

Tíðni persónuleikaraskana á Stór-Reykjavíkursvæðinu

Ágrip

Eiríkur Líndal¹
klínískur sálfræðingur

Jón G. Stefánsson²
geðlæknir

Tilgangur: Að kanna hversu algengar persónuleikaraskanir væru á meðal einstaklinga á mismunandi aldri á Stór-Reykjavíkursvæðinu.

Efniviður og aðferðir: Tíðni persónuleikaraskana var könnuð í hópi 805 einstaklinga, valinna af handahófi af Stór-Reykjavíkursvæðinu. Í úrtakinu voru þrjú hópar fæddir árin 1931, 1951 og 1971. Einstaklingunum var boðið að taka þátt í könnun á geðheilbrigði. 52% þeirra sem haft var samband við samþykktu að taka þátt í könnuninni. Persónuleikaprófið DIP-Q var notað til að meta persónuleikaröskun.

Niðurstöður: Niðurstöðurnar eru þær að 11% af öllum hópnum voru með einhverja persónuleikaröskun samkvæmt DSM-IV og 12% samkvæmt ICD-10 kerfinu. Algengasta röskunin samkvæmt DSM-IV var persónuleikaröskun þráhyggju- og áráttugerðar (7,3%), en persónuleikaröskun geðklofagerðar samkvæmt ICD-10 (9%). Aðrar raskanir voru sjaldgæfari. Af þeim sem voru með persónuleikaröskun samkvæmt DSM-kerfinu höfðu 67% fleiri en eina röskun en samkvæmt ICD-kerfinu 80%.

Á meðal kvenna var algengasta persónuleikaröskunin hliðrunarpersónuleikaröskun og var algengust hjá konum fæddum 1931.

Á meðal karla var algengasta röskunin persónuleikaröskun geðklofagerðar og var algengust hjá körlum fæddum árið 1971.

Ályktun: Þær tíðnitölur sem fram koma í rannsókninni eru mjög sambærilegar við þær sem fram hafa komið hjá nágrannaþjóðum okkar um fjölda þeirra sem búast má við að séu með persónuleikaraskanir í hverju þjóðfélagi. Þetta er fyrsta könnunin sem gerð hefur verið svo vitað sé um algengi persónuleikaraskana meðal almennings á Íslandi.

Inngangur

Á undanförunum áratugum hafa sjúkdómsgreiningar í geðlæknisfræði orðið nákvæmari og einnig greiningin á hverju því geðástandi sem truflað getur lífsgæði. Það varð til þess að gera persónuleikaröskunum* hærra undir höfði við útkomu DSM-III en áður hafði verið. En þar er

*Orðið persónuleikaröskun er notað í stað persónuröskunar í greininni.

persónuleikaröskunargreiningin flokkuð næst á eftir ásnúm með geðsjúkdómagreiningum. Þar sem tölfræðilegar upplýsingar eru mikilvægur grunnur við skipulagningu meðferðarúræða og við mat á umfangi vandans, ákváðu höfundar að kanna tíðni persónuleikaraskana meðal ákveðinna aldurshópa Íslendinga. Rannsóknin var hluti af umfangsmeiri rannsókn höfunda á tíðni geðsjúkdóma á Íslandi. Okkur er ekki kunnugt um að áður hafi farið fram rannsókn meðal almennings er varðar umfang persónuleikaraskana. Árið 1997 var þó rannsökuð tíðni persónuleikaraskana meðal sjúklinga á geðdeild Landspítalans.²

Tilgangur rannsóknar okkar var að meta tíðni persónuleikaraskana á Stór-Reykjavíkursvæðinu meðal fólks á þremur aldursbilum. Vonandi gefur þessi rannsókn vísbendingu um hvernig stöðunni á Íslandi er háttað og hvernig hún er í samburði við nágrannaþjóðir okkar.

Efniviður og aðferðir

Hafinn var undirbúningur að rannsókninni árið 2005. Leitað var til Vísindasiðanefndar sem gaf leyfi til rannsóknarinnar (05-035-S1) og hún tilkynnt til Persónuverndar (S2400/2005). Söfnun gagna hófst í ágúst 2005 og lauk í júní 2007. Rannsóknin var unnin á þann hátt að tekið var úrtak úr þjóðskrá sem talið var nægjanlegt til að standa undir tilgangi rannsóknarinnar. Valdir voru þrjú hópar 300 einstaklinga, fæddra árin 1931, 1951 og 1971. Alls voru í úrtakinu 900 manns sem þjónustuaðilar Hagstofunnar völdu af handahófi úr þjóðskrá. Tillit var tekið til kynjahlutfalls. Allir í úrtakinu höfðu íslenskt ríkisfang og voru búsettir á Stór-Reykjavíkursvæðinu (Reykjavík, Seltjarnarnes, Kópavogur, Hafnarfjörður, Garðabær og Mosfellsbær).

