

Tidstrender for depressive symptomer blant norske ungdommer fra 1992 til 2010

Tilmann von Soest

Det finnes lite pålitelig informasjon om tidstrender for depressive symptomer blant norske ungdommer. Målet med denne artikkelen er å bidra til å gi kunnskap om dette temaet ved å bruke data fra tre landsdekkende spørreskjemaundersøkelser fra henholdsvis 1992, 2002 og 2010 blant 16 og 17 år gamle elever. Omtrent 3000 ungdommer deltok i hver undersøkelse (svarprosentene var på mellom 84 og 97). For begge kjønn økte forekomsten av flere typer depressive symptomer mellom 1992 og 2002, mens symptomforekomsten forble stabil eller gikk noe ned mellom 2002 og 2010. Selv om studien har noen metodiske svakheter, tyder resultatene på en reell oppgang i depressive symptomer mellom 1992 og 2002.

A få kunnskap om hvorvidt psykiske problemer forandrer seg over tid, er viktig for å kunne planlegge kapasiteten innen psykisk helsevern og forebyggende tiltak (Rutter og Smith 1995). Likevel finnes det relativt lite informasjon om tidstrender for psykiske problemer og psykiske lidelser i Norge. I Stortingsmelding nr. 16 (2002–2003) «Resept for et sunnere Norge» ble det påpekt at «Bortsett fra selvmord, har man i Norge ingen sikker kunnskap om endringer i forekomsten av psykiske lidelser over tid» (side 154). Selv om det har gått noen år siden stortingsmeldingen kom, er det fortsatt behov for kunnskap om tidstrender for psykiske problemer. Denne artikkelen skal bidra til å gi kunnskap om dette temaet ved å undersøke tidstrender for depressive symptomer blant norske ungdommer. For dette formålet blir det brukt data fra tre landsdekkende undersøkelser som ble gjennomført i henholdsvis 1992, 2002 og 2010.

Depressive lidelser er blant de hyppigst forekommende psykiske lidelsene hos barn og ungdommer (Kessler mfl. 2012, Wichstrøm mfl. 2012). Diagnosesystemene deler depressive lidelser inn i alvorlig depresjon (*major depressive disorder*) og dystymi, og diagnosekriteriene går ut på at et visst antall symptomer på depresjon må være til stede over et visst tidsrom for å kunne stille en diagnose. Symptomer på depresjon kan kategoriseres i emosjonelle symptomer (for eksempel nedstemthet), kognitive symptomer (for eksempel negative tanker om seg selv), somatiske symptomer (for eksempel søvnvansker) og atferd (for eksempel isolasjon fra omverdenen). I denne artikkelen er depressive symptomer målt ved hjelp av spørreskjema, som er en effektiv måte å få informasjon om forekomsten av symptombelastning på, men som ikke gjør det mulig å stille diagnose på en depressiv lidelse (se Wichstrøm 2007).

Andelen av barn og ungdommer som sliter med en høy depressiv symptombelastning, er relativt lav fram til 11-årsalderen for så å øke fram til 17-18-årsalderen, og da særlig hos jenter (Wichstrøm 1999, Wichstrøm 2007). I sen ungdomsalder sliter derfor omtrent to til tre ganger så mange jenter som gutter med symptomer på depresjon (Wichstrøm 1999). Depresjon er til en viss grad arvelig, med en estimert arvelighet på mellom 31 og 42 prosent, mens mellom 69 og 58 prosent av variasjonen i depresjon kan tilskrives miljøfaktorer og målefeil (Sullivan mfl. 2000). Lignende resultater har også blitt funnet når arveligheten til symptomer på depresjon istedenfor depresjonsdiagnoser ble undersøkt (Huberty 2012).

Arvelighetsstudier tyder altså på at depresjon og depressive symptomer dels har en genetisk forankring, dels er påvirket av miljøet. Longitudinelle studier blant ungdommer har gitt indikasjoner på at blant annet faktorer som negative livshendelser (Ge mfl. 2001, Oldehinkel mfl. 2008), lav selvfølelse (Orth mfl. 2008), uhensiktsmessige mestringsstrategier (se Wichstrøm 2007), overvekt (Needham og Crosnoe 2005), misnøye med eget utseende (Bearman og Stice 2008, Paxton mfl. 2006) og rusmisbruk (Marmorstein mfl. 2010) kan øke risikoen for depressive symptomer. Gjennom slike mulige risikofaktorer kan derfor forandring i ungdommenes omgivelser, atferdsmønstre og selvforståelse være en årsak til tidstrender for depressive symptomer. Det har for eksempel blitt foreslått at en økning i både rusmiddelbruk og vekt blant norske ungdommer på 1990-tallet og tidlig på 2000-tallet kan ha ført til en økning i depressive symptomer (Wichstrøm 2007).

Som det har blitt påpekt i litteraturen, finnes det flere mulige måter å undersøke tidstrender i depressive symptomer på (Collishaw 2009). En måte er å bruke data fra helseregistre, som kan gi informasjon om utviklingen av fenomener som er relatert til psykisk helse. Et slikt register er Dødsår-

