

Ny viten om menneskesinnet



Mental helse

 Norges forskningsråd | Forskningsprogrammer

INNHOOLD

3	Forord	24	Mye kriminalitet blant tidligere ungdoms-psykiatriske pasienter
4	Et løft for forskning om mental helse	26	Sosial angst hos barn kan være knyttet til umodenhet
6	BIOLOGISK PSYKOLOGI OG PSYKIATRI	28	Hvor vanlig er depresjon blant unge?
9	Korleis verkar placebo?	30	KLINISK FORSKNING
11	Er alkoholrus bare innbildning?	32	Psykiske lidelser øker risiko for andre sykdommer
12	Tar bilder av hjerner under hallusinasjon	34	God kommunikasjon gir bedre behandling
13	Hjernen forandrer seg hele livet	36	Viktig med raskt behandling ved psykoser
14	EPIDEMIOLOGISK FORSKNING	38	BIOLOGISK OG PSYKOBIOLOGISK FORSKNINGSNETTVERK
16	Vil kartlegge psykiske problemer blant barn	40	Nettverk for forskning på psykiske årsaker til tarmlidelser
18	Menn mer deprimert, kvinner mindre	41	Nettverk for psykiatrisk epidemiologi
20	BARN OG UNGE	42	Programstyrets sammensetning
22	Brå død blant barn og unge i Norge	42	Finansiering

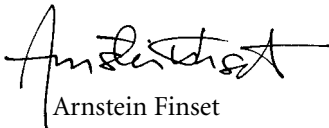
Forord

I dette heftet presenterer vi noen forskningsprosjekter fra de siste årene som har blitt finansiert av Norges forskningsråds program for Mental helse. Prosjektene viser noe av spennvidden i denne forskningen, fra studier av hjerneaktivitet under hallusinasjoner til observasjoner av hva som skjer i samspillet mellom lege og pasient.

Forskningen på psykiske lidelser har økt sterkt i Norge, både i omfang og kvalitet i løpet av de siste 25 år. Det er rimelig å si at startskuddet for denne veksten gikk gjennom opprettelse av de to programmene for henholdsvis klinisk psykiatrisk og klinisk psykologisk forskning i slutten av 1970-årene. Programmet for Mental helse overtok etter de to tidsavgrensede styrkingsprogrammene, og prosjekter finansiert fra disse kilder har bidratt sterkt til forskningen innen for dette fagfeltet.

Det som har kjennetegnet Programmet for Mental helse er bredde, både tematisk og metodemessig bredde. De fleste prosjektene kan klassifiseres som forskning om det biologiske grunnlaget for psykiske og psykosomatiske lidelser, de psykiske lidelsers omfang i befolkningen, psykiske lidelser hos barn og ungdom og forskning om behandling av psykiske lidelser i vid fortstand. Et viktig mål har vært at prosjektene skal være relevante i forhold til det arbeidet som gjøres i landet vårt for å behandle og forebygge psykiske lidelser.

Dette heftet presenterer et bredt utvalg av disse prosjektene. God lesning!



Arnstein Finset
Programstyreleder

Et løft for forskning om mental helse

For et par ti år siden stod forskning om mental helse svakt i Norge. I dag har forskningen på dette feltet gjort store framskritt, og Norge har forskningsmiljøer som holder høy internasjonal standard.

Hovedutfordringer i perioden 2001–2005 har vært å konsolidere og videreutvikle forskningen både i dybde, kvalitet og bredde. Programmet har lagt vekt på å fremme utviklingen av forskernettverk og videreutvikle forskningsmiljøer av særlig høy kvalitet.

Innen det biologiske og psyko-biologiske feltet har det utkrystallisert seg sterke miljøer, blant annet ved Universitetet i Bergen og Universitetet i Oslo. Innen klinisk forskning er det etablert noen få, men sterke forskningsmiljøer, spesielt innen behandling av alvorlige psykiske lidelser og psykoterapi- og kommunikasjonsforskning. Det har også skjedd en betydelig utvikling i både omfang og kvalitet av forskning om barn og ungdom.

Nødvendig kompetanse

Det er forholdsvis få land som driver på med mental helseforskning i noe omfang. Blant de fremste er USA, Storbritannia, Tyskland og Canada. Hvorfor skal et lite land

som Norge ha en egen forskning på dette området? Kan vi ikke bare anvende de forskningsresultatene som andre land produserer, og heller bruke midlene til styrking av behandlingstiltakene?

Det er flere grunner til at Norge bør drive forskning om mental helse. Skal vi kunne utvikle og opprettholde høy kvalitet på behandlingen av pasienter med psykiske lidelser trenger vi kompetente fagfolk som kan vurdere og ta i bruk nye utredningsprosedyrer og behandlingsmetoder. Dette forutsetter forskerkompetanse og aktiv forskningsvirksomhet i fagmiljøet.

Undervisningen for helsepersonell må også være forskningsbasert for å holde et tilstrekkelig høyt nivå. I tillegg er det enkelte sider ved psykiske lidelser som er kulturspesifikke og gjør forskning i Norge nødvendig. Vår geografiske beliggenhet fører også til at mennesker får spesielle problemer som f. eks. årstidsavhengige depressive lidelser (mørketidsdepresjon). Forekomst, forebygging og behandling av slike lidelser må studeres i de omgivelsene der de oppstår.

Vi skylder også det internasjonale forskersamfunn å utnytte de nasjonale fortrinn vi har og gi vårt bidrag til forskningen. Vi har en stabil befolkning, et nokså helhetlig

og oversiktlig offentlig helsevesen, et system med offentlige personnummer og pasientregistre. Alt dette er forhold som gjør forskning på større befolkningsgrupper lettere å gjennomføre i Norge enn i mange andre land.

God evaluering

At satsingen på mental helseforskning har båret frukter, bærer den evalueringen Norges forskningsråd gjorde av forskningsmiljøene innen psykologi og psykiatri i 2004 bud om. Tre av fire forskningsmiljøer ved de psykiatriske instituttene under de medisinske fakultetene ble karakterisert som gode eller bedre, og samme karakter ble gitt til åtte av ti miljøer ved de psykologiske instituttene. Miljøene innenfor biologisk psykologi og nevropsykologi kom særlig godt fra evalueringen. Samtlige fire ble bedømt som «very good» eller «excellent». To andre forskergrupper ble vurdert som «very good to excellent», en innen epidemiologi/genetikk og en innen medisinske atferdsfag. To regionsentre for barn og unges psykiske helse fikk også god evaluering.

Fagevalueringen konkluderer med at flere forskningsmiljøer innenfor biologisk psykologi, nevropsykologi og biologisk psykiatri/nevropsykiatri driver forskning på høyt internasjonalt nivå. Vi har også forskningsmiljøer som er

høyt kvalifisert på psykoser, epidemiologisk forskning og behandlingsforskning. Det er viktig at disse miljøene får anledning til å videreutvikle sin forskning.

Nettverksbygging

Ved innledningen av innværende programperiode satte programstyret seg som mål å fremme utviklingen av gode forskernettsverk og bidra til utviklingen av noen sentrale forskningsmiljøer som kan fungere som «motorer» innenfor feltet.

I fortsettelsen er det viktig å bygge videre på de resultatene som er oppnådd. Gode miljøer med sterke forskergrupper og forskning av høy kvalitet må få anledning til å utvikle seg videre. Det er også viktig at kravet til klinisk relevans ikke hindrer utviklingen av mer grunnleggende kunnskap på feltet. Basal forskning vil kunne få betydelig nytteverdi ved utviklingen av nye undersøkelses- og behandlingsmetoder.

I årene som kommer er det også viktig å styrke forskningsområder som i dag er svake. Det gjelder blant annet forskning om rusmiddelbruk og avhengighet, der det er et stigende behov for kunnskap om forekomst, behandling og forebygging.



BIOLOGISK PSYKOLOGI OG PSYKIATRI

De siste årene har det skjedd store ting innenfor biologiske studier av mental helse. Utvikling av nye metoder har åpnet opp for spennende forskningsområder som molekylær psykiatri, genetikk og hjerneavbildning. Også forståelsen av psykosomatiske lidelser er blitt betydelig bedre.

«Forskningen innen kognitiv nevrovitenskap har gjort store framskritt de siste årene.»

Programmet Mental helse har gitt støtte til mange prosjekter med biologiske problemstillinger. Prosjektene omfatter både basale studier av depresjon, molekylær genetiske studier av terapierespons og hjerneavbildningsstudier av pasientgrupper. Flere prosjekter er ledet av internasjonale toppforskere. Forskningsgruppene som programmet har støttet kom svært godt ut av det da Norges forskningsråd gjorde sin evaluering av forskningsmiljøene innen psykologi og psykiatri i 2004.

Kognitiv nevrovitenskap

Forskning innen kognitiv nevrovitenskap har gjort store framskritt de siste årene, noe som blant annet skyldes en rask teknologisk utvikling. Problemstillingene er også blitt mer nyanserte.

Forskningsmiljøene på Det psykologiske fakultet ved Universitetet i Bergen og Psykologiske institutt ved Universitetet i Oslo har betydelige kompetanse på dette området. Begge miljøer har fått betydelig støtte fra programmet. Bergsmiljøet har vært spesielt opptatt av schizofreni-

studier, blant annet om avvikende hjerneasymmetri og auditorisk prosessering ved schizofreni. Oslo-miljøet har vært spesielt opptatt av menneskets aldringsprosess, og har brukt både MRI og ERP metoder for å undersøke endringer både under normal aldring og «mild cognitive impairment». De har også undersøkt hjerneskadete pasienter.

