



Statens
folkhälsainstitut

Psykisk ohälsa och alkoholkonsumtion – hur hänger det ihop?

En systematisk kunskapsöversikt över sambanden
och förslag till förebyggande insatser

Louise Malmgren, Sofia Ljungdahl och Sven Bremberg

LOUISE MALMGREN, SOFIA LJUNGDAHL OCH SVEN BREMBERG

Psykisk ohälsa och alkoholkonsumtion – hur hänger det ihop?

En systematisk kunskapsöversikt över sambanden
och förslag till förebyggande insatser

© STATENS FOLKHÄLSOINSTITUT, ÖSTERSUND R 2008:37

ISBN: 978-91-7257-587-5

ISSN: 1651-8624

FÖRFATTARE: LOUISE MALMGREN, SOFIA LJUNGDAHL OCH SVEN BREMBERG

OMSLAGSFOTOGRAFI: PHOTOS.COM

GRAFISK PRODUKTION: AB TYPOFORM

TRYCK: STRÖMBERG, STOCKHOLM 2008

Innehåll

- 4 Förord
- 5 Sammanfattning
- 6 Summary
- 7 Tolkning och genomförande av uppdraget
- 8 Utvecklingen av den psykiska ohälsan och alkoholkonsumtionen bland ungdomar
- 11 Sambanden mellan psykisk ohälsa och alkoholkonsumtion
 - Depressiva besvär och alkoholkonsumtion 11
 - Alkoholkonsumtion och avsiktlig självskada 15
 - Utagerande psykiska besvär och alkoholkonsumtion 19
 - Sammanfattning av sambanden mellan psykisk ohälsa och alkoholkonsumtion bland ungdomar 22
- 24 **Åtgärder för att minska den psykiska ohälsan och alkoholkonsumtionen**
 - Minska riskfaktorerna eller öka skyddsfaktorerna? 24
 - Generella eller riktade insatser? 24
 - Urvalet av föreslagna metoder 25
 - Evidensbaserade metoder som förebygger psykisk ohälsa och alkoholkonsumtion bland ungdomar 25
 - Social och emotionell träning (SET) 26
 - Kognitiv beteendeterapi (KBT) 27
 - Föräldrastöd 27
 - Motiverande samtal (Motivational Interviewing, MI) 28
- 29 Diskussion
- 31 Referenser
- 35 Bilaga 1. Förkortningar och förklaringar
- 36 Bilaga 2. Tabeller till figur 1–3
- 38 Bilaga 3. Alkoholkonsumtion som prediktor för depressiva besvär
- 40 Bilaga 4. Depressiva besvär som prediktor för alkoholkonsumtion
- 42 Bilaga 5. Alkoholkonsumtion som prediktor för självskadebeteende
- 47 Bilaga 6. Berusning under tillfället för självskadan
- 49 Bilaga 7. Utagerande psykiska besvär som prediktor för alkoholkonsumtion

Förord

BRUK AV ALKOHOL är en av de främsta riskfaktorerna för ohälsa. Alkoholkonsumtionen hos unga män och kvinnor är oroande eftersom den ökat under den senaste 20-årsperioden. Under samma period har förekomsten av inåtvända psykiska problem och självskadande beteende också ökat i ungdomsgruppen. Det är möjligt att dessa två trender har samband med varandra. I en första del analyserar rapporten om ett sådant samband föreligger. I en andra del behandlas olika evidensbaserade metoder som kan användas för att minska den ogynnsamma utvecklingen. Rapporten vänder sig främst till beslutsfattare och yrkesverksamma med ansvar för förebyggande arbete inom staten, kommuner, landsting, och frivilliga organisationer.

Louise Malmgren har varit huvudansvarig för texten. Sofia Ljungdahl och Sven Bremberg har medverkat. Sven Andreasson och Anna Bessö har lämnat värdefulla synpunkter.

Östersund, oktober 2008

Gunnar Ågren
GENERALDIREKTÖR

Sven Bremberg
AVDELNINGSCHEF

Sammanfattning

UTVECKLINGEN AV DEN psykiska ohälsan och alkoholkonsumtionen bland ungdomar är oroande. Statens folkhälsoinstitut har fått i uppdrag att ta fram kunskap om hur dessa problemområden hänger ihop och hur problemen kan förebyggas. I uppdraget har könsskillnader specifikt studerats för att se om sambanden ser olika ut för pojkar respektive flickor.

För att hitta de eventuella sambanden har systematiska kunskapsöversikter gjorts av studier i databasen PubMed. I sökningen har psykisk ohälsa definierats som depressiva besvär, självska debeteende och utagerande psykiska besvär. Sammanställningen visar att det finns samband mellan att må psykiskt dåligt och att dricka mycket alkohol. Särskilt starkt är sambandet för pojkar. Hög alkoholkonsumtion ökar risken för depressiva besvär, självska debeteende och utagerande psykiska problem. Sammanställningen visar också det omvända sambandet: depressiva besvär ökar risken för hög alkoholkonsumtion.

Rapporten ger också förslag på evidensbaserade metoder för att minska ohälsan bland unga pojkar och flickor. Exempel på generella evidensbaserade metoder som stärker skyddsfaktorerna och förhindrar att problembeteenden uppkommer är social och emotionell träning samt föräldrastöd. Exempel på insatser som minskar befintliga psykiska problem och hög alkoholkonsumtion är kognitiv beteendeterapi och motiverande samtal.

Summary

THE DECREASE IN mental health and increase in alcohol consumption among adolescents is a cause for concern. The Swedish National Institute of Public Health (SNIPH) has been given the task to analyse whether there is a relationship between these problem areas as well as to analyze whether there are any gender differences. The SNIPH is also to suggest preventive strategies.

In order to find possible relationships, systematic overviews of scientific studies were undertaken based on articles identified in the citation data base PubMed. In the search strategy, mental ill health was defined as depressive disorders or depression, deliberate self-harm, and externalising behaviour. The results show that there is a relationship between mental health problems and high levels of alcohol consumption. This relationship is especially evident for boys. High levels of alcohol consumption increases the risk for depressive symptoms, deliberate self-harm, and externalising behaviour. However, the overview also shows that depressive problems increase the risk of high levels of alcohol consumption.

The report suggests general evidence-based strategies to improve the health of boys and girls. Examples of methods that strengthen protective factors and prevent problem behaviours, are social and emotional training and parenting programmes. Examples of interventions that reduce existing mental ill health and alcohol consumption levels are cognitive therapy and motivational interviewing.

Tolkning och genomförande av uppdraget

STATENS FOLKHÄLSOINSTITUT HAR av Regeringen fått i uppdrag att ta fram ett kunskapsunderlag om de eventuella sambanden mellan en ökad självrapporterad psykisk ohälsa och förändrad alkoholkonsumtion bland ungdomar, samt att utveckla kunskapen om effektiva metoder för att nå både flickor och pojkar som uppvisar flera riskbeteenden.

Analyserna av sambanden mellan psykisk ohälsa och alkoholkonsumtion har genomförts som systematiska kunskapssammanställningar. De åtgärder som föreslås i uppdraget är evidensbaserade, d.v.s. de bygger på metoder som har vetenskapligt stöd.

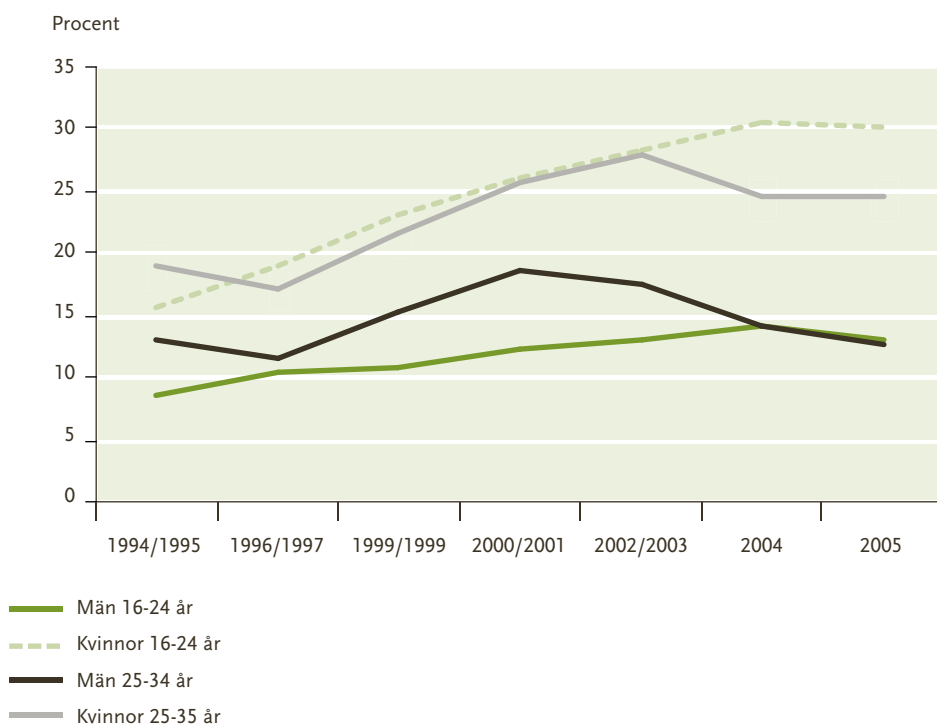
Det finns ingen enhetlig definition av psykisk ohälsa som beskriver var gränsen går mot det som uppfattas som ”normalt” (1). Nedstämdhet, trötthet och depression när en anhörig har gått bort kan anses vara normala reaktioner, medan samma symptom utan uppenbar orsak och under en längre period kan uppfattas som psykisk ohälsa. Psykisk ohälsa kan definieras med hjälp av de diagnoser som anges i det internationella diagnossystem, ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problems), som används i Sverige. Psykisk ohälsa kan också vara något som är subjektivt uppfattat och självskattat av den berörda personen. Flertalet studier där den psykiska ohälsan mäts utgår från självrapporterad psykisk ohälsa, vilket också ett antal studier i den här rapporten gör. Psykiska problem bland barn och ungdomar har i denna utredning operationaliseras i följande kategorier:

1. inåtvända problem, vilket inkluderar depression och depressiva besvär
2. självskadebeteende, vilket inkluderar självmordsförsök
3. utagerade problem, vilket inkluderar ADHD och hyperaktivt och aggressivt beteende.

Utvecklingen av den psykiska ohälsan och alkoholkonsumtionen bland ungdomar

I SVERIGE GÖRS årliga undersökningar om förekomsten av inåtvända psykiska problem såsom ångslan, oro och ångest, vilket kan ge en viss indikation på depressiva besvär. Under de senaste 20 åren har inåtvända psykiska problem ökat bland ungdomar i Sverige och i en del andra höginkomstländer (1). Flickor står för den i särklass största andelen. Under 2000-talet har den psykiska hälsan fortsatt att försämrans bland ungdomar, samtidigt som den psykiska hälsan i de flesta andra åldersgrupper har förbättrats under samma period (2).

Det är tämligen stora skillnader mellan unga män och kvinnor vad gäller inåtvända psykiska problem, vilket visas i figur 1. Var fjärde ung kvinna upplever besvär såsom oro, ångest eller ångslan jämfört med knappt 15 procent av männen.

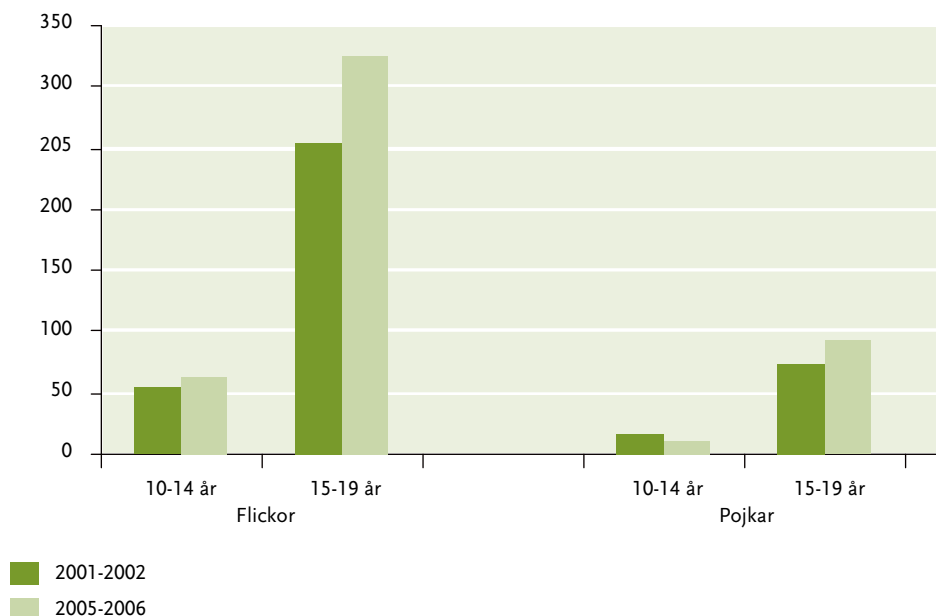


Figur 1. Andelen män och kvinnor i åldrarna 16–24 år och 25–35 år som under de senaste två veckorna känt ångslan, oro eller ångest (se tabell 1 i bilaga 2).

