

Algengi geðraskana á Stór-Reykjavíkursvæðinu

Ágrip

Jón G. Stefánsson¹

sérfræðingur í
geðlæknisfræði

Eiríkur Línadal²

sálfræðingur, sérfræðingur í
klínískri sálfræði

Lykilorð: geðröskun, kvíði,
punglyndi, faraldsfræði.

Tilgangur: Að kanna algengi geðraskana hjá þremur aldurshópum á Stór-Reykjavíkursvæðinu. **Efniviður og aðferðir:** Algengi geðraskana var kannað í hópi 805 einstaklinga úr handahófsúrtaki af Stór-Reykjavíkursvæðinu. Í úrtakinu voru þrjú aldurshópar, fæddir árin 1931, 1951 og 1971. Fólkinu var boðið að taka þátt í könnun á geðheilbrigði. Af mögulegum þátttakendum samþykktu 420 (52%) að taka þátt í rannsókninni. Kerfisbundið greiningarviðtal (CIDI-Auto) var notað til að meta geðheilsu. Því luku 416 þátttakendur.

Niðurstöður: Lífalgengi geðröskunargreiningar er 49,8%. Algengastar eru geðröskun af völdum tóbaksnotkunar (23,6%), líkömnunarröskun (19%) og geðröskun vegna áfengisnotkunar (10,8%). Sögu um kvíðaröskun höfðu 14,4% og lyndisröskun 13%. Tæp 20% þátttakenda höfðu einkenni geðröskunar síðastliðið ár fyrir skoðun. Ársalgengi geðröskunar vegna tóbaksnotkunar var 6,5% og vegna áfengisnotkunar 6%. Ársalgengi líkömnunarraskana var 10,3%, kvíðaraskana 5,5% og lyndisraskana 2,6%. Geðraskanir vegna áfengisnotkunar voru algengari hjá körlum en líkömnunarraskanir, kvíðaraskanir og lyndisraskanir hjá konum.

Ályktun: Algengi geðraskana í þessari rannsókn er svipað og/eða lægra en fundist hefur í sambærilegum athugunum. Niðurstöður hennar benda ekki til þess að algengi geðraskana hafi aukist.

Inngangur

Geðsjúkdómar eru algengir og margir þekkja til þeirra af eigin raun eða vegna einhvers sem þeim tengist. Þeim er lýst í gömlum sögum og heimildum og virðast þá hafa birst á svipaðan hátt og nú þótt hugmyndir manna um orsakir þeirra og eðli hafi þróast í tímans rás.

Með iðnvæðingu, auknu þéttbýli og öðrum þjóðfélagsbreytingum á nítjándu öld varð umönnun geðsjúkra vandamál er þurfti að leysa. Rannsóknir á umfangi þessa heilbrigðis- og félagslega vanda og uppbygging stofnana til að annast geðsjúka efdust. Hér á landi var á árunum

1841-1842 gerð athugun á fjölda geðveikra og misþroska til að meta hve mikla þjónustu þyrfti að veita vegna þeirra.¹

Síðan hafa verið gerðar margar rannsóknir sem varpa ljósi á algengi geðsjúkdóma á Íslandi.

Niðurstöður stórrar íslenskrar faraldsfræðilegrar rannsóknar birtust 1964.² Sjúkdómslíkur þeirra geðraskana er hún tók til var metið um 31% í heild og ekki var marktækur munur á sjúkdómslíkum geðsjúkdóma hér og í Danmörku (Borgundarhólmi). Síðari rannsóknir hafa einnig bent til að algengi geðsjúkdóma væri svipað á Íslandi og í nágrannalöndunum.³

Síðustu ár hafa vaknað spurningar um hvort algengi geðraskana fari vaxandi. Geðraskanir eru oftast orsakir örorku en áður var⁴ og magn geðlyfja sem er ávísað hefur aukist mikið.⁵ Hvort þetta er vegna aukins algengis geðraskana er þó óljóst því margt annað getur valdið⁶ og samburður á skimleitarathugunum með GHQ (General Health Questionnaire)^{7, 8} frá 1984 og 2002 sýndi ekki marktæka breytingu á algengi geðraskana.⁵

Tilgangur þessarar rannsóknar var að meta algengi geðraskana eftir greiningarskilmerkjum ICD-10⁹ meðal þriggja aldurshópa íbúa á Stór-Reykjavíkursvæðinu og nota til þess kerfisbundið geðgreiningarviðtal.