Nevrobiologisk forskning

Innenfor basal nevrobiologisk forskning er det utviklet nye og mer forbedrete metoder, blant annet gjennom funksjonell genetikk (FUGE) og bruk av genetisk modifiserte dyremodeller. Mental helse har også støttet studier av depresjon, schizofreni og søvnmekanismer.

Mental helses satsing på dette området har ført til etablering av flere forskernettverk innefor biologisk og psyko-biologisk forskning om mentale lidelser. Resultatet er blitt tettere samarbeid, og opprettelse av flere mer eller mindre formelle tverrfakultære og tverrinstitusjonelle grupperinger (f. eks. Bergen Mental Health Research Centre).

«Samarbeid er alltid en fordel i et felt preget av rask utvikling og stor konkurranse.»

Psykosomatiske lidelser

Målet med psykosomatisk forskning og stressforskning er å gi bedre forståelse av hvilken betydning mental helse har for somatisk helse. Psykosomatisk forskning og stressforskning har omfattet studier av mekanismene for placebo responsen, kliniske studier av psykobiologiske aspekter av inflammatorisk tarmsykdom og studier av forhold mellom stress og sårbarhet til magetarmlidelser.

Satsing på psykobiologien i forbindelse med mage-tarmlidelser har også ført til dannelsen av PsyGutNet – et forskernettverk med både norske og utenlandske deltagere. I tillegg har programmet støttet studier av forholdet mellom stress og revmatoid artritt, og av psykobiologiske aspekter av kronisk trøtthet hos kreftpasienter.

Utfordringer

Samarbeid er alltid en fordel i et felt preget av rask utvikling og stor konkurranse. Norsk biologisk-psykologisk og -psykiatrisk forskning deltar allerede i et omfattende

internasjonalt samarbeid. I årene som kommer blir det viktig å inkludere også basal og klinisk forskning i slikt samarbeid.

Forskning om psykologiske aspekter av somatiske lidelser er et satsingsområde i mange land, ikke minst fordi mange av de sykdommene som belaster trygdebudsjettene mest har en psykologisk komponent. Det er en økt oppmerksomhet rundt betydningen av psykologiske faktorer for hjerte-karsykdommer, mage-tarmlidelser og immunrelaterte sykdommer. Særlig det siste representerer en utfordring i og med at det er lite psykoimmunologisk forskning i Norge.

Kompetanseoppbyggingen innenfor biologisk psykologi og biologisk psykiatri har skjedd over flere tiår og fagmiljøene er i dag i stand til å møte forskningsutfordringer som kommer. Det er imidlertid viktig at de gode miljøene som nå er bygget opp, opprettholdes og stimuleres til videre kompetanseutvikling.



Korleis verkar placebo?

Placeboeffekten er velkjent og vel dokumentert. Pasientar får smertelindring av alminneleg saltvatn om dei trur det er smertestillande dei får. Men kva for mekanismar ligg bak placeboeffekten?

Når et symptom eller ein sjukdom blir behandla, vil personen som får behandling ha ei forventning om at behandlinga verkar. Dette betyr at nesten all behandling består av både sjølve «behandlinga» (eit legemiddel, kirurgisk inngrep, psykoterapi mm.), og forventinga om å bli betre. Dermed er det også vanskelig å avgjere kva som gjer at ein person blir betre etter behandling. Er det på grunn av behandlinga, eller er det fordi personen har tru på behandlinga?

Når behandlinga verkar, heilt eller delvis, fordi individet har tru på behandlinga, er det snakk om ein placeborespons. I dette prosjektet er placeboresponsen undersøkt i forbindelse med smertebehandling. Personar som hadde smerter fikk injisert saltvatn og blei fortalt at dei fikk eit smertestillande middel. Disse personane rapporterte reduserte smerter samanlikna med personar som ikkje fikk informasjon om kva injeksjonen inneheldt.

Dette er et godt eksempel på ein placeborespons. Begge gruppene fikk nøyaktig same behandling, men dei hadde ulike forventingar til behandlinga. Forskjellen i smerte-rapport kjem av ulike forventingar i gruppene.

Det har vore antatt at kroppens eige morfin, endorfinane, har ei viktig rolle i placebo smertelindring. Forskarane meiner forventinga om smertelindring fører til økt utskilling av endorfinar. Disse hemmer smerteimpulsen og dermed blir opplevinga av smerte mindre intens.

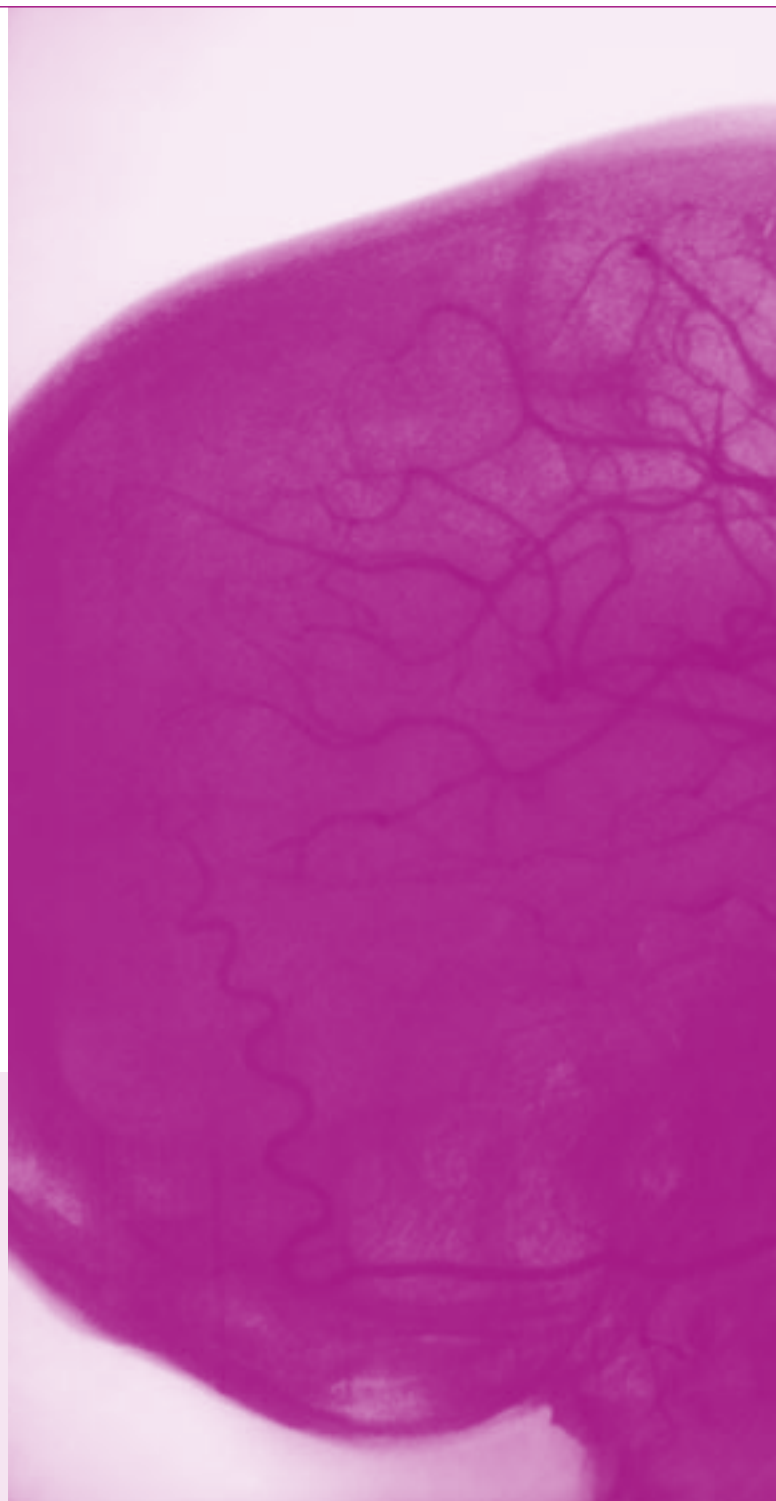
Men kvifor fører forventing om effektiv behandling til økt utskilling av endorfinar? Kva for mekanismar kan forklare dette? Når ein person mottar behandling kan ein anta at personen føler mindre ubehag og engsting fordi denne veit at smertene vil reduserast eller fjernast. Forskarane undersøkte difor om redusert stress kunne forklare kvifor forventingar førte til redusert smerte. Litt overraskande fant dei at det ikkje var tilfelle. Positive forventingar til behandlinga førte til mindre smerte, men var ikkje assosiert med reduksjon i stress og ubehag.

Konklusjonen er difor at positive forventingar til smertebehandling i seg sjølv reduserer smerte, og ein del av den smertedempande effekten av legemiddel må tilskrivast forventingane. Forskarane meiner difor det er meir riktig å snakke om ein forventningseffekt av behandling i staden for ein placeboeffekt.

PROSJEKT: Mekanismer bak placeboresponsen.

PROSJEKTLIAR: Magne Arve Flaten.