Haft var samband við þá sem lentu í úrtakinu og þeim sent kynningarbréf þar sem greint var frá því að hringt yrði í þá og þeir beðnir að taka þátt í könnuninni. Síðan var haft samband við þá sem náðist í, þeim boðið að mæta til fundar við samstarfsfólk rannsóknarinnar og til að svara spurningalistum við það tækifæri. Mælingar fóru fram á starfsstöð rannsóknarinnar og í prófamiðstöð sálfræðinga á geðdeild Landspítala. Þrjú spurningalistar voru lagðir fyrir:

1. Spurningalisti með spurningum um al-

¹áður, Geðsviði Landspítala, nú, HVERT-starfsendurhæfingu, ²geðsviði Landspítala.

Fyrirspurnir og bréfaskriftir: Eiríkur Líndal, HVERT-Starfsendurhæfing
eirikur@hvert.is

Tafla I. Þátttakendur og brottföll. Heildarfjöldi úrtaks, ástæður brottfalla og þátttöku-prósentur.

Fæðingarár	1931	1951	1971
Upphaflegt úrtak	300	300	300
Látnir	13	1	0
Brotfluttir	3	7	19
Ófærir v/veikinda	14	2	0
Náðist ekki í	6	9	21
Samtals	36	19	40
Raunúrtak	264	281	260
Fjöldi þátttakenda	137	152	131
Þátttökulutfall	52%	54%	50%
Samanlagt þátttökulutfall	52%		

Tafla II. Heiti persónuleikaraskana á ensku.

ÍSLENSKT HEITI	ENSKT HEITI	DSM-IV	ICD-10
Aðsóknarpersónuleikaröskun	Paranoid	301.00	F60.0
Geðklofalík persónuleikaröskun	Schizoid	301.20	F60.1
Persónuleikaröskun geðklofagerðar	Schizotypal	301.22	F21
Andfélagsleg persónuleikaröskun	Antisocial / Dissocial	301.70	F60.2
Hambriðápersónuleikaröskun	Borderline / Emotionally unstable	301.83	F60.3
hvatvísigerðar	impulsive type		F60.30
hambriðagerðar	borderline type		F60.31
Geðhrifapersónuleikaröskun	Histrionic	301.50	F60.4
Sjálfdrýkunarpersónuleikaröskun	Narcissistic	301.81	
Hliðrunarpersónuleikaröskun	Avoidant / Anxious	301.82	F60.6
Hæðispersónuleikaröskun	Dependent	301.60	F60.7
Persónulr.þráhyggju- eða áráttug.	Obsessive-compulsive / Anankastic	301.40	F60.5

mennt heilsufar og þátttöku í fyrri geðheilsurannsóknnum.

2. Persónuleikaprófið DIP-Q^{3, 4} í íslenskri þýðingu⁵ sem samanstendur af 141 spurningu sem einstaklingurinn svarar sjálfur og eru svörin notuð til að greina persónuleikaröskun, samkvæmt flokkun

ICD-10⁶ og DSM-IV.⁷ Svarandi er einnig beðinn um að meta getu sína á kvarða um almenna virkni (GAF**) og er svarið notað við úrvinnslu listans. Prófið greinir allar persónuleikaraskanir í ICD-10 og DSM-IV. Prófið hefur verið notað í fjölda rannsókna til að greina persónuleikaraskanir,^{3, 8, 9} þótt það hafi vissulega annmarka þar sem það byggir á svörum einstaklingsins en ekki klínísku mati. Áreiðanleiki prófsins sem skimunarpróf hefur verið rannsakaður bæði í almennu og klínísku þýði og hefur prófið verið talið greina persónuleikaröskun viðunandi vel.^{4, 8, 10, 11}

3. Greiningarviðtalið CIDI¹² í íslenskri þýðingu¹³ er staðlað umfangsmikið geðgreiningarviðtal og hefur verið notað við fjölda rannsókna á Íslandi.¹⁴⁻¹⁸ Allir þátttakendur voru hvattir til að svara öllum listunum. Ekki verður fjallað um niðurstöður CIDI listans hér.