Efniviður og aðferðir

Undirbúningur að rannsókninni hófst árið 2005. Fengið var leyfi Vísindasiðanefndar (Algengi geðsjúkdóma á Íslandi, 05-035-S1) og rannsóknin tilkynnt til Persónuverndar (S2400/2005). Söfnun gagna hófst í ágúst 2005 og lauk í júní 2007. Fengið var 900 manna úrtak, einstaklingar fæddir árin 1931, 1951 og 1971, 300 manns úr hverjum árgangi, sem þjónustuaðilar á vegum Hagstofunnar völdu af handahófi úr þjóðskrá. Kynjahlutfall var jafnað. Allir í úrtakinu höfðu íslenskt ríkisfang og voru búsettir á Stór-Reykjavíkursvæðinu (Reykjavík, Seltjarnarnesi, Kópavogi, Hafnarfirði, Garðabæ og Mosfellsbæ).

Þeim sem voru í úrtakinu var sent kynningarbréf þar sem greint var frá rannsókninni. Síðan var haft samband við þá símleiðis. Þeir sem

¹Geðsviði
Landspítala, ²HVERT-
starfsendurhæfing.
Fyrirspurnir og bréfaskipti:
Jón G. Stefánsson,
geðsviði Landspítala.
jongst@landspitali.is

Tafla I. Þátttakendur og brottfall.

Heildarfjöldi úrtaks, ástæður brottfalls og þátttökuþrósentur.				
Fæðingarár	1931	1951	1971	Alls
Upphaflegt úrtak	300	300	300	900
Látnir	13	1	0	14
Brotfluttir	3	7	19	29
Ófærir vegna veikinda	14	2	0	16
Náðist ekki í	6	9	21	36
Samtals	36	19	40	95
Mögulegir þátttakendur	264	281	260	805
Fjöldi þátttakenda	137	152	131	420
Luku CIDI greiningarviðtali	134	152	130	416
Þátttaka	52%	54%	50%	52%

vildu taka þátt í rannsókninni komu á starfsstöð rannsóknarinnar eða í prófamiðstöð sálfræðinga á geðdeild Landspítala.

Þrjú spurningalistar voru lagðir fyrir:

1. Listi með spurningum um almennt heilsufar og þátttöku í fyrri geðheilsurannsóknum.

2. Persónuleikaprófið DIP-Q.^{10, 11, 12} Niðurstöður þess í rannsókninni hafa þegar verið birtar í Læknablaðinu.¹³

3. Greiningarviðtalið CIDI.^{14, 15} Það er staðlað geðgreiningarviðtal sem hefur verið notað við fjölda rannsókna erlendis og hér á landi.^{16, 17}

Niðurstöður

Nokkrar breytingar urðu á úrtakinu á rannsóknartímabilinu. Alls létust 14 þeirra sem voru í upphaflega rannsóknarúrtakinu, sextán voru ófærir til þátttöku vegna veikinda, 29 höfðu flutt af svæðinu og ekki tókst að ná í 36. Alls var haft samband við 805 manns og 420 þeirra tóku þátt í rannsókninni. CIDI greiningarviðtali luku 416 (tafla I).

Geðröskunargreiningar gerðar með CIDI eru í rannsóknum eins og þessari ekki látnar útiloka hver aðra. Hver einstaklingur getur því haft margar greiningar. Einhver geðröskunargreining kemur fram hjá helmingi þátttakenda. Með eina greiningu eru 29%, með tvær greiningar 12% og með þrjár eða fleiri greiningar eru 9%.

