

# Lundbystudien har uppdaterats med ny fältundersökning

Unikt projekt tyder på att den psykiska ohälsan inte ökat de senaste 50 åren



PER NETTELBLADT, docent, överläkare per.nettelbladt@med.lu.se  
 MATS BOGREN, överläkare  
 CECILIA MATTISSON, överläkare; samtliga avdelningen för psyki-

atri, Lundbystudien, Institutionen för kliniska vetenskaper, Universitetssjukhuset i Lund

»Den ursprungliga befolkningen och Lundbyområdet har exponerats för de samhällsförändringar i ekonomiskt och socialt hänseende som har ägt rum i Sverige mellan 1947 och 1997.«

På ett något bleknat svartvitt foto står fyra slipsklädda herrar mitt på en åker en vacker sommardag 1947. I bakgrunden ser man det vita tornpartiet av Nordens äldsta stenkyrka – Dalby kyrka. Männerna på åkern är fyra lundapsykiatrer, från vänster överläkarna Hans Larsson och Carl-Erik Uddenberg, professor Erik Essen-Möller och överläkare Gayler White. De påbörjade den 1 juli 1947 en epidemiologisk studie, som skulle komma att bli klassisk. Initiativtagare och ledare för studien var en av svensk psykiatri förgrundsgestalter, Erik Essen-Möller, som 1943 hade blivit professor i psykiatri vid Karolinska institutet i Stockholm, men som 1947 kallades till professuren i Lund.

Anledningarna till att man valde att genomföra en befolkningsundersökning i Dalby och Bonderups församlingar utanför Lund var flera. Man sökte ett distrikt som inte var känt för någon ovanlig eller hög sjuklighet eller var något geografiskt isolat. Man ville också ha möjlighet att komplettera intervjudata med sjukhusjournaler och höll sig därför inom upptagningsområdet för lasarettet i Lund. Även tillfälligheter spelade in. Essen-Möller var bekant med en central personlighet i Dalby, och man kunde bo och äta på Dalby Gästis under de två sommarmånaderna som fältarbetet varade [1].

Intresset för befolkningsundersökningar hade funnits inom psykiatri långt dessförinnan, då man hade ägnat sig åt ärfthighets- och släktstudier och behövde en bakgrund för att kunna bedöma sina resultat. Huvudsyftet med den första Lundbystudien var att beskriva alla invånarna, inte bara de som hade en klar psykisk sjukdom eller avvikelse. Man registrerade därför också normala personlighetsvarianter och fysiska sjukdomar. Utgångspunkten var lundapsykiatern Henrik Sjöbrings lära om naturliga och patologiska personlighetsvarianter och att lesionella faktorer (hjärnskador av varierande grad) bidrog till själsliga rubbningar [2-4].

## Femtio år senare

Femtio år senare ser man åter Dalby kyrkas vita torn, nu på ett färgfoto. På åkern står två kvinnor och sex män. En av kvinnorna och fem av männen är psykiatrer. Personerna är från vänster i första raden Per Nettelbladt, Lena Otterbeck och Leif Öjesjö; i andra raden Anders Odensten, Per Toråker, Cecilia Mattisson, Mats Bogren och Erik Hofvendahl. De skall just påbörja den fjärde fältundersökningen av Lundbypopulationen och är lyckligt ovetande om vilken arbetsinsats som kommer att krävas.

Fältarbetet pågick mellan 1997 och 2001. Mellan 2001 och 2003 kompletterades intervjudata med sjukhusjournaler, registerdata och information från »nyckelpersoner«, och diagnoserna mellan 1947 och 1972 reevaluerades för en stor del av po-



Den 1 juli 1947 startade fyra pionjärer Lundbystudien, en psykiatrisk epidemiologisk studie, som idag är klassisk och med ett material som håller än. Den 1 juli 1997 startade en ny forskargrupp en tredje uppföljning inom Lundbypjektet.



## SAMMANFATTAT

Lundbystudien är en klassisk psykiatrisk, epidemiologisk studie. Den första fältundersökningen ägde rum i socknarna Dalby och Bonderup (Lundby) 1947. Mellan 1997 och 2000 genomfördes en fjärde fältstudie av Lundbypopulationen (N=3 563), vilken redovisas här.