Källa: Statistiska centralbyrån, Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF).

Även avsiktliga självskadande handlingar har ökat under 2000-talet. Självmordsförsöken, som utgör en stor del av självskadorna, har ökat bland såväl flickor som pojkar, men både antalet och ökningstakten är störst bland flickor i äldre tonåren (15–19 år), se figur 2. Suicid är däremot, till skillnad från självskadorna, överrepresenterat bland pojkarna och har inte ökat. Ökningen av självskadorna kan ha att göra med det samband som finns mellan depression och självskadebeteende. En ökning av de inåtvända psykiska problemen kan därmed ha påverkat ökningen av rapporterade självskador (2).

Antal fall per 100 000



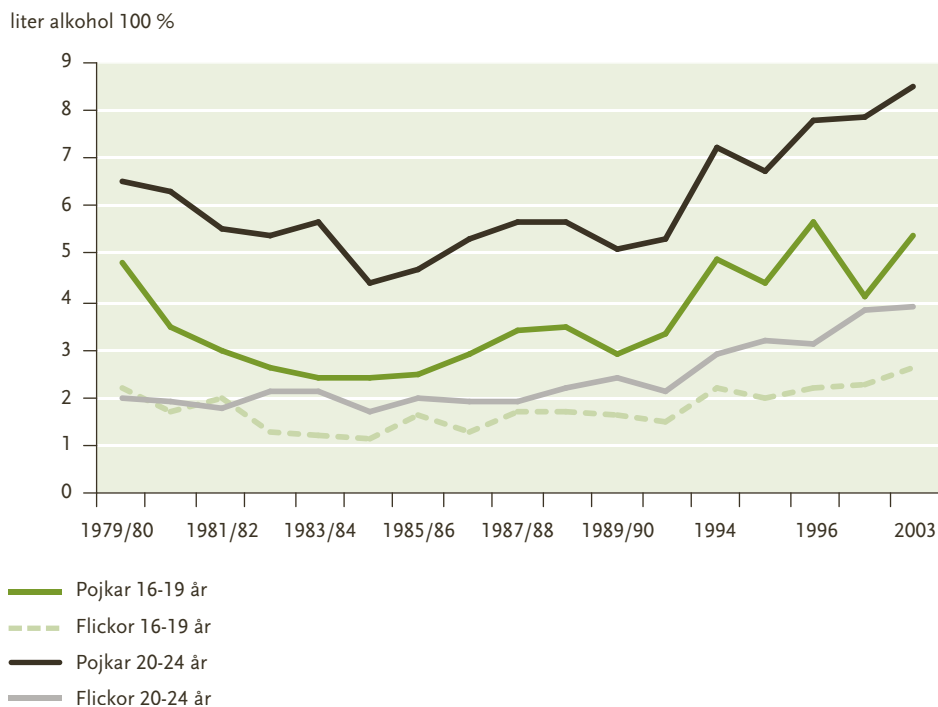
Figur 2. Patienter som vårdades för självmordsförsök, inklusive självskadehändelser med oklar avsikt, pojkar och flickor, 10–14 år och 15–19 år, per 100 000 (se tabell 2 i bilaga 2).

Källa: Socialstyrelsen, Patientregistret.

För utagerande psykiska problem saknas statistik över längre tid. Hyperaktivitet och ADHD diagnostiseras enligt den internationella klassifikationen ICD, och det uppskattas att mellan 2 och 5 procent av barn i skolåldern har den här typen av problem. Problemen förekommer oftare bland pojkar än bland flickor. Uppmärksamhetsproblem, som också utgör en typ av utagerande problem, är betydligt vanligare bland barn, då ungefär ett av tio har detta (3).

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning följer årligen hur ungdomars alkoholkonsumtion utvecklas. Under den senaste tjugoårsperioden har konsumtionen ökat för både yngre och äldre ungdomar, se figur 3. För både pojkar och flickor har både mängden alkohol som konsumeras samt benägenheten att dricka

mycket alkohol vid ett och samma tillfälle ökat. Detta visar sig även i ökningen av antalet ungdomar som vårdats för alkoholförgiftning under de senaste fem åren (2, 4). Pojkarnas konsumtion har generellt sett ökat mer än flickornas.



Figur 3. Beräknad årskonsumtion av alkohol bland ungdomar i liter alkohol 100 %, 1979/80–2003. Värdena 1979/80–1994 avser SIFO:s besöksintervjuer, 1994–1998 TEMO:s telefonintervjuer och 2003 ARS telefonintervjuer (se tabell 3 i bilaga 2).

Källa: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

Utvecklingen av psykiska problem och konsumtionen av alkohol bland ungdomar i åldersgruppen 16–24 år förefaller att följa varandra. Under 1980-talet sker relativt små förändringar, men från mitten av 1990-talet ökar både de psykiska problemen och alkoholkonsumtionen. Tidssambandet tyder på att de två fenomenen påverkar varandra. För att klargöra detta krävs dock specifika analyser av denna fråga, vilket presenteras i nästa avsnitt.

En åldersgrupp som särskilt brukar uppmärksammas är 15-åringar. Ett skäl är att det finns omfattande studier av både deras psykiska hälsa och deras alkoholkonsumtion. Den psykiska hälsan i denna åldersgrupp försämras från mitten av 1990-talet medan alkoholkonsumtionen stagnerat under 2000-talet. Utvecklingen för 15-åringar under de sista åren skiljer sig således från 16–24-åringarna. 16–24-åringar utgör dock en grupp som dricker avsevärt mycket mer alkohol, varför det är befogat att i första hand fokusera på denna åldersgrupp.

Sambanden mellan psykisk ohälsa och alkoholkonsumtion

DE TRE SYSTEMATISKA kunskapssammanställningar som görs berör depressiva besvär, självskada och utagerande psykiska besvär samt deras respektive koppling till alkoholkonsumtion. Sammanställningarna runt de tre områdena presenteras i tur och ordning. För förklaringar av begrepp och statistiska termer finns ett särskilt avsnitt i bilaga 1.

Depressiva besvär och alkoholkonsumtion

En del av den inåtvända psykiska ohälsan utgörs av depressiva besvär. Det finns studier som visar att depressioner bland vuxna vid en tidpunkt påverkar alkoholkonsumtionen vid senare uppföljning. Annan forskning pekar på ett omvänt samband, där alkoholkonsumtion i stället föregår (predicerar) depression. Systematiska översikter på forskningsområdet, och framför allt om forskning som rör ungdomar, saknas. Syftet för denna översikt har därför varit att 1) klargöra om det bland unga finns ett samband mellan depression alternativt depressiva besvär vid ett första undersökningstillfälle och hög alkoholkonsumtion vid ett senare undersökningstillfälle, och 2) klargöra om det bland unga finns ett omvänt samband där hög alkoholkonsumtion föregår depression eller depressiva besvär.

En litteratursökning genomfördes i databasen PubMed 2007-09-10 med följande söksträngar:

- (adolescen*[MeSH Terms] OR adolescen*[Title/Abstract]) AND (depress*[MeSH Terms] OR depress*[Title/Abstract]) AND (alcohol[MeSH Terms] OR alcohol [Title/Abstract]) AND longitudinal*[Title/Abstract].
- adolescent[MeSH Terms] AND (depressive disorder[MeSH Terms] OR depression [MeSH Terms]) AND (alcohol drinking[MeSH Terms] OR alcohol[Title/Abstract]) AND cohort studies[MeSH Terms].
- mental disorders/epidemiology[Majr] AND alcohol drinking/psychology[Majr] AND cohort studies[MeSH].

Sökorden för alkoholkonsumtion i den här och övriga översikter inleddes med termerna ”alcohol*” och ”substance use*” eller ”drug abuse”. Om sökningarna gav ett ohanterligt antal träffar specificerades sökorden ytterligare, exempelvis genom ”alcohol drinking”, ”alcoholism” etc.

Kriterierna för att inkludera studier i översikten var följande:

- Studierna är publicerade i en engelskspråkig vetenskaplig tidskrift där sakkunniga forskare granskat arbetet före publicering.
- Studierna behandlar depressiva besvär (eng. depression/depressive disorder) som endera exponering eller utfall.
- Studierna behandlar självskattad alkoholkonsumtion som endera exponering eller utfall. Studier av allvarligare former av alkoholproblem (eng. alcohol/substance use disorder) uteslöts.
- Studierna gäller barn och ungdomar ur den allmänna befolkningen som vid studiernas början var mellan 8 och 19 år gamla.
- Studierna är genomförda som longitudinella studier med prospektivt insamlade uppgifter om exponeringen (depression/depressiva besvär alternativt alkoholkonsumtion).
- Uppföljningstiden var minst ett år.
- Bortfallet var maximalt 40 procent.
- Av studiernas Mesh-termer, titel eller abstrakt framgår att sambandet mellan alkoholkonsumtion och depression/depressiva besvär studerats.
- Effekterna redovisas i studierna.
- Studierna rör populationer i höginkomstländer.

För alla kunskapssammanställningar i uppdraget genomförde Louise Malmgren litteratursökningar och genomläsning av studierna, med handledning av Sven Bremberg. Sofia Ljungdahl upprepade sökningarna med angivna söksträngar och kontrollerade om samtliga studier som uppfyllde kriterierna var inkluderade. Sofia Ljungdahl kontrollerade även riktigheten i de uppgifter som presenteras. Vid behov genomfördes korrekationer i samråd med Sven Bremberg.

Sökningarna gav totalt 336 träffar. För genomläsning valdes 27 av dessa studier, som i titel eller abstract tar upp depression, alkohol eller närliggande variabler (andra typer av psykiska besvär och droger). Av det totala antalet studier som gav träff uppfyller sju studier de kriterier som ställdes upp ovan. Resultatet presenteras i tabell 1 och 2 och mer detaljerat i bilaga 3 och 4.

Resultat – sambanden mellan depressiva besvär och hög alkoholkonsumtion

I fem studier analyseras vilken effekt alkoholkonsumtion har på förekomsten av depression eller depressiva besvär vid ett senare undersökningstillfälle (5-9). Uppföljningstiden var i genomsnitt 14 år. Resultatet sammanfattas i tabell 1. Samtliga studier visar på ett samband mellan alkoholkonsumtion och depression. Två av artiklarna studerar könsskillnader i sambanden men inget tydligt mönster uppvisas (7, 8). Hur starkt sambandet är varierar mellan studierna på grund av olika mått och tillvägagångssätt, men de visar en ökad risk att bli deprimerad som ligger mellan 40 och 90 procent om man dricker mycket alkohol.

Tabell 1. Alkoholkonsumtion som prediktor för depression eller depressiva symptom

| Studie | Bortfall | Uppföljningstid | Kontroll för psykiska problem vid T ₁ | Effekten av alkoholkonsumtion vid T ₁ på förekomst av depressiva symptom vid ett senare undersökningstillfälle | Köns-skillnader |
|------------------------------|--|-----------------|--|---|---|
| Andréasson och Allebeck 1991 | ca 3 % | 15 år | Ja | Ökar | Endast män studeras |
| Brook et al. 2002 | 25 % | 22 år | Ja | Ökade depressiva besvär vid hög alkoholkonsumtion under barndom/tonår men oklart om det ökar under sena tonåren | Anges inte |
| Locke och Newcomb 2001 | Population definierad vid T ₂ 0 % | 18 år | Oklart | Ökar | Ökning hos båda, ej jämförbara mellan könen |
| Pape och Hammer 1996 | 8 % | 6 år | Nej | Ökar Depression och ångest sammanäknade | Tydligare ökning för pojkar |
| Paschall et al. 2005 | 33 % | 7 år | Ja | Ökar | Anges inte |

I sex studier analyseras vilken effekt depressiva besvär under tonåren har på alkoholkonsumtionens omfattning vid ett senare undersökningstillfälle (5, 7, 10-13). Uppföljningstiden var i genomsnitt nio år. Resultatet sammanfattas i tabell 2. Fem av studierna visar att depression vid en tidpunkt ökar risken för alkoholkonsumtion vid senare tidpunkt oavsett kön. En studie tyder på att samband saknas (10). Kontroll för alkoholkonsumtion vid första undersökningstillfället görs endast i en av studierna (5). Styrkan i sambandet varierar på samma sätt som ovan, men visar på mellan 50 och 100 procents ökad risk för att dricka mycket alkohol om man är deprimerad.