**Global Assessment of Functioning

Niðurstöður

Eftir að búið var að draga tölu brottfallinna frá upphaflega úrtakinu, minnkaði raunúrtakið úr þeim 900 sem það var upphaflega, niður í 805 einstaklinga (tafla I). Í töflu I má einnig sjá þann fjölda af hverjum árgangi sem tók þátt í rannsókninni. Nokkrir þátttakenda reyndust ófærir um að svara einhverjum hluta spurningalistanna eða slepptu því að svara lykilsurningum. Þetta leiddi til þess að örlítill mismunur er á fjölda þeirra sem tóku þátt í rannsókninni (tafla I) og þeirra sem svöruðu DIP-Q listanum (töflu III -VI).

Heiti raskana sem hér eru notuð byggja annars vegar á íslenskum DSM-lýsingum¹⁹ og hins vegar á ICD lýsingum⁶; þó með þeirri nafnabreytingu sem nefnd var í innganginum. Vegna áralangrar og algengrar notkunar á DSM-greiningum í klínísku starfi hérlendis og þar sem þær eru algengar

Tafla III. Persónuleikaraskanir þeirra sem fæddir eru 1931. Fjöldi kvenna sem svöruðu var 64 og karla 69.

Persónuleikaröskun	Aldur	DSM-IV	♀		♂		♀ + ♂	ICD-10	♀		♂		♀ + ♂		
			%	n	%	n			%	n	%	n	%	n	
Aðsóknarpersónuleikaröskun	74-76	301.00	1.6	1	8.7	6	5.3	7	F60.0	6.0	34	7.0	5	6.8	9
Geðklofalík persónuleikaröskun	74-76	301.20	1.6	1	7.2	5	4.5	6	F60.1	3.1	2	5.6	4	4.5	6
Persónuleikaröskun geðklofagerðar	74-76	301.22	4.7	3	7.2	5	6.0	8	F21	9.4	6	8.5	6	9.0	12
Andfélagsleg persónuleikaröskun	74-76	301.70	0		0		0		F60.2	1.6	1	4.2	3	3.0	4
Hambriðápersónuleikaröskun	74-76	301.83	4.2	3	1.4	1	3.0	4	F60.3						
hvatvísigerðar	74-76								F60.30	0		2.8	2	1.5	2
hambriðagerðar	74-76								F60.31	1.6	1	2.8	2	2.2	3
Geðhrifapersónuleikaröskun	74-76	301.50	1.6	1	1.4	1	1.5	2	F60.4	1.6	1	0		0.7	1
Sjálfdrýkunarpersónuleikaröskun	74-76	301.81	1.6	1	0		0.8	1							
Hliðrunarpersónuleikaröskun	74-76	301.82	6.3	4	4.3	3	5.3	7	F60.6	10.9	7	4.2	3	7.5	10
Hæðispersónuleikaröskun	74-76	301.60	0		0		0		F60.7	1.6	1	1.4	1	1.5	2
Persónulr.þráhyggju- eða áráttug.	74-76	301.40	9.4	6	8.7	6	9.0	12	F60.5	9.4	6	7.0	5	8.3	11

Tafla IV. Persónuleikaraskanir þeirra sem fæddir eru 1951. Fjöldi kvenna sem svöruðu var 86 og karla 64.

Persónuleikaröskun	Aldur	DSM-IV	♀	♂	♀ + ♂	ICD-10	♀	♂	♀ + ♂
			% n	% n	% n		% n	% n	% n
Aðsóknarpersónuleikaröskun	54-56	301.00	4.7 4	6.3 4	5.3 8	F60.0	5.7 5	6.3 4	6.0 9
Geðklofalík persónuleikaröskun	54-56	301.20	2.3 2	3.1 2	2.7 4	F60.1	3.4 3	4.7 3	4.0 6
Persónuleikaröskun geðklofagerðar	54-56	301.22	2.3 2	6.3 4	4.0 6	F21	8.0 7	9.4 6	8.7 13
Andfélagsleg persónuleikaröskun	54-56	301.70	0	1.6 1	0.7 1	F60.2	0	1.6 1	0.7 1
Hambrigðapersónuleikaröskun	54-56	301.83	3.5 3	6.3 4	4.7 7	F60.3			
hvatvísigerðar	54-56					F60.30	4.5 4	6.3 4	5.3 8
hambrigðagerðar	54-56					F60.31	3.4 3	4.7 3	4.0 6
Geðhrifapersónuleikaröskun	54-56	301.50	0	0	0	F60.4	0	1.6 1	0.7 1
Sjálfdýrknarpersónuleikaröskun	54-56	301.81	0	4.7 3	2.0 3				
Hliðrunarpersónuleikaröskun	54-56	301.82	4.7 4	4.7 3	4.7 7	F60.6	5.7 5	6.3 4	6.0 9
Hæðispersónuleikaröskun	54-56	301.60	2.3 2	3.1 2	3.3 5	F60.7	2.3 2	3.1 2	2.7 4
Persónulr.þráhyggju-eða áráttug.	54-56	301.40	5.8 5	10.9 7	8.0 12	F60.5	9.1 8	12.5 8	11.0 16

Tafla V. Persónuleikaraskanir þeirra sem fæddir eru 1971. Fjöldi kvenna sem svöruðu var 70 og karla 60.