Lífalgengi (%) geðraskana, það er fjöldi þeirra með greiningarskilmerki sem hafa verið uppfyllt einhverntíma á ævinni, kemur fram í töflu II. Sjúkdómsgreiningarnar eru gerðar eftir tíundu útgáfu alþjóðlegu sjúkdómaskrárinnar (ICD-10).⁹ Algengastar voru geð- og atferlisraskanir af völdum tóbaksnotkunar (23,6%) og síðan líkömnunarraskanir (somatoform disorders) (19%) en innan þess flokks er það fyrst og

fremst varanleg líkamsverkjaröskun (F45.4) sem er mjög algeng. Lífalgengi geð- og atferlisraskana af völdum áfengisnotkunar var samanlagt 10,8%. Áfengisvandamál eru algengari meðal karla og algengust í aldurshópnum 34-36 ára. Kvíðaröskun greinist hjá 14,4% og lyndisröskun hjá 13%.

Eins árs algengi er sýnt í töflu III. Eins árs algengi er fjöldi (%) þeirra sem hefur fengið greiningu og er með einkenni á síðustu 12 mánuðum. Tæp 20% höfðu einhverja geðröskun síðustu 12 mánuði. Líkömnunarraskanir og raskanir vegna tóbaks- og áfengisnotkunar hafa hæst eins árs algengi. Síðastliðið ár höfðu 5,5% haft kvíðaröskun og 2,6% lyndisröskun.

Umræða

Þátttaka í faraldsfræðilegum rannsóknum hefur víða erlendis orðið dræmari á síðustu þremur áratugum. Aukið fé til rannsókna hefur gert að verkum að rannsóknir eru orðnar viðameiri og krefjast meiri tíma og erfiðis af þátttakendum og í nútímaþjóðfélagi keppir margt fleira en áður um tíma fólks. Þá má vera að efi í hugum almennings um algengi vísindarannsókna hafi aukist.¹⁸

Í hinum tveimur fyrri geðfaraldsfræðilegum rannsóknum sem gerðar hafa verið hér á landi og höfundar þessarar greinar tóku þátt í og eru hliðstæðar þeirri rannsókn sem hér er fjallað um, reyndist þátttakan vera eftirfarandi: Í þeirri fyrri sem gerð var á árunum 1987-1988 vildu tæp 18% þeirra sem leitað var til ekki taka þátt í rannsókninni.¹⁹ Í þeirri síðari sem gerð var 1994-1995 höfnuðu 25% þátttöku.¹⁶ Í núverandi rannsókn er hlutfall þeirra sem ekki vilja taka þátt komið upp í 48%.

Þátttökuhlutfall í geðfaraldsfræðilegum rannsóknum hefur þannig lækkað hér á landi á síðustu áratugum eins og víða erlendis. Minni þátttaka hefur komið fram víðar, til dæmis í vinnu-markaðsrannsóknum á vegum Hagstofunnar.²⁰

Minni þátttaka skapar óvissu því vera má að þeir sem ekki eru með séu frábrugðnir þátttakendum, séu til dæmis oftast með geðröskun. Í sænskri rannsókn á heilsufari og lífshögum kom í ljós að algengi geðraskana var hærra í hópi þeirra sem neituðu að svara.²¹

Þessi rannsókn nær aðeins til fólks sem býr á höfuðborgarsvæðinu og því óvíst að hve miklu leyti má heimfæra niðurstöður hennar á landsmenn alla. Í fyrri rannsókn¹⁹ sem náði til alls landsins kom fram óverulegur munur milli höfuðborgarsvæðisins og annarra landshluta og sama má segja um niðurstöður rannsókna á þunglyndi meðal Íslendinga fæddra 1973-1980, þar sem þátttakendur fengu senda spurningalista.²² Hins vegar

Tafla II. Lífalgengi (%) geðraskana hjá þremur aldursflokkum á Stór-Reykjavíkursvæðinu.