saksregisteret, som inneholder informasjon om hvor mange ungdommer som har begått selvmord hvert år. Siden psykiske lidelser, og særlig affektive lidelser, er den enkeltfaktoren som er sterkest relatert til selvmord (Arsenault-Lapierre mfl. 2004, Cavanagh mfl. 2003), kan man tenke seg at tidstrender for antall selvmord vil gi en indikasjon på forandringer i befolkningens psykiske helse, og særlig forandringer i depressive symptomer. Data fra registeret viser at andelen selvmord blant ungdommer (15–19 år) har økt sterkt fra 1950-tallet fram til 1990-tallet for så å avta noe igjen på 2000-tallet. Denne utviklingen gjelder for både gutter og jenter, selv om det til alle tider er en klart høyere forekomst av selvmord blant gutter enn blant jenter (Statistisk sentralbyrå 2011). Selvmordsstatistikken kan følgelig være en indikator på at det var en økning i depressive symptomer blant ungdommer fram til rundt år 2000. Men det knytter seg flere begrensninger til det å bruke selvmordsstatistikken til å få kunnskap om tidstrender for psykiske problemer. For det første har det blitt påpekt at datakvaliteten til Dødsårsaksregisteret har blitt dårligere siden 1990-tallet, og at det derfor kan være vanskelig å være sikker på hvorvidt forandringer i selvmordsraten fra 1990-tallet og fremover er reelle, eller om de skyldes problemer med registerets datakvalitet (Gjertsen og Johansson 2011). For det andre er det flere faktorer i tillegg til psykiske lidelser som påvirker forekomsten av selvmordsforsøk. Forandringer i disse andre faktorene kan like gjerne være årsaken til endringer i antallet selvmord som variasjoner i forekomsten av psykiske lidelser. Et beslektet tema kan illustrere dette poenget: Selvmordshyppigheten blant menn er omtrent tre ganger så høy som blant kvinner, selv om forekomsten av både affektive lidelser og psykopatologi generelt er høyere blant kvinner enn blant menn. Hvorfor det er slik, har man blant annet forsøkt å forklare ved at menn bruker mer dødelige selvmordsmetoder enn det kvinner gjør, at menn oftere enn kvinner utøver impulsiv vold, og at menn oftere enn kvinner misbruker alkohol, noe som igjen er relatert til selvmord (Cantor 2000). På samme måte som overhyppigheten av selvmord blant menn ikke kan være relatert til forskjeller i psykiske lidelser mellom kjønnene, men skyldes andre faktorer, kan man også tenke seg at andre faktorer enn emosjonelle problemer kan være årsaken til at selvmordsforekomsten blant ungdommer økte fram til rundt år 2000. Trender i selvmordsforekomsten kan derfor ikke gi noe endelig svar på hvordan emosjonelle problemer har utviklet seg over tid.

En annen framgangsmåte for å få informasjon om tidstrender for depressive symptomer er å se på hvordan bruken av helsetjenestene for psykiske lidelser har forandret seg. Man kan tenke seg at antallet pasienter som har

blitt behandlet innenfor det psykiske helsevernet, må gjenspeile en forandring i antallet personer med psykiske lidelser. Undersøkelser viser at andelen barn og unge som har fått behandling i det psykiske helsevernet for tristhet, depresjon eller sorg, har økt konstant fra 1998 til 2007 (Bjørngaard 2008), noe som kan tyde på en konstant økning i forekomsten av depressive symptomer. Det er derimot også mulig at flere behandlede pasienter skyldes økt behandlingsskapasitet, uten at forekomsten av depressive lidelser har økt. Akkurat på 1990- og 2000-tallet er en slik alternativ forklaring sannsynlig, siden Opptrappingsplanen for psykisk helse, som varte fra 1998 til 2008, nettopp hadde som målsetting å øke behandlingsskapasiteten ved poliklinikkene, slik at flere barn og unge kunne få behandling. Det har også blitt vist at et økt antall henvisninger til barne- og ungdomspsykiatrien for tristhet og depresjon på 1990-tallet og tidlig 2000-tallet kan knyttes til en økt oppmerksomhet fra henvisende instanser og media rundt depressiv symptomatologi (Reigstad mfl. 2004). Økt ressursbruk innen psykisk helsevern i forbindelse med tristhet og depresjon trenger derfor ikke nødvendigvis å være et uttrykk for at det er en økt forekomst av slike lidelser, det er mer sannsynlig at den økte forekomsten av slike lidelser hovedsakelig kommer av økt kapasitet innen psykisk helsevern og større oppmerksomhet rundt depressive lidelser.

En mer direkte måte å undersøke tidstrender for depressive problemer på er å se på epidemiologiske studier hvor diagnostiske intervjuer ved forskjellige tidspunkter har blitt gjennomført i befolkningen. En metaanalyse av 26 epidemiologiske studier som omfattet diagnostiske intervjuer fra 1965 til 1996 fra forskjellige land, viste at det ikke var støtte for en forandring i forekomsten av depressive lidelser blant barn og ungdommer (Costello mfl. 2006). Men også slike studier har sine begrensninger. For det første har diagnosesystemene forandret seg med tiden, noe som kan påvirke tallene for forekomst av depressive lidelser. For det andre er det problematisk å inkludere studier fra mange forskjellige land i én analyse. Slike analyser kan skjule tidstrender i en kulturkrets som ikke kan finnes i andre kulturkretser (for en mer detaljert metodekritikk av studien, se Collishaw 2009). Så vidt meg bekjent finnes det ingen studier som har sett på hvorvidt forekomsten av depressive lidelser har forandret seg, ved at man har gjennomført gjentatte diagnostiske intervjuer i normalbefolkningen i Norge.

På grunn av de metodologiske begrensningene ved de tre metodene jeg har nevnt over, har det blitt foreslått å bruke en fjerde metode for å få kunnskap om tidstrender for depressive symptomer, nemlig spørreskjemaundersøkelser som gjennomføres gjentatte ganger. I slike studier blir de samme symptomspørsmålene gjentatt ved forskjellige tidspunkter, og datainnsamlingsmeto-

den beholdes så lik som mulig hver gang. Det har blitt påpekt at et slikt undersøkelsesopplegg i mindre grad enn andre undersøkelsesopplegg er sårbart for metodiske begrensninger som forandringer i diagnostiske systemer, forandringer i rutiner for å behandle pasienter i helsevesenet og forandringer i hvordan data blir registrert i helseregistre (Collishaw 2009).

