det personlige intervjuet er det stilt spørsmål om hvilke sykdommer en lider av, herunder nervøse lidelser. Har de som ikke svarte på HSCL, eller ikke sendte inn selvutfyllingsskjemaet, flere nervøse lidelser enn andre? Det viser seg at forskjellene er svært små. De som ikke sendte inn det postale skjemaet har en omtrent like høy andel som oppgir en eller annen form for nervøse lidelser som de som sendte inn skjemaet, det samme gjelder andelene som har brukt beroligende midler, eller som har vært hos psykolog.

I indekskonstruksjonen har vi fulgt samme praksis for de som er ubesvart på ett eller flere av spørsmålene i HSCL som i analysen av Nord-Trøndelagsundersøkelsen (Moum, udatert):

1. De som har svart på noen av spørsmålene, men ikke har krysset av i rubrikken for "ikke plaget" på noen av spørsmålene, har fått verdien 1 ("ikke plaget") på de spørsmålene hvor de er ubesvart. Sannsynligvis har disse oppfattet spørsmålet som ikke relevant.
2. De som hadde brukt "ikke plaget"-rubrikken, men som var ubesvart på fire eller flere av de gjenværende spørsmålene ble tatt ut av analysen. De som var ubesvart på færre enn fire spørsmål fikk sine indeksverdier beregnet ved å bruke gjennomsnittet av de spørsmålene de faktisk hadde svart på.

Ramme 2. Konstruksjon av delindekser

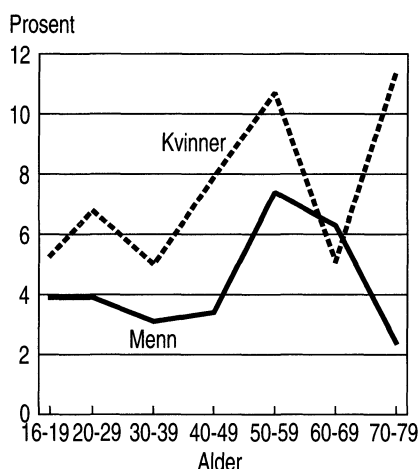
Vi har gjennomført en faktoranalyse av de 25 spørsmålene i HSCL-25. Resultatene er i godt samsvar med de analysene som ble gjort av Moum mfl. (1991), med noen få unntak. 24 av de 25 spørsmålene grupperer seg i tre faktorer. Den første faktoren er depresjon, de deprimerte er framfor alt de som er plaget av følelser av håpløshet med tanke på framtiden, er nedtrykte, tungsindige, uten interesse for noe og som føler seg unyttige. En annen faktor har mest sammenheng med angst. Anfall av angst eller panikk, plutselig frykt uten grunn, stadig redd og engstelig, er særlig karakteristisk for angstdimensjonen. En tredje faktor er knyttet til somatisering, hvor vi framfor alt finner de som er plaget av hodepine, mangel på energi, matthet, svimmelhet og søvnproblemer. Det ble også funnet en fjerde faktor, som først og fremst har sammenheng med andelen som er plaget av skjelving. Siden skjelving også har liten statistisk sammenheng med de andre faktorene, ble ikke skjelving tatt med i noen av delindeksene. De tre indeksene for henholdsvis angst, depresjon og somatisering ble basert på spørsmålene som hadde sterkest sammenheng med hver faktor, og konstruert på samme måte som den generelle indeksen, ved å summere verdiene på spørsmålene og dividere med antallet spørsmål. Også her brukes andelen som har en gjennomsnittsverdi på 1,75 eller høyere som grunnlag for å avgjøre hvem som har dårlig psykisk helse. De tre delindeksene har en sterk innbyrdes sammenheng (Pearsons $r=0,62-0,72$).

psykiatrisk tilfelle (i fortsettelsen vil vi som regel bruke betegnelsen "dårlig psykisk helse" om disse).

Dette er betydelig høyere tall enn det Moum mfl. fant i sin analyse av Helseundersøkelsen 1985. Ifølge deres analyse kunne 1,1 prosent av menn og 3,9 prosent av kvinner i befolkningen 16 år og eldre klassifiseres som sannsynlige tilfeller (Moum mfl. 1991). Dette stemmer godt med antakelsen om at det er en betydelig underrapportering av slike lidelser i intervjuundersøkelser, og at underrapporteringen er særlig stor blant menn. Likevel gjenstår det en betydelig kjønnsforskjell, kvinner rapporterer flere psykiske problemer enn menn.

Det er vanskelig å finne noe entydig mønster etter alder. Blant menn er det de mellom 50 og 70 år som oppgir flest psykiske problemer. Blant kvinnene er det de over 70 år som er mest utsatt (figur 1).