Kyn	♂	♀	♀+♂	♂	♀	♀+♂	♂	♀	♀+♂	♂	♀	♀+♂	
Aldur	34-6	34-6	34-6	54-6	54-6	54-6	74-6	74-6	74-6	34-76	34-76	34-76	
Fjöldi	60	70	130	67	85	152	70	64	134	197	219	416	
ICD-10	ICD GREININGARFLOKKUN												
F10	Geð- og atferlisr. v/alkóhólnotkunar	30.0	8.6	18.5	14.9	1.2	7.2	11.4	3.1	7.5	18.3	4.1	10.8
F10.1	Skaðleg notkun alkóhóls	20.0	5.7	12.3	3.0	0.0	1.3	4.3	1.6	3.0	8.6	2.3	5.3
F10.2	Fíknheilenni v/alkóhólnotkunar	21.7	2.9	11.5	13.4	1.2	6.6	10.0	1.6	6.0	14.7	1.8	7.9
F12	Geð- og atferlisr. v/kannabísefna	3.3	0.0	1.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.5
F13	Geð- og atferlisr.v/slævi- eða svefnlyfja	0.0	0.0	0.0	1.5	0.0	0.7	0.0	0.0	0.0	0.5	0.0	0.2
F14	Geð- og atferlisr. v/kókaínnotkunar	3.3	0.0	1.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.5
F15	Geð- og atferlisr. v/notkunar örvandi efna, þ.á.m. koffíns	3.3	0.0	1.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.5
F17	Geð- og atferlisr. v/tóbaksnotkunar	23.3	14.3	18.5	28.4	34.1	31.6	17.1	21.9	19.4	22.8	24.2	23.6
F19	Geð- og atferlisr. v/notkunar margra lyfja og/ eða geðvirka efna	0.0	0.0	0.0	1.5	0.0	0.7	0.0	0.0	0.0	0.5	0.0	0.2
F20	Geðklofi	0.0	0.0	0.0	3.0	0.0	1.3	0.0	1.6	0.7	1.0	0.5	0.7
F25	Geðhvarfaklofar	0.0	0.0	0.0	1.5	0.0	0.7	0.0	0.0	0.0	0.5	0.0	0.2
F31	Tvíhverf lyndisröskun	3.3	0.0	1.5	3.0	0.0	1.3	0.0	0.0	0.0	2.0	0.0	1.0
F32	Geðlæggðarlota	6.7	8.6	7.7	1.5	9.4	5.9	0.0	4.7	2.2	2.5	7.8	5.3
F33	Endurtekin geðlæggðarröskun	1.7	8.6	5.4	6.0	4.7	5.3	0.0	1.6	0.7	2.5	5.0	3.8
F34	Varanlegar lyndisraskanir	0.0	1.4	0.8	9.0	7.1	7.9	1.4	3.1	2.2	3.6	4.1	3.8
F40.0	Víðáttufælni	0.0	1.4	0.8	6.0	3.5	4.6	0.0	3.1	1.5	2.0	2.7	2.4
F40.1	Félagsfælni	0.0	1.4	0.8	10.4	4.7	7.2	1.4	0.0	0.7	4.1	2.3	3.1
F40.2	Sértæk fælni	0.0	5.7	3.1	3.0	2.4	2.6	0.0	1.6	0.7	1.0	3.2	2.2
F41.0	Felmturröskun	0.0	1.4	0.8	1.5	0.0	0.7	0.0	0.0	0.0	0.5	0.5	0.5
F41.1	Almenn kvíðaröskun	3.3	7.1	5.4	9.0	4.7	6.6	0.0	6.3	3.0	4.1	5.9	5.1
F41.8	Aðrar blandnar kvíðaraskanir	1.7	2.9	2.3	0.0	1.2	0.7	0.0	1.6	0.7	0.5	1.8	1.2
F44	Hugrofs-[hugbrigða]-röskun	1.7	4.3	3.1	1.5	2.4	2.0	0.0	0.0	0.0	1.0	2.3	1.7
F45	Líkömnunarraskanir	13.3	15.7	14.6	22.4	29.4	26.3	11.4	18.8	14.9	15.7	21.9	19.0
F50.0	Lystarstol	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
F50.2	Magamálsstol	0.0	1.4	0.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5	0.2
	Einhver kvíðaröskun (F40.0 - F41.8)	5.0	20	13.1	29.9	16.5	22.4	1.4	12.5	6.7	12.2	16.4	14.4
	Einhver lyndisröskun (F31 - F34)	8.3	18.6	13.8	16.4	21.2	19.1	1.4	9.4	5.2	8.6	16.9	13.0
	Geð- og atferlisr. af völdum tóbaksnotkunar eingöngu	15.0	1.4	7.7	16.4	23.5	20.4	14.3	14.1	14.2	15.2	13.7	14.4
	Geð- og atferlisr.v/notk.lyfja & geðvir.efna, -tóbak & alkóhól	10.0	0.0	4.6	3.0	0.0	1.3	0.0	0.0	0.0	4.1	0.0	1.9
	Einhver geðröskun	55.0	40.0	46.9	61.2	61.2	61.2	35.7	43.8	39.6	50.3	40.3	49.8