PROSJEKTDeltakarar: Terje Simonsen, Oddmund Johansen og Per Aslaksen.



Er alkoholrus bare innbildning?

Skjer de samme fysiske forandringer i hjernen hos de som drikker alkohol og de som tror de drikker alkohol? Det ville forskere ved Universitetet i Bergen finne ut. Under forsøket ble det gjort hjerneavbildninger ved hjelp av funksjonell magnetresonanstomografi (fMRI).

Det er velkjent at alkohol har en dempende og bedøvende effekt på sentralnervesystemet. Alkohol påvirker også kognitive funksjoner som konsentrasjon, oppmerksomhet og hukommelse. Tidligere hjerneavbildingsstudier har hovedsakelig undersøkt den kognitive virkningen av langvarig alkoholmisbruk og funnet at alkohol påvirker aktiviteten i de fremre deler av hjernen. Men disse studiene har ikke studert den kortsiktige effekten av alkohol eller kontrollert for effekten av placebo. Det kunne tenkes at effekten av å tro en har drukket alkohol ville være den samme som om en faktisk hadde drukket.

For å kunne skille effekten av alkohol og effekten av forventning (placebo) brukte forskerne et forsøksdesign med fire grupper. To av gruppene ble informert om at de

henholdsvis hadde drukket alkohol (når de kun ble gitt en alkoholfri drink), eller at de kun ble gitt en alkoholfri drink (når de i realiteten ble gitt alkohol). De to andre gruppene fikk korrekt informasjon om at de hadde drukket henholdsvis alkohol eller alkoholfritt. Alle forsøkspersoner ble, mens de lå i MR-skanneren, bedt om å løse oppgaver som belaster arbeidshukommelsen og impuls kontroll.

De foreløpige resultater viser at alkohol har en dempende effekt på aktiviteten i fremre deler av hjerne. Placebo – det å tro at en har drukket - har derimot en stimulerende effekt i de samme områder. Prosjektet har derfor påvist at alkohol, selv i små doser, reduserer aktiviteten i viktige områder i hjernen, og at placebo har en selvstendig effekt ut over effekten av alkohol.

PROSJEKT: Nevronal aktivering etter administrasjon av alkohol - en fMRI studie.

PROSJEKTLEDER: Kenneth Hugdahl.

PROSJEKTDeltaker: Hilde Gundersen.

Tar bilder av hjerner under hallusinasjon

Et forskernettverk med utspring i Bergen Mental Health Research Center (BMH-Senteret) ved Universitetet i Bergen og Haukeland Universitetssykehus, har ved hjelp av funksjonell (fMRI) og strukturell magnetresonansavbildning studert hjerneaktiviteten ved hørselshallusinasjoner hos schizofrene.

Forskergruppen tror at det å «høre stemmer» er en form av språkpersepsjon. Hallusinasjonen har ingen ekstern kilde, men oppleves som vanlig talespråk. Det er derfor nærliggende å tro at hørselshallusinasjoner oppstår i de samme områder i hjernen som kontrollerer normal språkpersepsjon, dvs i bakre, øvre del av venstre tinninglapp.

En nylig publisert MR-studie fra forskergruppen har påvist reduksjon av grå hjernesubstans i dette området hos pasienter med schizofreni. De har også funnet at det er samsvar med denne reduksjonen og intensiteten og forekomsten av hørselshallusinasjoner hos pasientene.

Forskerne er i gang med å undersøke hvordan aktiviteten i det samme området av hjernen reagerer når schizofrene pasienter og friske kontrollpersoner lytter til enkle språkstimuli.

Hypotesen er at aktiviteten i venstre tinninglapp vil være redusert hos hallusinerende pasienter, noe som skyldes hjerneskade hos pasienter med schizofreni. Forskerne skal også gjøre forsøk med bruk av enkle stavelleslyder for å studere hvordan eksterne stimuli blir blokkert under hallusinasjoner.

Forskernettverket har sammen med TIPS-prosjektet ved Ullevål Universitetssykehus søkt om status som Senter for Fremragende Forskning

PROSJEKT: Funksjonell magnet resonans (fMRI) avbildning ved mentale lidelser.

PROSJEKTLEDER: Kenneth Hugdahl.

PROSJEKTDELTAKER: Hugo Jørgensen, Vidar Steen og Heidi van Wageningen.

Hjernen forandrer seg hele livet

Både hjernestruktur, hjerneaktivitet og kognitive evner endres i løpet av livet. Men de endres ikke likt for alle. Forskjellene i hvordan folk husker og resonnerer varierer både mellom folk i ulike aldre, og mellom personer på samme alder.

Nye metoder gjør det mulig å kartlegge variasjoner i hjernebark og andre hjerneområder og se disse i sammenheng med kognitive funksjoner. Forskere ved Universitetet i Oslo har undersøkt hvordan individuelle forskjeller og aldersendringer i evne til å løse oppgaver påvirkes av hjerneanatomi og hjerneaktivitet. De har gjort målinger ved hjelp av magnettomografi (MRI), elektrofysiologiske registreringer og nevropsykologiske tester og sett på hvordan de ulike målene henger sammen hos friske mennesker i alder fra 20 til 90 år.

Resultatene viser at variasjon i volumet av ulike hjernestrukturer har betydning på hvor mye en person husker over lengre tid og hvor godt han eller hun er i stand til å løse vanskelige kognitive oppgaver. Forskerne fant også at hurtigheten og styrken på hjernens elektrofysiologiske responser påvirker hvordan en person løser slike oppgaver.

Forskerne fant at eldre og yngre mennesker bruker til dels forskjellige områder i hjernen for å løse de samme kognitive oppgavene. Eldre mennesker husker det de har lært like godt som yngre, men de bruker lengre tid på å lære seg nye ting og er langsommere.

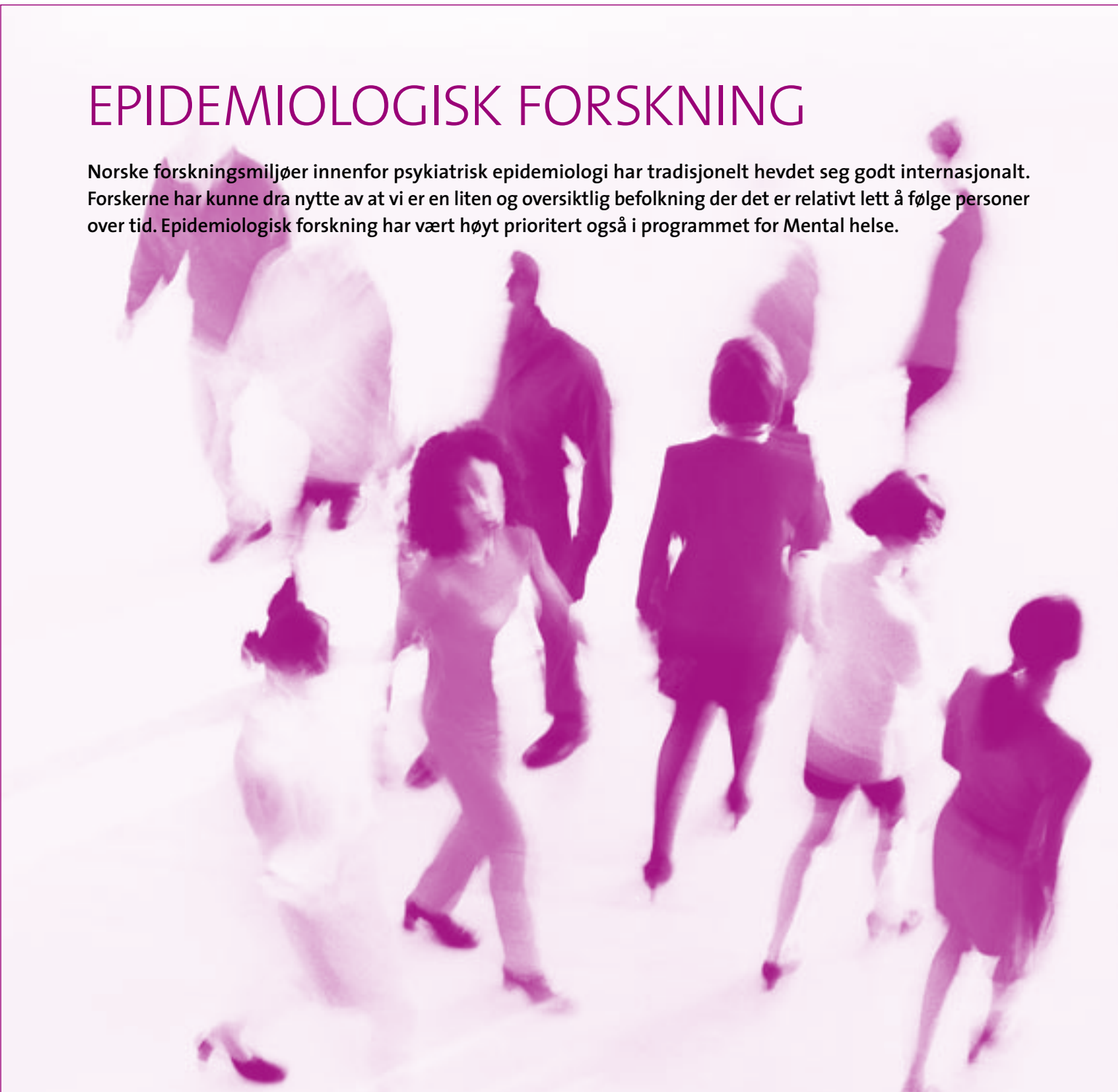
Resultatene tyder også på at en persons evne til å løse vanskelige kognitive oppgaver er avhengig både av hvor hurtig hjernen er i stand til å behandle informasjon (målt med elektrofysiske mål), og hvor tykk hjernebarken er målt ved hjelp av databehandlede MR-bilder. Resultatene tyder på at det kan være mulig å måle endringer i hjernen på et tidlig stadium som etter hvert kan føre til kognitiv svikt og demens, men det trenges mer informasjon basert på oppfølging av samme personer over lengre tid før metodene kan brukes i praktisk diagnostikk.