Figur 1: Andel med dårlig psykisk helse, etter kjønn og alder. 1995. Prosent



Kilde: Helseundersøkelsen 1995

Når en skal vurdere det forholdsvis lave omfanget av psykiske lidelser i Helseundersøkelsen, må en blant annet se dette i forhold til at HSCL-

skalaen først og fremst skal måle angst og depresjon. Blant annet vil psykoser i liten grad fanges opp. Aldersdemens av alvorligere karakter kan også være vanskelig å fange opp. En regner med at 3-5 prosent av befolkningen 65 år og eldre er rammet (Nielsen 1996:90). En tredje form for psykiske problemer som i mindre grad er dekket er såkalte "atferdsforstyrrelser" og alkohol-/narkotikaproblemer. Det ligger også en skjevhet i selve utvalgsmetoden, siden de som er fast bosatt på institusjon (for eksempel på psykiatriske sykehjem) ikke inngår i utvalget.

Et annet viktig moment er at en her måler forekomsten (prevalensen) av psykiske plager i en 14-dagersperiode. Prevalensen over en lengre tidsperiode vil naturligvis være større. I en stor amerikansk undersøkelse var prevalensraten for psykiske lidelser i et tidsrom av en måned 15,4 prosent, mens livstidsprevalensen var 32,2 prosent (Nielsen 1996: 93).

Sammenfattende kan en derfor si at forekomsten av psykiske lidelser i befolkningen er større enn det som framkommer i Helseundersøkelsen 1995, men at det er vanskelig å anslå eksakt hvor mye. Uansett er det all grunn til å understreke at psykiske lidelser er noe som til enhver tid rammer svært mange, flere hundretusen nordmenn.

Mange med dårlig psykisk helse blant sosialhjelpsmottakere.....

Utbredelsen av psykiske problemer varierer med ulike bakgrunnskenetegn i befolkningen. Blant sosialhjelpsmottakere er det en påfallende høy andel som har dårlig psykisk helse. Nesten en av fire (vel 23 prosent) av dem som har mottatt økonomisk sosialhjelp er et sannsynlig

psykiatrisk tilfelle, mer enn fire ganger så mange som i befolkningen for øvrig. Dette kan gjenspeile at mange i denne gruppen har psykiske problemer som gjør det vanskelig å få eller beholde et lønnet arbeid. Det kan også gjenspeile at alvorlige økonomiske problemer innebærer en psykisk belastning. Det er i flere sammenhenger vist at dårlig økonomi øker sannsynligheten for at en person har psykiske problemer (Halvorsen 1993, Nielsen 1996).

Lav yrkesmessig status og lav utdanning er også forbundet med høyere risiko for dårlig psykisk helse. Ufaglærte arbeidere og lavere funksjonærer er mest utsatt. Derimot er det små forskjeller i psykisk helse mellom bosatte i ulike geografiske områder.

..ikke-vestlige innvandrere...

Også blant ikke-vestlige innvandrere (dvs. de som er født i Øst-Europa, Asia (inkludert Tyrkia), Afrika, Sør- og Mellom-Amerika) finner vi en relativt høy andel med dårlig psykisk helse. Vel 15 prosent av ikke-vestlige innvandrere hadde en gjennomsnittsverdi på HSCL som var 1,75 eller høyere. Også dette er i tråd med tidligere forskning, det er flere indikasjoner på at ikke-vestlige innvandrere er mer utsatt for psykiske lidelser enn andre (Dalgard 1994).

..og de som har en fysisk sykdom

14,6 prosent av dem som har en fysisk sykdom som i noen eller stor grad har konsekvenser for hverdagen, og som samtidig hadde nedsatt aktivitet i 14-dagersperioden, har dårlig psykisk helse. Helsetilstanden oppleves av mange som den viktigste levekårskomponenten, nedsatt helse kan blant annet ha plagsomme konsekvenser i forhold til mulig-

hetene for å velge hvordan en vil leve sitt liv. Det er derfor naturlig at nedsatt fysisk helsetilstand også påvirker risikoen for psykiske problemer. Somatisk sykdom er en livshendelse som kan utløse eller forsterke psykiske problemer, på samme måte som andre negative livshendelser, for eksempel ekteskapsproblemer og økonomiske problemer (Nielsen 1996:95).

Betydningen av sosial integrasjon

En av de viktigste formene for sosial integrasjon er den som skjer gjennom familien. En rekke undersøkelser har funnet at gifte eller samboende har bedre psykisk helse enn andre. Moum mfl. (1991) fant at gifte og til dels samboere rapporterte færre symptomer på depresjon enn andre grupper, og at utslagene var omtrent de samme hos menn som hos kvinner². Andre indikatorer på psykiske problemer (angst, somatisering) viste bare små forskjeller.