Tabell 2. Depression eller depressiva symptom som prediktor för alkoholkonsumtion

| Studie | Bortfall | Uppföljningstid | Kontroll vid T1 för alkoholkonsumtion | Effekt av depressiva besvär vid T1 på alkoholkonsumtion vid T2 | Könskillnader |
|------------------------------|----------------------------------|-----------------|---|--|---------------------|
| Andréasson och Allebeck 1991 | Ca 3 % | 15 år | Ja | Ökar | Endast män studeras |
| Henry et al. 1993 | 27 % | 4 år | Nej | Ingen effekt | |
| Kaplow et al. 2001 | 34 % | 4 år | Nej, dock ungt urval vid T1 (9–13 år) | Ökar | Anges inte |
| King et al. 2004 | 3 % | 4 år | Nej, dock ungt urval vid T1 (10–12 år) | Ökar | Anges inte |
| Kumpulainen och Roine 2002 | 16 % | 7 år | Nej, dock mycket ungt urval vid T1 (8 år) | Ökar | Anges inte |
| Locke och Newcomb 2001 | Population definierad vid T2 0 % | 18 år | Oklart | Ökar endast för pojkar, oklart för flickor | Ökning för pojkar |

I fem av fem studier i sammanställningen påvisas att hög alkoholkonsumtion leder till ökad risk för depression eller depressiva besvär vid ett senare undersökningstillfälle. Genomgången av ett omvänt samband visar att depression och depressiva besvär leder till hög alkoholkonsumtion, av någotdera kön, i fyra av fem studier. I en studie visar ökningen ett icke-signifikant samband. Resultatet i den sistnämnda skulle kunna förklaras med de precisionssvårigheter som finns i att mäta såväl självrapporterad alkoholkonsumtion som depressiva besvär. En tydlig majoritet av de övriga studierna visar dock samma resultat, trots olika tillvägagångssätt, mätmetoder och precision. Det finns inga tydliga könsmonster i någon av sambandsriktningarna. Eftersom det föreligger samband i både riktningarna skulle alkoholkonsumtion och depressiva besvär kunna interagera och ömsesidigt förstärka varandra. Enligt FHI:s gradering av evidens har det vetenskapliga stödet god säkerhet.

Alkoholkonsumtion och avsiktlig självskada

De avsiktliga självskadorna har ökat under de senaste åren, vilket visas i figur 2. En berättigad fråga är om den ökade alkoholkonsumtionen kan vara en bidragande förklaring till den ökade förekomsten av självsador. Begreppet självsador innefattar avsiktliga självskadande beteenden och självmordsförsök. Syftet för denna översikt har därför varit att 1) klargöra om det finns ett samband mellan hög alkoholkonsumtion vid en första tidpunkt och självskada vid ett senare tillfälle, och 2) klargöra hur ofta individen varit alkoholpåverkad vid tillfället för självskadan.

En litteratursökning genomfördes i databasen PubMed 2007-11-09 med följande söksträngar:

- (deliberate self-harm[Title/Abstract] OR suicide attempt*[Title/Abstract] OR suicidal[Title/Abstract]) AND adolescent*[Title/Abstract] AND (alcohol[Title/Abstract] OR substance use[Title/Abstract] OR drug abuse[Title/Abstract]).
- (Suicide, Attempted[Mesh] OR Self-Injurious Behavior[Mesh]) AND Mental Disorders[Mesh] AND (AlcoholDrinking[Mesh] OR Substance-Related Disorders [Mesh] OR Social Behavior Disorders[Mesh]) AND adolescent[Mesh] AND (Case-Control Studies[Mesh] OR Cohort Studies[Mesh] OR Cross-Sectional Studies[Mesh]).

Kriterierna för att inkludera studier i översikten var följande:

- Studierna är publicerade i en engelskspråkig vetenskaplig tidskrift där sakkunniga forskare har granskat arbetet före publicering.
- Studierna behandlar alkoholkonsumtion som exponering. Studier av allvarigare former av alkoholproblem (eng. alcohol-/substance use disorder) uteslöts. Även "alcohol initiation" uteslöts.
- Studien behandlar avsiktlig självskada/självmordsförsök som utfall.
- Populationsurvalet består av barn och ungdomar ur den allmänna befolkningen i studierna om självskada/självmordsförsök. I studierna som behandlar alkoholkonsumtion i nära anslutning till själva skadetillfället inkluderades även studier av patientpopulationer.
- Studierna är genomförda som prospektiva longitudinella studier alternativt tvärsnittsstudier.
- Uppföljningstiden är minst ett år för kohortstudierna.
- Bortfallet är maximalt 40 procent.
- Av studiernas Mesh-termer, titel eller abstrakt framgår att sambandet mellan alkoholkonsumtion och avsiktlig självskada studerats.
- Effekterna redovisas i studierna.
- Studierna rör populationer i höginkomstländer.

Sökningarna gav 682 träffar. Efter en genomgång av sökningarna valdes för genomläsning 48 studier som i titel eller abstract nämner självskada och alkoholkonsumtion eller närliggande variabler. Av dessa studier uppfyller 15 studier de kriterier som ställdes upp ovan. Resultatet presenteras i tabell 3 och 4. Studierna redovisas mer detaljerat i bilaga 5 och 6.

Resultat – sambanden mellan alkoholkonsumtion och avsiktlig självskada

I elva studier analyseras vilken effekt alkoholkonsumtion har på förekomsten av självskada vid ett senare undersökningstillfälle (14-24). Av dem visar åtta studier att ungdomar med hög alkoholkonsumtion oftare skadar sig själva (15, 17-19, 21-23) även om man tar hänsyn till (kontrollerar för) bakgrundsfaktorer, se tabell 3. I de övriga tre är ökningen inte statistiskt signifikant (14, 20, 24). Styrkan i sambandet varierar men visar på en ungefärlig två till fem gånger så stor risk att skada sig om man druckit mycket alkohol (med justeringar för kontrollvariabler).

Tre artiklar studerar könsskillnader. De visar samtliga på en ökad risk för pojkar jämfört med flickor att utsätta sig för självskada om man vid ett tidigare undersökningstillfälle angett en hög alkoholkonsumtion.

Tabell 3. Alkoholkonsumtion som prediktor för avsiktlig självskada vid ett senare undersökningstillfälle

| Studie | Studietyp | Kontroll för confounders | Effekt alkoholkonsumtion på förekomst av självmordsförsök vid ett senare tillfälle | Könsskillnader |
|----------------------------|-----------|---|--|------------------------|
| Affifi et al. 2007 | Tvärsnitt | Utagerade riskbeteenden, depression och ångest etc. | Icke-signifikant ökning | |
| Andrews och Lewinsohn 1992 | Kohort | Inga redovisade | Ökar | Mest för pojkar |
| Fleming et al. 2007 | Tvärsnitt | Kön, ålder, familjesituation, depression och ångest, tidigare självmordsförsök etc. | Ökar | Anges inte |
| Garrison et al. 1993 | Tvärsnitt | Kön, etnicitet, aggressivt beteende, annan droganvändning | Ökar | Anges inte |
| Gmitrowicz et al. 2003 | Tvärsnitt | Kön, familjesituation, patologiska beteenden, annan droganvändning etc. | Ökar | Anges inte |
| Haavisto et al. 2005 | Tvärsnitt | Inga redovisade | Ökar | Endast pojkar studeras |

| | | | | |
|-------------------------|-----------|--|-------------------------|-----------------|
| Patton et al. 1997 | Kohort | Ålder, antisocialt beteende, droganvändning, sexuell aktivitet, familjesituation | Icke-signifikant ökning | |
| Reifman och Windle 1995 | Kohort | Oklart | Liten ökning | Mest för pojkar |
| Wagman et al. 2001 | Kohort | Ålder, familjestruktur, familjeekonomi (bidragsberoende) | Ökar | Mest för pojkar |
| Wagner et al. 1996 | Tvårsnitt | Depression eller utagerade psykiska besvär | Ökar | |
| Wichstrøm 2000 | Kohort | Kön, ålder, tidigare självmordstankar/-försök, familjerelation etc. | Icke-signifikant ökning | |

I fem studier analyseras hur stor andel ungdomar som angett att de har druckit alkohol eller varit berusade vid tillfället för självskadat (24-28). Resultatet sammanfattas i tabell 4. Studierna visar att mellan 12 och 48 procent av de ungdomar som har skadat sig själva har druckit alkohol i direkt eller nära anslutning till skadetillfället. En studie redovisar könsskillnader och visar att det var vanligare för pojkar än för flickor att ha druckit i samband med självskadat (25).

Tabell 4. Alkoholkonsumtion vid tillfället för avsiktlig självskada

| Studie | Studietyp | Exponering | Utfall | Andel alkohol-påverkade vid tillfället för självmords-försöket | Könsskillnader |
|------------------------|---|---|----------------------|---|---|
| Méan et al. 2005 | Studien är en kohort men tvärsnittsdata används för detta | Berusing | Självmords-försök | 27 % | Anges inte |
| Hawton och Harris 2007 | Studien är en kohort men tvärsnittsdata används för detta | Berusing: 6 timmar före självskadan Drack alkohol vid tillfället för självskadan | Avsiktlig självskada | Berusing 6 timmar före självskadan för pojkar: 48,2 % flickor: 29,6 % Berusing vid tillfället för självskadan för pojkar: 24,3 % flickor: 14,6 % | En större andel av pojkarna hade brukat alkohol jämfört med flickorna |
| Powell et al. 2001 | Fallkontroll | Alkohol-konsumtion 3 timmar före självmords-försöket | Självmords-försök | 26,5 % | Anges inte |
| Spirito et al. 1994 | Studien är en kohort men tvärsnittsdata används för detta | Alkohol-konsumtion i samband med självmords-försöket | Självmords-försök | 12 % | Anges inte |
| Wichström 2000 | Studien är en kohort men tvärsnittsdata används för detta | Berusing | Självmords-försök | 26 % | Anges inte |

Litteraturöversikten visar att hög alkoholkonsumtion ökar risken för självskada och att ungdomar som skadar sig själva ofta är alkoholpåverkade. Översikten tyder således på att den ökade förekomsten av självskadade delvis skulle kunna förklaras av det ökade bruket av alkohol. Vid systematiska genomgångar av litteratur finns alltid risk att några studier inte påträffas vid sökningarna. Denna är särskilt överhängande för de tre aktuella sammanställningarna eftersom endast en databas, PubMed, har använts. Dock är fynden så enhetliga att ytterligare studier knappast skulle påverka utfallet.

Hög alkoholkonsumtion är vanligare vid psykiska problem, samtidigt som psykiska problem ökar risken för självskador. Ett samband mellan alkoholkonsumtion och självskador kan därför vara skenbart. De flesta av studierna tar hänsyn till denna risk genom statistisk kontroll för bakgrundsfaktorer. Denna kontroll kan vara mer eller mindre fullständig, men de enhetliga fynden talar dock emot att brister i detta avseende kan förklara huvudfynden. Enligt FHI:s gradering av evidens har det vetenskapliga stödet god säkerhet.

Utagerande psykiska besvär och alkoholkonsumtion

En annan del av den psykiska ohälsan utgörs av hyperaktivitet, aggressivitet och andra mer utagerande psykiska besvär. Problematiskt bruk av alkohol och aggressivitet samt hyperaktivitet förekommer inte sällan tillsammans. Därför är det möjligt att utagerande psykiska problem också föregår (predicerar) hög alkoholkonsumtion. För att pröva denna hypotes har en systematisk genomgång av den vetenskapliga litteraturen genomförts. Syftet för denna översikt har därför varit att klargöra om det finns ett samband mellan utagerande psykiska problem vid en första tidpunkt och hög alkoholkonsumtion vid ett senare tillfälle och om det föreligger några könsskillnader för sambanden.

En litteratursökning genomfördes i databasen PubMed 2007-01-13 med följande söksträng:

- ("Child Behavior Disorders"[Mesh] OR "Attention Deficit and Disruptive Behavior Disorders"[Mesh] OR "Conduct problems"[Title/Abstract] OR "externalizing"[Title/Abstract]) AND ("cohort studies"[Mesh] OR longitudinal[Title/Abstract] OR follow-up[Title/Abstract]) AND ("alcohol"[Title/Abstract] OR "Alcohol Drinking"[Mesh] OR "Alcoholism"[Mesh])

Kriterierna för att inkludera studier i översikten var följande:

- Studierna är publicerade i en engelskspråkig vetenskaplig tidskrift där sakkunniga forskare har granskat arbetet före publicering.
- Studien behandlar utagerande psykiska besvär (conduct disorder/problems, opposition, aggression, violations, irritable- eller impulsive behaviour, hyperactivity) som exponering.
- Studierna behandlar hög alkoholkonsumtion, alkoholmissbruk och alkoholberoende som utfall. Studier av allvarligare typer av alkoholproblem (eng. alcohol/substance use disorder) uteslöts. Även "alcohol initiation" uteslöts.