var heildaralgengi geðsjúkdóma hæst í Reykjavík í rannsókn á fæðingarargöngunum 1895-1897² og örorka vegna geðraskana er algengari á höfuðborgarsvæðinu en utan þess.⁴

Munur á algengi geðröskunargreininga eftir kyni í þessari rannsókn er á sama veg og sýnt hefur verið fram á í fjölda annarra rannsókna. Karlar eiga mun oftari í vanda vegna áfengisnotkunar en konur en þær eru hins vegar oftari með lyndisröskun, kvíðaröskun og líkömnunarröskun.

Í heild eru þær algengtölur sem koma fram í þessari rannsókn svipaðar og tölur frá ná-

grannalöndunum. Eins árs algengi einhverrar greiningar er hér 19,7% en í samantekt á rannsóknum í Evrópu er það metið 27,4%²³ og í samantekt frá bandarísku heilbrigðisstjórninni 21%.²⁴ Í þessum samantektum er notað greiningarkerfið DSM IV²⁴ og tölurnar því ekki alveg sambærilegar við tölur þessarar rannsóknar.

Af þeim sem hafa geðröskun hafa um 42% tvær eða fleiri geðraskanir. Margar rannsóknir hafa sýnt að það er mjög algengt að hafa fleiri en eina geðgreiningu. Til dæmis sýndi íslensk rannsókn að meðal sjúklinga í meðferð vegna áfengismisnotk-

Tafla III Eins árs algengi (%) geðraskana hjá þremur aldursflokkum á Stór-Reykjavíkursvæðinu.

Kyn	♂	♀	♀+♂	♂	♀	♀+♂	♂	♀	♀+♂	♂	♀	♀+♂
Aldur	34-6	34-6	34-6	54-6	54-6	54-6	74-6	74-6	74-6	34-76	34-76	34-76
Fjöldi	60	70	130	67	85	152	70	64	134	197	219	416
ICD-10	ICD GREININGARFLOKKUN											
F10	Geð- og atferlisr. v/alkóhólnotkunar											
F10.1	Skadleg notkun alkóhóls											
F10.2	Fikniheilkenndi v/alkóhólnotkunar											
F12	Geð- og atferlisr. v/kannabisefna											
F13	Geð- og atferlisr.v/slævi- eða svefnlyfja											
F14	Geð- og atferlisr. v/kókaínnotkunar											
F15	Geð- og atferlisr. v/notkunar örvandi efna, þ.á m. koffíns											
F17	Geð- og atferlisr. v/tóbaksnotkunar											
F19	Geð- og atferlisr. v/notkunar margra lyfja og/eða geðvirkra efna											
F20	Geðklofi											
F25	Geðhvarfaklofar											
F31	Tvíhverf lyndisröskun											
F32	Geðlæggðarlota											
F33	Endurtekin geðlæggðarröskun											
F34	Varanlegar lyndisraskanir											
F40.0	Víðáttufælni											
F40.1	Félagsfælni											
F40.2	Sértæk fælni											
F41.0	Felmturröskun											
F41.1	Almenn kvíðaröskun											
F41.8	Aðrar blandnar kvíðaraskanir											
F44	Hugrofs-[hugbrigða-]röskun											
F45	Líkömnunarraskanir											
F50.0	Lystarstol											
F50.2	Magamálsstol											
	Einhver kvíðaröskun (F40.0 - F41.8)											
	Einhver lyndisröskun (F31 - F34)											
	Geð- og atferlisr. af völdum tóbaksnotkunar eingöngu											
	Geð- og atferlisr.v/notk.lyfja & geðvir.efna, -tóbak & alkóhól											
	Einhver geðröskun											