Helseundersøkelsen 1995 viser at både sivilstand og hva slags husholdning en bor i, har sammenheng med risikoen for dårlig psykisk helse (tabell 1). Blant menn er det framfor alt enslige uten hjemmeboende barn som er mest utsatt. Dårlig psykisk helse er omtrent like vanlig blant enslige, aldri gifte som blant skilte eller separerte enslige. Dette resultatet står litt i motsetning til annen forskning, og kan skyldes at vi her har skilt ut en mer snever gruppe av enslige enn det som er vanlig. Unge enslige som bor hjemme hos foreldrene inngår ikke i denne gruppen, disse tilhører husholdningstypene enslige med hjemmeboende barn eller par med hjemmeboende barn. Også blant kvinnene har skilte/separerte enslige uten barn en betydelig høyere risiko for dårlig psykisk helse enn andre familieformer (se ramme 3 for nærmere forklaring av hva som ligger i risikobegrepet). Det kan likevel se ut til at parforholdet er noe mindre viktig for kvinners enn

Tabell 1: Dårlig psykisk helse etter husholdningstype ¹ , sivilstand og kjønn. Personer 16-79 år. Prosent og oddsforhold					
Husholdningstype	Sivilstand	Menn		Kvinner	
		Prosent	Odds ²	Prosent	Odds ²
Enslige uten hjemmeboende barn	Skilte/separerte	12,5	4,9**	15,8	3,9**
	Enker/enkemenn	:	:	6,9	1,3
	Aldri gift	10,1	5,3**	8,9	2,5*
Enslige med hjemmeboende barn	Skilte/separerte	:	:	8,2	2,8*
	Enker/enkemenn				
	og aldri gift	4,1	2,3	8,5	2,3*
Par uten hjemmeboende barn	Ikke gift	4,0	1,8	7,4	2,1*
	Gift	4,3	1,3	9,0	2,0**
Par med hjemmeboende barn	Ikke gift	2,6	1,7	7,6	2,5**
	Gift	2,3	1,0	3,9	1,0

¹ Flerfamiliehusholdninger er holdt utenfor
² Oddsforholdet er et uttrykk for risikoen for å ha dårlig psykisk helse sammenlignet med referansegruppen gifte par med hjemmeboende barn, kontrollert for alderssammensetningen i gruppene. Se for øvrig ramme 3.
* Signifikant på 0,05-nivå ** Signifikant på 0,01-nivå

Ramme 3. Om logistisk regresjon

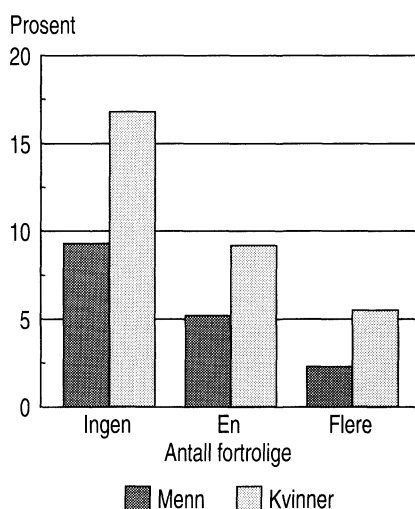
I denne artikkelen er det, ved siden av vanlige prosentberegninger, benyttet logistisk regresjon som analysemetode. Logistisk regresjon anses som en velegnet metode når den egenskapen en ønsker å forklare bare har to verdier, slik som det skillet vi her har satt mellom de som har verdier over og under 1,75 på HSCL-skalaen. Gjennom logistisk regresjon kan en få et mål på hvordan ett kjennetegn ved individet påvirker risikoen for dårlig psykisk helse, når verdiene på andre relevante kjennetegn holdes konstant. For å måle risikoen tas det utgangspunkt i en bestemt referansekategori, som risikoen for andre grupper kan ses i forhold til. For eksempel har vi i tabell 1 valgt gifte par med hjemmeboende barn som referansekategori (odds=1). Et oddsforhold som er større enn 1 innebærer at risikoen for dårlig psykisk helse er større, mindre enn 1 at den blir mindre. Når vi holder alderssammensetningen konstant, har for eksempel aldri gifte menn uten barn omtrent 5,3 ganger høyere risiko for dårlig psykisk helse enn referansekategorien. At denne forskjellen er signifikant på 0,01-nivået, viser at det er lite sannsynlig at hele den påviste forskjellen skyldes tilfeldigheter.

for menns psykiske helse. Enslige, aldri gifte kvinner har omtrent like bra psykisk helse som gifte kvinner uten hjemmeboende barn. Mens hjemmeboende barn ikke ser ut til å bidra til noen forbedring av psykisk helse blant menn som lever i parforhold, har gifte kvinner med hjemmeboende barn i gjennomsnitt bedre psykisk helse enn gifte kvinner uten hjemmeboende barn (kontrollert for alderssammensetningen i disse gruppene).