- Populationsurvalet består av barn och ungdomar i den allmänna befolkningen i de studier som studerar utagerande psykiska besvär vid en tidpunkt och alkoholkonsumtion vid ett senare undersökningstillfälle.
- Studien är genomförd som en prospektiv longitudinell studie.
- Uppföljningstiden är minst ett år.
- Bortfallet är maximalt 40 %.
- Av studiernas Mesh-termer, titel eller abstrakt framgår att sambandet mellan utagerande psykiska besvär och alkoholkonsumtion studerats.
- Effekterna redovisas tydligt i studien.
- Studierna rör populationer i höginkomstländer.

I de studier där exponeringsvariabeln utagerande psykiska problem var indelad i mer specifika variabler användes dessa, utom i de fall där urvalsgrupperna blev påtagligt små och de studerade effekterna därmed blev instabila.

Sökningarna gav 285 träffar. Efter en genomgång av sökningarna valdes för genomläsning 38 studier, som i titel eller abstract nämnde utagerande psykiska besvär och alkoholkonsumtion eller närliggande variabler. Av dessa studier uppfyllde åtta studier de kriterier som ställdes upp ovan. Resultatet presenteras i tabell 5. Studierna redovisas mer detaljerat i bilaga 7.

Resultat – sambanden mellan utagerande psykiska besvär och alkoholkonsumtion

I nio studier analyseras vilken effekt utagerande psykiska besvär har på förekomsten av alkoholkonsumtion vid ett senare undersökningstillfälle (10, 12, 29-35). Uppföljningstiden är i genomsnitt nio år. Resultatet sammanfattas i tabell 5. Åtta av de nio studierna visar på ett statistiskt signifikant samband mellan utagerande problem vid ett första undersökningstillfälle och en förhöjd alkoholkonsumtion vid ett senare undersökningstillfälle. I tre av studierna analyseras könsskillnader och effekten är i samtliga studier starkast för pojkar (12, 29, 30).

Tabell 5. Effekter av utagerande psykiska besvär på risken för hög alkoholkonsumtion vid ett senare undersökningstillfälle

| Studie | Studie- typ | Bortfall | Kontroll för confounders | Effekt av utagerande problem på alkohol- konsumtion vid ett senare undersökningstillfälle | Köns- skillnader |
|--------------------------------|----------------|--|---|---|---|
| Alati et al. 2005 | Kohort | Population definierad vid T2 Bort- fall 0 % | Psykisk ohälsa, alkohol- och tobaksbruk hos modern | Utagerade problem ökar risken för hög alkohol- konsumtion 5 år senare men ej efter 14 års upp- följning | Ökar tyd- ligast för pojkar |
| Caspi et al. 1996 | Kohort | 12 % | Inåtvända psykiska beteenden (tyst- låtenhet, över- driven rädsla etc.) | Ökar för pojkar Icke-signifikant ökning för flickor | Ökar för pojkar Ingen ökning för flickor |
| Henry et al. 1993 | Kohort | 3 % | Depression | Icke-signifikant ökning | |
| King et al. 2004 | Kohort | 3 % | Inga redovisade | Ökar för pojkar Icke-signifikant ökning för flickor | Ökar för pojkar Ingen ökning för flickor |
| Kasen et al. 1998 | Kohort | < 5 % | Ålder, kön, IQ, socioekonomisk status | Ökar | Anges inte |
| Kumpu- lainen 2000 | Kohort | | Kön, familjestruk- tur, socioekono- misk status | Ökar | |
| Lynskey et al. 1995 | Kohort | | Familjesituation, alkohol, narkotika- och tobaksvanor/ attityder hos föräldrarna Exponeringen för alkoholrela- terade problem kontrolleras även för tobaks- och narkotikabruk hos ungdomarna | Ökar | Anges inte |
| Nie- melä et al. 2006 | Kohort | | Kön, familjestruk- tur, socioekono- misk status | Ökar | Endast poj- kar studeras |
| Timme- rmans et al. 2007 | Kohort | | Inga kontroller för allmänna utage- rande beteenden | För fysiskt aggressivt beteende kontrolleras andra utagerande beteenden samt kön | Ökar |

Genomgången tyder på att utagerande psykiska problem ökar risken för hög alkoholkonsumtion vid ett senare undersökningstillfälle och att denna effekt är tydligare för pojkar än för flickor. Hur starkt sambandet är varierar något mellan studierna på grund av olika mått och tillvägagångssätt, men visar en ökad risk från 50 procent upp till en fördubblad risk.

Tänkbara förklaringar till sambandet är att utagerande psykiska besvär i sig skulle kunna utgöra en riskfaktor för en ökad alkoholkonsumtion vid senare undersökningstillfälle (12). Utagerande psykiska besvär skulle också kunna utgöra en av flera riskfaktorer som tillsammans förstärker riskerna för hög alkoholkonsumtion (36). En tredje förklaring skulle kunna vara att faktorer som familjeförhållanden, drogvanor etc. skulle kunna påverka utfallet och därmed visa på ett skensamband mellan psykisk ohälsa och hög alkoholkonsumtion. Sådana kontroller görs dock till viss del med bibehållna effekter. Slutsatsen är därför att det är utagerande problem i sig som ökar risken för hög alkoholkonsumtion. Enligt FHI:s gradering av evidens har det vetenskapliga stödet god säkerhet.

Sammanfattning av sambanden mellan psykisk ohälsa och alkoholkonsumtion bland ungdomar

Uppdraget syftar till att ta fram kunskap om de eventuella samband som finns mellan psykisk ohälsa och alkoholkonsumtion bland ungdomar. Sammantaget visar de tre översikterna att olika typer av psykisk ohälsa, både inåtvänd och utagerande, liksom självskadande beteende hänger samman med hög alkoholkonsumtion.

För depressioner har båda sambandsriktningarna studerats, d.v.s. om man dricker för att man är deprimerad eller om man är deprimerad för att man dricker. Genomgången visar att sambandet går i båda riktningar. Sannolikt förstärker riskfaktorerna även varandra – är ungdomar deprimerade så dricker de mer och blir mer deprimerade.

Ett annat samband som prövats är om hög alkoholkonsumtion under en viss tid ökar risken för att avsiktligt skada sig själv vid ett senare undersökningstillfälle. Sammanställningen ger stöd för en sådan ökad risk. Alkoholen kan i sig leda till ett ökat självskadebeteende men kan också, tillsammans med exempelvis ångest och depression, ytterligare förstärka benägenheten att skada sig själv. Förutom den höga alkoholkonsumtionen vid ett tidigare undersökningstillfälle är det inte ovanligt för ungdomar att också ha druckit i direkt samband med att de skadat sig själva. Alkoholen skulle i sådana situationer möjligen användas för att minska den ångest och smärta som självskadan medför.

Utagerande psykiska problem, såsom hyperaktivitet och aggressivt beteende i barn- och ungdomsåren, ökar enligt sammanställningen ungdomars benägenhet att dricka mycket alkohol. Detta diskuteras utifrån att utagerande ungdomarna har en bristande beteendekontroll vilken ytterligare förvärras av att dricka alkohol (36).

Sambanden mellan psykisk ohälsa och alkoholkonsumtion skiljer sig över lag mellan pojkar och flickor. Det är vanligare för flickor att rapportera om inåtvända psykiska problem, men det finns inga entydiga svar på om det är vanligare för flickor än för pojkar att vara både deprimerade och dricka mycket alkohol. Självskadebeteende som enskilt problem är också vanligare hos flickor än hos med pojkar, men sammanställningen visar att det är vanligare för pojkar som skadar sig att också ha en hög alkoholkonsumtion. Utagerande problem förekommer oftare hos pojkar än hos flickor. Det är även vanligare att utagerande pojkar också dricker alkohol jämfört med utagerande flickor. Kombinationen av de problembeteende som studerats är alltså starkare för pojkar än flickor.

Åtgärder för att minska den psykiska ohälsan och alkoholkonsumtionen

Minska riskfaktorerna eller öka skyddsfaktorerna?

Uppdragets andra del består av att ta fram kunskap om effektiva metoder för att nå både flickor och pojkar som uppvisar flera riskbeteenden. För att undvika att ungdomar får problem krävs kunskap om de påverkbara faktorerna, såväl riskfaktorer som skyddsfaktorer.

Förebyggande arbete kan inriktas på att reducera riskfaktorer. Riskfaktorer kan t.ex. vara en tidig alkoholdebut, psykiska problem, skolk och passivitet i skolan. Riskfaktorer finns på både individ-, grupp- och samhällsnivå.

Förebyggande insatser kan också inriktas på att öka tillgången till skyddsfaktorer (även kallade friskfaktorer) och stärka dem. Sådana insatser talar man ofta om som hälsofrämjande. Skyddsfaktorer som är vanliga att utgå från är en trygg närmiljö, goda förhållanden till andra vuxna, en ansvarsfull omvårdnad, god problemlösningsförmåga och impuls kontroll hos barnet. Det finns i allmänhet stöd för att barn och ungdomar bör förses med så många skyddsfaktorer som möjligt för att på så sätt förebygga att problemen över huvud taget uppkommer (36). Skyddsfaktorer är, i likhet med riskfaktorer, ofta ospecifika. Med andra ord kan en skyddsfaktor ge skydd mot flera olika former av problem samtidigt. Skyddsfaktorer är särskilt effektiva i högrisksituationer (36). Vid små eller obefintliga risker spelar det ingen större roll för utfallet om det finns skyddsfaktorer eller ej.

Generella eller riktade insatser?

Förebyggande insatser för att påverka risk- eller skyddsfaktorerna kan antingen vara generella (också kallade universella) eller riktade. Generella insatser är riktade mot en bredare grupp. Generella insatser är i allmänhet mer effektiva när avsikten är att motverka folkhälsoproblem. Skälet är att folkhälsoproblem vanligen inte är koncentrerade till små riskgrupper. Eftersom både psykisk ohälsa och alkoholproblem är folkhälsoproblem lämpar de sig i första hand för generella insatser. Riktade insatser vänder sig enbart till utsatta grupper med mer preciserad styrka, anpassat till de specifika förutsättningar som finns för dessa (37). Förebyggande riktade insatser förutsätter att det går att identifiera vilka individer som riskerar att utveckla betydande problem.

Förutsägbarheten i vilka ungdomar som kommer att börja dricka mycket alkohol har låg stabilitet, d.v.s. det är svårt att förutse vilka individer som kommer att utveckla problem. Förutsägbarheten i vilka individer som kommer drabbas av inåtvända psykiska problem visar sig ha ännu lägre stabilitet (38). Särskilt svår är förutsägbarheten för problembeteenden generellt bland ungdomar, eftersom vissa beteenden utgör en del av utvecklingen av den egna identiteten. Vissa problem minskar eller försvinner helt enbart genom mognad med åldern.

Förutsägbarheten är däremot högre för fortsatt problembeteende bland ungdomar som redan uppvisar ett antal riskfaktorer, t.ex. att man har trassliga familjeförhållanden, mår psykiskt dåligt, skolkar, dricker alkohol eller använder narkotika och tobak. Detta skulle i så fall tala för riktade insatser mot dem som redan har problem. Generella och riktade insatser kan också kombineras för att ta ett samlat grepp för att förebygga ohälsa (37). Insatser som vänder sig till en bredare population av ungdomar skulle t.ex. kunna utformas som primärpreventiva insatser i skolmiljön eller genom skol- och ungdomshälsovården, tillsammans med ett antal riktade insatser för särskilda riskbeteenden, däribland alkoholkonsumtion.

Urvalet av föreslagna metoder

I den följande genomgången av vilka förebyggande metoder som visat sig ha effekt på förekomsten av psykisk ohälsa eller alkoholkonsumtion bland unga ges exempel på metoder som kan tillämpas i Sverige. De exempel på insatser som redovisas gäller både generella och riktade insatser. Urvalet av metoder har gjorts utifrån följande kriterier:

- metoder vi redan har kunskap om
- metoder som vilar på vetenskaplig grund, d.v.s. är evidensbaserade (en vetenskaplig systematisk genomgång av metoden och dess effekt) genom minst två publicerade kontrollerade studier alternativt litteraturöversikter som inkluderar kontrollerade studier som visar på effekter av metoden
- metoder som är tillämpade under svenska förhållanden.

Evidensbaserade metoder som förebygger psykisk ohälsa och alkoholkonsumtion bland ungdomar

För att förebygga psykisk ohälsa såsom depressioner och utagerande beteenden finns det vetenskapligt stöd för olika psykologiska metoder och program. Sådana program innehåller träning i praktiska färdigheter som exempelvis stresshantering, kognitiv omstrukturering, konflikthantering och problemlösning (39). Aktiv problemlösning har en förebyggande effekt för barn och ungdomars risk att drabbas av inåtvända problem såsom depressioner. En annan färdighet som har betydelse för utagerande beteenden är emotionell kompetens. Barn med utagerande beteenden visar minskade problem om de får träna sin förmåga att känna igen och tolka egna

och andras känslor (40). Den här typen av insatser har också visat sig ha effekt för att minska alkoholkonsumtionen. De traditionella insatser som enbart inriktat sig på alkoholprevention genom upplysning och information i skolmiljön har visat sig ha liten eller ingen effekt. Alkohol förebyggande generella insatser som däremot har effekt är sådana som minskar tillgången på alkohol (37). Detta kan göras genom att prisen på alkohol hålls höga, eftersom ungdomar är mer pris känsliga än vuxna. Det kan också göras genom ett aktivt arbete med föräldrar för att kontrollera att deras barn inte dricker samt insatser för att minska langning och smuggling till minderåriga. Den psykiska ohälsa som är en effekt av hög alkoholkonsumtion skulle därmed kunna förebyggas genom nämnda insatser.