unar höfðu 75% karla og yfir 82% kvenna einnig annan geðsjúkdóm utan áfengisröskunarinnar.²⁶

Lífalgengi hækkar að jafnaði með vaxandi aldri. Það er þó ekki að sjá í þessari rannsókn þar sem elsti hópurinn hefur lægst lífalgengi. Fyrri rannsókn á geðheilbrigði þessa fæðingarárgangs er hann var 55-57 ára¹⁸ bendir þó ekki til að hann hafi þá verið hraustari en þeir sem eru 54-56 ára nú. Í annarri íslenski rannsókn var tíðni lyndisraskanana í aldurshópnum 74-85 ára ekki marktækt frábrugðin því sem gerðist almennt.²⁷

Þó getur verið að með aldrinum dragi úr til-

hneigingu til kvíða og þunglyndis²⁸ og bandarísk rannsókn hefur bent til að algengi geðraskana hjá körlum lækki verulega eftir 65 ára aldur.²⁹ Þá skal þess getið að áreiðanleiki og réttmæti CIDI greiningarviðtalsins hefur verið metinn í aldurshópnum 18-65 ára eins og algengt er með mælitæki af þessu tagi fyrir fullorðna. Það er hugsanlegt að með CIDI sé tíðni geðraskana hjá eldra fólki vanmetin.³⁰

Í elsta hópnum í þessari athugun voru 14 taldir ófærir til þátttöku vegna veikinda en aðeins tveir í hópnum 54-56 ára og enginn í yngsta hópnum.

Vera má að tiltölulega margir í elsta hópnunum neiti þátttöku vegna þess að þeir séu veikburða og elstu þátttakendurnir séu því hraust úrval.

Ef borið er saman við tölur úr samantekt rannsókna í Evrópu á algengi geðraskana²³ er árs algengi fíknihelkennis af völdum áfengisnotkunar 3,3% í samantektinni en 4,1% í þessari rannsókn. Árs algengi líkðmunnarraskana er þar 11% en innan þess greiningarflokks er það fyrst og fremst varanleg líkamsverkjaröskun (F45.4) sem hefur hátt eins árs algengi, 8,1%. Í þessari rannsókn er árs algengi líkðmunnarraskana 10,3% og einnig hér er það varanleg líkamsverkjaröskun sem hefur hátt eins árs algengi, 9,9%. Árs algengi kvíðaröskunar er í samantektinni 12% og lyndisröskunar 9,1% en í núverandi rannsókn er árs algengi þessara raskana 5,5% og 2,6% sem er töluvert lægra. Fyrri rannsóknir hafa þó ekki bent til þess að kvíða- eða lyndisraskanir séu fátíðari hér en í nágrannalöndunum.^{2, 31, 32}

Niðurstöður þessarar rannsóknar gefa vísendingar um algengi geðraskana í þeim þremur aldursflokkum er rannsakaðir voru. Þær benda ekki til að algengi geðraskana hafi aukist.

Til að fylgjast með hugsanlegum breytingum á algengi geðraskana þarf umfangsmeiri faraldsræðilegar rannsóknir.