Noen å snakke med

Betydningen av emosjonell støtte, at en har noen å være åpen i forhold til og få bekreftelser på seg selv fra, blir ofte framhevet i litteraturen om psykisk helse. Snaut 10 prosent av den voksne befolkningen oppgir at de ikke har noen å snakke helt fortrolig med, mens vel en tredjedel bare har en person å snakke fortrolig med. Sammenhengen med psykisk helse er entydig for begge kjønn (figur 2). De som ikke har noen å snakke fortrolig med, har oftere dårlig psykisk helse enn de som har én fortrolig; likeledes har de som har flere fortrolige

Figur 2: Andel med dårlig psykisk helse blant menn og kvinner, etter om en har noen å snakke helt fortrolig med. 1995. Prosent



Kilde: Helseundersøkelsen 1995

bedre helse enn de som bare har én fortrolig.

Ledigang er roten...

Lønnsarbeidet er også en viktig form for sosial integrasjon, som blant annet kan være en "buffer"

mot virkningene av stress. De engelske forskerne Brown og Harris har i en ofte sitert undersøkelse vist at når kvinner måtte mestre stress i form av en "truende hendelse", halverte arbeidsdeltakelsen risikoen for å utvikle depresjon hos dem som manglet en fortrolig venn eller kjæreste (Brown og Harris 1978: 181, 279). Helseundersøkelsen 1995 viser at de som står utenfor arbeidslivet har betydelig dårligere psykisk helse enn de som er i arbeid. Det er imidlertid svært vanskelig å avgjøre i hvilken grad arbeidet har en selvstendig betydning, siden psykiske lidelser blant annet er en viktig årsak til uførepensjonering. Om lag en av fem uførepensjonister og attføringstilfeller har dårlig psykisk helse.

Det finnes mye forskning som viser en sammenheng mellom arbeidsledighet og risikoen for psykiske problemer (Nielsen 1996:96, Dalgard 1996:108, Halvorsen 1993). Også frykten for å miste arbeidet har betydning for psykisk helse. Dataene fra Helseundersøkelsen 1995 bekrefter sammenhengen med arbeidsledighet, andelen med dårlig psykisk helse blant dem som hadde vært arbeidsledige minst tre måneder på intervjudtidspunktet og som ikke hadde noen form for lønnet arbeid, var vel 13 prosent. Årsaksretningen kan gå begge veier, dårlig psykisk helse gjør det sannsynligvis vanskeligere å få og beholde et arbeid.

Hvor aktiv en er i organisasjonslivet har en viss sammenheng med psykisk helse, først og fremst blant kvinner. Kvinner som deltar i organisasjoner bare en gang i året eller sjeldnere har dårligere psykisk helse enn andre kvinner, spesielt i sammenligning med de som deltar flere ganger i uka (andel med dårlig psykisk helse henholdsvis 14 og 3

prosent). Hvor mange av naboene en har besøkskontakt med har en statistisk signifikant, men nokså svak sammenheng med psykisk helse. Hvor hyppig en omgås slekt og venner som en ikke bor sammen med har derimot ingen sammenheng med psykisk helse.

Skilsmisse er ei det verste?

Tidligere norske undersøkelser har funnet en overhyppighet av psykiske problemer blant dem som vokser opp i skilsmissehjem (Dalgard 1996:105). Det er imidlertid vanskelig å avgjøre hva som skyldes skilsmissen som sådan, og hva som skyldes de konfliktene som skilsmis- sen kan ses som det endelige uttrykk for. I Helseundersøkelsen 1995 er det stilt en del spørsmål om oppvekstmiljøet som kan gi en viss pekepinn om denne problemstillingen. Det ble ikke spurt direkte om en har opplevd skilsmisse i barn- domshjemmet, men det er spurt om svarpersonen levde sammen med begge sine foreldre under hele oppveksten, dvs. til han eller hun var fylt 16 år. Det ble også spurt om begge foreldrene levde til en var 16 år. Det er sannsynlig at de fleste av dem som ikke levde sammen med begge foreldrene under oppveksten, og som ikke opplevde at en av foreldrene døde, har vært utsatt for en skilsmisse eller annen form for samlivsbrudd mellom foreldrene. I tillegg er det spurt om det forekom "...noen alvorlige motsetninger i hjemmet ditt i oppveksten? (F.eks. alkoholmisbruk, skilsmisse, slossing, mishandling etc.)." (Det var også mulig å svare "vet ikke" på spørsmålet om motsetninger. Svarfor- delingene til de som svarte vet ikke ligger nokså nær svarfordelingene til de som svarte ja, disse svarkate- goriene er derfor slått sammen.) Hvilke utslag gir det på den psykis- ke helsen, når vi kombinerer disse sidene ved oppvekstmiljøet? Er det

Tabell 2: Andelen med dårlig psykisk helse blant personer med forskjellig oppvekstmiljø. Personer 16-79 år. 1995. Prosent

Oppvekstforhold	
Opplevd motsetninger	
Ikke levde sammen med begge foreldrene	10,8
Dødsfall blant foreldrene	13,9
Levde sammen med begge foreldrene	11,5
Ikke opplevd motsetninger	
Ikke levde sammen med begge foreldrene	7,5
Dødsfall blant foreldrene	3,6
Levde sammen med begge foreldrene	4,6

Kilde: Helseundersøkelsen 1995

samlivsbruddet eller motsetningene som betyr mest? Siden vi har svar- personens retrospektive vurdering av oppvekstforholdene å holde oss til, kan vi ikke utelukke at helsa i dag påvirker vurderingen av opp- vekstforholdene. Årsaksretningen er altså usikker.