Nedan ges fler förslag på både generella och riktade insatser för att minska både den psykiska ohälsan och alkoholkonsumtionen. Metoderna presenteras inte i någon inbördes prioriteringsordning. Mer om metoderna finns att läsa på FHI:s webbplats, www.fhi.se.

Social och emotionell träning (SET)

Social och emotionell träning (SET) är ett manualbaserat generellt program för att förbättra skyddsfaktorerna hos barn och ungdomar. Barnen eller ungdomarna lär sig hantera sina känslor och lär sig självkännet, motivation, empati och social kompetens. Dessa färdigheter, som övergripande kallas för social och emotionell kompetens, tränas regelbundet och med stigande svårighetsgrad. Eleverna lär sig hantera konflikter och olika sociala situationer och lär sig reflektera över konsekvenser av sitt handlande. Syftet att utveckla barns och ungdomars sociala och emotionella förmåga främjar i sin tur psykisk hälsa och förebygger alkohol- och droganvändning genom att öka skyddsfaktorerna på individ-, grupp- och klassrumsnivå.

De erfarenheter från skolor som systematiskt arbetar med den här metoden visar på bättre studieprestationer, ett mjukare skolklimat och en minskning av elevernas riskbeteenden (36). Ju tidigare i åldrarna insatserna påbörjas desto bättre blir resultaten. Den arena där metoden tillämpas är skolan. Särskilt utbildade pedagoger, personal från elevhälsan eller lärare genomför programmet på alla elever i en skolklass. En förutsättning för kvalitetssäkring av metoden är regelbunden handledning av dem som genomför metoden. SET tillämpas med praktiska övningar och diskussioner två gånger i veckan för barn upp till skolår 6 och därefter en gång i veckan för äldre. Metoden kan också användas för ungdomar i gymnasieålder.

Kognitiv beteendeterapi (KBT)

Kognitiv beteendeterapi (KBT) är en metodform som riktar sig till enskilda eller mindre grupper av individer. Metoden kan användas för att minska redan befintliga problembeteenden och för att förebygga att problembeteenden alls uppkommer. Den utgår från psykoterapeutiska samtal där individerna får möjlighet att reflektera

över och förändra tanke- och beteendemönster som kopplas till problemen. Fokus ligger på ett samspel mellan terapeuten och individen själv med syftet att formulera problem och mål att arbeta gentemot. Ett antal studier och översikter som gjorts på metoden visar att den har effekt för att minska inåtvända problem såsom depressioner, men också att den kan användas för personer som genomfört självmordsförsök (41). Det är till viss del oklart om effekterna av metoden enskilt kvarstår över tid, men det finns resultat som visar på långsiktighet i effekterna om metoden kombineras med antidepressiv medicinering.

I Sverige används ett antal program som bygger på KBT-metodiken. DISA är ett generellt program som tillämpas i svenska skolor och som genom utvärderingar visat på gynnsamma effekter för att minska depressiva besvär för unga flickor och förbättra deras strategier för att hantera krissituationer (41). Metoden består av tio samtal under en timme vardera mellan ledare och grupp och samtalen är strukturerade och manualbaserade. Lämpliga arenor för att tillämpa metoden är ungdomsmottagningar eller skolhälsovården där det finns utbildad personal och stora kontaktytor med ungdomar som har varierade riskexponeringar. Här finns också goda möjligheter att på ett tidigt stadium identifiera ungdomar som riskerar att drabbas av allvarligare problem.

Aggression Replacement Training (ART) är ett riktat program som bygger på samma reflexiva övningar och strategier för att hantera problem som övriga KBT-baserade metoder, men som endast vänder sig till individer med aggressionsproblem. Träningen går ut på att förbättra sociala färdigheter, att lära sig ta kritik och att hantera gruppptryck. Andra delar i träningen innefattar ilskekontrollträning samt gruppdiskussioner där moraliska aspekter av det egna beteendet tas upp. Grupperna om sex till åtta personer leds av utbildad personal från ungdoms- och behandlingshem. Antalet träffar varierar men rör sig vanligen mellan sex och tolv.

Föräldrastöd

Ett annat sätt att minska både psykiska problem och alkohol- och narkotikaproblem hos unga är att förbättra samspelet mellan föräldrar och barn. Ett gott samspel minskar risken för att utveckla beteendeproblem (ADHD och uppförandestörning) och för inåtvända problem (depression och ångest) (42). Det finns också stöd för att en god relation mellan barn och föräldrar minskar risken för senare alkohol- och drogmissbruk, rökning, fetma och annan ohälsa. Metoderna bygger på kognitiv psykologi och social inlärningsteori. För barn i låg ålder har metoden visat på kraftiga minskningar av beteendeproblemen, och det finns uppvisade positiva effekter (om än inte lika starka) på inåtvända psykiska besvär som nedstämdhet och oro samt på alkohol- och narkotikabruk. Föräldrastödsmetoder kan vända sig till föräldrar med barn från spädbarnsåldern upp till tonåren. Huvudmålgruppen är föräldrarna, och syftet är att få dessa att utveckla strategier för att öka samspelet med sina barn. Detta kan göras med barna- eller mödravården som mötesplats, där en barnmorska eller sjuksköterska vanligen leder träffarna.

För barn upp till 9 år genomförs metoderna i stället med skolan som arena. Insatserna leds då av utbildad skolpersonal. Exempel på sådana program är COPE, De otroliga åren och Komet. Liknande program finns också med inriktning mot föräldrar till tonåringar upp till 15 år. Fokus i dessa program ligger mer på att förbättra kommunikationen mellan vuxna och ungdomar jämfört med de program som vänder sig till föräldrar med yngre barn(43). Föräldrastöd kan vara antingen generella eller riktade till föräldrar med barn som redan uppvisar riskbeteenden.

Motiverande samtal (Motivational Interviewing, MI)

Motiverande samtal (Motivational Interviewing eller MI) är en riktad metod för att få individer att självständigt ta ställning och förändra ett visst beteende. Motiverande samtal används på flera arenor för vuxna, bl.a. inom sjukvården, företagshälsovården och kriminalvården, och metoden visar på god effekt för att bl.a. minska bruk av alkohol och tobak. Metoden är lämplig för ungdomar i högstadie- eller gymnasieålder som riskerar att utveckla beroendeproblem. Den kan också användas för elever som skolkar mycket, är passiva i skolan eller uppvisar andra sociala problem (44). Skolhälsovården är en plattform för metoden som kan tillämpas i anslutning till hälsokontroller och andra samtal. Korta individuella samtal förefaller ha bäst effekt på högriskgrupper som exempelvis dricker mycket alkohol (45). Ett arbetssätt är då att låta individerna själva registrera sin alkoholkonsumtion två veckor innan samtalet och sedan använda registreringens som diskussionsunderlag under mötet. Under ett eller ett par möten diskuteras det egna beteendet samt tänkbara förändringar utifrån individens egen motivation. Det faktum att effekten kan avta efter några år medför behovet av en uppföljning efter ett eller ett par år. Under uppföljningen kan personen få återkoppling på sin situation och eventuella förändringar som har genomförts. Har personen lämnat skolan kan samtalen genomföras i primärvården eller genom högskolans hälsovård.

Diskussion

UPPDRAGETS FÖRSTA DEL har bestått av att kartlägga om det finns ett samband mellan psykisk ohälsa och en hög alkoholkonsumtion. De systematiska översikter som gjorts pekar på att det finns ett samband mellan olika typer av psykisk ohälsa och en förhöjd alkoholkonsumtion bland ungdomar. Depressioner, utagerande psykiska besvär och avsiktlig självskada har alla samband med hög alkoholkonsumtion. Depressioner och alkoholkonsumtion påverkar varandra i båda riktningarna – att vara deprimerad ökar risken för att dricka och att dricka ökar risken för att bli deprimerad. Utagerande psykiska besvär ökar risken för att ungdomar vid ett senare undersökningstillfälle har börjat dricka stora mängder alkohol, och en hög alkoholkonsumtion ökar benägenheten att skada sig själv.

Endast ett fåtal studier i de olika översikterna har behandlat könsskillnader. Det är oklart om sambandet är starkast för pojkar eller flickor vad gäller depression och hög alkoholkonsumtion. Tydligt är däremot att det är vanligare för pojkar som skadat sig själva att också ha druckit mycket alkohol vid ett tidigare undersökningstillfälle jämfört med flickor. På samma sätt är det också vanligare för pojkar som vid ett första undersökningstillfälle har utagerande psykiska problem att dricka mycket alkohol vid senare tillfälle. Sammantaget är alltså sambandet mellan psykiska problem och hög alkoholkonsumtion starkare för pojkar än flickor. Generellt utgör visserligen flickor för en större andel av dem som lider av enskilda psykiska problem. Sammanställningen visar dock att det är vanligare för pojkar att ha en kombination av riskbeteenden av psykisk ohälsa och alkoholkonsumtion.

Uppdragets andra del har bestått av att ta fram kunskap om vilka metoder som kan förebygga såväl psykisk ohälsa som en hög alkoholkonsumtion bland ungdomar. Det finns en hel del förebyggande insatser som redan görs för att minska den psykiska ohälsan och alkoholkonsumtionen bland ungdomar. Bland dessa finns både sådana som visar på effekt och sådana som inte har någon effekt alls. I rapporten har vi gett förslag på metoder som vi vet har evidens, d.v.s. där det finns ett vetenskapligt stöd för att metoden har effekt. Vi har också utgått från de metoder som redan används i svensk miljö och som vi därför vet kan tillämpas här. Anledningen är att det finns flera insatser som visar på effekt i helt andra miljöer men som inte nödvändigtvis gör det under de förutsättningar som råder här. De metoder som föreslås är därför redan anpassade till svenska förhållanden och anpassade för att minska de problembeteenden som är vanliga och generellt sett även har ökat bland svenska ungdomar.

De förslag på metoder som vi har tagit fram är antingen generella och vänder sig till en bredare grupp individer eller riktade mot dem som redan uppvisar risker. De generella metoderna syftar till att öka skyddsfaktorerna såsom problem-

lösnings- och kommunikationsförmågor för att hindra att problembeteenden alls uppkommer. Exempel på sådana är social och emotionell träning samt föräldrastöd. Det finns även förslag på riktade metoder för att minska redan befintliga problem. Sådana metoder som föreslås är kognitiv beteendeterapi och motiverande samtal.

Referenser

1. SOU 2006:77 Ungdomar, stress och psykisk ohälsa. Analyser och förslag till åtgärder.
2. Socialstyrelsen. Folkhälsa och sociala förhållanden. Lägesrapport 2007. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
3. Socialstyrelsen. ADHD hos vuxna och barn. Stockholm: Socialstyrelsen; 2002.
4. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. Skolelevers drogvapor 2007. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning; 2008.
5. Andréasson S, Allebeck P. Alcohol and psychiatric illness. Longitudinal study of psychiatric admissions in a cohort of Swedish conscripts. *Int J Addict* 1991;26(6):713-28.
6. Brook DW, Brook JS, Zhang C, Cohen P, Whiteman M. Drug use and the risk of major depressive disorder, alcohol dependence, and substance use disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:1039-44.
7. Locke TF, Newcomb MD. Alcohol involvement and dysphoria: A longitudinal examination of gender differences from late adolescence to adulthood. *Psychol Addict Behav* 2001;15(3):227-36.
8. Pape H, Hammer T. Sober adolescence-Predictor of psychosocial maladjustment in young adulthood? *Scand J Psychol* 1996;37:362-77.
9. Paschall, Mallie J, Freishler B, Lipton RI. Moderate alcohol use and depression in young adults. Findings from a national longitudinal study. *Am J Public Health* 2005;95:3453-457.
10. Henry B, Feehan M, McGee R, Stanton W, Moffitt T, Silva P. The importance of conduct problems and depressive symptoms in predicting adolescent substance use. *J Abnorm Child Psychol* 1993;21(5):469-80.
11. Kaplow JB, Curran PJ, Angold A, Costello EJ. The prospective relation between dimensions of anxiety and the initiation of adolescent alcohol use. *J Clin Child Psychol* 2001;30(3):316-26.
12. King SM, Lacono WG, McGue M. Childhood externalizing and internalizing psychopathology in the prediction of early substance use. *Addiction* 1999;12:1548-59.
13. Kumpulainen K, Roine S. Depressive symptoms at the age of 12 years and future heavy alcohol use. *Addictive Behaviors* 2002;27:425-36.
14. Affi TO, Cox BJ, Katz LY. The associations between health risk behaviours and suicidal ideation and attempts in a nationally representative sample of young adolescents. *Can J Psychiatry* 2007;52(10):666-74.
15. Andrews J, Lewinsohn P. Suicidal attempts among older adolescents. Prevalence and co-occurrence with psychiatric disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31(14):655-62.