Under de gångna 50 åren minskade incidensen av demens. Incidensen av neuroser ökade fram till 1972, men från

1972 till 1997 observerades en minskning. Punktprevalensen av neuroser ökade från 1947 till 1972, men inte från 1972 till 1997. Förstagångsinsjuknandet i medelsvår till svår depression hade minskat när perioden 1972–1997 jämfördes med perioden 1947–1972. Efter införandet av tricykliska antidepressiva i Sverige 1962 minskade antalet depressiva självmord.

pulationen (64 procent). Först under 2004 blev det möjligt att börja sammanställa de första vetenskapliga publikationerna.

## Lundbystudiens register

De första registreringarna gjordes på hårda kort med bläck. Det går fortfarande att läsa Essen-Möllers försynta piktur, även om bläcket ibland har bleknat. Vid undersökningarna 1957 och 1972 har bläcket ersatts av maskinskriven text. År 1997 har Word-dokumenterna skrivits ut av en laserskrivare. Efter 1997 finns samtliga data på SPSS-filer. Tidigare gjordes bearbetningarna vid Lunds datacentral. Lundbystudiens databas innehåller också registerdata rörande dödsorsaker och psykiatrisk slutenvård (undantaget för de personer som vägrat att delta).

För närvarande finns Lundbystudiens arkiv i en korridor på S:t Lars-området i Lund. Informationen om varje person som ingår i Lundbystudien finns förvarad i en mapp. Mapparna hänger i lådor i brandsäkra skåp. Att registret har kunnat bevaras är enskilda personers förtjänst. En nödvändig förutsättning har varit att det har funnits en person på plats, som har varit ansvarig för arkivet. En intressant utveckling är att Vetenskapsrådet har beviljat Lundbystudien medel för att digitalisera arkivet, vilket kommer att göra det möjligt för forskare att kunna ta del av primärdata utan att rumsligen behöva besöka Lundbystudiens arkiv.

En annan förutsättning är att Lundbystudiens forskartradition tack vare gynnsamma omständigheter kunnat föras vidare från en generation till en annan. Vid planläggningen och genomförandet av 1997 års undersökning var psykiatern Olle Hagnell (fältarbetare 1957 och 1972), psykiatern Leif Öjesjö (fältarbetare 1972) och den mångåriga Lundbymedarbetaren Lena Otterbeck tillgängliga för konsultation. Deras kunskaper har varit ovärderliga för förståelsen av Lundbystudiens bakgrund och metodik.

## Lundbypopulationen

Den 1 juli 1947 är liksom den 1 juli 1957, 1972 och 1997 skärningsdatum för de olika undersökningarna. Detta innebär att personer som dör efter skärningsdatum räknas som levande och att sjukdomar med debut efter skärningsdatum inte ingår i den aktuella undersökningen (Figur 1).

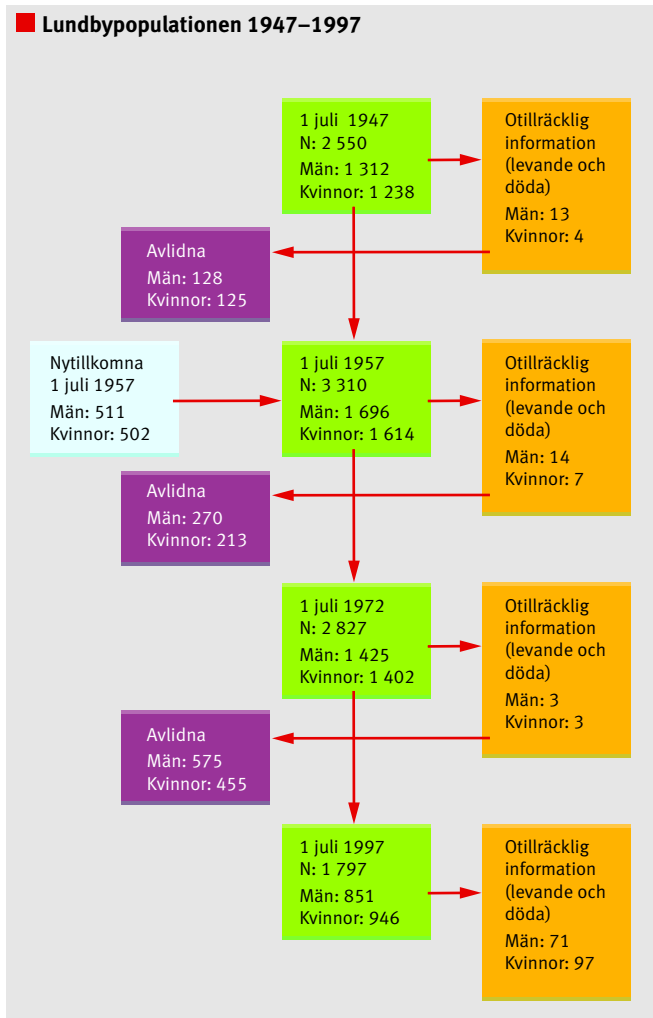
Det totala antalet personer som har ingått i populationen är 3 563. Mellan 1947 och 1997 hade 1 766 dött. För hela den 50-åriga tidsperioden är bortfallet 5,6 procent (198/3 563), om bortfall definieras som att tillfredsställande information (intervjudata eller information från minst två källor) saknas vid en eller flera undersökningar.