Funnene tyder på at et samlivs- brudd mellom foreldrene betyr mindre for ens psykiske helse som voksen enn konflikt og motsetnin- ger i barndomshjemmet (tabell 2). Dette bekreftes gjennom en logis- tisk regresjonsanalyse, hvor det kontrolleres for kjønns- og alders- forskjeller mellom gruppene. Uan- sett om en har levde sammen med begge foreldrene under oppveksten eller ikke, øker opplevde motsetnin- ger i hjemmet risikoen for dårlig psykisk helse. At en ikke har bodd sammen med begge foreldrene øker også risikoen for dårlig psykisk hel- se, men utslaget er såpass lite at det ikke er statistisk signifikant. Disse funnene synes å være i tråd med den internasjonale forskningen på dette feltet (se Gähler 1994:73-79, Wilkinson 1996:165-166, 198-207). For eksempel konkluderte en analy- se av svenske levekårsdata, med bruk av spørsmål som ligner på de

som er brukt her, også med at al- vorlige konflikter var viktigere enn separasjon og skilsmisse for den voksnes psykiske helse (Gähler 1994:72). Helseundersøkelsen viser at de negative utslagene av motset- ninger i oppvekstmiljøet er sterkere for menn enn for kvinner, noe som også er i tråd med annen forskning (Dalgard 1996).

Hva betyr mest for psykisk helse?

Avslutningsvis skal vi se på om de viktigste indikatorene på sosial inte- grasjon; familieforhold, arbeidslivs- tilknytning og fortrolige relasjoner, har sammenheng med psykisk helse når vi tar hensyn til andre forhold av betydning for psykisk helse. Når vi i denne sammenheng snakker om "betydning", er det i en rent statis- tisk forstand. Årsaksretningen mel- lom psykisk helse og sosial integra- sjon kan gå begge veier. Som for- klaringsfaktorer vil vi benytte de mest betydningsfulle av de sosiale og individuelle forholdene det er vist til tidligere i denne artikkelen. (Innvandringsbakgrunn har ingen selvstendig betydning for mental helse og inngår derfor ikke i model- lene. Sosioøkonomisk status er ikke tatt med som forklaringsfaktor, siden arbeidslivstilknytning inngår som en sentral del av statusen. Som indikator på sosioøkonomisk status benyttes isteden utdanningsnivå.) I tabell 3 vises resultatene av en lo- gistisk regresjonsanalyse av hvilke faktorer som betinger psykisk helse. Den første modellen viser at både familieforholdene, tilknytningen til arbeidsmarkedet og om en har noen å snakke helt fortrolig med, har en klar sammenheng med risi- koen for dårlig psykisk helse. Vi har her kontrollert for kjønn og alder. Det kan være verdt å merke seg at familietilknytning og fortrolige rela- sjoner har betydning uavhengig av hverandre. Familieforholdenes

betydning forklares (i statistisk forstand) med andre ord ikke av at de gir bedre tilgang til noen å snakke helt fortrolig med.

I modellene 2 og 3 kontrolleres så disse sammenhengene i forhold til andre kjennetegn, først oppvekstmiljø og fysisk helsetilstand (modell 2), dernest visse sosioøkonomiske forhold (utdanningsnivå og om en har mottatt økonomisk sosialhjelp) og organisasjonsaktivitet, nabokontakter og kontakthypighet med slekt og venner (modell 3). Gjennomgående blir sammenhengene mellom psykisk helse og de sentrale integrasjonsmekanismene lite sveket når en tar hensyn til andre forhold. Selv etter kontroll for disse faktorene, er det for eksempel nesten tre ganger så høy risiko for dårlig psykisk helse blant dem som ikke har noen å snakke helt fortrolig med, sammenlignet med dem som har to eller flere fortrolige.

Den eneste av de tre sentrale integrasjonsdimensjonene som mister en vesentlig del av sin betydning ved kontroll for andre forhold, er arbeidslivstilknytningen. En betydelig del av sammenhengen forsvinner når det tas hensyn til at de som ikke er i arbeid har relativt dårlig fysisk helse. Noe av effekten blir også borte når det tas hensyn til at de som ikke er i arbeid har større økonomiske problemer (mottar oftere sosialhjelp) og har lavere utdanning. I den siste modellen er forskjellen mellom å være sysselsatt minst 45 timer pr. uke og å stå helt utenfor arbeidslivet ikke lenger statistisk signifikant, selv om forskjellene fremdeles peker i den forventede retning.