16. Fleming TM, Merry SN, Robinson EM, Denny SJ, Watson PD. Self-reported suicide attempts and associated risk and protective factors among secondary school students in New Zealand. *Aust N Z J Psychiatry* 2007;41:213-21.
17. Garrison CZ, McKeown RE, Valois RF, Murray L, Vincent ML. Aggression, substance use, and suicidal behaviors in high school students. *Am J Public Health* 1993;83(2):179-84.
18. Gmitrowicz A, Szymczak W, Kotlicka-Antczak M, Rabe-Jablonska J. Suicidal ideation and suicide attempt in Polish adolescents. Is it a suicidal process? *Int J Adolesc Med Health* 2003;15(2):113-24.
19. Haavisto A, Sourander A, Multimäki P, Parkki K, Santalahti P, Helenius H, et al. Factors associated with ideation and acts of deliberate self-harm among 18-year old boys. A prospective 10-year follow-up study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:912-21.
20. Patton G, Harris R, Carlin JB, Hibbert ME, Coffey C, Scharzt M, et al. Adolescent suicidal behaviours. A population-based study of risk. *Psychol Med* 1997;27:715-24.
21. Reifman A, Windle M. Adolescent suicidal behaviors as a function of depression, hopelessness, alcohol use, and social support. A longitudinal investigation. *Am J Community Psychol* 1995;23(3):329-54.
22. Wagman Borowsky I, Ireland M, Resnick MD. Adolescent suicide attempts. Risks and protectors. *Pediatrics* 2001;107(3):485-93.
23. Wagner BM, Cole RE, Schwartzman P. Comorbidity of symptoms among junior and senior high school suicide attempters. *Suicide Life Threat Behav* 1996;26(3):300-7.
24. Wichstrøm L. Predictors of adolescent suicide attempts. A nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39(5):603-10.
25. Hawton K, Harriss L. Deliberate self-harm in young people. Characteristics and subsequent mortality in a 20-year cohort of patients presenting to hospital. *J Clin Psychiatry* 2007;68(10):1574-82.
26. Méan M, Camparini Righini N, Narring F, Jeannin A, Michaud P-A. Substance use and suicidal conduct. A study of adolescents hospitalized for suicide attempt and ideation. *Acta Paediatr* 2005;94: 952-9.
27. Powell K, Kresnow M-J, Mercy J, Potter L, Swahn A, Frankowski R, et al. Alcohol consumption and nearly lethal suicide attempts. *Suicide Life Threat Behav* 2001;32:30-41.
28. Spirito A, Lewander J, Levy S, Kurkjian J, Fritz G. Emergency department assessment of adolescent suicide attempters: Factors related to short-term follow-up outcome. *Pediatr Emerg Care* 1994;10(1):6-12.
29. Alati R, Najman J, Kinner S, Mamun A, Williams G, O'Callaghan M, et al. Early predictors of adult drinking. A birth cohort study. *Am J Epidemiol* 2005;162(11):1098-107.
30. Caspi A, Moffitt T, Newman D, Silva P. Behavioral observations at age 3 years predict adult psychiatric disorders. Longitudinal evidence from a birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:1033-39.

31. Timmermans M, van Lier P, Koot H. Which forms of child/adolescent externalizing behaviors account for late adolescent risky sexual behaviour and substance use? *J Child Psychol Psychiatry* 2007;1-9.
32. Lysnkey M, Fergusson D. Childhood conduct problems, attention deficit behaviors, and adolescent alcohol, tobacco, and illicit drug use. *J Abnorm Child Psychol* 1995;23(3):281-302.
33. Niemelä S, Sourander A, Poikolainen K, Helenius H, Sillanmäki L, Parkkola K, et al. Childhood predictors of drunkenness in late adolescence among males. A 10-year population-based follow-up study. *Addiction* 2006;101:512-21.
34. Kasen S, Cohen P, Brook JS. Adolescent school experiences and dropout, adolescent pregnancy, and young adult deviant behavior. *J Adolesc Res* 1998;13(1):49-72.
35. Kumpulainen K. Psychiatric symptoms and deviance in early adolescence predict heavy alcohol use 3 years later. *Addiction* 2000;95(12):1847-57.
36. Lagerberg D, Sundelin C. Risk och prognos i socialt arbete med barn. Forskningsmetoder och resultat. Stockholm: Centrum för utvärdering av socialt arbete; 2000.
37. Andreasson S, red. Den svenska supen i det nya Europa. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2002.
38. Bremberg S. Riktade eller generella insatser? Hämtad från http://www.fhi.se/templates/Page___9710.aspx.
39. Merry S, McDowell H, Hetrick S, Bir J, Muller N. Psychological and/or educational interventions for the prevention of depression in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(1):CD003380.
40. Durlak JA. Successful prevention programs for children and adolescents. New York: Plenum Press; 1997.
41. Wennerholm Juslin P, Bremberg S. Depressiva besvär. Prevention med kognitiv beteendeterapi. Hämtad från http://www.fhi.se/templates/Page___4846.aspx.
42. Bremberg S. Stöd till föräldrar främjar hälsa både under uppväxten och senare i livet. Hämtad från http://www.fhi.se/templates/Page___4748.aspx.
43. Bremberg S red. Nya verktyg för föräldrar. Förslag till nya former av föräldrastöd. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2004.
44. Holm Ivarsson B, Pantzar M. Introduktion till motiverande samtal. En handledning för skolhälsovården. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2007.
45. Baer JS, Kivlahan DR, Blume AW, McKnight P, Marlatt GA. Brief intervention for heavy-drinking college students. 4-year follow-up and natural history. *Am J Public Health* 2001;91(8):1310-16.

Bilaga 1. Förkortningar och förklaringar

AOR = eng. adjusted odds ratio, d.v.s. OR som är justerad för confounders.

Confounder = ”störfaktor” eller ”förväxlingsfaktor”, dvs. en faktor som är beroende associerad med såväl exponering som utfall. Med andra ord en faktor som är kopplad till både exponering och effekt, och därför antingen maskerar specifika samband mellan exponering och effekt (t.ex. uppkomst av sjukdom) eller skapar skenbara samband mellan exponering och effekt. Vanliga störfaktorer är ålder, kön och olika former av missbruk (t.ex. rökning).

Exponering = att utsätta eller utsätta sig för något. Rökning kan t.ex. studeras som exponering i förhållande till vilka effekter den har, jämför med Utfall.

OR = eng. odds ratio, odds för ett visst utfall i personer som exponerats för en viss riskfaktor delat med odds för samma utfall hos oexponerade (t.ex. oddset för att rökare får lungcancer delat med oddset för att icke-rökare får lungcancer).

Odds = sannolikheten för att en händelse ska inträffa dividerat med sannolikheten för att händelsen inte ska inträffa.

Prediktor = variabel som kan säga något om framtida förhållanden.

RR = relativ risk, d.v.s. incidens hos exponerade delat med incidens hos oexponerade (t.ex. antalet fall av lungcancer hos rökare per tidsenhet delat med antalet fall av lungcancer hos icke-rökare per tidsenhet).

SES = socioekonomisk status.

Signifikansnivå = sannolikheten att en nollhypotes förkastas. Signifikansnivån (också kallat p-värdet) i rapporten är 5 procent. Om sambandet inte är statistiskt signifikant brukar detta förkortas som ns.

T1 = första undersökningstillfället.

T2 = andra undersökningstillfället.

Utfall = en effekt eller resultat som studeras i förhållande till vad man blivit exponerad för, ex. förekomsten av cancer som studeras utifrån att man har exponerats för rökning.

Bilaga 2. Tabeller till figur 1–3

Tabell 1. Andelen personer som upplevt ängslan, oro eller ångest under de senaste två veckorna.
Källa: Statistiska Centralbyrån, ULF

| | Män 16–24 år | Kvinnor 16–24 år | Män 25–34 år | Kvinnor 25–35 år |
|-----------|--------------|------------------|--------------|------------------|
| 1994/1995 | 8,7 | 15,6 | 13,2 | 19,1 |
| 1996/1997 | 10,6 | 18,9 | 11,7 | 17,1 |
| 1998/1999 | 10,8 | 23,1 | 15,1 | 21,7 |
| 2000/2001 | 12,4 | 26 | 18,8 | 25,6 |
| 2002/2003 | 13 | 28,3 | 17,6 | 27,9 |
| 2004 | 14 | 30,4 | 14,2 | 24,7 |
| 2005 | 13,1 | 30,2 | 12,8 | 24,5 |

Tabell 2. Patienter som vårdades för självmordsförsök, inklusive skadehändelser med oklar avsikt, antal per 100 000. Källa: Socialstyrelsen, Patientregistret

| | Flickor 10–14 år | Flickor 15–19 år | Pojkar 10–14 år | Pojkar 15–19 år |
|-----------|------------------|------------------|-----------------|-----------------|
| 2001/2002 | 55,19 | 255,39 | 15,15 | 73,29 |
| 2005/2006 | 63,96 | 325,12 | 11,45 | 93,56 |

Tabell 3. Beräknad årskonsumtion av alkohol (i liter alkohol 100 %) för ungdomar
 Värdena 1979/80–1994 avser SIFO:s besöksintervjuer, 1994–1998 TEMO:s telefonintervjuer och
 2003 ARS telefonintervjuer. Källa: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning

| | Pojkar 16–19 år | Flickor 16–19 år | Pojkar 20–24 år | Flickor 20–24 år |
|---------|-----------------|------------------|-----------------|------------------|
| 1979/80 | 4,8 | 2,2 | 6,5 | 2 |
| 1980/81 | 3,5 | 1,7 | 6,3 | 1,9 |
| 1981/82 | 3 | 2 | 5,5 | 1,8 |
| 1982/83 | 2,6 | 1,3 | 5,4 | 2,1 |
| 1983/84 | 2,4 | 1,2 | 5,7 | 2,1 |
| 1984/85 | 2,4 | 1,1 | 4,4 | 1,7 |
| 1985/86 | 2,5 | 1,6 | 4,7 | 2 |
| 1986/87 | 2,9 | 1,3 | 5,3 | 1,9 |
| 1987/88 | 3,4 | 1,7 | 5,7 | 1,9 |
| 1988/89 | 3,5 | 1,7 | 5,7 | 2,2 |
| 1989/90 | 2,9 | 1,6 | 5,1 | 2,4 |
| 1991/92 | 3,3 | 1,5 | 5,3 | 2,1 |
| 1994 | 4,9 | 2,2 | 7,2 | 2,9 |
| 1994 | 4,4 | 2 | 6,7 | 3,2 |
| 1996 | 5,7 | 2,2 | 7,8 | 3,1 |
| 1998 | 4,1 | 2,3 | 7,9 | 3,8 |
| 2003 | 5,4 | 2,6 | 8,5 | 3,9 |