PROSJEKT: En undersøkelse av normal aldring og MCI ved bruk av nevropsykologiske mål, hendelsesrelatert potensialer (ERO) og bildediagnostikk (MRI).

PROSJEKTLEDER: Ivar Reinvang.

EPIDEMIOLOGISK FORSKNING

Norske forskningsmiljøer innenfor psykiatrisk epidemiologi har tradisjonelt hevdet seg godt internasjonalt. Forskerne har kunne dra nytte av at vi er en liten og oversiktlig befolkning der det er relativt lett å følge personer over tid. Epidemiologisk forskning har vært høyt prioritert også i programmet for Mental helse.



«Store populasjonsstudier har gitt gode data på forekomst, sosiodemografi og dødelighet knyttet til psykiske lidelser.»

Det siste tiåret er det internasjonalt gjort store framskritt innenfor psykiatrisk epidemiologi. Mange store populasjonsstudier har gitt gode data på forekomst, sosiodemografi og dødelighet knyttet til psykiske lidelser. Det finnes likevel store kunnskapshull, blant annet om sammenhengen mellom psykiske og somatiske lidelser, søvnvansker, om årsaker til og forløpet av psykiske lidelser, og om barn som har psykiske lidelser er mer utsatt i voksen alder.

Tetter kunnskapshull

Programmet for Mental helse har sett det som en viktig oppgave å bidra til å tette noen av disse kunnskapshullene. Av programmets prosjekter til psykiatrisk epidemiologi, har omlag halvparten av disse gått til barne – og ungdomspsykiatriske studier.

Prosjektene har vært alt fra store oppfølgingsstudier eller kohortstudier til mer tradisjonelle tverrsnittstudier. I tillegg til undersøkelser i den norske normalbefolkningen, har det vært gjort studier blant mer avgrensede grupper som flyktninger/innvandrere, homofile/lesbiske og gravide.

Nytt er det at prosjektene ikke bare studerer risikofaktorer for psykisk sykdom, men også ser på hvilke faktorer som

bidrar til beskyttelse mot eller mestring av psykiske lidelser. Temaene har spent fra angst, depresjon og selvmord, til spiseforstyrrelser, atferdsvansker og søvnproblemer.

Forskernettverk

I tillegg til støtte gitt til enkeltprosjekter, har programmet også oppmuntret til utvikling av forskernettverk innenfor psykiatrisk epidemiologi. Det norske psykiatriske epidemiologiske miljøet har vært delt i flere miljøer og det har ikke eksistert noe samlet nasjonalt nettverk eller en nasjonal strategi for utvikling av feltet.

Arbeidet med å etablere et slikt nettverk er ikke kommet så lang som ønskelig, men Nettverk for psykiatrisk epidemiologi (NEPE) har avholdt to nasjonale forskermøter.

Det å koordinere den norske forskningsinnsatsen innenfor epidemiologifeltet ytterligere er viktig. Særlig de store befolkningsstudiene er ressurskrevende, og det er viktig å unngå overlappinger og dobbeltarbeid.

Samarbeidet med helsetjenesteforskningen bør også styrkes. Internasjonalt er det en klar forståelse av sammenhengen mellom psykiatrisk epidemiologi og helsetjenesteforskning, og flere av de internasjonalt ledende miljøene har ikke klare skiller mellom disse to forskningsfeltene.



Vil kartlegge psykiske problemer blant barn

Hvor vanlig er det at barn har psykiske vansker? Fanges barn med problemer opp tidsnok? Får de den hjelpen de trenger? Dette er spørsmål undersøkelsen «Barn i Bergen» skal gi svar på.

Det er Unifob Helse ved Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion vest, som er ansvarlig for prosjektet «Barn i Bergen.» I tillegg til å kartlegge omfanget av psykiske problemer hos barn, skal prosjektet også se nærmere på hvilke faktorer hos barnet eller i barnets familie som har betydning for deres psykiske helse.

«Barn i Bergen» er den største undersøkelsen av barns psykiske helse i et nordisk land, og en av de største som er gjennomført internasjonalt. Den benytter måleinstrumenter som er brukt i flere andre studier, noe som gir mulighet for sammenligning av funn og resultater mellom land. Forskergruppen samarbeider med nettverk og forskere i bl.a. Norden og Storbritannia.

Det er flere doktorgradsstipendiater knyttet til prosjek-

«Ved å følge de samme barna håper forskerne også å kunne si noe om årsaksfaktorer bak psykisk sykdom.»

tet, og disse tar for seg mer avgrensede problemstillinger omkring ulike tilstandsbilder som autisme, hyperaktivitet, atferdsvansker, tics/Tourette og spiseforstyrrelser. Det ses også på sammenheng mellom kronisk fysisk sykdom og mental helse, endring/stabilitet av problemene, når ulike vansker vanligvis debutterer og om de gir økt risiko for tilleggsvansker.

Første runde av studien startet i 2002 og omfatter alle barn i 2.-4. klasse. Studien er en befolkningsundersøkelse med longitudinelt design, hvor de samme barna vil bli undersøkt med tre års mellomrom frem til voksen alder.

Første trinn i prosjektet bestod av en spørreskjemaundersøkelse der foreldre og lærere svarte på spørsmål om barnets følelsesmessige og atferdsmessige utvikling. Det var

også spørsmål om kontakt med hjelpeinstanser som PPT eller BUP. Neste trinn bestod av diagnostisk intervju med foreldre til omlag 1000 barn, med og uten psykiske vansker. Deretter ble det gjort en mer detaljert undersøkelse med fysiske og psykologiske tester av omlag 300 barn.

Resultater fra undersøkelsen er nå under publisering, og derfor ennå ikke offentlige. Runde to planlegges gjennomført våren 2006, når barna er 11-13 år gamle. Ved å følge de samme barna håper forskerne også å kunne si noe om årsaksfaktorer bak psykisk sykdom.

Undersøkelsen er finansiert med midler fra Norges forskningsråd, Sosial- og helsedirektoratet, Helse Vest RHF og Universitetet i Bergen.

PROSJEKT: Barn i Bergen.

PROSJEKTLEDER: Christopher Gilberg (til og med 2005).

PROSJEKTDeltakere: Mikael Heimann, Astri Lundervold og Kjell Morten Stormark og Einar Heiervang.

Menn mer deprimert, kvinner mindre

En tiårsstudie av forekomsten av psykiske lidelser viser at det ikke blir flere psykisk syke, men hvem som blir syke endrer seg. Menn, og særlig unge menn, plages oftere med depresjon i dag. Færre kvinner er deprimert nå enn for ti år siden.

Hensikten med prosjektet var å følge forekomsten av psykiske lidelser i befolkningen, lete etter årsaksfaktorer, og se på forløpene og hva som påvirker disse. Det ble lagt spesiell vekt på å studere kjønnsforskjeller.

Datagrunnlaget bestod av intervjuundersøkelser gjort blant cirka 2000 personer i Oslo og Lofoten i 1990 og en oppfølgende intervjurunde med de samme personene og nye i 2000-2002. I tillegg ble det gjort bruk av tryggedata om sykmelding, uførhet, diagnoser mv.

Resultatene fra undersøkelsen viser ingen økning i depresjon fra 1990 til 2001 i befolkningen som helhet, men en kraftig omfordeling. Blant de yngre (18-34 år) nå er det nå like mange deprimerte menn som kvinner. Tidligere var

«Kvinner bruker i mye større grad enn menn familie, venner og omgangskrets til å snakke om sine problemer.»

det mer enn dobbelt så mange kvinner som hadde depresjon. Årsaken kan være endringer i menns og kvinners roller, som en følge av de siste tiårs likestilling, mener forskerne. Kvinner har fått det bedre hjemme og på jobben, mens menn blir utfordret på sine tradisjonelle arenaer.

Depresjon utløses ofte av psykiske belastninger. Menn som hadde mistet foreldrene eller hadde vokst opp med foreldre med alkoholproblemer eller psykiatriske lidelser, hadde større risiko for å få psykiske problemer hvis de opplevde psykiske belastninger også i voksenlivet. Menn blir oftere og lengre sykmeldt enn kvinner ved depresjon. Mange har psykosomatiske lidelser som trolig ikke får rett behandling.

Sosial støtte fra familie og venner har en dempende effekt på psykiske problemer. Kvinner bruker i mye større grad enn menn familie, venner og omgangskrets til å snakke om sine problemer. Menn snakker ofte bare med ektefellen.

Mens folk i 1990 i stor grad søkte hjelp på sosialkontor, hos prest eller andre, henvender flere seg i dag til lege, psykiatere og psykologer. Hjelpsøkingen har gått ned og folk er mer fornøyd med hjelpen de får i 2001.