Pakkir

Dr. Erni Ólafssyni tölfraeðingi er þökuð aðstoð við tölfraeðiútreikninga í rannsókninni, Gyðu Kristinsdóttur, Hrafnhildi Reynisdóttur BA og Svandísi Ottósdóttur fyrir söfnun gagna, og Tómasi K. Bernhardssyni og Unu Rúnarsdóttur fyrir innslátt. Styrki veittu Geðverndarfélag Íslands, Minningarsjóður Ólafíu Jónsdóttur, Rannsóknastyrkur Sigurðar Axels Einarssonar, Vísindasjóður Landspítala og geðdeild Landspítala.

Heimildir

- Guðmundsson Ó. The origins of Icelandic psychiatry at the turn of the twentieth century. *Hist Psychiatry* 2000; XI: 425-33.
- Helgason T. Epidemiology of mental disorders in Iceland. *Acta Psychiatr Scand* 1964; 40(Suppl. 173).
- Stefánsson JG, Líndal E. A study of the prevalence of psychiatric disorders in an Icelandic birth cohort: methodology and summary of results. Bók Davíðs. Háskólaútgáfan, Háskóli Íslands, Reykjavík 1996, 327-42.
- Thorlacius S, Stefánsson SB. Algengi örorku vegna geðraskana á Íslandi 1. desember 2002. *Læknablaðið* 2004; 90: 615-9.
- Helgason T, Tómasson K, Sigfússon E, Zoëga T. Skimun fyrir algengi geðraskana 1984 og 2002 og ávísanir geðlyfja 1984 og 2001. *Læknablaðið* 2004; 90: 553-9.
- Zoëga T. Af hverju fjölgar öryrkjum með geðraskanir? *Læknablaðið* 2007; 93: 7
- Goldberg D. The detection of psychiatric illness by questionnaire. Oxford University Press, London 1972.
- Goldberg PD. The General Health Questionnaire; 30-ITEM GHQ. Íslensk þýðing með leyfi NFER Publishing Company Ltd. Jón G. Stefánsson og Ingvar Kristjánsson, geðdeild Landspítala 1980.
- Líndal E, Stefánsson JG. Tíðni persónuleikaraskana á Stór-Reykjavíkursvæðinu. *Læknablaðið* 2009; 3: 179-84.
- Ottoson H, Bodlund O, Ekselius L, et al. The DSM-IV and ICD-10 personality questionnaire (DIP-Q): Construction and preliminary validation. *Nord J Psychiatry* 1995; 49: 285-91.
- Ottoson H, Bodlund O, Ekselius L, et al. DSM-IV and ICD-10 Personality Disorders: A Comparison of a Self-Report Questionnaire (DIP-Q) with a Structured Interview. *Eur Psychiatry* 1998; 13: 246-53.
- Þorsteinsdóttir G. DIP-Q [Íslensk þýðing]. Geðdeild Landspítala, Reykjavík 1996.
- ICD-10. Alþjóðleg tölfraeðiflokkun sjúkdóma og skyldra heilbrigðisvandamála (Ritsjtj. Magnús Snædal). Orðabókasjóður læknafélaganna, Reykjavík 1996.
- World Health Organization. The Composite international diagnostic interview, core version 1.1. Am Psychiatric Press, Washington 1993a.
- Stefánsson JG, Líndal E. The Composite international diagnostic interview, core version 1.1. [in Icelandic] Reykjavík: Department of Psychiatry, National University Hospitals / World Health Organization, Reykjavík, (1993).
- Stefánsson JG, Líndal E. Prevalence of affective disorders in The X World Congress of Psychiatry. Madrid 1996.
- Þorgeirsson ÞE, Óskarsson H, Desnica N, et al. Anxiety with panic disorder linked to chromosome 9q in Iceland. *Am J Hum Genet* 2003; 72: 1221-30.
- Galesa S, Tracy M. Participation rates in epidemiologic studies. *Ann Epidemiol* 2007; 17: 643-53.
- Stefánsson JG, Líndal E, Björnsson JK, Guðmundsdóttir A. Lifetime prevalence of specific mental disorders among persons born in Iceland in 1931. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 84: 142-9.
- Harðarson Ó. Með rannsóknum – móti könnunum. Hagstofa Íslands. Drög 1.17,20. febrúar 2002.
- Algulander C. Psychoactive drug use in a general population sample, Sweden: Correlates with perceived health, psychiatric diagnoses, and mortality in an automated record-linkage study. *Am J Public Health* 1989; 79: 1006-10.
- Traustadóttir T. Dimmir dagar. Rannsókn á algengi þunglyndis og notkun þunglyndislyfja meðal ungs fólks á Íslandi. Kandidatsritgerð í lyfjafraeði við Háskóla Íslands vor 2000: Reykjavík.
- Wittchen H-U, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005; 15: 357-76.
- U.S. Department of Health and Human Services. Mental Health: A Report of the Surgeon General. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health, 1999.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4 ed. (DSM-IV), Washington, 1994.
- Tómasson K. Psychiatric comorbidity among treatment seeking alcoholics. Importance for course and treatment (dissertation). Department of behavioral sciences in medicine, University of Oslo and Department of Psychiatry, National University Hospital, Reykjavík 1998: 55.
- Magnússon H. Mental health of octogenarians in Iceland. An epidemiological study. *Acta Psych Scand, Supplementum* 1989; 349: 1-112.
- Jorm AF. Does old age reduce the risk of anxiety and depression? A review of epidemiological studies across the adult life span. *Psychol Med* 2000; 30: 11-22.
- Melzer D, Buxton J, Villamil E. Decline in common mental disorder prevalence in men during the sixth decade of life. Evidence from the National Psychiatric Morbidity Survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39: 33-8.
- Knäuper B, Wittchen H-U. Diagnosing major depression in the elderly: evidence for response bias in standardized diagnostic interviews? *J Psychiatr Res* 1994; 28: 147-64.
- Arnarson EÖ, Guðmundsdóttir Á, Boyle GJ. Six-Month Prevalence of Phobic Symptoms in Iceland: An Epidemiological Postal Survey. *J Clin Psychol* 1998; 54: 257-65.
- Líndal E, Stefánsson JG. The lifetime prevalence of anxiety disorders in Iceland as estimated by the US National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 88: 29-34.