Som en konsekvens av disse fordelene har det i den siste tiden blitt gjennomført flere studier som bruker nettopp denne metodologien. De fleste av disse studiene har blitt gjennomført i Storbritannia, og studiene derfra viser som oftest en økning i depressive symptomer eller emosjonelle problemer blant ungdommer på 1980- og 1990-tallet (Collishaw mfl. 2004, Collishaw mfl. 2010, Sweeting mfl. 2009, West og Sweeting 2003). En nyere britisk studie gir videre indikasjoner på at forekomsten av psykososiale problemer på 2000-tallet har stabilisert seg eller til og med gått noe ned (Maughan mfl. 2008). Gjentatte spørreskjemaundersøkelser fra andre europeiske land har likeledes vist en økning i internaliserende symptomer fra 1980-tallet blant ungdommer. Disse andre europeiske landene inkluderer Island (Sigfusdottir mfl. 2008), Hellas (Fichter mfl. 2004) og Holland (Tick mfl. 2007). I Norge har det så langt blitt gjennomført kun én studie hvor det ble brukt et slikt undersøkelsesopplegg. Her ble undersøkelsen Ung i Norge fra 1992 og 2002 brukt for å vise at det i perioden mellom disse årene har vært en økning i et samlemål for depressive symptomer (Wichstrøm 2007). I denne artikkelen vil jeg også ta utgangspunkt i data fra Ung i Norge-undersøkelsene, men strekke tidsspennet fram til 2010, og enkelte symptomer på depresjon blir undersøkt mer i detalj.

Selv om metoden med gjentatte spørreskjemaundersøkelser har noen fordeler sammenlignet med andre måter å se på tidstrender på, finnes det også ved denne metoden noen begrensninger. Siden studier som bruker gjentatte spørreskjemaundersøkelser som regel ikke i utgangspunkt er planlagt til å gi kunnskap om tidstrender, kan ordlyden i spørsmålene som stilles om psykiske symptomer, variere litt fra tidspunkt til tidspunkt, noe som gjør det vanskelig å tolke resultatene. Videre varierer ofte svarprosentene, noe som igjen kan føre til at forskjeller ved ulike tidspunkter kan skyldes ulik svarprosent framfor forandringer i symptomforekomsten. Det er også mulig at ungdommers måter å besvare spørsmål om psykiske problemer på kan forandrer seg over tid. Det kan for eksempel tenkes at det etter hvert har blitt mer akseptert i befolkningen å snakke om å være deprimert og å føle seg nedstemt, og at det i dag rettes større oppmerksomhet mot egne negative følelser enn tidligere. Hendelser som daværende statsminister Kjell Magne Bondeviks sykemelding som følge av depresjon og den økte bru-

ken av antidepressiver etter at de moderne antidepressivene ble introdusert (Bramness mfl. 2005), kan for eksempel ha bidratt til at det har blitt en mer åpen holdning til depresjon og bruk av antidepressiver. Det kan igjen ha ført til at personer er mer tilbøyelige til å rapportere depressive symptomer enn de var tidligere. Med andre ord er det mulig at *terskelen* for å rapportere depressive symptomer kan ha blitt senket i løpet av de siste tiårene (Collishaw 2009). En rapportert økning av depressive symptomer gjenspeiler derfor ikke nødvendigvis en reell økning, men kan også skyldes at man er raskere til å rapportere slike symptomer enn man var tidligere.

Det har blitt gjort noen forsøk på å undersøke hvorvidt terskelen for å rapportere emosjonelle problemer har blitt senket over de siste par-tre tiårene. I en britisk studie har man undersøkt hvorvidt ulike symptomer på emosjonelle problemer har forandret seg på samme måte over en tjuetårsperiode (Collishaw mfl. 2010). Studiens forfattere argumenterte for at det ville være sannsynlig at terskelen for alle symptomer for emosjonelle problemer ville synke over tid dersom terskelhypotesen var riktig (Collishaw mfl. 2010). Siden studien viste en substansiell økning av noen symptomer for emosjonelle problemer, men ikke av andre, konkluderte forfatterne med at den rapporterte økningen sannsynligvis skyldtes en reell økning i emosjonelle problemer (Collishaw mfl. 2010). En annen britisk studie har sett på hvorvidt tidstrender for symptomer på psykiske problemer varierer ut fra hvordan symptomspørsmålene er formulert (Sweeting mfl. 2009). Forfatterne av studien sammenlignet tidstrender for spørsmål som dreier seg om symptombelastninger («negative spørsmål») med tidstrender for spørsmål som dreier seg om hvorvidt ungdommen har en god psykisk helse («positive spørsmål»). Om man skulle finne kun en økning i symptombelastninger, samtidig som spørsmål om god psykisk helse skulle forbli uforandret, ville det tyde på at terskelen for å rapportere psykiske problemer var senket. Studien viste at både svar på negative og positive spørsmål indikerte en forverring i psykiske problemer, selv om svar på negative spørsmål indikerte en noe høyere økning enn svar på positive spørsmål (Sweeting mfl. 2009). Studien konkluderte derfor med at økningen i rapporterte psykiske symptomer i hvert fall delvis tydet på en reell økning i symptombelastning over tid. Oppsummert gir studier så langt indikasjoner på at rapporterte økninger i emosjonelle problemer ikke bare skyldes forandringer i hvordan ungdommer besvarer spørsmål om slike symptomer, men det er behov for å forske mer på dette temaet for å få sikrere konklusjoner (Collishaw 2009).