En ny oppfølging er planlagt innen 2010. Det arbeides systematisk med forbedring og utvikling av analysemetoder. Kunnskapen fra prosjektet er viktig både for forebyggende arbeid og behandling i den offentlige helsetjenesten, samfunnsmedisinen og helsetjenesteforskningen.

PROSJEKT: Årsaker, forekomst og forløp av psykiske helseproblemer. En 10 års oppfølging.

PROSJEKTLEDER: Inger Sandanger.

PROSJEKTDeltakere: Jan F. Nygård, Tom Sørensen, Odd Steffen Dalgard, Ole Klungøy, Kari Ann Leiknes, Søren Brage, Miggie Gamperiene, Elisabeth Svensson, Deborah Reas, Dag Hofoss, Pål Gulbrandsen og Anne Karine Wilson.



BARN OG UNGE

Barn og unges psykiske helse har vært et tema i norsk forskning de siste 15 år, men forskningen har vært spredt på mange miljøer, og det har vært få sterke, godt fokuserte forskergrupper. Programmet for Mental helse har bidratt til en markant økning i aktiviteten på feltet.

«Det er også behov for mer forskning om sammenhengen mellom rusmisbruk og barn og unges psykiske helse.»

Forskningen under programmet for Mental helse fikk et godt skussmål i den internasjonale evalueringen av Norges forskningsråd. Norsk forskning på dette feltet høster internasjonal anerkjennelse, og flere prosjekter er samarbeidsprosjekter med internasjonale toppforskere. Forskningen har også blitt mer tverrfaglig og mindre konsentrert rundt noen få enkelt miljøer.

Satsinger

Program for Mental helse innvilget støtte til mange prosjekter med problemstillinger knyttet til barn og unges psykiske helse. Flere prosjekter er epidemiologiske studier, oftest ungdomsstudier. Flere kliniske prosjekter har gjort studier av ulike kliniske tilstander, oppfølgingsundersøkelser, behandlingsstudier og mer metodeorienterte studier. Noen prosjekter har studert behandling: effekter av behandling eller prosess.

Det er oftest innvilget midler til enkeltstående prosjekter, som i noen tilfeller er knyttet til en studie som også har fått annen finansiering. I noen tilfeller er det innvilget midler til flere prosjekter knyttet til samme studie, enten prosjekter

som tar opp flere aspekter i samme datainnsamling eller til longitudinelle studier med flere datainnsamlinger.

Videre forskning

Forskningen innenfor barn og unges helse vil forhåpentligvis bli prioritert høyt også i de kommende år. Norges forskningsråd har bevilget særskilte midler til to områder av særlig relevans til barn- og ungdoms mental helse – forskning om beskyttelsesfaktorer og mestring (resiliens) og ADHD forskning. Det er også behov for mer forskning om sammenhengen mellom rusmisbruk og barn og unges psykiske helse – et området der det har vært gjort lite i Norge.

Det internasjonale forskningsfeltet er opptatt av dypere forståelse av biopsykososiale utviklingsprosesser: samspill genetik/miljø, medierende prosesser og modererende faktorer. Likeledes har internasjonal behandlingforskning fokus på bedre forståelse av endringsmekanismer, og «What works for whom?». Norsk forskning bør også satse på disse områder, både for egen del og for å kunne dra nytte av den forskning som gjøres andre steder.



Brå død blant barn og unge i Norge: selvmord og ulykker

Selv om barn under 16 år sjelden begår selvmord, er det et økende problem. Selvmord blant barn er også mer vanlig i Norge enn i mange andre land, noe som gjør at det er av spesiell interesse å studere forholdene i vårt land.

Det er ikke uvanlig at barn og unge kommer med selvmordstrusler, men det er vanskelig å vite når disse truslene skal tas på alvor og hvor ofte de faktisk fører til selvmord. Kunnskapen om selvmord og selvmordsfare blant barn og unge har til nå vært mangelfull både i Norge og i andre land. Det knytter seg også stor usikkerhet hvor mange barn som begår selvmord fordi det kan ligge selvmordsmotiver bak dødsfall som blir karakterisert som ulykker.

Hovedmålsettingen med denne undersøkelsen er å samle kunnskap om selvmord blant barn under 16 år, slik at selvmordstrusler og selvmordsfare kan vurderes bedre og møtes

«Det knytter seg stor usikkerhet til hvor mange barn som begår selvmord.»

med forebyggende tiltak. Undersøkelsen håper også å kunne gjøre det mulig å skille klarere mellom ulykke og selvmord som dødsårsak, bl.a. ved å vurdere omstendighetene bak dødsfallene. Ved å sammenlikne med gjennomsnittsbarn vil en finne fram til risikofaktorer for brå død.

Den hjelp og støtte familier får etter brå dødsfall blant barn er trolig mangelfull. Undersøkelsen skal kartlegge hvilken hjelp og støtte familier får i dag, og vurdere det opp mot de behov for støtte familiene mener de har.

Prosjektet baserer seg på intervju med foreldre til barn som dør ved selvmord og barn som dør i visse typer ulykker. Dette materialet skal suppleres med intervju

med andre personer som kjente barnet. Informasjon vil innhentes skriftlig fra hjelpeinstanser og politi. Det vil bli brukt gjennomprøvde intervjumaler fra tilsvarende studier i andre land. På den måten er det også mulig å gjøre sammenlignende undersøkelser av risikofaktorer og beskyttende faktorer i flere land.

Prosjektet vil også ta i bruk data fra Statistisk Sentralbyrå for epidemiologisk oversikt over registrerte selvmord og ulykker med dødelig utgang i aldersgruppen opp til 16 år over en 10-årsperiode. Prosjektet ble påbegynt i 2005 og skal avsluttes i 2009.

PROSJEKT: Brå død blant barn og unge i Norge: selvmord og ulykker.

PROSJEKTLEDER: Berit Grøholt.

PROSJEKTDELTAKER: Anne Freuchen.



Mye kriminalitet blant tidligere ungdomspsykiatriske

Kriminalitet er svært vanlig blant tidligere ungdomspsykiatriske pasienter. Kriminalitet og vold er vanligst blant gutter og de med alvorlige atferdsavvik. Hos jenter har kriminalitet ofte sammenheng med narkotikamisbruk.

En langtidsoppfølging av nær 1100 pasienter som hadde vært innlagt på Ungdomspsykiatrisk klinikk ved Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri (SSBU) mellom 1963 og 1981 har tidligere vist at det hadde gått dårlig med mange. Mange var blitt uførepensjonert eller utsatt for en tidlig, ofte voldelig, død. I tillegg hadde over halvparten havnet i Strafferegisteret.

Mental helse ga støtte til et prosjekt som skulle undersøke gruppen nærmere, med særlig vekt på en studie av kriminalitetsutviklingen. Det viste seg at kriminaliteten hang nøye sammen med både kjønn og diagnose under oppholdet på den psykiatriske institusjonen. Gutter var mer kriminelle enn jenter, og de med alvorlig atferdsav-

«Stoffproblemer var nært forbundet med senere kriminalitet, særlig hos jenter.»

vik var mer kriminelt aktive enn de med andre diagnoser. Blant gutter var det de med en psykotisk lidelse som hadde begått færrest voldelige forbrytelser.

Undersøkelsen avdekket mange markerte forskjeller mellom ungdom som havnet i Strafferegisteret og de som ikke gjorde det. Stoffproblemer var nært forbundet med senere kriminalitet, særlig hos jenter. Å ha dårlig kontroll over egne impulser og det å ha en forelder som selv hadde problemer med stoff/alkohol og kriminalitet var nært forbundet med senere voldelig kriminalitet, særlig hos gutter.