Undersökningen 1947 ägde rum i Dalby och Bonderup. Namnet Lundby syftar på att de två socknarna kunde sägas vara en by som låg nära Lund. Eftersom inga nya probander har tillkommit efter 1957, var de yngsta 40 år 1997.

Den första undersökningen omfattade alla som var kyrkobokförda i de nämnda socknarna den 1 juli 1947 (1947-kohorten). Totalt rörde det sig om 2 550 personer i åldrarna 0–92 år [3].

År 1957 sökte man upp de 1 599 personer som fortfarande var i livet och bodde kvar i Lundbyområdet, och inkluderade också de 1 013 personer som fötts eller flyttat in sedan den 1 juli 1947 (1957-kohorten), inalles 2 612 personer i åldrarna 1–96 år [5]. Även den fjärdedel av den ursprungliga befolkningen (N=698) som hade flyttat ut från Lundbyområdet 1957 sökte man upp.

År 1972 intervjuades ännu en gång de 2 827 probander, 1 424 i Lundby- och 1 403 utanför Lundbyområdet, som var i livet [6]. Även probander som dött sedan föregående undersökning följdes upp vid fältundersökningarna, dels genom nyckelinfor-



Figur 1. Lundbypopulationen i studiens fyra delundersökningar 1947, 1957, 1972 och 1997.

manter (key-informants), dels genom andra källor som register och journaler. Bortfallet har varit mycket lågt i fältundersökningarna som gjordes 1947, 1957 och 1972, bara någon enstaka procent. En anledning till detta kan vara att ett introduktionsbrev sändes till probanderna, varefter fältarbetarna helt sonika åkte hem till vederbörande.

Av de 1 797 probander som fortfarande levde den 1 juli 1997 bodde 602 i Lundbyområdet, och 1 195 hade flyttat ut från Lundbyområdet. Det totala bortfallet av levande och döda för perioden 1972–1997 uppgår till 5,9 procent (168/2 827). Intervjubortfallet var däremot 13 procent (238/1 797). Brist på tid, speciellt för de som förvärvsarbetade och hade barn, och en mindre auktoritär tidsanda kan vara en anledning till att bortfallssiffrorna är högre vid 1997 års fältundersökning än vid de tidigare fältundersökningarna. Andra anledningar är att 1997 hade fler probander dött eller flyttat ut från Lundbyområdet och att antalet informationskällor var färre än vid de tidigare undersökningarna.

## Diagnostik i Lundbystudien

»Lundbydiagnostiken« är empiriskt grundad. Olle Hagnell har berättat att han och Erik Essen-Möller skapade ett eget diagnostsystem, eftersom det 1957 inte fanns något system som var konstruerat så att man kunde sortera de data som man hade

## »Vi fann då att frekvensen av självmord hade minskat för personer med diagnosen depression efter 1962, vilket talar för att införandet av antidepressiv behandling i en befolkning verkligen kan påverka självmordsfrekvensen.«

samlad in. Man utgick helt enkelt från de symtom som probanderna hade rapporterat och de iakttagelser som gjorts vid intervjuerna. Rapporterade symtom och statusfynd skrevs ner på kort. Man sorterade sedan korten i olika högar med utgångspunkt i beskrivningarna i enlighet med dåtidens konceptuella indelning av psykiatriska diagnoser i neuroser (insikt), psykos (saknar insikt) och organiska tillstånd och kom på så sätt fram till de i Lundbystudien använda diagnoserna.

Diagnostiken av psykiska sjukdomar eller psykiska störningar har ändrats sedan 1947. Under 1970- och 1980-talen infördes standardiserade intervjuer och mer specifika diagnoser [7]. Det nu förhärskande diagnostiska systemet, den amerikanska psykiatriklassifikationen DSM-IV [8], som anger såväl inklusions- som exklusionskriterier för att man skall kunna ställa en diagnos, har också medfört att den diagnostiska reliabiliteten troligen har förbättrats; flertalet diagnoser är dock bristfälligt validerade, och de flesta enbart beskrivande.