Et annet viktig aspekt ved studier om tidstrender for emosjonelle problemer er hvorvidt det finnes kjønnsforskjeller. Noen studier har vist en

større økning i depressive symptomer over tid blant jenter enn blant gutter (for eksempel Collishaw mfl. 2010, Sigfusdottir mfl. 2008), mens andre studier har ikke funnet noen kjønnsforskjeller i tidstrender (for eksempel Collishaw mfl. 2004, Tick mfl. 2007). Det er derfor viktig å undersøke tidstrender for hvert kjønn separat for å oppdage eventuelle forskjeller mellom gutter og jenter.

Oppsummering og formålet med studien

Oppsummert tyder gjentatte spørreskjemastudier fra både Storbritannia og andre europeiske land på at det har vært en økning i depressive symptomer blant ungdommer på 1980- og 1990-tallet, og én studie viser at det er en utflating av trenden i Storbritannia på 2000-tallet. Noen britiske studier indikerer at økningen i depressive symptomer ikke bare skyldes at terskelen for å rapportere slike fenomener er senket. I denne studien skal jeg undersøke hvordan symptomer for depresjon har forandret seg fra 1992 til 2010 blant norske ungdommer. Symptomene analyseres spørsmål for spørsmål for å få informasjon om hvorvidt en eventuell forandring i rapportert nivå av depressive symptomer over tid kan skyldes en lavere terskel for å rapportere slike symptomer. Siden nivået av depressive symptomer varierer mellom gutter og jenter, og noen studier har vist forskjellige tidstrender for kjønnene, vil analysene gjennomføres for gutter og jenter hver for seg.

Metode

Deltagere og prosedyre

Data fra Ung i Norge-studiene som ble gjennomført i 1992, 2002 og 2010, blir brukt i denne artikkelen. Ung i Norge-studiene er basert på et utvalg av elever fra norske ungdomsskoler og videregående skoler. Siden svarprosenten ved den siste Ung i Norge-undersøkelsen, i 2010, var en del lavere på ungdomsskolen enn på den videregående skolen, og bare de første to trinnene på den videregående skolen ble inkludert (se Frøyland mfl. 2010), skal jeg i denne artikkelen kun bruke data fra elever som gikk på første eller andre trinn på den videregående skolen. For å øke homogeniteten ble kun de elevene som var 16 eller 17 år gamle, som er den typiske alderen for disse trinnene, tatt med i undersøkelsen. Bare datainnsamlingen på den videregående skolen vil bli beskrevet i denne artikkelen.

I 1992 ble den første undersøkelsen gjennomført, og elever fra 28 videregående skoler utgjorde studiens utvalg (Wichstrøm 1999). Alle skoler i Norge kunne bli valgt ut, og deltagerkolene ble trukket ut med en sannsynlighet tilsvarende skolens størrelse, slik at hver elev i landet hadde samme sannsynlighet for å bli rekruttert til undersøkelsen (Wichstrøm 2002). En ny undersøkelse ble gjennomført i 2002. Igjen ble det valgt ut 28 videregående skoler etter samme prinsipp som i 1992. Enda en ny datainnsamling ble gjennomført i 2010. Denne gangen ble de samme skolene som deltok i 2002, spurt om å delta. Skoler som ikke ønsket å delta, ble erstattet av skoler med lignende geografi og størrelse (se Frøyland mfl. 2010). Elever ga informert samtykke til å delta i undersøkelsen, og undersøkelsen var godkjent av Datatilsynet og tilrådet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

Elevene ble bedt om å fylle ut spørreskjemaet i klasserommet, og de som ikke var til stede ved datainnsamlingen, ble bedt om å besvare spørreskjemaet ved en senere anledning. Det er altså bare elever som var 16 eller 17 år og som gikk i første eller andre klasse på videregående skole, som er inkludert i data-materialet i denne artikkelen. 2994 elever i denne alderen deltok i 1992, mens antallet var 3438 i 2002 og 2813 i 2010. Svarprosenten for elevene i første og andre klasse på videregående var 97,0 i 1992, 91,0 i 2002 og 84,3 i 2010.

Instrumenter

Depressive symptomer ble målt ved hjelp av Kandel og Davies' (1982) Depressive Mood Inventory, et instrument som består av seks spørsmål. Instrumentet ble utviklet fra den mye brukte Hopkins Symptom Checklist (SCL, Derogatis mfl. 1974), og respondenten blir bedt om å rangere depressive symptomer gjennom det siste året på en 3-punkts skala. I Ung i Norge-undersøkelsene ble svarformatet tilbakeført til originalformatet som SCL har, hvor det spørres om depressive symptomer de siste 14 dager med 4 svaralternativer: 1 – Ikke plaget i det hele tatt, 2 – Litt plaget, 3 – Ganske mye plaget, 4 – Veldig mye plaget. For å måle symptomer med høy alvorlighetsgrad blir i denne artikkelen ungdommene med symptomskår på 4 ansett som plaget av symptomet, mens de med skårer under 4, blir ansett som ikke å være plaget. Instrumentet inneholder kognitive, emosjonelle og somatiske symptomer på depresjon. For ordlyden av spørsmålene, se tabell 1.

Analyser

Forandringer i depressive symptomer ble undersøkt ved å bruke logistisk regresjonsanalyse. I disse analysene ble tidspunktet (1992, 2002 eller 2010) dummykodet og inkludert som uavhengig variabel. Det såkalte repeated-skjemaet ble brukt for dummykodingen, som har blitt foreslått som en adekvat koding for et slikt formål (Wendorf 2004). Kodingen gir informasjon om forandringer i odds fra ett tidspunkt til neste (det vil si fra 1992 til 2002 og fra 2002 til 2010). En overordnet periodeeffekt på depressive symptomer blir også beregnet.