Persónuleikaröskun	Aldur	DSM-IV	♀	♂	♀ + ♂	ICD-10	♀	♂	♀ + ♂
			% n	% n	% n		% n	% n	% n
Aðsóknarpersónuleikaröskun	34-36	301.00	2.9 2	5.0 3	3.9 5	F60.0	4.3 3	5.0 3	4.6 6
Geðklofalík persónuleikaröskun	34-36	301.20	1.4 1	3.3 2	2.3 3	F60.1	4.3 3	8.3 5	6.2 8
Persónuleikaröskun geðklofagerðar	34-36	301.22	1.4 1	6.7 4	3.9 5	F21	5.7 4	13.3 8	9.2 12
Andfélagsleg persónuleikaröskun	34-36	301.70	0	8.3 5	3.9 5	F60.2	0	6.7 4	3.1 4
Hambrigðapersónuleikaröskun	34-36	301.83	4.3 3	8.3 5	6.2 8	F60.3			
hvatvísigerðar	34-36					F60.30	1.4 1	6.7 4	3.8 5
hambrigðagerðar	34-36					F60.31	1.4 1	6.7 4	3.8 5
Geðhrifapersónuleikaröskun	34-36	301.50	0	1.7 1	0.8 1	F60.4	0	3.3 2	1.5 2
Sjálfdýrknarpersónuleikaröskun	34-36	301.81	0	1.7 1	0.8 1				
Hliðrunarpersónuleikaröskun	34-36	301.82	7.1 5	5.0 3	6.2 8	F60.6	4.3 3	5.0 3	4.6 6
Hæðispersónuleikaröskun	34-36	301.60	0	3.3 2	1.6 2	F60.7	0	3.3 2	1.5 2
Persónulr.þráhyggju-eða áráttug.	34-36	301.40	4.3 3	5.0 3	4.7 6	F60.5	5.7 4	5.0 3	5.4 7

í bandarískum fræði- og handbókum sem hér er stuðst við eru niðurstöður rannsóknarinnar birtar í töflum sem sýna bæði ICD- og DSM-greiningarnar samhliða.

Í rannsókn okkar voru þrjú árgangar prófaðir: einstaklingar fæddir 1931, 1951 og 1971. Algengistölur persónuleikaraskana samkvæmt DSM-kerfinu⁷ annars vegar og ICD-kerfinu⁶ hins vegar er að finna í töflum III-V. Hver einstaklingur getur haft fleiri en eina persónuleikaröskun í töflunum.

1931 árgangur (74-76 ára)

Samkvæmt DSM-kerfinu var algengasta röskun hjá þessum hópi í heild persónuleikaröskun þráhyggju- og áráttugerðar (9%) og einnig hjá konum sérstaklega (9,4%). Hjá körlum voru geðklofalík röskun og persónuleikaröskun þráhyggju- og áráttugerðar jafnalgengar (8,7%) (tafla III).

Næstalgengasta röskun hjá báðum kynjunum samanlagt var persónuleikaröskun geðklofagerðar (6%).

Samkvæmt ICD-kerfinu var algengasta persónuleikaröskun í hópnun persónuleikaröskun geðklofagerðar (9%). Meðal kvenna var hliðrunarpersónuleikaröskun algengust (10,9%), en persónuleikaröskun geðklofagerðar meðal karla (8,7%). Næstalgengasta röskun fyrir hópin í heild var persónuleikaröskun þráhyggju- og áráttugerðar (8,3%).

1951 árgangur (54-56 ára)

Samkvæmt DSM-kerfinu var algengasta persónuleikaröskun hjá þeim sem voru í þessum aldurshópi persónuleikaröskun þráhyggju- og áráttugerðar (8%); bæði hjá konum (5,8%) og körlum (10,9%) (tafla IV).

Næstalgengasta röskun fyrir bæði kynin samtals var aðsóknarpersónuleikaröskun (5,3%).

Samkvæmt ICD-kerfinu er algengasta persónuleikaröskun í þessum aldurshópi í heild persónuleikaröskun þráhyggju- og áráttugerðar (11%) en hún var algengust hjá báðum kynjum. Hún var til staðar hjá 9,1% kvenna og 12,5% karla (tafla IV).