Bilaga 3. Alkoholkonsumtion som prediktor för depressiva besvär

| Författare, årtal, land | Studiepopulation, bortfall och uppföljningstid | Ålder vid T ₁ | Exponering | Utfall | Kontrollvariabler | Effekt efter kontroll för confounders (om det görs) | Slutsats |
|---------------------------------------|--|--------------------------|--------------------------------------|--|--------------------|--|--|
| Andréasson och Allebeck 1991, Sverige | n = 49464 Bortfall: ca 3 % Uppföljningstid: 15 år | ca 20 år | Hög och mycket hög alkoholkonsumtion | Klinisk depression (ICD) | Klinisk depression | För hög alkoholkonsumtion (101–250 g/v) RR = 1,6 För mycket hög alkoholkonsumtion (> 250 g/v) RR = 1,9 | Hög och mycket hög alkoholkonsumtion vid T ₁ ökar risken för klinisk depression vid T ₂ |
| Brook et al. 2002, USA | n(T ₁) = 975 n(T ₂) = 736 Bortfall: 25 % Uppföljningstid: 22 år | 1–10 år | Alkoholkonsumtion | Klinisk depression (Major depressive disorder DSM-III) | Klinisk depression | Under barndom/tidigt adolescens OR = 1,42 (1,17–1,72) p < 0,001 Under senare adolescens OR = 1,49 (1,17–1,91) obs. p-värdet ej redovisat | Hög alkoholkonsumtion under barndomen/tidig adolescens ökar risken för MDD i senare delen av 20-årsåldern. Oklart samband vid senare exponeringstillfälle än barndom / tidig adolescens. |

| Författare, årtal, land | Studiepopulation, bortfall och uppföljningstid | Ålder vid T1 | Exponering | Utfall | Kontrollvariabler | Effekt efter kontroll för confounders (om det görs) | Slutsats |
|-----------------------------|--|-------------------|-------------------|---|---|---|--|
| Locke och Newcomb 2001, USA | n(T2) = 426 Population definierad vid T2. Således inget bortfall mellan T1 och T2 Uppföljningstid: 16 år | 18 år | Alkoholkonsumtion | Depressiva symptom | Oklart på grund av analysmetoden (strukturell ekvationsmodulering) | Alkoholkonsumtion ökar risken för depressiva symptom för pojkar $p < 0,05$ för flickor $p < 0,01$ | Alkoholkonsumtion vid i tonåren (T1) prediceras förekomst av depressiva symptom i vuxen ålder för både pojkar och flickor. |
| Pape och Hammer 1996, Norge | n(T1) = 1590 n(T2) = 1478 n(T3) = 1462 Bortfall: 8 % Uppföljningstid: 6 år | 19–22 år | Alkoholkonsumtion | Depression och ångest | Utbildningsnivå, sociala kontakter, partner, somatiska sjukdomar, rökvanor, ekonomisk obundenhet till föräldrar | Alkoholkonsumtion ökar risken för depression och ångest signifikant för män $p < 0,001$ och kvinnor $p < 0,01$ | Alkoholkonsumtion vid T1 och/eller T2 ökar risken för depression och ångest vid T3 för både män och kvinnor. |
| Paschall et al. 2005, USA | n(T1) = 20745 n(T2) = 13892 Bortfall = 33 % Uppföljningstid: 7 år | 15 (± 2) år | Alkoholkonsumtion | Depressiva symptom (<i>depressive mood</i>) | SES, ålder, kön, etnicitet, civilstånd, depression, problematisk alkoholkonsumtion | För sporadisk respektive frekvent hög alkoholkonsumtion β koefficient = 0,45 $p < 0,01$ respektive β koefficient = 0,98 $p < 0,001$ Könsskillnader studeras inte | Olika grader av hög alkoholkonsumtion vid T1 ökar signifikant risken för depressiva symptom vid T2 |

Bilaga 4. Depressiva besvär som prediktor för alkoholkonsumtion

| Författare, årtal, land | Studiepopulation, bortfall och uppföljningstid | Ålder vid T ₁ | Exponering | Utfall | Kontrollvariabler | Effekt efter kontroll för confounders (om det görs) | Slutsats |
|---------------------------------------|--|--------------------------|------------------------------|--|---|---|--|
| Andréasson och Allebeck 1991, Sverige | n = 49464 Bortfall: ca 3 % Uppföljningstid: 15 år | ca 20 år endast män | Klinisk depression (ICD) | Alkoholism | Hög alkoholkonsumtion (>100 g/v) | RR = 1,8 | Klinisk depression vid T ₁ ökar risken för alkoholism vid T ₂ |
| Henry et al. 1993, Nya Zeeland | n(T ₁) = 1037 n(T ₂) = 752 Bortfall: 27 % Uppföljningstid: 4 år | 11–15 år | Depressiva symptom (DSM-III) | Alkoholkonsumtion | Olika beteendeproblem | ns | Inget samband mellan depressiva symptom och alkoholkonsumtion varken för pojkar eller flickor |
| Kaplow et al. 2001, USA | n(T ₁) = 1420 n(T ₄) = 936 Överrepresentation av "American Indian children and children with behavior problems" Bortfall: 34 % Uppföljningstid: 4 år | 9, 11 och 13 år | Depression (CAPA) | Initiering av alkoholanvändning (eng. <i>initiation of alcohol use</i>) | Kontroll för ålder, ras, kön och depressiva symptom | OR = 1,56 (1,24–1,95) p < 0,0001 | Depression vid T ₁ ökar risken för alkoholinitering vid T ₄ . Könskillnader redovisas inte separat. |

| Författare, årtal, land | Studiepopulation, bortfall och uppföljningstid | Ålder vid T ₁ | Exponering | Utfall | Kontrollvariabler | Effekt efter kontroll för confounders (om det görs) | Slutsats |
|-------------------------------------|---|--------------------------|---|-----------------------|--|---|---|
| King et al. 2004, USA | n(T ₁) = 1402 n(T ₂) = 1364 Bortfall: ca 3 % Uppföljningstid: 3-4 år | 10-12 år | Klinisk depression (<i>major depressive disorder</i>) | Alkoholkonsumtion | Kontroll för kön samt psykiska besvär | För regelbunden alkoholkonsumtion: OR = 2,24 (1,09-4,58) | Depression vid T ₁ ökar risken för regelbunden konsumtion vid 14 års ålder. |
| Kumpulainen och Roine 2002, Finland | n(T ₁) = 1316 n(T ₂) = 1111 Bortfall: 16 % Uppföljningstid: 7 år | 8 år | Depressiva symptom (CDI/BDI) | Hög alkoholkonsumtion | Beteendeproblem | 2 ggr ökad risk (1,4-3,1) | Depression vid T ₂ /T ₃ ökar risken för hög alkoholkonsumtion vid T ₃ . Könsskillnader redovisas inte separat. |
| Locke, Newcomb 2001, USA | n(T ₂) = 426 varav 305 flickor och 121 pojkar Population definierad vid T ₂ . Således inget bortfall mellan T ₁ och T ₂ Uppföljningstid: 16 år | 19 år | Depression | Alkoholkonsumtion | Oklart på grund av analysmetoden (strukturell ekvationsmodulering) | Depression ökar risken för alkoholkonsumtion signifikant för pojkar p < 0,001 oklart samband för flickor | Depressiva besvär predicerar alkoholkonsumtion i vuxen ålder för pojkar. Oklart samband för flickor. |

Bilaga 5. Alkoholkonsumtion som prediktor för självskaadebetende

| Författare, årtal, land | Studietypp | Studiepopulation, bortfall och uppföljningstid vid kohort | Ålder (vid T ₁) | Exponering | Utfall | Kontrollvariabler | Effekt efter kontroll för confounders (om det görs) | Slutsats | Övrigt |
|---------------------------------|------------|---|-----------------------------|--|--------------------|---|--|---|--|
| Afifi et al. 2007, Canada | Tvärsnitt | n = 2090 | 12–13 år | Alkoholkonsumtion (dikotomiseraade värden: konsumtion / icke-konsumtion) | Själv-mords-försök | Utagerade riskbeteenden, depression och ångest etc. | För pojkar OR = 5,21 (1,72–15,76) AOR: ns (0,28–7,28) För flickor OR = 3,16 (1,52–6,59) AOR: ns (0,28–3,78) | Efter justering ökar inte risken signifikant för självmordsförsök vid tidigare alkoholkonsumtion, vare sig för pojkar eller flickor | |
| Andrews och Lewinsohn 1992, USA | Kohort | n = 1710 n = 1505 Bortfall: 12 % Uppföljningstid: 1 år | 14–16 år | Alkoholmissbruk / -beroende | Själv-mords-försök | Inga redovisade | För pojkar OR = 22,4 (5,0–101,0) För flickor OR = 10,3 (2,7–39,4) | Alkoholmissbruk / -beroende vid T ₁ ökar risken för självmordsförsök för båda könen, men mest för pojkar | Litet unval på de med självmordsförsök och alkoholmissbruk / -beroende samt stora konfidensintervall |

| Författare, årtal, land | Studietyper | Studiepopulation, bortfall och uppföljningstid vid kohort | Ålder (vid T ₁) | Exponering | Ufall | Kontrollvariabler | Effekt efter kontroll för confounders (om det görs) | Slutsats | Övrigt |
|----------------------------------|-------------|---|-----------------------------|-------------------|--------------------|---|---|--|---|
| Fleming et al. 2007, Nya Zeeland | Tvårsnitt | n = 9570 | 9–13 år | Alkoholmissbruk | Själv-mords-försök | Kön, ålder, familjesituation, depression och ångest, tidigare självmordsförsök etc. | OR = 2,17 (1,45–3,22) | Alkoholmissbruk ökar risken för självmordsförsök | |
| Garrison et al. 1993, USA | Tvårsnitt | n = 3764 | 14–16 år | Alkoholkonsumtion | Själv-mords-försök | Kön, etnicitet, aggressivt beteende, droganvändning | OR = 1,31 (1,12–1,52) vad gäller självmordsförsök som inte har krävt sjukhusvård; ns (0,88–1,56) för självmordsförsök som krävt sjukhusvård | Ökad frekvens av alkoholkonsumtion de senaste 12 månaderna ökar risken för självmordsförsök som inte har krävt sjukhusvård. Icke signifikant samband för de försök som har krävt sjukhusvård | Litet urval (n = 61) på de med självmordsförsök som krävt sjukhusvård |
| Gmitrowicz et al. 2003, Polen | Tvårsnitt | n = 1663 | 14–21 år | Alkoholkonsumtion | Själv-mords-försök | Kön, familjesituation, patologiska beteenden, droganvändning etc. | OR = 3,16 (1,77–5,64) för självmordsförsök | Alkoholkonsumtion ökar risken för självmordsförsök | Konsumtionsnivå ej definierad |

| Författare, årtal, land | Studietyper | Studiepopulation, bortfall och uppföljningstid vid kohort | Ålder (vid T ₁) | Exponering | Utfall | Kontrollvariabler | Effekt efter kontroll för confounders (om det görs) | Slutsats | Övrigt |
|--------------------------------|-------------|---|-----------------------------|---|---|---|---|---|--|
| Haavisto et al. 2005, Finland | Tvårsnitt | n = 2348 (endast pojkar) | 18 år | Alkoholkonsumtion (berusningsfrekvens) | Avsiktlig självskada (självskada och självmordsförsök sammanslagat) | Inga kontroller | För berusning <1 gång/v: ns (0,6–10,0) För berusning ≥1 gång/v: OR = 19,0 (4,4–81,3) | Berusning ≥ 1 gång/v de senaste 6 månaderna ökar risken för självskada/beteende bland pojkar | |
| Patton et al. 1997, Australien | Kohort | n = 1699 Bortfall ca 13 % Uppföljningstid: 1 år | 15–16 år | Alkoholkonsumtion (frekvens de senaste 6 månaderna) | Avsiktlig självskada | Ålder, anti-socialt beteende och olika typer av riskbeteende, droganvändning, sexuell aktivitet, familjesituation | För pojkar OR = 6,6 (2,7–17) AOR: ns (0,73–8,2) För flickor OR = 6,1 (2,5–152) AOR: ns (0,5–6,9) | Efter justering ökar inte risken signifikant för självmordsförsök vid tidigare alkoholkonsumtion, vare sig för pojkar eller flickor | |
| Reifman och Windle 1995, USA | Kohort | n = 283 Bortfall: <10 % Uppföljningstid: 2 år | Sannolikt 16 år | Alkoholkonsumtion | Självmordsförsök | Oklart på grund av analysmetoden (strukturell ekvationsmodulering) | Koefficient: 0,05 | Alkoholkonsumtion ökar risken för självmordsförsök. Dock liten ökning. | Effekter i den större kohorten i samma studie bristfälligt redovisad |

| Författare, årtal, land | Studietyp | Studiepopulation, bortfall och uppföljningsstid vid kohort | Ålder (vid T ₁) | Exponering | Utfall | Kontrollvariabler | Effekt efter kontroll för confounders (om det görs) | Slutsats | Övrigt |
|-------------------------|-----------|--|-----------------------------|----------------------------------|----------------------|---|--|---|--------|
| Wagman et al. 2001, USA | Kohort | n(T ₁) = 20745 n(T ₂) = 13110 Bortfall: 37 % Uppföljningsstid: 1 år | 14–16 år | Alkoholkonsumtion | Självmedveten försök | Ålder, familjesituation, familjeekonomi (bidragsberoende) | För vita pojkar OR = 6,3 CI ej redovisat (p < 0,001) För vita flickor: OR = 4,1 CI ej redovisat (p < 0,001) | Hög alkoholkonsumtion (d.v.s. konsumtion dagligen/nästan dagligen) ökar risken för självmordsförsök för både könen, men mest för pojkar | |
| Wagner et al. 1996, USA | Tvärsnitt | n = 1050 | ca 12–17 år | Alkoholmissbruk (egen skattning) | Självmedveten försök | Depression eller utagerade psykiska besvär | Vid kontroll för depression, sannolikhetskoefficient = 0,14 Vid kontroll för utagerade psykiska besvär sannolikhetskoefficient = 0,21 | Alkoholmissbruk ökar risken för självmordsförsök | |

| Författare, årtal, land | Studietyper | Studiepopulation, bortfall och uppföljningstid vid kohort | Ålder (vid T ₁) | Exponering | Utfall | Kontrollvariabler | Effekt efter kontroll för confounders (om det görs) | Slutsats | Övrigt |
|-------------------------|-------------|--|-----------------------------|-------------------------------|--------------------|---|---|--|--------|
| Wichstrøm 2000, Norge | Kohort | n(T ₁) = 12287 n(T ₂) = 9679 Bortfall: 21 % Uppföljningstid: 2 år | 12–20 år | Alkoholkonsumtion (berusning) | Själv-mords-försök | Kön, ålder, tidigare själv-mordstankar / -försök, familjesituation etc. | ns OR = 1,01 (1,00–1,03) | Ingen signifikant effekt på avsiktlig självskada av alkoholkonsumtion vid tidigare tillfälle | |