Resultater

Av alle elevene som deltok, var 48,8 % jenter, og det var ingen signifikant kjønnsforskjell mellom de tre utvalgene ($\chi^2[2] = 1,46, p = 0,48$). Det ble derimot funnet en liten, men signifikant aldersforskjell mellom utvalgene (gjennomsnittlig alder i 1992 = 16,52, standardavvik = 0,50; gjennomsnittlig alder i 2002 = 16,59, standardavvik = 0,49; gjennomsnittlig alder i 2010 = 16,55, standardavvik = 0,50; $F = 16,14, p < 0,01$). Alder ble derfor i alle analyser inkludert som kovariat.

Tabell 1 viser andelen elever som svarte at de var veldig mye plaget med depresjonssymptomene ved de tre innsamlingstidspunktene, og resultater fra logistiske regresjonsanalyser som gir informasjon om tidstrender for symptomene. Videre blir andelen ungdommer med høye depresjonssymptomer grafisk framstilt i figur 1 (gutter) og figur 2 (jenter). Resultatene viser en høyere andel av jenter enn gutter med symptomer ved alle typer symptomer og alle tre tidspunkter. Når det gjaldt tidstrender, var det blant gutter en signifikant økning av forekomsten av fem av de seks typene depresjonssymptomer mellom 1992 og 2002 (se tabell 1). Ved disse fem depresjonssymptomene var det mellom 1,4 % og 3,4 % flere gutter med symptomer i 2002 enn i 1992. For to av de fem symptomene var det mer enn en fordobling av forekomsten av antallet gutter med symptomer i 2002 sammenlignet med i 1992. Tidstrendene fra 2002 til 2010 blant gutter viser derimot ingen signifikante forandringer for fire symptomer og en signifikant nedgang i samme tidsrom for to symptomer.

For jenter viser tabellen en signifikant økning i forekomsten av tre depresjonssymptomer fra 1992 til 2002 og ingen signifikante forandringer i forekomsten av de tre andre symptomene i samme tidsrom. Mellom 2002 og 2010 var det ingen signifikante forandringer for jenter på noen av depresjonssymptomene.

Tabell 1: Forekomst av depressive symptomer som respondenter har vært veldig mye plaget av i 1992, 2002 og 2010. Gutter og jenter hver for seg

Symptom-spørsmål	1992			2002			2010			Gutter			Jenter		
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	OR (95 % KI)	OR (95 % KI)	OR (95 % KI)	OR (95 % KI)	OR (95 % KI)	p
1 Følt at alt er et slit	4,6	7,3	5,2	1,61** (1,18–2,18)	0,70* (0,52–0,95)	<0,01	11,3	9,5	10,9	0,82 (0,65–1,03)	1,17 (0,92–1,48)	0,21			
2 Hatt søvnproblemer	2,7	5,6	5,9	2,15*** (1,47–3,15)	1,06 (0,78–1,44)	<0,01	4,7	6,5	7,9	1,37* (1,00–1,88)	1,25 (0,96–1,67)	<0,01			
3 Følt deg ulykkelig, trist eller depriment	2,7	4,1	3,4	1,52* (1,02–2,27)	0,84 (0,58–1,23)	0,12	10,1	9,9	8,7	0,97 (0,77–1,23)	0,87 (0,68–1,11)	0,40			
4 Følt håpløshet med tanke på framtiden	3,1	3,8	4,3	1,21 (0,84–1,78)	1,15 (0,80–1,65)	0,25	7,4	7,1	7,5	0,96 (0,73–1,27)	1,06 (0,81–1,40)	0,91			
5 Følt deg stiv eller anspent	2,2	3,6	4,2	1,65* (1,07–2,55)	1,17 (0,81–1,69)	0,01	6,0	8,7	8,9	1,46** (1,10–1,93)	1,04 (0,81–1,35)	<0,01			
6 Bekymret deg for mye om ting	3,3	6,7	4,7	2,07*** (1,47–2,92)	0,69* (0,50–0,94)	<0,01	9,0	14,3	12,5	1,67*** (1,33–2,10)	0,87 (0,70–1,07)	<0,01			