Tafla VI. Samanlagður fjöldi íslenskra þátttakenda ásamt DSM greiningum. Samanburður við erlendar DSM-III-R- niðurstöður.

Persónuleikaröskun	Reykjavík		Oslo (21)	Mains (22)	New York (23)
	%	n	%	%	%
Aðsóknarpersónuleikaröskun	4.8	20	2.4	1.8	1.7
Geðklofalík persónuleikaröskun	3.1	13	1.7	0.4	0.9
Persónuleikaröskun geðklofagerðar	4.6	19	0.6	0.7	0
Andfélagsleg persónuleikaröskun	1.5	6	0.7	0.2	2.2
Hambrigðapersónuleikaröskun	4.6	19	0.7	1.1	1.7
Geðhrifapersónuleikaröskun	0.7	3	2	1.3	1.7
Sjálfdrýrkunarpersónuleikaröskun	1.2	5	0.8	0	3.9
Hliðrunarpersónuleikaröskun	5.3	22	5	1.1	5.2
Hæðispersónuleikaröskun	1.7	7	1.5	1.5	0.4
Persónulr.þráhyggju- eða áráttug.	7.3	30	2	2.2	2.6
Einhver greining	11.1		13.4	10.0	14.8
Heildarþátttökufjöldi	413		2053	452	229

Næstalgengasta röskun fyrir bæði kynin var persónuleikaröskun geðklofagerðar (8,7%).

1971 árgangur (34-36 ára)

Samkvæmt DSM-kerfinu er algengasta persónuleikaröskunin á meðal þeirra sem voru í þessum aldurshópi, þegar bæði kynin voru talin saman, hambrigðapersónuleikaröskun og hliðrunarpersónuleikaröskun, en báðar þessar raskanir voru jafnalgengar, eða 6,2% (tafla V).

Á meðal kvenna var algengasta röskunin hliðrunarpersónuleikaröskun (7,1%) en á meðal karla voru hambrigða- og andfélagsleg persónuleikaröskun jafnalgengar (8,3%). Næstalgengust fyrir bæði kynin saman, var persónuleikaröskun þráhyggju- og áráttugerðar (4,7%).

Samkvæmt ICD-kerfinu var algengasta persónuleikaröskun í heildarhópnum persónuleikaröskun geðklofagerðar (9,2%). Meðal kvenna voru persónuraskanir geðklofagerðar og þráhyggju- og áráttugerðar jafnalgengar (6,2%) en á meðal karla var persónuleikaröskun geðklofagerðar algengust (13,3%). Næstalgengasta röskun fyrir bæði kynin í

ICD- kerfinu var geðklofalík persónuleikaröskun (6,2%).

Fjöldi þeirra sem höfðu verið með eina eða fleiri greiningu samkvæmt DSM-kerfinu var 46 eða 11,1%, en samkvæmt ICD- kerfinu 50 eða 12,1%.

Í línuriti 1 má sjá hversu algengt það var að einstaklingur væri með eina eða fleiri persónuleikaraskanir í kerfunum tveimur. Í DSM-kerfinu er algengara að einstaklingur sé með eina greiningu og svo fari þeim fækkandi sem eru með fleiri. En í ICD- kerfinu er algengara að einstaklingur sé með eina, þrjár, fjórar eða fimm greiningar og svo dragi úr fjöldanum (línurit I).

