

---

# Kvinner med alvorlige psykiske plager hver måned

---

INVITERT KOMMENTAR

NORA JOHANSEN

nora.johansen@sshf.no

Nora Johansen er ph.d., spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, postdokstipendiat og overlege ved Avdeling for obstetrikk og gynekologi, Sørlandet sykehus Arendal. Hun er leder i spesialitetskomiteen for fødselshjelp og kvinnesykdommer.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

---

**Premenstruell dysforisk lidelse er forbundet med betydelig redusert livskvalitet og økt selvmordsrisiko. Til tross for alvorlighetsgraden finnes det ingen diagnosekode for tilstanden i Norge.**



Auguste Rodin (1840–1917), *Female nude, standing, sheer red and black material wrapped around her torso* (1902). Utsnitt. I offentlig eie.

Kvinner med premenstruell dysforisk lidelse, ofte forkortet PMDD, beskriver tilstanden som en tilbakevendende psykisk krise. I uken(e) før menstruasjonen kan de vite med fornuften at de «blir seg selv igjen» når menssen kommer, men samtidig føles det umulig der og da. Det oppleves spesielt nedslående at den dårlige perioden kommer tilbake etter kort tid.

Premenstruell dysforisk lidelse er en humør- og stemningslidelse der kvinner får symptomer 1–2 uker før menssen og som gir seg igjen få dager etter at menstruasjonen har begynt. Symptomene er hovedsakelig affektive, det vil si humør- og følelsesrelaterte (1). Depressive og angstrelaterte plager, irritabilitet og humørsvingninger er de vanligste plagene. Andre er håpløshet, appetitt- og søvnforstyrrelser, manglende energi og interesse, skyldfølelse, konsentrasjonsvansker, sinne og tanker om døden. Fysiske symptomer er ømme bryst, ledd- og muskelsmerter, oppblåsthet og hodepine (1). Plagene er så sterke at de i stor grad går ut over jobb, skole, relasjoner og fritid. Symptomene oppleves fullstendig overveldende, på linje med alvorlig depresjon og generell angstlidelse.

**«Plagene er så sterke at de i stor grad går ut over jobb, skole, relasjoner og fritid. Symptomene oppleves fullstendig overveldende, på linje med alvorlig depresjon og generell angstlidelse»**

Det anslås at 3–8 % har premenstruell dysforisk lidelse (2). Kvinner med tilstanden har normale nivå av kjønnshormoner og normale funn ved klinisk undersøkelse. Vi vet for lite om patofysiologien ved tilstanden, men nyere forskning tyder på at unormal følsomhet for hormoner og ubalanse i GABA-nevrotransmitteren og serotonin er involvert (3). Hjernen reagerer altså unormalt på de normale svingningene i kjønnshormoner.

Jenter og kvinner med premenstruell dysforisk lidelse har det ikke bra. De har en betydelig økt selvmordsrisiko, og en av tre har forsøkt å ta sitt eget liv (4). De faller oftere ut av arbeidslivet, har redusert arbeidskapasitet og dårligere livskvalitet. Tilstanden er forbundet med depresjon og angst, bipolar lidelse og ADHD (3), som delvis kan skyldes overlappende patofysiologi, men vi kjenner ikke den fulle forklaringen. Til tross for alvorlige problemer opplever de færreste å bli tatt på alvor (5). Man kan lure på hvorfor. Men, siden de fleste har noe plager før mensene, kan nok symptomene bli bagatellisert med at «alle er jo emosjonelle før mensene» og «det er bare PMS».

**«Til tross for alvorlige problemer opplever de færreste å bli tatt på alvor. Man kan lure på hvorfor»**

For å fange opp disse jentene og kvinnene må vi anerkjenne at de har en reell lidelse. Ved daglig symptomskåring i to påfølgende sykluser vil man se en kraftig symptombyrde i perioden mellom eggøsning og menstruasjon. I denne fasen øker og faller østrogen og progesteron rimelig raskt, noe som er med i den patofysiologiske forklaringen.