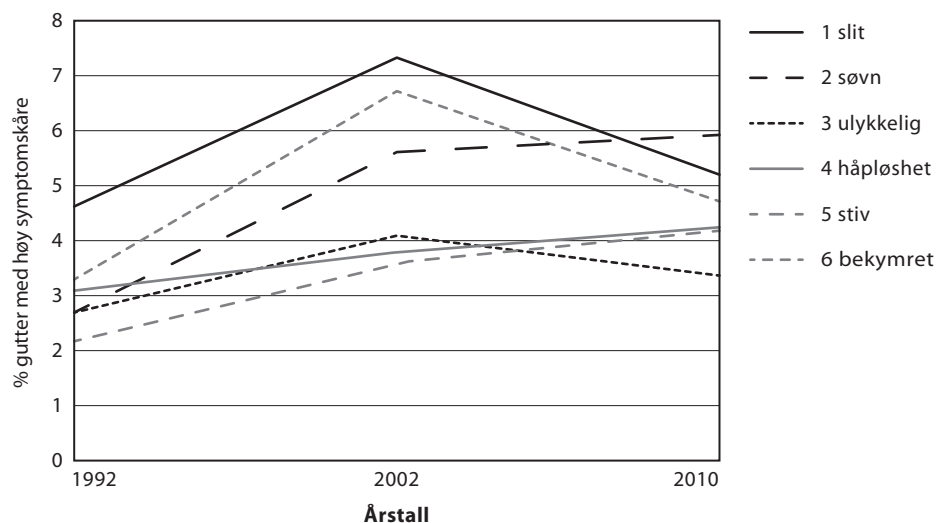
OR = oddsratio

95 % KI = 95 % konfidensintervall til OR

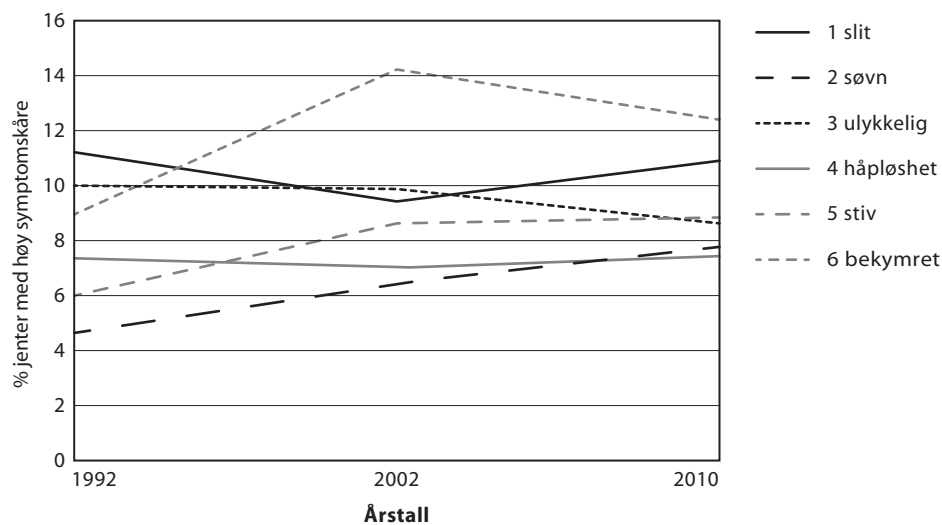
Alle OR er justert for alder

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

Figur 1: Andelen gutter som har vært veldig mye plaget av seks forskjellige depresjonssymptomer i 1992, 2002 og 2010



Figur 2: Andelen jenter som har vært veldig mye plaget av seks forskjellige depresjonssymptomer i 1992, 2002 og 2010



Diskusjon

Studien hadde som målsetting å gi informasjon om tidstrender i forekomsten av selvrapporterte symptomer for depresjon blant norske 16- og 17-åringer fra 1992 til 2010. For denne målsettingen ble data fra Ung i Norge-undersøkelsene fra 1992, 2002 og 2010 brukt. Resultatene viste en klar trend i retning av en økt forekomst av depressive symptomer blant gutter fra 1992 til 2002, mens forekomsten holdt seg stabil eller til og med gikk noe ned mellom 2002 og 2010. Blant jentene viste det seg også at det var en økning i noen depressive symptomer mellom 1992 og 2002, mens det mellom 2002 og 2010 ikke var noen signifikante forandringer i forekomsten av noen av symptomene.

Økningen i forekomsten av flere depressive symptomer for både jenter og gutter gjennom 1990-tallet ligner trender fra studier i andre europeiske land fra omtrent samme tidsrom (Collishaw mfl. 2004, Collishaw mfl. 2010, Fichter mfl. 2004, Sigfusdottir mfl. 2008, Sweeting mfl. 2009, Tick mfl. 2007, West og Sweeting 2003). Den stabile eller til og med noe nedadgående trenden i depressive symptomer mellom 2002 og 2010 viser likheter med en studie fra Storbritannia som viste at andelen ungdommer med psykososiale problemer har stabilisert seg eller til og med gått noe ned siden rundt år 2000 (Maughan mfl. 2008).

Resultatene tyder på at økningen i depressive symptomer mellom 1992 og 2002 er noe sterkere hos gutter enn hos jenter, siden flere symptomer viste en signifikant økning, i tillegg til at også oddsratioene var noe høyere. En slik kjønnsforskjell kan være noe som er spesifikt for Norge, siden studier fra andre europeiske land enten har vist en sterkere økning for jenter over tid (Collishaw mfl. 2010, Sigfusdottir mfl. 2008) eller ingen kjønnsforskjeller i tidstrender (Collishaw mfl. 2004, Tick mfl. 2007). Den høyere forekomsten av depressive symptomer ved alle tidspunkter hos jenter er i overensstemmelse med både norske og internasjonale studier, som viser en klar overhyppighet av internaliserende symptomer og lidelser blant jenter i tenårene sammenlignet med gutter.

En målsetting med studien var å få en indikasjon på om tidstrendene kan skyldes at terskelen for å rapportere depressive symptomer har sunket over tid. Her ble det tatt utgangspunkt i Collishaw og medarbeideres (2010) framgangsmåte, hvor tidstrender for enkeltsymptomer ble undersøkt. Resultatene i den nåværende studien viser at ulike symptomer hadde relativt ulike trender blant jenter mellom 1992 og 2002, siden bare noen symptomer var signifikant økende, mens andre ikke var det. Ifølge Collishaw og medarbeidere (2010) tyder dette på at terskelen for å rapportere depressive

symptomer ikke har gått ned i dette tidsrommet, siden man ellers skulle forventet en rapportert økning på alle symptomer. Trendene blant guttene i samme tidsperiode var derimot mer ensartet økende, noe som enten kan skyldes en reell økning av slike symptomer, eller kan være en indikasjon på en senket terskel for å rapportere slike symptomer blant gutter.