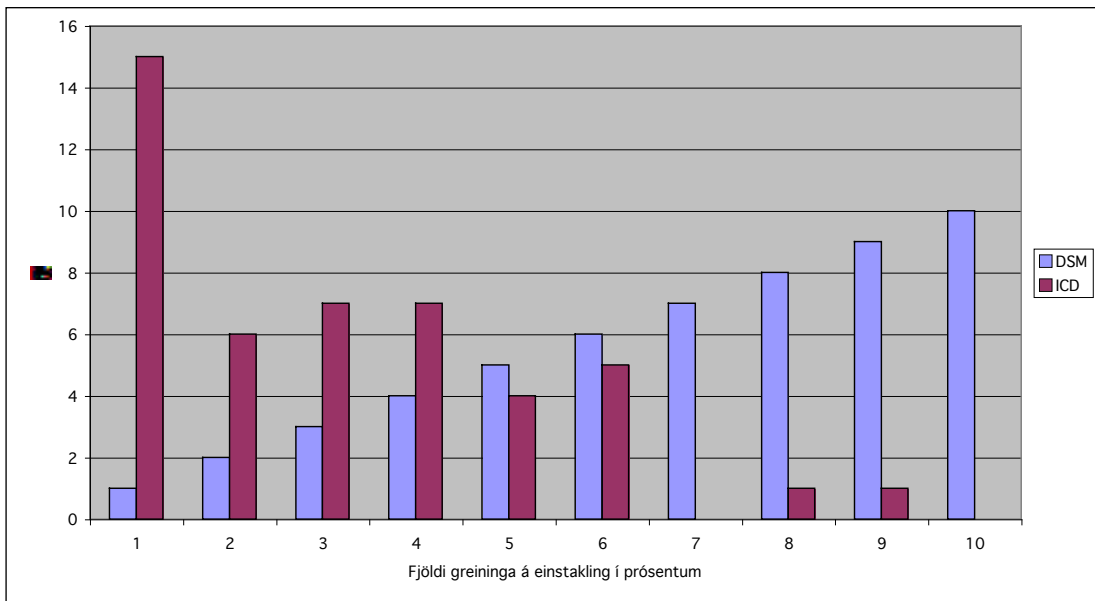
Í töflu VII má sjá hversu algengar persónuleikaraskanir eru í stighækkandi röð. Fram kemur að þær geta verið misalgengar eftir kerfum. Samkvæmt DSM-kerfinu eru 67% þeirra sem hafa einhverja röskun með fleiri en eina. Sambærilegar tölur úr ICD- kerfinu eru 80%.

Umræða

Tíðni þeirra sem eru með persónuleikaröskun á Íslandi (11%) er sambærileg við þá sem hún er í Osló, Mains (tafla VI) og víðar í Evrópu.^{2,20} Fjöldi þeirra sem metnir eru með einhverja persónuleikaröskun í nokkrum stórum rannsóknum sem gerðar hafa verið meðal almennings í Bandaríkjunum, er einnig á svipuðu róli og sá sem fram kom hérlandis (tafla VI). Í niðurstöðum úr bandarísku NESARC²⁴ og NCS²⁵ rannsóknunum kemur fram að tíðni persónuleikaraskana liggja á bilinu 9-15% þar í landi. Sú greining sem er hvað algengust meðal hópsins í heild er persónuleikaröskun þráhyggju- og áráttugerðar. En sú niðurstaða er í góðu samræmi við aðrar sem hafa komið fram undanfarin ár. Í íslenski rannsókn sem gerð var á meðal legusjúklinga á geðdeild Landspítala árið 1987² reyndist persónuleikaröskun þráhyggju- og áráttugerðar hins vegar næstalgengust. Algengasta röskun var hambrigðapersónuleikaröskun. Þótt persónu-

Tafla VII. Heildarflokkun á algengi persónuleikaraskana í rannsókninni í stigariöð. Tíðni DSM-IV og ICD-10-persónuleikagreininga. Allir árgangar saman. Algengasta röskunin er númer 1.

DSM-IV		ICD-10	
Algengast: 1	Persónulr.þráhyggju- eða áráttugerðar	Algengast: 1	Persónuleikaröskun geðklofagerðar
2	Hliðrunarpersónuleikaröskun	2	Persónulr.þráhyggju- 185eða áráttugerðar
3	Aðsóknarpersónuleikaröskun	3	Hliðrunarpersónuleikaröskun
4	Persónuleikaröskun geðklofagerðar	4	Aðsóknarpersónuleikaröskun
4	Hambrigðapersónuleikaröskun	5	Geðklofalík persónuleikaröskun
5	Geðklofalík persónuleikaröskun	6	Hambrigðaröskun hvatvísigerðar
6	Hæðispersónuleikaröskun	7	Hambrigðaröskun hambrigðagerðar
7	Andfélagsleg persónuleikaröskun	8	Andfélagsleg persónuleikaröskun
8	Sjálfdrýrkunarpersónuleikaröskun	9	Hæðispersónuleikaröskun
9	Geðhrifapersónuleikaröskun	10	Geðhrifapersónuleikaröskun



Mynd 1. Í ritinu kemur fram sá fjöldi persónuleikaröskunargreininga sem hver einstaklingur er með. Nokkur mismunur er á fjölda greininga eftir því um hvort greiningarkerfi er að ræða. Fjöldinn er sýndur í prósentum samkvæmt ICD-kerfinu annars vegar og DSM-kerfinu hins vegar.

leikaröskun þráhyggju- og áráttugerðar hafi verið algeng í báðum greiningarkerfishópunum (ICD og DSM) reyndist hambrigðapersónuleikaröskun algengari en aðrar hjá þeim sem lögðust inn á geðdeildir Landspítala á ofanefndu rannsóknartímabili.²