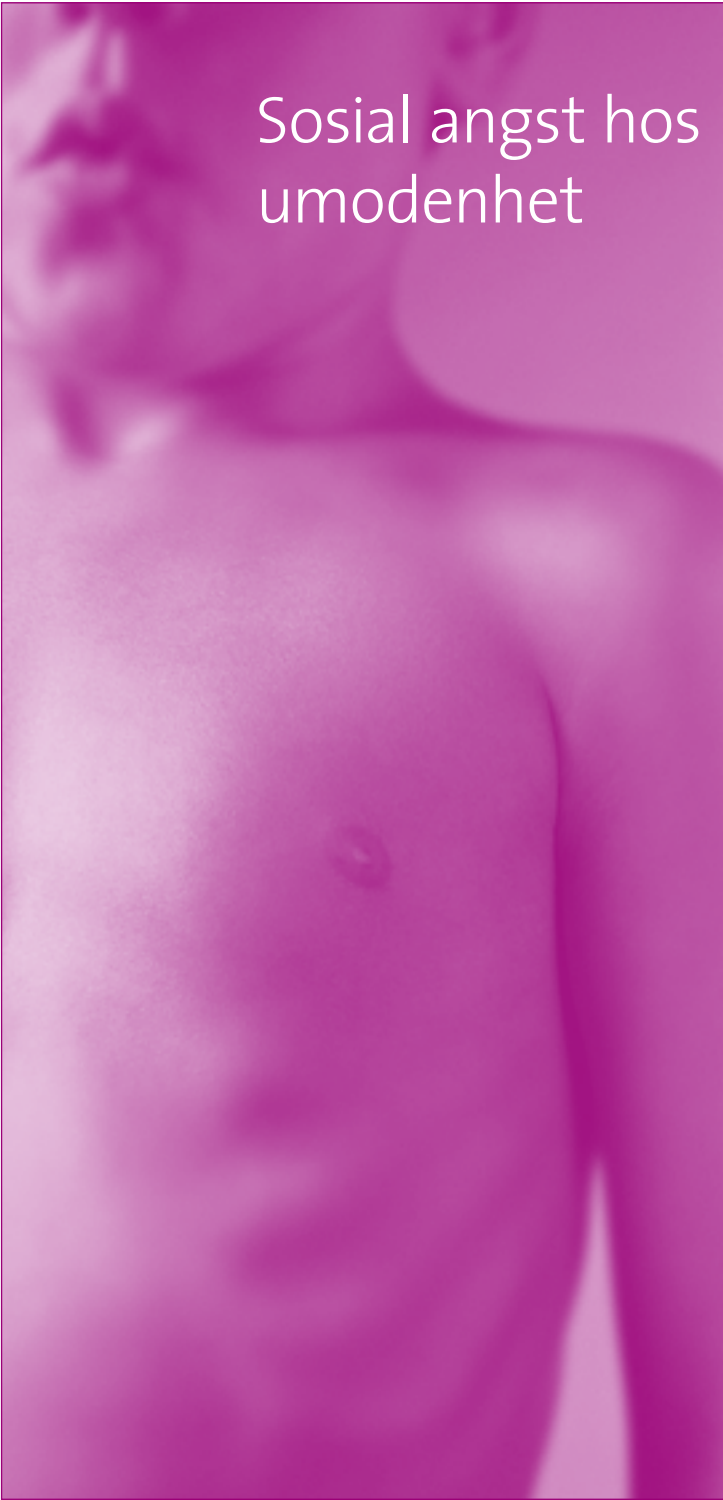
Hos gutter var det tyveri som tydeligst pekte mot senere kriminalitet, mens det hos jenter var det å stikke av hjemmefra som var den sterkeste markøren.

Det ble også gjort en oppfølgende undersøkelse blant en tilsvarende gruppe ungdomspsykiatriske pasienter som hadde vært innlagt 1987-1990. Formålet var å undersøke om det hadde skjedd endringer i den kriminelle aktiviteten blant ungdomspsykiatriske pasienter som hadde vært innlagt over perioden 1963-1990, eller om forholdene var omtrent uforandret.

Det viste seg at den kriminelle aktiviteten blant gutter var uendret over perioden, selv om de nyeste gruppene oftere også begikk narkotikakriminalitet. Til gjengjeld hadde det skjedd en markant økning i jentenes kriminelle aktivitet, både totalt og i forhold til voldelig kriminalitet og narkotikakriminalitet.

PROSJEKT: Kriminell aktivitet blant tidligere ungdomspsykiatriske pasienter.

PROSJEKTLEDER: Ellen Kjelsberg.



Sosial angst hos barn kan være knyttet til umodenhet

Barn som har sosial angst skårer ofte dårligere enn andre barn på språklige og motoriske tester. Dette kan tyde på at sosial angstlidelse er knyttet til umodenhet i utviklingen. Umodne barn vil ofte utsettes for psykologisk stress når de møter krav og situasjoner de ikke helt mestrer. Skal en hjelpe barn med sosial angst er det viktig at kravene er tilpasset barnets modningsnivå.

Sosial angst innebærer redsel for situasjoner der en blir utsatt for vurdering og kanskje kritikk fra andre. For noen begrenser angsten seg til det å opptre i forskjellige sammenhenger, mens andre er redde for å treffe nye mennesker, snakke i grupper, bryte inn i en samtale, osv.

De fleste mennesker kan oppleve litt hjertebank og svette hender før de skal holde en tale. For mennesker med sosial angstlidelse er imidlertid redselen langt kraftigere enn vanlig. Selv om de vet at redselen er irrasjonell klarer de ikke å kontrollere den. Sosial angstlidelse hemmer livsutfoldelsen og kan føre til senere depresjoner.

Sosial angstlidelse kan starte allerede i barnealder. Barn

«Barn med sosial angstlidelse skåret dårligere enn barn uten diagnoser på tester for språk og motorikk.»

med sosial angst er reddest for situasjoner hvor de må snakke til jevnaldrende, lese høyt i klassen, komme inn i en samtale. Men de kan også være redde for andre situasjoner der de må prestere noe, for eksempel i musikktimen eller på idrettsbanen. Spørsmålet er om barnas redsel for negativ kritikk er reell eller bare noe de forestiller seg. Er det slik at de faktisk ikke mestrer den fryktede situasjonen eller bare tror de at de ikke får det godt nok til?

Tidligere undersøkelser har vist at barn med sosial angst ikke får til sosialt samspill like bra som andre jevnaldrende. Hvilke elementer i det sosiale samspillet de kan ha problemer med, er mindre studert. Både språk og motoriske ferdigheter er viktige bestanddeler i det å samhandle med andre.

Dette er bakgrunnen for at Regionsenteret for barn og unges psykiske helse, helseregion øst og sør har sett på

om barn med sosial angstlidelse kan ha lette utviklingsforsinkelser eller forstyrrelser innen språk og motorikk. I et befolkningsbasert utvalg av 150 11-12 åringer, ble barn med sosial angstlidelse sammenlignet med barn med ADHD, barn med andre diagnoser og barn uten diagnoser. Resultatene viser at barn med sosial angstlidelse skåret dårligere enn barn uten diagnoser på tester for språk og motorikk. Mødrene deres rapporterte også oftere at barna hadde vist en senere utvikling på disse områdene sammenlignet med jevnaldrende.

Barn med lett forsinket eller forstyrret utvikling vil ofte bli stilt overfor krav som de ikke er modne nok til å mestre. Dette kan igjen føre til psykologisk stress. Når en skal hjelpe barn med sosial angstlidelse er det derfor viktig å tilpasse kravene til barnets reelle funksjonsnivå.

PROSJEKT: Sosial angstlidelse hos barn – relasjon til utviklingsforsinkelse/forstyrrelse innen språk og motorikk.

PROSJEKTLEDER: Hanne Kristensen.

Hvor vanlig er depresjon blant unge?

Depresjon kan hemme både den følelsesmessige og sosiale utvikling hos unge. I verste fall kan depresjon også føre til selvmordsforsøk eller selvmord. Men hvor stort er problemet? Er det blitt større? Og hvordan går det med de unge når de blir voksne?

Slik spørsmål var det forskere ved det medisinske fakultet ved NTNU ønsket å finne ut av da de satte en gang en oppfølgingsundersøkelse av Trøndelagsundersøkelsen «Ungdom og psykisk helse».

Kunnskapen om utvikling av depressive lidelser i ungdomstiden har vært mangelfull. Det har vært hevdet at depressive lidelser øker blant unge, men sikre tall finnes ikke. Det er heller ikke kjent hvordan det går med de unge. Går depresjonene over, eller tar de dem med seg inn i voksenlivet? Har ungdom med depresjon andre problemer i tillegg?

Prosjektet ble gjennomført ved at en undergruppe på 346 ungdommer med en gjennomsnittsalder på 15 år ble trukket ut fra et representativt befolkningsutvalg utvalget

«Omlag 40 prosent av de som hadde depresjon hadde også tilleggs- lidelser som angst, atferdsproblemer eller posttraumatisk stress.»

som var med i prosjektet «Ungdom og Psykisk Helse». De gjennomgikk deretter et standardisert Barne- og Ungdoms-psykiatrisk Intervju (Kiddie - SADS) på grunnlag av scorer i selvrapportskjemaet: «Humøret Ditt».

Forekomsten av alvorlige depressive lidelser (Alvorlig depresjon og kronisk depresjon) i den totale ungdomsbefolkningen ble beregnet til under tre prosent, men forekomsten var opptil åtte ganger så høy blant jenter som hos gutter. Omlag 40 prosent av de som hadde depresjon hadde også tilleggs-lidelser som angst, atferdsproblemer eller posttraumatisk stress. Få av ungdommene med depressive lidelser hadde fått spesialisthjelp. Flere ble henvist videre underveis i prosjektet.

264 av opprinnelige 346 ble undersøkt igjen i 2004 -2005 med nye spørreskjema og intervju over telefon. Resultatene av disse intervjuene er ikke ferdig analysert, men forskerne håper prosjektet vil kunnskap om forløp og prognose av depressive ledelser fra ungdomsalder over til ung voksen alder. Den vil også kunne si noe om faktorer som øker risikoen for at unge utvikler kroniske depressive plager og hvilke som beskytter mot depresjon eller bidrar til bedring i symptomer og lidelser. Prosjektet vil også gi kunnskap om hvordan unges suicidale tanker eller atferd utvikler seg fram mot voksen alder.

Prosjektet vil gi kunnskap som kan forbedre mulighetene til å gi effektiv behandling til ungdommer med depresjon.

PROSJEKT: Prognose, insidens og prediksjon ved depresjon og suicidalitet hos ungdommer/unge voksne.

PROSJEKTLEDER: Anne Mari Sund.

PROSJEKTDeltakere: Bo Larsson, Latha Nruham og Lars Wichström.