Studien har flere metodiske styrker, blant andre at et representativt utvalg av skoler med et relativt stort antall ungdommer ble brukt, at nøyaktig de samme spørsmålene ble stilt ved de tre tidspunktene, og at svarprosentene var relativt høye. Til tross for slike styrker er det også noen begrensninger ved studien. For det første kan det – selv om det har blitt gjort forsøk for å undersøke forandringer i terskel – ikke utelukkes at en del av økningen mellom 1992 og 2002 skyldes forandringer i hvordan ungdommer oppfatter eller responderer på spørsmål om depressive symptomer. For eksempel kan terskelen for å rapportere visse typer symptomer ha forandret seg, mens det samme ikke er tilfellet for andre symptomer, noe som kunne forklart de blandede tidstrendene mellom 1992 og 2002 blant jenter. Det vi har vært inne på her, viser at det er et behov for flere studier som undersøker forandringer i terskelen for å rapportere mentale helseproblemer på forskjellige vis, før det kan trekkes klarere konklusjoner for hvorvidt terskelhypotesen kan være en forklaring på rapporterte tidstrender eller ikke. Collishaw (2009) redegjør nærmere for forskjellige framgangsmåter for slike studier. For det andre kan forskjeller i svarprosenten ha påvirket estimatet av forekomsten av depresjonssymptomer. Epidemiologiske studier har vist at depressive lidelser og psykiske problemer i noen grad er relatert til en minsket sannsynlighet for å delta i spørreskjemaundersøkelser (Knudsen mfl. 2010, Torvik mfl. 2012). Det er derfor mulig at nivået på depressive symptomer ble estimert litt for lavt i 2002 og særlig i 2010, siden svarprosenten i Ung i Norge-undersøkelsene sank med 6 prosent mellom 1992 og 2002 og med enda 7 prosent mellom 2002 og 2010. Den relativt stabile trenden i depressive symptomer mellom 2002 og 2010 kan derfor til en viss grad skyldes den lavere svarprosenten i 2010.

For det tredje er det viktig å ha i mente at denne studien kun er basert på ungdommenes selvrapportering, og at den derfor ikke kan gi informasjon om forekomst og tidstrender når det gjelder diagnostiserbare depressive lidelser. For å oppnå slik informasjon må man gjennomføre kliniske intervjuer. Studien kan derfor bare i begrenset omfang informere om hvorvidt det er større behov for behandlingskapasitet for emosjonelle lidelser i dag enn tidligere. Selv om instrumentet som brukes i undersøkelsen, omfatter kognitive, emosjonelle og somatiske symptomer på depresjon, ville det vært en styrke om flere symptomspørsmål hadde vært inkludert i studien. Flere slike spørsmål

kunne blant annet ha gitt mer informasjon om hvorvidt forandringen i forekomsten av symptomer gjelder alle tre typer symptomer eller er begrenset til noen symptomtyper. For det fjerde har det i denne studien blitt brukt data fra kun tre tidspunkter over en attenårsperiode. Studien gir derfor begrenset kunnskap om detaljerte tidstrender i denne perioden. Mer jevnlig målinger ville vært nødvendig for å få mer detaljert informasjon om spesifikke tidspunkter hvor forekomsten av depressive symptomer øker eller synker.

Avslutning

Studien gir indikasjoner på at forekomsten av depressive symptomer har gått opp på 1990-tallet og holdt seg stabil eller til og med gått noe ned på 2000-tallet, selv om det er noen metodiske begrensninger i studien. Siden kun ungdommer som rapporterte at de var veldig mye plaget, ble definert til å ha et depresjonssymptom, tyder det på at økningen på 1990-tallet har vært forbundet med et økt lidelsestrykk for en substansiell andel ungdommer, om ikke økningen skyldes en senket terskel for å rapportere slike symptomer.

Informasjon om tidstrender i depresjon og andre typer psykiske lidelser og symptomer er viktig informasjon for å kunne planlegge behandlingsskapasitet og forebyggingstiltak (Rutter og Smith 1995). Denne studien er et lite bidrag i så henseende, men det trengs flere studier på feltet i Norge. I de fleste tilfeller blir ikke studier planlagt på forhånd med tanke på å gi informasjon om tidstrender, men man bruker dem som oftest i etterkant for å gjennomføre tidstrendanalyser. Slike studier er derfor ofte avhengig av en del tilfeldigheter. Framtidige forskningsprosjekter hvor tidstrendsanalyser er lagt inn fra begynnelsen av, ville derfor vært av stor verdi. Videre ville det vært nyttig å få mer informasjon om årsakene til forandringer i psykiske problemer over tid, et felt som det har blitt forsket lite på.

Litteratur

- Arsenault-Lapierre, G., C. Kim og G. Turecki (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: A meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 4:doi:10.1186/1471-244X-4-37.
- Bearman, S.K. og E. Stice (2008). Testing a gender additive model: The role of body image in adolescent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36:1251–1263.