Det er familie-/husholdningsdimensjonen som framtrer som den mest betydningsfulle formen for sosial integrasjon, "alt annet likt". Skilte/

separerte enslige har høyest risiko for dårlig psykisk helse, men også enslige, aldri gifte har en betydelig høyere risiko enn referansekategorien gifte par med barn. Verken nabokontakt, hvor ofte man deltar i organisasjoner, eller har kontakt med slekt og venner har noen signifikant betydning for mental helse, når det tas hensyn til andre forhold som virker inn på slik helse. Både for organisasjonsdeltakelse og nabokontakt er det imidlertid en tendens til at de svært aktive har mindre risiko for dårlig psykisk helse enn de som er helt passive. De som deltar i organisasjoner en gang i året eller sjeldnere har en vel dobbelt så høy risiko for dårlig psykisk

helse som dem som deltar flere ganger i uka. Denne forskjellen er så vidt statistisk signifikant ($p=0.049$). Hyppigheten i kontakten med venner og slekt som en ikke bor sammen med, har derimot ingen betydning. Mye tyder på at det er kvaliteten ved disse relasjonene (jf. betydningen av fortrolige relasjoner) og ikke hyppigheten som sådan som er avgjørende.

I den endelige modellen (modell 3) er det to forklaringsfaktorer som er om lag like betydningsfulle som de som er knyttet til sosial integrasjon: Fysisk helsetilstand og familieproblemer i oppveksten (tall ikke vist). De som har opplevd motsetninger i

Tabell 3: Sammenhengen mellom sosial integrasjon og psykisk helse. Logistisk regresjon. Forskjeller i risiko (oddsforhold) for å ha dårlig psykisk helse. Personer 16-79 år. 1995

	Modell 1	Modell 2	Modell 3
Husholdningstype og sivilstand			
Enslige, skilte/separerte	4,6**	3,8**	3,9**
Enslige, enker/enkemenn	0,8	0,8	0,9
Enslige, aldri gift	3,3**	3,6**	3,3*
Enslige med barn, skilte/separerte	2,9**	2,7	2,6
Enslige med barn, enker/enkemenn eller aldri gift	1,7	1,5	1,2
Par uten barn, ikke gift	1,9	1,7	1,3
Par uten barn, gift	1,6	1,5	1,4
Par med barn, ikke gift	1,4	1,6	1,8
Par med barn, gift	1,0	1,0	1,0
Sysselsetting			
Har ikke inntektsgivende arbeid	3,2**	2,7**	2,2
I arbeid 1-10 timer pr. uke	1,8	1,7	1,6
I arbeid 1-19 timer pr. uke	2,0	1,9	2,0
I arbeid 20-34 timer pr. uke	1,7	1,6	1,4
I arbeid 35-44 timer pr. uke	1,0	1,0	0,9
I arbeid 45 timer eller mer pr. uke	1,0	1,0	1,0
Fortrolighet			
Har ingen å snakke fortrolig med	3,2**	2,9**	2,8**
Har én å snakke fortrolig med	1,9**	1,8**	1,7*
Har flere å snakke fortrolig med	1,0	1,0	1,0
Log likelihood	-553,71	-501,15	-445,05
Antall personer	5 715	5 423	5 033

*Signifikant på 0,05-nivå **Signifikant på 0,01-nivå
Modell 1: Kjønn, alder, familiestatus, sysselsetting, fortrolighet.
Modell 2: Modell 1 + oppvekstbakgrunn og fysisk helse (se ramme 4).
Modell 3: Modell 2 + utdanningsnivå, mottatt sosialhjelp, organisasjonsdeltakelse, nabokontakt og kontakt med slekt og venner

oppveksthjemmet har en større risiko for å utvikle psykiske problemer som voksen, enten en har vokst opp med begge foreldrene eller ikke. Også den fysiske helsetilstanden gir utslag på psykisk helse. Alt annet likt, har de med dårligst fysisk helse fire ganger så høy risiko for dårlig psykisk helse som de med best helse.

Hvordan blir utslagene når vi studerer betydningen av sosial integrasjon i forhold til de tre dimensjonene i psykiske lidelser? Effekten av sosial integrasjon synes å være størst for depresjon, framfor alt er det familieforholdene og tilgangen til noen å snakke fortrolig med som har betydning (tall ikke vist). Alt annet likt har skilte eller separerte enslige nesten fem ganger så høy risiko for depresjon som gifte par med barn. Sysselsetting har også en selvstendig, men svakere sammenheng med risikoen for depresjon.