Som en menstruasjonsrelatert kvinnelidelse med psykiske plager som hovedsymptom er dette en tilstand «langt nede i diagnosehierarkiet». Rettere sagt, diagnosen eksisterer ikke i ICD-10, diagnosesystemet som brukes i Norge. I ICD-11 klassifiseres premenstruell dysforisk lidelse som en menstruasjonsforstyrrelse og understreker den biologiske koblingen til hormonsvingninger. Med ICD-11 vil det bli mulig å søke i journaler og registre, og det vil bli lettere å kartlegge forekomst og gjennomføre studier i en norsk populasjon. En offisiell diagnose på tilstanden vil også gjøre det betydelig lettere å skape interesse for å finansiere forskning. For pasientene vil en diagnose øke sjansen for et kunnskapsbasert behandlingstilbud, i tillegg til å kunne bidra til anerkjennelse.

Behandlingen av premenstruell dysforisk lidelse retter seg både mot den sykliske variasjonen og de psykiske symptomene. Kombinasjons-p-piller med østrogen og gestagen er et godt valg for de med både fysiske og psykiske plager. Selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI) er effektive for affektive symptomer. P-piller og SSRI-midler kan gis sammen. Et tredje valg er

gonadotropinfrigjørende hormon (GnRH)-agonist, som fører til kjemisk overgangsalder og lave nivå av kjønnshormoner. I ekstremt sjeldne tilfeller fjernes eggstokkene (1).

*«Kognitiv adferdsterapi gir den mest varige bedringen av psykiske plager, og er så å si uten bivirkninger»*

Det finnes et leit paradoks i valg av behandlingsmetode. Kognitiv adferdsterapi gir den mest varige bedringen av psykiske plager, og er så å si uten bivirkninger. Problemet er at det er minimal tilgang til metoden i det offentlige. Ved siste revisjon av de nasjonale retningslinjene for behandling av premenstruelle lidelser ble det derfor foreslått å fjerne kognitiv adferdsterapi som anbefalt behandling. Vi lot det stå. Vi håper med dette at vi kan bidra til å legge press på helsemyndighetene til å gjøre behandlingsformen mer tilgjengelig (6).

Ifølge Helsedirektoratet vil premenstruell dysforisk lidelse bli en diagnose i Norge innen 2030, som er fristen for innføringen av ICD-11. Det gir håp om at leger blir mer oppdatert, at kvinner får bedre hjelp, at medisiner kommer på blå resept, og at vi får mer forskning på og ressurser til dette forsømte området.

---

## LITTERATUR

1. Management of Premenstrual Disorders: ACOG Clinical Practice Guideline No. 7. *Obstet Gynecol* 2023; 142: 1516–33. [PubMed][CrossRef]
2. Reilly TJ, Patel S, Unachukwu IC et al. The prevalence of premenstrual dysphoric disorder: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2024; 349: 534–40. [PubMed][CrossRef]
3. Sultana J, Sharma AR, Soha ST et al. Updated insight into the pathophysiology of premenstrual dysphoric disorder and therapeutic approaches. *J Affect Disord* 2026; 405: 121593. [PubMed][CrossRef]
4. Yan H, Ding Y, Guo W. Suicidality in patients with premenstrual dysphoric disorder-A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2021; 295: 339–46. [PubMed][CrossRef]
5. Funnell EL, Martin-Key NA, Spadaro B et al. Help-seeking behaviours and experiences for mental health symptoms related to the menstrual cycle: a UK-wide exploratory survey. *NPJ Womens Health* 2024; 2. doi: 10.1038/s44294-023-00004-w. [CrossRef]
6. Metodebok. Premenstruell tensjonssyndrom – PMS (2026). [https://metodebok.no/emne/9mwcWqnH/premenstruell-tensjonssyndrom--pms-\(2026\)/gynekologi-\(ngf\)](https://metodebok.no/emne/9mwcWqnH/premenstruell-tensjonssyndrom--pms-(2026)/gynekologi-(ngf) Lest 16.6.2026) Lest 16.6.2026.

---

Publisert: 23. juni 2026. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.26.0421  
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 23. juni 2026.