- Bramness, J.G. mfl. (2005). Forskrivning av selektive serotoninreopptakshemmere 1990–2004. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 125:2470–2473.
- Cantor, C.H. (2000). «Suicide in the Western world.» I Hawton, K. og K. van Heeringen (red.): *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, s. 9–28. New York: Wiley.
- Cavanagh, J.T.O. mfl. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychological Medicine*, 33:395–405.
- Collishaw, S. mfl. (2004). Time trends in adolescent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45:1350–1362.
- Collishaw, S. (2009). «Trends in adolescent depression: A review of the evidence.» I Yule, W. (red.): *Depression in Childhood and Adolescence: The Way Forward*, s. 7–18. ACAMH Occasional Papers No. 28: Association for Child and Adolescent Mental Health.
- Collishaw, S. mfl. (2010). Trends in adolescent emotional problems in England: A comparison of two national cohorts twenty years apart. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51:885–894.
- Costello, E.J., A. Erkanli og A. Angold (2006). Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47:1263–1271.
- Derogatis, L.R. mfl. (1974). Hopkins Symptom Checklist (HSCL) – Self Report Symptom Inventory. *Behavioral Science*, 19:1–15.
- Fichter, M.M. mfl. (2004). A comparative study of psychopathology in Greek adolescents in Germany and in Greece in 1980 and 1998 – 18 years apart. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 254:27–35.
- Frøyland, L.R. mfl. (2010). *Uskyldig moro? Pengespill og dataspill blant norske ungdommer*. Oslo: NOVA-rapport 18/2010.
- Ge, X.J., R.D. Conger og G.H. Elder (2001). Pubertal transition, stressful life events, and the emergence of gender differences in adolescent depressive symptoms. *Developmental Psychology*, 37:404–417.
- Gjertsen, F. og L.A. Johansson (2011). Changes in statistical methods affected the validity of official suicide rates. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64:1102–1108.
- Huberty, T.J. (2012). *Anxiety and Depression in Children and Adolescents: Assessment, Intervention and Prevention*. New York: Springer.
- Kandel, D.B. og M. Davies (1982). Epidemiology of depressive mood in adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 39:1205–1212.

- Kessler, R.C. mfl. (2012). Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry*, 69:372–380.
- Knudsen, A.K. mfl. (2010). The health status of nonparticipants in a population-based health study. The Hordaland Health Study. *American Journal of Epidemiology*, 172:1306–1314.
- Marmorstein, N.R., W.G. Iacono og S.M. Malone (2010). Longitudinal associations between depression and substance dependence from adolescence through early adulthood. *Drug and Alcohol Dependence*, 107:154–160.
- Maughan, B. mfl. (2008). Recent trends in UK child and adolescent mental health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43:305–310.
- Needham, B.L. og R. Crosnoe (2005). Overweight status and depressive symptoms during adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 36:48–55.
- Oldehinkel, A.J. mfl. (2008). Parental divorce and offspring depressive symptoms: Dutch developmental trends during early adolescence. *Journal of Marriage and Family*, 70:284–293.
- Orth, U., R.W. Robins og B.W. Roberts (2008). Low self-esteem prospectively predicts depression in adolescence and young adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95:695–708.
- Paxton, S.J. mfl. (2006). Body dissatisfaction prospectively predicts depressive mood and low self-esteem in adolescent girls and boys. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35:539–549.
- Reigstad, B., K. Jørgensen og L. Wichstrøm (2004). Changes in referrals to child and adolescent psychiatric services in Norway 1992–2001. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39:818–827.
- Rutter, M. og D.J. Smith (1995). *Psychosocial disorders in young people. Time trends and their causes*. Chichester, West Sussex: Wiley.
- Sigfusdottir, I.D. mfl. (2008). Trends in depressive symptoms, anxiety symptoms and visits to healthcare specialists: A national study among Icelandic adolescents. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36:361–368.
- Statistisk sentralbyrå (2011). *Statistisk årbok 2011*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Stortingsmelding nr. 16 (2002–2003). *Resept for et sunnere Norge*. Oslo: Helsedepartementet.
- Sullivan, P.F., M.C. Neale og K.S. Kendler (2000). Genetic epidemiology of major depression: Review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 157:1552–1562.
- Sweeting, H., R. Young og P. West (2009). GHQ increases among Scottish 15 year olds 1987–2006. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44:579–586.

- Tick, N.T., J. van der Ende og F.C. Verhulst (2007). Twenty-year trends in emotional and behavioral problems in Dutch children in a changing society. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116:473–482.
- Torvik, F.A., K. Rognmo og K. Tambs (2012). Alcohol use and mental distress as predictors of non-response in a general population health survey: the HUNT study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47:805–816.
- Wendorf, C.A. (2004). Primer on multiple regression coding: Common forms and the additional case of repeated contrasts. *Understanding Statistics*, 3:47–57.
- West, P. og H. Sweeting (2003). Fifteen, female and stressed: Changing patterns of psychological distress over time. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 44:399–411.
- Wichstrøm, L. (1999). The emergence of gender difference in depressed mood during adolescence: The role of intensified gender socialization. *Developmental Psychology*, 35:232–245.
- Wichstrøm, L. (2002). Ung i Norge. *Norsk Epidemiologi*, 12:231–237.
- Wichstrøm, L. (2007). «Depresjon og suicidalitet.» I Kvalem, I.L. og L. Wichstrøm (red.): *Ung i Norge. Psykososiale utfordringer*, s. 92–116. Oslo: Cappelen Akademisk.
- Wichstrøm, L. mfl. (2012). Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53:695–705.

Summary

Time trends in six symptoms of depression among Norwegian adolescents from 1992 to 2010

Secular trends in depressive symptoms among Norwegian adolescents have not yet been adequately examined. The aim of the present study is to investigate this issue by using questionnaire data among 16 and 17 years old students from three nationwide surveys conducted in 1992, 2002, and 2010. About 3000 adolescents participated at each survey, with response rates varying from 84 % to 97 %. Results showed that the rate of several types of depressive symptoms increased between 1992 and 2002 for both girls and boys. The symptom frequency remained stable or was even somewhat reduced between 2002 and 2010. The study results indicate that there may have been a genuine increase in depressive symptoms between 1992 and 2002, even though some methodological limitations have to be considered when interpreting the findings.