Vid fältundersökningen 1997 har vi använt oss av både Lundbydiagnostiken och DSM-IV. Efter en del smärre justeringar av Lundbydiagnostiken är överensstämmelsen god mellan kategorierna i Lundbydiagnostiken och huvudrubrikerna i DSM-IV. Tröskeln för att räknas som ett fall har lagts förhållandevis högt vid en funktionsnedsättning motsvarande minst »medium impairment« [5, 6], vilket kan översättas med medelsvår funktionsnedsättning och motsvarar ett GAF-värde (Global funktionsskala) på 60–51 [8]. Ett exempel kan vara en person, som är så deprimerad att han/hon inte kan arbeta.

### Metodproblem i Lundbystudien

Självfallet finns det en mängd metodproblem i en studie som har pågått under 50 år [9]. Ett problem i longitudinella studier är att personerna i den undersökta populationen dör, flyttar, inte är motiverade att ställa upp på ytterligare en undersökning eller att de som inte var med i en undersökning kommer med i en annan. Det är därför en styrka att bortfallet har varit unikt lågt under de gångna 50 åren.

Ett annat problem är att vi oftast kommer ihåg riktigt svåra händelser och sjukdomstillstånd som har drabbat oss under livet, men att vi också har en benägenhet att glömma. I Lundbystudien tacklar vi »recall bias« genom att vi använder oss av så många källor som möjligt innan vi sätter en diagnos. Speciellt värdefullt för 1997-undersökningen har varit att vi har haft tillgång till data från Patientregistret, som innehåller information om slutenvårdstillfällena för perioden 1972–1997, Dödsorsaksregistret och ett lokalt register som täcker öppenvården i Lundbydistriktet. Undersökningarna före 1972 rekvirerade journaler från de kringliggande sjukhusen och öppenvårdsklinikerna. Dessutom har nyckelinformanter som föräldrar, barn, släktingar och vårdpersonal bidragit med mycket värdefull information.

År 1947, när den första fältundersökningen gjordes, var utgångspunkten den att man skulle arbeta på liknande sätt som i vardaglig klinisk praxis. Detta innebar att det enbart var psykiatrer som ställde diagnoserna. Vi anser fortfarande att det är viktigt att det är psykiatrer som gör intervjuerna. Det är svårt att utifrån enbart en intervju bedöma vilken psykiatrisk diagnos en person som berättar att han eller hon har haft psykiska

symtom för 10 år sedan kan ha haft. Psykiatern har nytta av sin kliniska erfarenhet och har därigenom större förmåga än lekmannen att ställa de rätta kompletterande frågorna innan en eventuell psykiatrisk diagnos ställs. En psykiater har också goda förutsättningar att utifrån »klinisk misstanke« söka kompletterande information, t ex genom att beställa relevanta journaler.

I en artikel har vi använt kategorin neuros för att belysa punktprevalensen över tid för icke-psykotisk störning i Lundbykohorten [10]. Det bakomliggande resonemanget är att ångest och depression ofta förekommer tillsammans. Genom att använda ett mer vittomfattande begrepp undviker man att betrakta ångest och depression som två olika, samtidigt förekommande störningar, vilket blir fallet om man tillämpar DSM-systemet. Eftersom det är okänt vilka biologiska korrelat som ligger bakom depression och ångest, kan det lika väl röra sig om en som två distinkta åkommor. En intressant iakttagelse är att en faktoranalys gjord på data från »National Comorbidity Study« kan tolkas som att komorbiditeten mellan depression och ångest skulle kunna bero på en underliggande psykopatologisk kärnprocess [11]. En viktig slutsats är att epidemiologiska estimat är avhängiga av vilken diagnostisk klassifikation som används.

Lundbydiagnostiken är fortfarande nödvändig för jämförbarhetens skull. Essen-Möller och hans medarbetare använde sig 1947 av en tidigare modell, men alla uppföljningsdata efter den 1 juli 1947 har diagnostiserats enligt den 1957 konstruerade Lundbymodellen. Man kan fråga sig om det är möjligt att uppnå en sådan enhetlighet i diagnostiken att man kan göra jämförelser över så lång tid som 50 år.

Antalet fältarbetare/psykiatrer mellan 1947 och 1997 var tolv och antalet semistrukturerade intervjuer per fältarbetare har varierat. En fördel är att alla fältarbetare är utbildade vid samma klinik. En annan fördel är att diagnoserna i Lundbysystemet är få och övergripande. Detta torde innebära att en större andel av de diagnostiserade personerna klassificeras på samma sätt jämfört med om de diagnostiska kategorierna hade varit flera och mer detaljerade. De slutliga Lundby- och DSM-IV-diagnoserna har satts först efter det att samtliga informationskällor har blivit genomgångna.