The prevalence of mental disorders in the Greater-Reykjavik area

The purpose of this study was to estimate the prevalence of mental disorders in a random sample of three age groups born in 1931, 1951 and 1971 and living in the Greater-Reykjavik Area. From the original sample of 300 in each birth cohort 805 were contacted and asked to take part in a survey of mental health. Of those 52% participated. The instrument used for diagnosing mental disorders was the CIDI-Auto. The lifetime prevalence of any ICD-10 disorder was found to be 49.8%. The most frequent diagnoses were Mental and behavioral disorders due to use of tobacco (23.6%), Somatoform disorders (19.0%) and Mental and behavioral disorders due to use of alcohol (10.8%). Any anxiety disorder was found in 14.4% and any mood disorder

in 13.0%. The one-year prevalence for any disorder was 19.7%, for tobacco use disorder 6.5%, alcohol use disorder 6%, somatoform disorders 10.3%, anxiety disorders 5.5% and mood disorders 2.6%. Alcohol use disorders are more prevalent among men but somatoform disorders, anxiety disorders and mood disorders among women.

The prevalence rates of mental disorders found in this study is the same or lower than rates found in other comparable studies. There is no indication of an increase in the rate of mental disorder in Iceland.

Stefánsson JG, Lindal E.

The prevalence of mental disorders in the Greater-Reykjavik area. *Icel Med J* 2009; 95: 559-64.

Keywords: *mental disorder, anxiety, depression, epidemiology, CIDI.*

Correspondence: Jón G. Stefánsson, geðsviði Landspítala. jongst@landspitali.is

Barst: 11. maí 2009, - samþykkt til birtingar: 25. júní 2009