

Psykologi og samfunn

## Det du trenger å vite om forekomst av psykiske lidelser

Ann Kristin Knudsen

Arnstein Mykletun

Divisjon for psykisk helse, Nasjonalt folkehelseinstitutt

simon.overland@iuh.uib.no

I løpet av et år vil en av tre i den voksne befolkningen tilfredsstillende diagnostiske kriterier for minst én psykisk lidelse. Cirka halvparten vil rammes i løpet av livet [1]. Angstlidelser, depressive lidelser og rusrelaterte lidelser er de vanligste.



**Stabilit:** Selv om flere i dag blir uførepensjonert for en psykisk lidelse, ser forekomsten ut til å være stabil. Illustrasjon: Oda Valle

### FAKTA: FOREKOMST

- Angst, depresjon og rusrelaterte lidelser klart vanligst
- Kvinner har litt oftere psykiske lidelser
- Forekomsten ser ut til å være stabil
- Psykiske lidelser debuterer vanligvis i ung alder

Er tallene for høye? Lager man patologi av normale variasjoner? Er sjenerthet blitt til sosial fobi for å gi psykologer, psykiatere og legemiddelindustrien et marked? Spørsmålene er kanskje legitime. Romslige estimater har betydning både for helsepolitikk og ikke minst for hvordan vi legger opp behandlingstilbudet.

## Et kontinuum av symptomer

Vi behandler jo ikke halvparten av befolkningen for en psykisk lidelse, og vi foreslår heller ikke å gjøre det. Alle psykiske lidelser opptrer som ansamlinger av symptomer, i form av et kontinuum fra få til mange. Det er ikke noen kvalitativ forskjell mellom syk og frisk på et slikt kontinuum, og det vil alltid kunne diskuteres hvor grensen skal gå.

La oss sammenligne med hjerte- og karsykdom: Virker tallene høye også der? Dersom man anvender europeiske retningslinjer på den norske vanlige befolkningen, vil 23 % av kvinner og 86 % av menn på 40 år defineres som i risikozonen for hjerte- og karsykdom [2]. Tallene for eldre mennesker er vesentlig høyere. Retningslinjene anbefaler behandling av alle i risikogruppen. Det finnes tydeligvis ikke mange friske mennesker, bare dårlig utredede pasienter.

## De vanligste lidelsene

Men la oss for denne anledningen akseptere kriteriene fra ICD-10 og DSM-IV for psykiske lidelser, og se litt nærmere på forekomsten av de ulike typene: Angstlidelser, depressive lidelser og rusrelaterte lidelser (oftest alkoholmisbruk og alkoholavhengighet) er de vanligste [3–5], men rekkefølgen av disse varierer noe fra studie til studie. Rundt en fjerdedel av den norske befolkningen vil rammes av en angstlidelse i løpet av livet, og cirka 15 % i løpet av et år. Omtrent de samme tallene finner vi for alkoholmisbruk og alkoholavhengighet, mens depresjon vil ramme én av fem i løpet av livet og én av ti i løpet av 12 måneder. Personlighetsforstyrrelser er også vanlig blant den voksne befolkningen, med en prevalens omkring 10 % [6]. Unngående og tvangspreget personlighetsforstyrrelse er vanligst. Spiseforstyrrelsene anoreksi og bulimi forekommer hovedsakelig blant kvinner, og er nesten fraværende blant menn. Forekomsten av spiseforstyrrelser er relativt lav sett i forhold til andre psykiske lidelser, med en livstidsforekomst blant kvinner på mellom 0,9 % og 3,0 % [3, 7]. Livstidsforekomsten av alle psykotiske lidelser har blitt estimert til å ligge på rundt 3,5 %, hvorav 1,0 % forekomst av schizofreni [8]. I Osloundersøkelsen estimerte livstidsforekomsten av bipolar lidelse til 1,6 % [3]. Dette er i samme størrelsesorden som tall rapportert fra NEMESIS-studien i Nederland [9], men noe lavere enn funn fra amerikanske studier [10]. Demens øker i forekomst med alder. Studier gjort i vesteuropeiske land viste en forekomst av demens på 5,4 % ved alder 60 år [11]. Den vanligste formen er Alzheimers sykdom, som utgjør rundt halvparten av alle demenstilfeller, etterfulgt av vaskulær demens.

## Kjønnsfordeling

Alt i alt har kvinner litt oftere psykiske lidelser enn menn: De fleste studier har vist høyere forekomst av angstlidelser og depressive lidelser hos kvinner, mens rusrelaterte lidelser er dobbelt så vanlig blant menn [3]. Personlighetsforstyrrelser er omtrent like vanlig blant kvinner som menn [14]. Kvinner har oftere personlighetsforstyrrelser av den engstelige typen, for eksempel unnvikende eller avhengig, mens menn oftere har schizoid eller antisosial personlighetsforstyrrelse. Noen studier indikerer at schizofreni er like vanlig blant menn som kvinner [15], mens andre konkluderer med overvekt blant menn [16].