Bilaga 6. Berusning under tillfället för självskadnan

| Författare, årtal, land | Studietyyp | Studiepopulation | Ålder på studiepopulationen | Exponering | Utfall | Effekt | Slutsats |
|-----------------------------|---|--|-----------------------------|---|------------------------|---|---|
| Méan et al. 2005, Schweiz | Studien är en kohort men tvärsnittsdata används för detta | n = 186 patienter som har lagts in på sjukhus på grund av självmordsförsök | 16–21 år | Alkoholpåverkan | Självmordsförsök | 27 % | 27 % av patienterna var påverkade av alkohol vid tidpunkten för självmordsförsöket |
| Hawton och Harriss 2007, UK | Studien är en kohort men tvärsnittsdata används för detta | n = 4348 patienter som har lagts in på sjukhus på grund av avsiktligt självskadeteende | 15–24 år | Berusning: 6 timmar före självskadnan Vid tillfället för självskadnan | Avsiktlig självskadnan | Berusning 6 timmar före självskadnan för pojkar: 48,2 % flickor: 29,6 % Berusning vid tillfället för självskadnan för pojkar: 24,3 % flickor: 14,6 % | Ca 48 % respektive 30 % av pojkarna och flickorna hade druckit alkohol 6 timmar för självskadnan och ca 24 % respektive 15 % av pojkarna och flickorna hade druckit alkohol vid tillfället för självskadnan |

| Författare, årtal, land | Studietyyp | Studiepopulation | Ålder på studiepopulationen | Exponering | Utfall | Effekt | Slutsats |
|--------------------------|---|---|-----------------------------|--|-------------------|--------|---|
| Powell et al. 2001, USA | Fall-kontroll | n = 153 patienter som har lagts in på sjukhus på grund av avsiktligt självskaadebe-teende | 13–34 år | Alkoholkonsum-tion 3 timmar före självmords-försöket | Självmords-försök | 26,5 % | 26,5 % av dem som försökt ta sitt liv uppgav att de hade druckit alkohol vid självmordsförsöket (mängden alkohol inte definierad) |
| Spirito et al. 1994, USA | Studien är en kohort men tvärsnittsdata används för detta | n = 57 patienter som har lagts in på sjukhus på grund av avsiktligt självskaadebe-teende | 13–17 år | Alkoholkonsum-tion i samband med självmords-försöket | Självmords-försök | 12 % | 12 % av dem som försökt ta sitt liv uppgav att de hade druckit alkohol vid självmordsförsöket (mängden inte angiven) |
| Wichstrøm 2000, Norge | Studien är en kohort men tvärsnittsdata används för detta | n = 948 | 12–20 år | Berusning | Självmords-försök | 26 % | 26 % av dem som försökt ta sitt liv uppgav att de hade varit lätt till mycket berusade vid självmordsförsöket |

Bilaga 7. Utagerande psykiska besvär som prediktor för alkoholkonsumtion

| Författare, årtal, Studietyp land | Studiepopulation, bortfall och uppföljningstid vid kohort | Ålder (vid T ₁) | Exponering | Utfall | Kontrollvariabler | Effekt efter kontroll för confounders (om det görs) | Slutsats |
|--------------------------------------|---|--------------------------------|---|-----------------------------|---|---|---|
| Alati et al. 2005, Australien | Kohort n (T ₁) = 2551 (samma population vid T ₁ och T ₂) Uppföljningstid: 5 respektive 14 år | 7 respektive 16 år | Utagerade psykiska problem (<i>externalizing behavior</i>) | Alkoholmissbruk / -beroende | Ångest, depression, alkohol- och tobaksbruk hos modern; moderns utbildning före barnets födsel samt ålder och civilstånd hos modern när barnet var 14 år | För pojkar med utagerande problem vid 7 års ålder: OR = 2,34 (1,58–3,44) AOR = 2,18 (1,43–3,31) För flickor med utagerande problem vid 7 års ålder: OR = 2,26 (1,40–3,64) AOR = 1,97 (1,18–3,29) För utagerande problem vid 16 års ålder: ns Pojkar: (0,66–1,47) Flickor: (0,40–1,57) | För utagerande problem vid 7 års ålder ökar risken för alkoholmissbruk / -beroende. Starkare samband för pojkar än för flickor. För utagerande problem i senare ålder (16 års ålder) är effekten ns för både pojkar och flickor. |

| Författare, årtal, Studietyp land | Studiepopulation, bortfall och uppföljnings- ningstid vid kohort | Ålder (vid T ₁) | Exponering | Utfall | Kontrollvariabler | Effekt efter kontroll för confounders (om det görs) | Slutsats |
|--------------------------------------|---|--------------------------------|--|---|--|--|---|
| Caspi et al. 1996, USA | Kohort n(T ₁) = 1037 n(T ₂) = 914 Bortfall: 12 % Uppföljnings- tid: 19 år | 3 år | Utagerande psykiska bete- enden: (<i>irrita- ble, impulsive, impersistent</i>) | Alkoholbero- ende | Familjeegen- skaper: (<i>family social class</i>) | För pojkar AOR = 2,7 (1,2–6,2) För flickor AOR: ns (0,06–4,4) | För utagerande psykiska besvär vid 3 års ålder ökar risken för alkoholberoende vid 21 års ålder för pojkar men inte för flickor. |
| Henry et al. 1993, Nya Zeeland | Kohort n(T ₁) = 752 n(T ₂) = 732 Bortfall: 3 % Uppföljnings- tid: 4 år | 11 år | Utagerande psykiska pro- blem (<i>conduct problems</i>) | Alkoholkon- sumtion (mer än 3 gånger under året eller konsum- tion under skoltid) | Depression | För pojkar AOR: ns (1,53) För flickor AOR: ns (2,30) | För utagerande problem i tidi- gare ålder (11 års ålder) är effekten icke statistiskt signifikant för både pojkar och flickor. |
| Kasen et al. 1998, USA | Kohort n(T ₁) = 452 n(T ₂) = 452 (T ₁ definierar T ₂) Bortfall: <5 % Uppföljnings- tid: 9 år | 10–16 år (i snitt 13 år) | Utagerande psykiska pro- blem (<i>conduct problems</i>) | Alkoholmiss- bruk | Ålder, kön, IQ, SES | AOR = 1,44 (1,09–1,89) | För utagerande psykiska problem ökar risken för att missbruka alkohol |

| Författare, årtal, Studietyp land | Studiepopulation, bortfall och uppföljningstid vid kohort | Ålder (vid T ₁) | Exponering | Utfall | Kontrollvariabler | Effekt efter kontroll för confounders (om det görs) | Slutsats |
|--------------------------------------|---|--------------------------------|---|--|---|--|---|
| King et al. 2004, USA | Kohort n(T ₁) = 1402 n(T ₂) = 1364 Bortfall: 3 % Uppföljningstid: 3–4 år | 11 år | Utagerande psykiska beteenden (<i>externalizing disorders</i>) | Hög alkoholkonsumtion | Inga redovisade | Hög konsumtion för pojkar OR = 2,65 (1,63–4,32) Hög konsumtion för flickor OR: ns (0,61–2,02) | Utagerande problem ökar risken för hög alkoholkonsumtion endast för pojkar. |
| Kumpulainen 2000, Finland | Kohort n(T ₂) = 1098-1157 (av 1316 vid T ₁) n(T ₃) = 1111 (av 1316 vid T ₁) Bortfall T ₂ →T ₃ ej redovisat, men <16 % Uppföljningstid: 3 år (T ₂ →T ₃) | 12 år | Utagerande beteenden: (<i>externalizing behavior respektive hyperaktivitet</i>) | Hög alkoholkonsumtion (3 eller fler gånger de senaste 30 dagarna) samt berusning vid 3 eller fler tillfällen | Kön, familjestruktur, socioekonomisk status | För utagerande problem (skattat av föräldrarna) ökar risken för hög alkoholkonsumtion AOR = 3,1 (1,7–5,9) För utagerande problem (skattat av lärarna) så ökar risken för hög alkoholkonsumtion AOR = 4,7 (2,1–10,4) För hyperaktivitet: ns | Utagerande problem ökar risken för hög alkoholkonsumtion endast för pojkar. |

| Författare, årtal, land | Studietyp | Studiepopulation, bortfall och uppföljningstid vid kohort | Ålder (vid T ₁) | Exponering | Utfall | Kontrollvariabler | Effekt efter kontroll för confounders (om det görs) | Slutsats |
|---|-----------|---|-----------------------------|---|--|---|---|--|
| Lynskey och Fergusson 1995, Nya Zeeland | Kohort | n(T ₂) = ca 927 Bortfall: oklart redovisat (dock <27 %) Uppföljningstid: 7 år | 8 år | Utagerande psykiska problem (<i>conduct disorder</i>) | Hög grad av alkoholkonsumtion Alkoholrelaterade problem (fysiska, psykiska och sociala) | Familjesituation, alkohol, narkotika- och tobaksvanor/attityder hos föräldrarna Exponeringen för alkoholrelaterade problem har även kontrollerats för tobak och narkotika- bruk hos ungdomarna | För hög grad av alkoholkonsumtion β koefficient = 4,71 (p < 0,001) För alkoholrelaterade problem β koefficient = 0,18 (p < 0,05) | För utagerande psykiska problem vid 8 års ålder ökar risken både för hög grad av alkoholkonsumtion och för alkoholrelaterade problem |
| Niemelä et al. 2006, Finland | Kohort | n(T ₁) = 2946 n(T ₂) = 2306 Endast pojkar Bortfall: 22 % Uppföljningstid: 10 år | 8 år | Utagerande psykiska problem: (<i>conduct disorder</i> respektive hyperaktivitet) | Alkoholkonsumtion (berusning ≥ 1 gång/v) | Familjebakgrund, depression, mobbing, psykosomatiska besvär | För utagerande psykiska besvär: (<i>conduct disorder</i>) AOR = 1,1 (1,00–1,31) För hyperaktivitet: AOR = 1,2 (1,06–1,46) | För utagerande psykiska problem och hyperaktivitet vid 8 års ålder ökar risken för berusningsdrickande beteende vid 18 års ålder |

| Författare, årtal, Studietyp land | Studiepopulation, bortfall och uppföljningstid vid kohort | Ålder (vid T ₁) | Exponering | Utfall | Kontrollvariabler | Effekt efter kontroll för confounders (om det görs) | Slutsats |
|---|---|--------------------------------|--|--|--|--|---|
| Timmermans et al. 2007, Nederländerna | Kohort n(T ₁) = 396 n(T ₃) = 309 Bortfall: 22 % Uppföljnings- tid: 14 år | ca 4 år | Utagerande beteenden: (<i>externalizing</i> inklusive <i>opposition,</i> <i>physical aggression,</i> <i>status violations,</i> <i>property violations</i>) | Alkoholkon- sumtion (regelbunden konsumtion samt berus- ning) | Inga kontroller för allmänna utagerande beteenden Kontroll för kön och andra utagerande beteenden för fysiskt aggres- sivt beteende | För allmänna utage- rande beteenden β koefficient = 0,15 För fysiskt aggressivt beteende kontrollerat för kön och andra utage- rande beteenden β koefficient = 0,23 | Allmänna utage- rande beteenden samt fysiskt aggressivt bete- ende ökar risken för regelbunden alkoholkonsum- tion samt berus- ningsdrickande |

Utvecklingen av den psykiska ohälsan och alkoholkonsumtionen bland ungdomar är oroande. Statens folkhälsoinstitut har därför fått i uppdrag av regeringen att ta fram kunskap om hur dessa problemområden hänger ihop och hur problemen kan förebyggas.

Denna rapport innehåller systematiska genomgångar av vetenskapliga studier inom området. Sammanställningarna visar på att det finns ett samband mellan att må psykiskt dåligt och att dricka mycket alkohol, och vice versa. Rapporten ger också förslag på evidensbaserade metoder för att minska denna typ av ohälsa bland unga pojkar och flickor.

Rapporten vänder sig främst till beslutsfattare och yrkesverksamma med ansvar för förebyggande arbete inom staten, kommuner, landsting och frivilliga organisationer.



Statens
folkhälsoinstitut

Statens folkhälsoinstitut
Distributionstjänst
120 88 Stockholm

Fax 08-449 88 11
fhi@strd.se
www.fhi.se

R 2008:37
ISSN 1651-8624
ISBN 978-91-7257-587-5