KLINISK FORSKNING

Klinisk forskning innenfor mental helse foregår i hovedsak ved universitetsinstituttene i psykiatri, psykologi og i noen grad medisinske atferdsfag og ved universitetsklinikker. Det foregår også noe klinisk forskning i instituttsektoren og i kliniske settinger utenom universitetsklinikkene, men det aller meste av forskningsmidlene fra Norges forskningsråds program for Mental helse har gått til universitetene og universitetsklinikkene. Det er glidende overganger mellom klinisk forskning og de andre områdene, og mange av prosjektene som gjelder barn og ungdom er også av klinisk karakter.



«Innenfor klinisk forskning har programmet valgt å satse både på store bevilgninger til enkelte utvalgte store prosjekter, og på bredde.»

Behandlingsforskning

Over halvparten av de kliniske prosjektene er behandlingsforskning. En stor andel av dem handler om psykoterapi eller kommunikasjon, i hovedsak fra fire forskningsmiljøer (institutter for hhv. psykiatri, atferdsfag og psykologi ved UiO og psykologi/psykiatri ved NTNU). De øvrige behandlingsforskningsprosjektene gjaldt i hovedsak behandling av pasienter med alvorlige psykiske lidelser, de fleste forankret ved UiO, etter ved NTNU.

De øvrige kliniske prosjektene dekket er bredt spekter av pasientgrupper og temaer: kognitiv funksjon ved alvorlig sinnslidelse, psykologiske og psykiatriske aspekter ved somatisk sykdom og sosiale og opplevelsesmessige aspekter ved psykisk lidelse. Det var også enkeltprosjekter på områder som selvmord, spiseforstyrrelser og demens.

Store prosjekter

Fem større prosjekter har mottatt omlag 40 prosent av bevilgningene til klinisk forskning i perioden.

«Ullevål 600» er et kombinert klinisk og basalt forskningsprosjekt om alvorlig psykiatrisk sykdom. Prosjektet har samlet inn et stort materiale med pasienter med schizofreni og bipolar lidelse, og skal blant annet undersøke genetisk sårbarhet for sykdom.

«Tidlig intervensjon ved psykoser» (TIPS) er et internasjonalt flersenterprosjekt, der en undersøker effekt av tidlig identifisering og behandling av pasienter med førstegangspsykose. De første analysene viste at varigheten av ubehandlet psykose var signifikant kortere med tidlig oppdagelse.

«Oslo-Bergen-prosjektet» var et samarbeid mellom institutter for psykologi og psykiatri i Oslo og Bergen hvor pasienter med schizofreni eller alvorlig depresjon ble sammenliknet med henblikk på kognitive og nevropsykologiske forstyrrelser.

Det største prosjektet innen psykoterapifeltet har vært «Multisenterprosjektet», som gjennomføres med utgangspunkt i Psykologisk institutt, UiO. Hovedhensikten er å studere utfall og prosess ved psykoterapeutisk behandling av pasienter med ulike former for psykopatologi og å stimulere til rekruttering til psykoterapiforskning. Prosjektet ledes av en flerfaglig forskergruppe med representanter fra sentrale norske psykoterapiforskningsgrupper.

Et annet større psykoterapiprosjekt gjennomføres ved NTNU under betegnelsen The Trondheim Psychotherapy Program (TPRP) er et større psykoterapiprosjekt ved NTNU som studerer psykoterapeutisk endring på tvers av ulike terapiformer, pasientkategorier og terapeuter. Prosjektet har etablert et samarbeid med forskere ved Harvard-universitetet, USA.

Klinisk forskning

Innenfor klinisk forskning har programmet valgt å satse både på store bevilgninger til enkelte utvalgte store prosjekter, og på bredde. Dette er i samsvar med målet om både å fremme forskningen av særlig høy kvalitet og samtidig sikre tilstrekkelig bredde i forskningen.

Psykiske lidelser øker risiko for andre sykdommer



Pasienter med psykotiske lidelser har høyere risiko enn andre for å misbruke rusmidler og for å få hjertekarsykdommer. De har også vanskeligere for å tolke andres følelser, noe som gjør at de klarer seg dårligere i sosiale situasjoner. Det viser resultater fra undersøkelsen Ullevål 600.

Ullevål 600 er et kombinert klinisk og basalt forskningsprosjekt for å gi bedre kunnskap om pasienter med alvorlig psykiatrisk sykdom (schizofreni, og bipolar lidelse). Pasienter med slike sykdommer har mange plager, de legger beslag på store helseressurser, og kunnskapen om lidelsene er mangelfull.

I den første fasen av prosjektet kartla forskerne viktige kliniske fenomener hos pasientgruppen. 289 pasienter ble diagnostisert og intervjuet om bivirkninger av medisiner, symptomer og rusmisbruk. Deres kognitive funksjoner ble kartlagt og analysert med tanke på sosial funksjon og

«Risikofaktorer for hjerte-karlidelser er 2-3 ganger så vanlig hos pasienter med psykotiske lidelser som hos normalbefolkningen.»

forskjeller mellom sykdomsgruppene. Samme undersøkelser ble gjort på en kontrollgruppe med 225 friske personer.

Resultatene viser at risikofaktorer for hjerte-karlidelser (røyking, overvekt, høyt kolesterol, høyt blodtrykk) er 2-3 ganger så vanlig hos pasienter med psykotiske lidelser som hos normalbefolkningen. Dette funnet tyder på at helsevesenet man må ta disse risikofaktorene mer på alvor og utarbeide rutiner og intervensjoner som kan hjelpe pasientene.

Prosjektet har også vist at pasienter med psykotiske lidelser har vanskeligheter med tolke andres følelser, for eksempel ut fra stemmeleie og tonefall. Det kan forklare

hvorfor mange pasienter med schizofreni klarer seg dårlig i sosiale situasjoner. Resultatene tyder på at det kan være en idé å utarbeide nye treningsprogram for å forbedre oppfattelsen av følelser hos denne pasientgruppen.

Resultater fra Ullevål 600 at det er mer enn dobbelt så vanlig å misbruke rusmidler i pasientgruppen sammenlignet med kontrollgruppen. Spesielt er cannabis mye brukt, og det ser ut til at rusmisbruket er størst hos pasientene som har dårligst forløp. Selv om det er nødvendig å kartlegge rusmisbruk bedre, tyder funnene på at dette er et stort problem, som man må ta mer på alvor i helsetjenesten.

PROSJEKT: Ullevål 600.

PROSJEKTLEDER: Ole Andreassen.



God kommunikasjon gir bedre behandling

Forholdet mellom lege og pasient er ett av de viktigste elementene i medisinsk virksomhet. Kvaliteten av kommunikasjonen mellom lege og pasient har betydning for pasientenes tilfredshet, for etterlevelse av behandlingsopplegget og i noen grad for selve behandlingsresultatet.

Forskning tyder på at det er betydelige individuelle forskjeller med hensyn til hvordan pasientene reagerer på forholdet til legen, særlig når det gjelder den mer emosjonelt ladede kommunikasjonen. I forskningen om lege-pasientkommunikasjon ved Avdeling for atferdsfag, Universitetet i Oslo, har forskerne sett hvordan pasienter med høyt og lavt angstnivå og med ulik grad av evne til å sette navn på egne følelser reagerer på en konsultasjon med lege.

I to studier har forskerne gitt tilbud om en konsultasjon med lege til frivillige forsøkspersoner. Deltakerne i det ene prosjektet var studenter, i det andre pasienter med fibromyalgi. I disse studiene ble legenes kommunikasjonsstil systematisk variert, ved at legen nesten utelukkende

«De pasientene som var engstelige, eller hadde vansker med å sette ord på følelsene sine, reagerte nokså negativt på at legen tok opp psykososiale temaer.»

fokuserte på pasientens symptomer (symptomorientert kommunikasjon) eller også la vekt på psykososiale aspekter (psykososialt orientert kommunikasjon).

Det viste seg at de pasientene som var engstelige, eller hadde vansker med å sette ord på følelsene sine, reagerte nokså negativt på at legen tok opp psykososiale temaer. De ble mindre tilfredse, følte seg mer anspent og viste også mer tegn på stress når legen tok opp emosjonelt ladede temaer enn når kommunikasjonen var mer symptomorientert. Pasienter uten høy angst eller vansker med å sette navn på følelser reagerte derimot positivt på at legen viste interesse for psykososiale aspekter.

Dette mønsteret preget av individuelle forskjeller mellom pasienter med en høy grad av angst og liten evne

til å sette navn på følelser (alexithymi) på den ene siden og pasienter med en bedre emosjonell regulering på den andre viste seg å slå ut som et nokså robust funn i de to studiene, både i forhold til tilfredshet og til emosjonelle og fysiologiske reaksjoner.

I studien av fibromyalgipasienter viste det seg også at tilfredsheten med konsultasjonen hos pasienter med alexithymi (liten evne til å sette navn på følelser) var sterkt avhengig av om legen hadde evne til å vise innlevelse (empati) i pasientens følelser. Med andre ord: disse pasientene reagerte negativt på at legen introduserte vanskelige temaer, men satte pris på at legen viste empati dersom pasienten selv brakte vanskelig ting på bane.

PROSJEKT: Klinisk kommunikasjon, flere prosjekter.

PROSJEKTLEDER: Arnstein Finset.

PROSJEKTDeltakere: Kjersti Holgersen, Peter Kjær Graugaard og Elin Strand.