## Øker forekomsten?

Flere forhold kan gi inntrykk av at forekomsten av psykiske lidelser øker i befolkningen. Blant annet har andelen nye uførepensjoner tildelt for en psykisk lidelse økt de siste 15 årene [17], samt at det har funnet sted en sterk økning i behandling for psykiske lidelser [18]. Dette er imidlertid bare indirekte indikatorer på forekomst av psykiske lidelser, som også reflekterer hvordan samfunnet håndterer psykiske lidelser. De fleste studier som har sett på dette direkte, finner ingen økning i forekomst av psykiske lidelser: Replikasjonsstudiet av National Comorbidity Survey i USA fant ingen betydelige endringer i forekomst av psykiske lidelser generelt i perioden 1990 til 2003 [19]. Spørsmålet om det har vært en økning (eller reduksjon) i forekomst av psykiske lidelser i Norge, er ikke endelig avklart, og vil være gjenstand for videre forskning. Men basert på den beste dokumentasjonen vi har i dag, er det ikke gode holdepunkter for verken økning eller nedgang i psykiske lidelser i befolkningen.

Tall fra norske forekomststudier stemmer generelt godt overens med tilsvarende tall fra internasjonale studier, og vi har ikke holdepunkter for å si at forekomsten av psykiske lidelser verken er høyere eller lavere i Norge enn i andre vestlige land.

## Når debuterer psykiske lidelser?

Samlet sett debuterer psykiske lidelser langt tidligere enn de vanligste og alvorligste somatiske lidelsene i befolkningen, slik som kreft eller hjerte- og karsykdommer. De fleste psykiske lidelser, med unntak av demens, debuterer i forholdsvis ung alder [4]: Noen pasienter har symptomer eller utbrudd allerede i barne- eller ungdomstiden, og de fleste sykdomstilfeller debuterer innen 30-årsalderen. Lavere gjennomsnittlig debutalder har blitt funnet for angstlidelser og impulsforstyrrelser (11 år) enn for rusrelaterte lidelser (alkohol, narkotika, 20 år) og depressive lidelser (30 år). Debutalder for spiseforstyrrelser ser ut til å være i slutten av tenårene, likeledes for bipolar lidelse. Schizofreni debuterer også som regel relativt tidlig, vanligvis før fylte 40 år. Psykiske lidelser følger for mange et kronisk forløp med spontan bedring etterfulgt av tilbakefall [13].

## Gir komorbiditet dårligere prognose?

Komorbiditet av psykiske lidelser er vanlig. I Osloundersøkelsen ble det beregnet at 11,9 % av populasjonen vil ha to lidelser i løpet av livet, mens 14,9 % rammes av tre eller flere [3]. Den sterke sammenhengen mellom for eksempel angst og depresjon gjør at det stadig diskuteres om det er naturlig å skille disse lidelsene, eller om den høye komorbiditeten er et uttrykk for en felles grunnlidelse som kommer til uttrykk på ulike måter. Komorbid angst og depresjon gir vanligvis dårligere prognose, for eksempel for uførepensjon [12].

## Referanser

1. Mykletun, A., A. K. Knudsen, & K. S. Mathiesen (2009). *Rapport 2009:8 Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
2. Getz, L., et al. (2005). Estimating the high risk group for cardiovascular disease in the Norwegian HUNT 2 population according to the 2003 European guidelines: modelling study. *British Medical Journal*. 331.
3. Kringlen, E., S. Torgersen, & V. Cramer (2001). A Norwegian Psychiatric Epidemiological Study. *American Journal of Psychiatry*, 158(7), 1091–1098.
4. Kessler, R.C., et al. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62 (6), 593–602.

5. Kessler, R.C., et al. (2005). Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62 (6), 617–627.
6. Lenzenweger, M.F., et al. (2007). DSM-IV Personality Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 62(6), 553–564.
7. Kringlen, E., S. Torgersen, & V. Cramer (2006). Mental illness in a rural area A Norwegian psychiatric epidemiological study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 713–719.
8. Perälä, J., et al. (2007). Lifetime Prevalence of Psychotic and Bipolar I Disorders in a General Population. *Archives of General Psychiatry*, 64, 19–28.
9. ten Have, M., et al. (2002). Bipolar disorder in the general population in The Netherlands (prevalence, consequences and care utilisation): results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Journal of Affective Disorders*, 68, 203–213.
10. Grant, B.F., et al. (2005). Prevalence, Correlates, and Comorbidity of Bipolar I Disorder and Axis I and II Disorders: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 1205–1215.
11. Ferri, C.P., et al. (2005). Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*, 366 (9503), 2112–2117.
12. Mykletun, A., et al. (2006). A population-based cohort study of the effect of common mental disorders on disability pension awards. *American Journal of Psychiatry*, 163(8), 1412–1418.
13. Goldberg, D. and I. Goodyer (2005). *The Origins and Course of Common Mental Disorders*. London and New York: Routledge.
14. Torgersen, S., E. Kringlen, & V. Cramer (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58, 590–596.
15. Saha, S., et al. (2005). A Systematic Review of the Prevalence of Schizophrenia. *PLoS Medicine*, 2(5), 413–433.
16. McGrath, J.J., & E.S. Susser (2009). New directions in the epidemiology of schizophrenia. *Medical Journal of Australia*, 190(4), S7–S9.
17. Mykletun, A., & A. K. Knudsen, (2009). *Rapport 2009:4 Tapte arbeidsår ved uførepensjonering for psykiske lidelser*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
18. Norges forskningsråd (2009). *Evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse (2001–2009) Sluttrapport – syntese og analyse av evalueringens delprosjekter*. Oslo: Norges forskningsråd, Divisjon for vitenskap.
19. Kessler, R., et al. (2005). Prevalence and treatment of mental disorders 1990 to 2003. *The New England Journal of Medicine*, 352(24), 2515–2523.