Ófullnægjandi mælitæki hafa skapað vandamál við að greina persónuleikaröskun. Hægt er að styðjast við formleg greiningarskilmærki greiningarkerfanna en gott getur verið að styðja niðurstöðurnar eða að fá hugmynd um útbreiðslu raskana með notkun skjótvirkra og áreiðanlegra greiningartækja. Þau próf og spurningalistar sem í boði hafa verið undanfarin ár hafa verið af ýmsum gerðum. Það hafa verið langir spurningalistar með 300-400 spurningum, ýmiss konar stöðluð greiningarviðtöl og styttri skimunarlistar. Stuðst hefur verið við misjöfn greiningartæki í rannsóknum og ekki hefur enn komið fram eitthvert eitt greiningartæki sem flestir halla sér að. DIP-Q-listinn sem varð fyrir valinu í þessari rannsókn er handhægur sænskur listi, tiltölulega stuttur (140 staðhæfingar) og hefur notkun hans farið vaxandi í Evrópu og Bandaríkjunum. Hann þótti því tilvalið mælitæki til skimunar. Þar að auki hafði hann verið vandlega þýddur og staðfærður af höfundum við íslenskar aðstæður.

Helsti annmarki þeirrar aðferðar sem notuð er í rannsókn okkar er að stuðst er við greiningartæki en ekki klíníska athugun. Þar sem kostnaður við klínískt mat og skoðun í umfangsmikilli rannsókn sem þessari yrði okkur ofviða er DIP-Q góð lausn.

Niðurstöður okkar eru ekki frábrugðnar þeim sem birtar hafa verið annars staðar eins og komið hefur fram hér að ofan, og benda þær til þess að tíðnitölur byggðar á greiningum DIP-Q-listans

virðist ekki sýna ofmat á tíðni persónuleikaraskana hér á landi.

Þýðið sem rannsakað var bjó á Stór-Reykjavíkursvæðinu þar sem meira en helmingur þjóðarinnar býr um þessar mundir. Erfitt er að segja hvort persónuleikaraskanir séu algengari eða sjaldgæfari á þessu svæði en annars staðar á landinu. Þó kom fram í eldri rannsókn höfunda, sem tók til alls landsins og fjallaði um tíðni geðsjúkdóma á Íslandi,¹⁴ að mjög lítil mismunur var á tíðni geðsjúkdóma eftir því hvort einstaklingur bjó í þéttbýli eða strjálbýli. Í þeirri rannsókn var einnig fjallað um ákveðna persónuleikaröskun (andfélagslegrar gerðar) og reyndist enginn tölfræðilegur munur á fjölda með þá greiningu eftir búsetu.

Pakkir

Erni Ólafssyni tölfræðingi er þökkud aðstoð við tölfræðiútreikninga í rannsókninni, Gyðu Kristinsdóttur, Hrafnhildi Reynisdóttur BA og Svandási Ottósdóttir fyrir söfnun gagna, og Tómasi K. Bernhardssyni og Unu Rúnarsdóttur fyrir innslátt.

Styrkveitingar

Geðverndarfélag Íslands, Minningarsjóður Ólafíu Jónsdóttur, Rannsóknastyrkur Sigurðar Axels Einarssonar, Vísindasjóður Landspítala, Geðdeild Landspítala.

Heimildir

1. Coid J, Yang M, Tyrer A, Roberts A, Ullrich S. Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *Br J Psychiatry* 2006;188: 423-31.