Risikoen for å ha en angstlidelse har mindre sammenheng med ulike bakgrunnsfaktorer enn de andre dimensjonene. Familieforholdene har liten betydning, skilte og separerte enslige har ikke signifikant større risiko for en angstlidelse enn gifte par med barn. Av indikatorene på sosial integrasjon er det bare betydningen av fortrolige relasjoner og organisasjonsdeltakelse som er statistisk signifikant. Også familieproblemer i oppveksten har liten betydning. Imidlertid synes visse sosioøkonomiske forhold å bety mer for angst enn andre former for psykiske lidelser. Både de som har lav utdanning og de som har motatt sosialhjelp har større risiko enn andre for å være plaget av angst. Graden av organisasjonsdeltakelse har en overraskende stor betydning for risikoen for å være plaget av angst. Sannsynligvis må en stor del av denne sammenhengningen fortolkes

Ramme 4. Nærmere om noen variabler som inngår i den logistiske regresjonsanalysen:

Indeks for fysisk sykkelighet

- 1 = Har ikke nervøse lidelser, men har hatt nedsatt aktivitet i 14-dagersperioden pga. sykdom, skade eller lidelse, og har en varig sykdom som i høy grad virker inn på hverdagen.
- 2 = Har ikke nervøse lidelser og ikke nedsatt aktivitet i 14-dagersperioden, men har en varig sykdom som virker inn på hverdagen i høy grad.
- 3 = Har ikke nervøse lidelser, men har hatt nedsatt aktivitet i 14-dagersperioden og har en varig sykdom som i noen grad virker inn på hverdagen.
- 4 = Har ikke nervøse lidelser og ikke nedsatt aktivitet i 14-dagersperioden, men har en varig sykdom som virker inn på hverdagen i noen grad.
- 5 = Har ikke nervøse lidelser, men har hatt nedsatt aktivitet i 14-dagersperioden og har en varig sykdom som i liten grad eller ikke i det hele tatt virker inn på hverdagen.
- 6 = Restgruppen, dvs. de som
 - a) ikke har noen sykdom, eller
 - b) har en nervøs lidelse, eller
 - c) ikke har en nervøs lidelse, men har en varig sykdom som i liten grad eller ikke i det hele tatt virker inn på hverdagen og som ikke har hatt nedsatt aktivitet i 14-dagersperioden.

Oppvekstforhold

- 1 = Forekom alvorlige motsetninger i oppveksthjemmet (inkluderer både ja og vet ikke), levde ikke sammen med begge foreldrene under hele oppveksten (begge foreldrene var i live).
- 2 = Forekom alvorlige motsetninger i oppveksthjemmet, en av foreldrene døde under oppveksten (de som svarte at de levde sammen med begge foreldrene, men at en av foreldrene døde, er holdt utenfor analysen).
- 3 = Forekom alvorlige motsetninger i oppveksthjemmet, men levde sammen med begge foreldrene under oppveksten.
- 4 = Var ikke alvorlige motsetninger i oppveksthjemmet, men levde ikke sammen med begge foreldrene under hele oppveksten (begge foreldrene var i live).
- 5 = Var ikke alvorlige motsetninger i oppveksthjemmet, en av foreldrene døde under oppveksten.
- 6 = Var ikke alvorlige motsetninger i oppveksthjemmet, levde sammen med begge foreldrene under oppveksten.

som en seleksjonseffekt, siden de som for eksempel er plaget av panikkangst for en stor del vil unngå å opptre i større forsamlinger. Samtidig kan en heller ikke se bort fra at deltakelse i organisasjonslivet kan

gi en sosial sikkerhet som motvirker angst.

Det er liten sammenheng mellom de sosiale integrasjonsvariablene og somatiseringsdimensjonen, igjen



med unntak av antallet fortrolige relasjoner. Derimot har sosialhjelp betydning i negativ retning, flere av de som har mottatt sosialhjelp har en høy sjanse for en somatiserende psykisk lidelse. Problemer i oppvekstmiljøet skaper også større risiko for somatisering seinere i livet, men framfor alt er det de fysiske helseproblemene som har betyd-

ning. De som har dårligst fysisk helse har nesten åtte ganger så høy risiko for en somatiserende lidelse som de som har best helse. Her må en være oppmerksom på at det er flytende overganger og uklare grenser mellom nervøse lidelser, fysiske sykdommer og hva som rimeligvis kan regnes som somatisering. Det er for eksempel lett å tenke seg at

det i noen tilfeller vil være mer naturlig å se hodepine som en del av et fysisk sykdomsbilde enn som et symptom på psykiske problemer.