Viktig med raskt behandling ved psykoser

Personer som får psykose for første gang, må ofte vente lenge på behandling. Tidligere undersøkelser har vist at dette er svært uheldig. Det å gå lenge med ubehandlet psykose gir dårligere utsikter for behandlingsresultatet.

Prosjektet «Tidlig intervensjon ved psykose» (TIPS) ble startet i 1996. Målet var undersøke om det er mulig å få personer med førstegangs psykose til å komme tidligere til behandling, og om raskere behandlingsstart førte til bedre behandlingsresultater. Prosjektet er et samarbeid mellom tre behandlingssenheter: En i Rogaland, en i Oslo og en i Roskilde i Danmark. I prosjektperioden innførte enhetene et felles utrednings- og behandlingsprogram for personer med førstegangs psykose. I tillegg ble det gjennomført et tidlig-oppdagings-program i Rogaland.

«Det er mulig å forkorte varigheten av ubehandlet psykose gjennom innføring av et tidlig-oppdagingsprogram.»

Alle pasienter som kom til behandling for sin første psykose mellom 1997 og 2001 ble spurt om å delta. 301 av 397 mulige deltakere samtykket. Deltakerne ble utredet ved inntak, fikk tilbud om å være med i det tilrettelagte behandlingsprogrammet og undersøkt igjen etter 3, 12 og 24 måneder.

Resultatene viser at varigheten av psykose var klart kortere i Rogaland, som hadde et tidlig-oppdagingsprogram, sammenlignet med Oslo og Roskilde som ikke hadde et slikt program. Pasientene hadde også mindre symptomer

ved behandlingsstart i Rogaland. En oppfølging etter ett år viser at symptombedringen er varig, og pasientene også fungerer bedre sosialt.

TIPS prosjektet har dermed vist at det er mulig å forkorte varigheten av ubehandlet psykose gjennom innføring av et tidlig-oppdagingsprogram. Årsaken synes å være at tidlig start fører til redusert symptombelastning hos pasientene. Dette er ikke vist i noen tidligere undersøkelser.

PROSJEKT: Tidlig intervensjon ved psykoser (TIPS).

PROSJEKTLEDER: Svein Friis.

PROSJEKTDeltakere: Ingrid Melle.



BIOLOGISK OG PSYKOBIOLOGISK
FORSKNINGSNETTVERK

«*Nettverket samler den absolutte spisskompetanse i Norge.*»

For å styrke den biologisk og psykobiologisk forskningen ga programmet for Mental helse støtte til etableringen av forskernettverk. Nettverket samler den absolutte spisskompetanse i Norge innenfor genetikk, basal og kognitiv nevrovitenskap, funksjonell magnet resonans tomografi (fMRI), psykofarmakologi, og klinisk psykiatri. Dette er ekspertise som tradisjonelt ikke har samarbeidet innenfor dette fagfeltet.

Et godt samarbeid mellom miljøet som studerer biologiske aspekter ved mentale lidelser ved Universitetet i Bergen og de kliniske miljøer ved Ullevål sykehus har bidratt til å heve kvaliteten på norsk psykobiologisk og biologisk psykiatrisk forskning, og dermed lagt grunnlaget for ny kunnskap på feltet. Det aktuelle nettverk har lagt grunnen for videre samarbeid med en felles søknad til Forskningsrådet i 2006 om status som Senter for Fremragende Forskning. Forskningen er fokusert mot øket forståelse for årsaker bak schizofreni og bipolare lidelser, fra det molekylære til det kliniske nivå.

PROSJEKT: Forskernettverk innenfor biologisk og psykobiologisk forskning på mentale lidelser.

PROSJEKTLEDER: Kenneth Hugdahl.

PROSJEKTDeltakere: Clive Raymond Evjen Bramham, Hugo A. Jørgensen, Vidar Martin Steen, Ole A. Andreassen, Kjetil Sundet og Ingrid Melle.

Nettverk for forskning på psykiske årsaker til tarmlidelser

Skyldes magelidelser stress? Er overfølsomheten for mat tillært? Øker negative livserfaringer risikoen for sykdom i mage-tarmsystemet? For å bidra til mer kunnskap om sammenhengen mellom psykologi, sentralnervesystemet og mage-tarmlidelser, ble forskernettverket PsyGutNet etablert i 1998 etter initiativ fra programmet for Mental helse.

Formålet var å knytte kontakter mellom de kliniske og basal forskningsmiljøene, og stimulere til forsknings-samarbeid mellom medisinerere, psykologer og psykiatere. Nettverket har ingen egne midler til forskningsprosjekter men fungerer som en møteplass.

En rekke prosjekter er tilknyttet nettverket. Blant annet har forskere ved Institutt for biologisk og medisinsk psykologi, Universitetet i Bergen studert forholdet mellom stress og inflammatorisk tarm i en dyremodell. Fra Psykosomatisk avdeling på Rikshospitalet ledes et prosjekt om hvordan stress og psykisk belastning kan forverre symptomer ved inflammatorisk tarm. De undersøker også om stressmestring kan redusere sykdommens alvorlighet. Ved Haukeland studeres hvordan perifer og kognitiv sensitivisering kan forklare matoverfølsomhet, og i samarbeid med NIFES pågår det forskning om hvordan ernæring kan disponere til sensitivisering.

I tillegg til norsk deltagelse har PsyGutNet invitert en del utenlandske forskere fra USA, Tyskland, Sverige, Italia, og Nederland til å delta i møte i Norge. På denne måten har nettverket bygget opp en internasjonal kontaktflate som vil være en nyttig verktøy for norsk forskningsmiljøer i fremtiden.

PROSJEKT: PsyGutNet.

PROSJEKTLEDER: Robert Murison.

Nettverk for psykiatrisk epidemiologi

Nettverk for psykiatrisk epidemiologi (NEPE) er et forskningsnettverk som gjør studier knyttet til angst- og depresjonsdata fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag 1995-97 (HUNT-2) og Helseundersøkelsen i Hordaland (HUSK). Fra 2002 fikk NEPE også tilgang til data for screening av personlighetsforstyrrelser og sosial fobi i Helseundersøkelsen i Oslo (HUBRO).

NEPE har deltatt aktivt i planleggingen av psykiatri i HUNT-3, som etter planen starter i 2006. Data fra disse undersøkelsene er allerede og vil i framtiden knyttes opp til ulike offisielle helse- og sykdomsregistre.

Målet med NEPE er å få fram doktorander og øke den akademiske kompetansen i psykiatrisk epidemiologi, etablere et stabilt nettverk for slik epidemiologi, skaffe nødvendig veiledning i statistikk og metode, sikre utnyttelsen av foreliggende og fremtidige databaser samt å sørge for internasjonale presentasjoner og kontakter.

Prosjektet samarbeider med Nasjonalt folkehelseinstitutt; Klinikk for psykiatri, Aker universitetssykehus; Psykiatrisk institutt, Universitetet i Bergen; Psykiatrisk klinikk, Haukeland universitetssykehus; Seksjon for forebyggende medisin, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen; HEMIL-senteret, Universitetet i Bergen; Medisinsk fødselsregister; Psykiatrisk klinikk, Ålesund sjukehus; Institutt for nevrovitenskap, NTNU og Psykiatrisk klinikk, Helseforetaket Nord-Trøndelag.

PROSJEKT: Nettverk for psykiatrisk epidemiologi.

PROSJEKTLEDER: Tone Tangen Haug.

Programstyrets sammensetning

Medlemmer høsten 2005:

Professor Arnstein Finset, leder

Inst. for medisinsk atferdsfag, UiO

Professor Asbjørg Solberg Christophersen

Nasjonalt folkehelseinstitutt, Oslo

Forskningssjef Sonja Heyerdahl

Regionsenter for barne- og ungdomspsykiatri, Oslo

Professor Lars von Knorring

Akademiska sjukhuset, Uppsala

Professor Edvard Ingjald Moser

Senter for hukommelsesbiologi, NTNU

Førsteamanuensis Reidun Olstad

Avd. for klinisk psykiatri, UNN

Avdelingsdirektør Finn Aasheim

Sosial- og helsedirektoratet

Tidligere medlemmer:

Professor Svein Friis – til 31.12.03

Ullevål sykehus, UiO

Professor Siri Erika Gullestad – til 31.12.03

Psykologisk institutt, UiO

Avdelingsdirektør Thor Rogan – til 30.05.03

Helsedepartementet

Administrasjonen:

Seniorrådgiver Torbjørg Øyslebø

Divisjon for vitenskap

Konsulent Camilla Røe

Divisjon for vitenskap

Forskningsledere

Professor Frode Thuen – til 30.08.03, Hemil-senteret, UiB

Professor Robert Murison, Inst. for biologisk og medisinsk psykologi, UiB

Finansiering

Programmet har i stor grad vært finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet, men Kunnskapsdepartementet, Sosialdepartementet og Helsedirektoratet har også bidratt med finansiering.



Programmets hjemmeside

<http://www.forskningsradet.no/mental>

Her finner man videre lenke til alle programmets prosjekter med publikasjoner på NFI – Nasjonalt forskningsinformasjon



 **Norges forskningsråd**

Postboks 2700 St. Hanshaugen

N-0131 Oslo

Telefon: 22 03 70 00

Telefaks: 22 03 70 01

post@forskningsradet.no

www.forskningsradet.no