2. Þorsteinsdóttir G. Persónuleikaraskanir á geðdeildum. *Geðvernd* 1993; 1: 52.
3. 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.
4. 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.
5. Þorsteinsdóttir G. DIP-Q [Íslensk þýðing], Geðdeild Landspítalans, Reykjavík, 1996.
6. ICD-10. Alþjóðleg tölfræðiflokkun sjúkdóma og skyldra heilbrigðisvandamála (Ríttstj. Magnús Snædal). Orðabókasjóður læknafélaganna, Reykjavík, 1996.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4 ed. (DSM-IV), Washington 1994.
8. Hiscocke UL, Langstrom N, Ottoson H, Grann M. Self-reported personality traits and disorders (DSM-IV) and risk of criminal recidivism: A prospective study. *J Personal Dis* 2003; 17: 4: 293-305.
9. Ramklint M, von Knorring A-L, von Knorring L, Ekselius L. Personality Disorders in Former Child Psychiatric Patients. *Eur Child Adol Psychiatry* 2002; 11: 289-95.
10. Bodlund O, Grann M, Ottoson H, Svanborg C. Validation of the Self-Report Questionnaire DIP-Q in Diagnosing DSM-IV Personality Disorders: A comparison of Three Psychiatric Samples. *Acta Psychiatry Scand* 1998; 97: 433-9.
11. Vaglum P. Research on personality disorders in the Nordic countries, 1982-1998: A selective review. *Nord J Psychiatry* 2000; 54: 167-75.
12. World Health Organization. The Composite international diagnostic interview, core version 1.1. American Psychiatric Press, Washington, 1993a.
13. Stefánsson JG, Línal E. The Composite international diagnostic interview, core version 1.1. [in Icelandic] Reykjavík: Department of Psychiatry, National University Hospitals / World Health Organization, Reykjavík, (1993).
14. Stefánsson JG, Línal E, Björnsson JK, Guðmundsdóttir Á. Lifetime prevalence of specific mental disorders among people born in Iceland in 1931. *Acta Psychiatry Scand* 1991; 84: 142-9.
15. Línal E, Stefánsson JG (1991). The frequency of depressive symptoms in a general population with reference to DSM-III. *Int J Soc Psychiatry* 1991; 37: 4: 233-41.
16. Línal E, Stefánsson JG. The Lifetime prevalence of anxiety disorders in Iceland as estimates by the US National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. *Acta Psychiatry Scand* 1993;88:29-34.
17. Stefánsson JG, Línal E, Björnsson JK, Guðmundsdóttir A. Period prevalence rates of specific mental disorders in an Icelandic cohort. *Soc Psych Psychiatry Epidemi* 1994;29: 119-25.
18. Línal E, Bergmann S, Thorlacius S, Stefánsson JG. Anxiety disorders: A result of long-term chronic fatigue- The psychiatric characteristics of the sufferers of Iceland disease. *Acta Neurol Scand* 1997; 96: 3: 158-162.
19. Greiningar og tölfræðihandbók Ameríska geðlæknafélagsins (DSM-III-R) um geðröskun, Íslensk-enskir orðalistar. *Læknablaðið* 1993; 79: 23: 1-8.
20. Ekselius L, Tillfors M, Furmark T, Fredrikson M. Personality disorders in the general population: DSM-IV and ICD-10 defined prevalence as related to sociodemographic profile. *Pers Indiv Diff* 2001; 30: 2: 311-20.
21. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The Prevalence of Personality Disorders in a Community Sample. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 590-6.
22. Maier W, Lichtermann D, Klinger T, et al. Prevalence of personality disorder (DSM-III-R) in the community. *J Pers Dis* 1992; 6: 187-96.
23. Klein DN, Riso LP, Donaldson SK, et al. Family study of early-onset dysthymia. Mood and personality disorders in relatives of outpatients with dysthymia and episodic major depression and normal controls. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 487-96.
24. Grant BFG, Hasin DS, Stinson FS, et al. Prevalence, Correlates, and Disability of Personality Disorders in the United States: Results from the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 948-58.
25. Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC. DSM-IV Personality Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 2007; 62: 553-64.

The Prevalence of Personality Disorders in the Greater-Reykjavik Area

The prevalence of personality disorders was estimated in a sample of 805 individuals randomly selected from the greater Reykjavik area. The sample consisted of 3 equally large cohorts of persons born in 1931, 1951 and 1971. The individuals were asked to participate in a survey of mental health. Of those contacted, 52% of the total group participated. The instrument used for estimating personality disorders was the DIP-Q. The results show that the overall percentage with any disorder was 11% according to DSM-IV and 12% according to ICD-10. The most frequent disorder of the whole group, according to DSM-IV criteria, was obsessive-compulsive personality disorder (7.3%) and schizotypal personality disorder

according to ICD-10 criteria, which was to be found in 9% of the group. Other disorders were less frequently found. Comorbidity was high among those with a personality disorder. Of those with disorders according to DSM-IV, 67% had more than one disorder. Similarly, according to the ICD criteria, comorbidity was to be found in 80% of the sample. Among women, anxious/avoidant personality disorder was the most common, with the highest sub-group prevalence found among those born in 1971. Similarly, among the men, schizotypal personality disorder was the most common, and most commonly found in the 1971 age group.

Línal E, Stefánsson JG. The Prevalence of Personality Disorders in the Greater-Reykjavik Area. *Icel Med J* 2009; 95: 179-84

Keywords: personality disorders, prevalences, epidemiology, general population, ICD-10, DSM-IV, Reykjavik, Iceland.

Correspondence: Eiríkur Línal, eirikur@hvert.is