Konklusjon

Vi kan altså konkludere med at forskjellige sider ved sosial integrasjon har en klar statistisk sammenheng med risikoen for dårlig psykisk hel-

se, også når en kontrollerer for andre betydningsfulle faktorer. Dette mønsteret er imidlertid tydeligst for depresjon. For andre sider ved psykisk helse har sosial integrasjon mindre betydning. Å være enslig, skilt, separert eller aldri gift har betydning for depresjon, og ikke for de andre dimensjonene av psykisk helse. Unntaket er fortrolige relasjoner. De som har flere fortrolige relasjoner har mindre risiko for enhver form for psykiske helseproblemer, selv om mønsteret også her er tydeligst for depresjon. Disse resultatene kan forstås ut fra en fortolkning av mangel på sosial integrasjon som en opplevelse av tap og mangel på mening. Tapet av, savnet etter, ektefelle, arbeidsfellesskap eller noen å være åpen og fortrolig i forhold til, leder oftere til tristhet og sorgreaksjoner enn til angst eller somatiske problemer, selv om det er en betydelig grad av samvariasjon mellom disse lidelsene. Det kan imidlertid også tenkes at depresjon har en mer negativ innflytelse på relasjonene til andre mennesker enn det angst og somatisering har. Slutninger om årsakssammenhenger lar seg vanskelig trekke på grunnlag av den undersøkelsen vi her har sett på.

1. En rekke metodestudier har vist at dette måleinstrumentet har god validitet og reliabilitet (Moum mfl. 1991, Derogatis mfl. 1974). Selv om HSCL langt fra måler alle former for psykiske lidelser, kan en likevel argumentere for at de fleste formene medfører angst eller depresjon (Tambs og Moum 1993). 25-spørsmålsutgaven av HSCL er del av en større "familie" (det finnes versjoner med både 90, 58 og 5 spørsmål). En tidlig versjon av skalaen ble utviklet i USA på 1950-tallet. Den ble opprinnelig utviklet som et instrument for å kunne måle om psykoterapi førte til at pasientene ble bedre, og for å måle effekter av psyko-farmaka (Derogatis mfl. 1974).

2. Kontrollert for alder og antall somatiske syketilfeller i 14-dagersperioden.

Litteratur

Brown, G. W. og T. Harris (1978): *Social Origins of Depression. A Study of Psychiatric Disorder in Women*, London: Tavistock Publications.

Dalgard, O. S. (1994): "Kommunedagnose i en politisk bydel i Oslo og fire kommuner i Lofoten", i *Epidemiologisk forskning om sammenhengen mellom miljø og helse. Rapport for perioden 1987-1992*, Oslo: Norges Forskningsråd.

Dalgard, O. S. (1996): "Psykisk helse relatert til sosialt miljø", i P. Hurlen og R. Nordhagen (red.): *Folkehelse i forandring*, Oslo: Universitetsforlaget, 103-117.

Derogatis, L. R., R. S. Lipman, K. Rickels, E. H. Uhlenhuth og L. Cowi (1974): The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A Self-Report Symptom Inventory, *Behavioral Science*, **19**, 1-15.

Gähler, M. (1994): "Svensk familjeupplösning och några av dess konsekvenser", i J. Fritzell og O. Lundberg (red.): *Vardagens villkor. Levnadsförhållanden i Sverige under tre decennier*, Stockholm: Brombergs Bokförlag, 59-86.

Halvorsen, K. (1993): Arbeidsløshet og mental helse - årsak eller virkning? *Samfunnsspeilet* 1993, 2, Statistisk sentralbyrå, 8-11.

Heady, B., J. Kelley og A. Wearing (1993): Dimensions of mental health: Life satisfaction, positive affect, anxiety and depression, *Social Indicators Research*, **1**, **29**.

Johnson, T. P. (1991): Mental health, social relations and social selection: A longitudinal analysis. *Journal of Health and Social Behavior*, **32** (December), 408-423.

Mastekaasa, A. (1995): Marital Dissolution and Subjective Distress: Panel Evidence. *European Sociological Review*, **11**, 2, 173-185.

Moum, T., E. Falkum, K. Tambs og P. Vaglum (1991): "Sosiale bakgrunnsfaktorer og psykisk helse", i T. Moum (red.): *Helse i Norge*, Oslo: Gyldendal, 42-62.

Moum, T. (udatert): Mode of administration and interviewer effects in self-reported symptoms of anxiety and depression, Upublisert manus, til vurdering i *Social Indicators Research*.

Nielsen, G. H. (1996): "Psykiske lidelser i befolkningen - forekomst, årsaker og forebygging", i P. Hurlen og R. Nordhagen (red.): *Folkehelse i forandring*, Oslo: Universitetsforlaget, 85-100.

Tambs, K. og T. Moum (1993): How well can a few questionnaire items indicate anxiety and depression? *Acta Psychiatrica Scandinavica* **87**, 364-367.

Thoits, P. A. (1983): Multiple identities and psychological well-being: A reformulation and test of the social isolation hypothesis, *American Sociological Review*, **48** (April).

Wilkinson, R. G. (1996): *Unhealthy Societies. The Afflictions of Inequality*, London and New York: Routledge.

Anders Barstad er førstekonsulent i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for demografi og levekårsforskning.