Utöver intervjudata har de huvudsakliga informationskällorna varit journaler, »nyckelpersoner« som anhöriga, släktingar och vårdpersonal samt registerdata. Under 1997-undersökningen har också fältarbetarna träffats regelbundet för att diskutera diagnoserna.

### Lundbypopulationens representativitet

Lundby var ursprungligen en beteckning på en bygd där lantbruk och stenindustri dominerade. Befolkningen 1947 kan anses vara representativ för en sydsvensk landsortsbefolkning på 1940-talet, men efter 1957 kan man tala om en urbaniserad landsortsbefolkning. Den ursprungliga befolkningen och Lundbyområdet har exponerats för de samhällsförändringar i ekonomiskt och socialt hänseende som har ägt rum i Sverige mellan 1947 och 1997.

Till skillnad från studier som är baserade på patienter är Lundbypopulationen en källa till kunskap om psykisk ohälsa i befolkningen. Ett exempel får belysa detta. I en studie av återfallsfrekvensen vid depression hos en klinisk kohort anges att cirka 70 procent av patienter med unipolär depression får ett

»Till skillnad från studier som är baserade på patienter är Lundbypopulationen en källa till kunskap om psykisk ohälsa i befolkningen.«

återfall inom två år [12]. En fruktad komplikation vid depression är självmord. En studie baserad på sjukhusmaterial rapporterar att 10 procent av patienter med depressioner tar livet av sig [13]. I en långtidsuppföljning av probander i Lundbykohorten med depression var återfallsfrekvensen 40 procent och självmordsfrekvensen 5 procent [14]. Resultaten belyser hur viktigt det är att ha klart för sig vilken population man har studerat, eftersom man gör generaliseringar.

## Förändringar i psykisk hälsa under de gångna 50 åren

Mot bakgrunden av de stora förändringarna i samhället och inom medicinen mellan 1947 och 1997 faller det sig naturligt att ställa frågan om den psykiska hälsan i Lundbykohorten har förändrats under de gångna 50 åren.

Ett sätt att belysa detta är att jämföra förstagsångsincidensen av psykiska störningar i Lundbykohorten för perioderna 1947–1972 och 1972–1997. En sådan jämförelse visar att en minskning av förstagsångsinsjuknandet i neuroser (depressioner, ångesttillstånd och somatoforma störningar) och organiska hjärnsjukdomar (demens och andra organiska hjärnsjukdomar) har ägt rum. I fråga om psykotiska sjukdomar har förstagsångsincidensen ökat för män, men minskat i de flesta åldersintervallen för kvinnorna [15].

Utvecklingen i samhället efter andra världskriget har karaktäriserats av tekniska och medicinska framsteg och en omfattande social omstrukturering. Den observerade minskningen av insjuknandet i organiska hjärnsjukdomar skulle kunna »förklaras« av förbättrade möjligheter till diagnostik och profylaktisk behandling av t ex hypertoni, diabetes och förmaksflimmer, och en förändrad livsstil, t ex minskad rökning. Minskningen av förstagsångsinsjuknande i neuroser skulle kunna bero på en förändring av levnadsstandard och samhällets sociala struktur, dvs en periodeffekt som påverkat förkrigsgenerationen.

Fynden rörande psykoser har vi ansett vara alltför osäkra för att vi skall kunna dra några slutsatser. Antalet fall är få, och diagnostiken är heterogen.

Ett ofta citerat resultat från Lundbystudien är att den teoretiska livstidsrisken att insjukna i en depression är 50 procent för en kvinna och 25 procent för en man. Något förvånande har dessa resultat från perioden 1947–1972 citerats in i vår tid. I en artikel jämförs förstagsångsinsjuknandet i medelsvår till svår depression för perioderna 1947–1972 och 1972–1997 [16]. Jämförelsen visar att förstagsångsinsjuknandet i depression har minskat för såväl kvinnor som män. Den teoretiska livstidsrisken upp till 99 års ålder att insjukna i en depression är dock fortfarande hög och beräknas till 30,7 procent för kvinnor och 22,5 procent för män för perioden 1972–1997. Kvinnor hade en högre frekvens av förstagsångsinsjuknande än män under de bägge studerade tidsperioderna. Även den ökning av punktprevalensen av neuroser som observerades för perioden 1947–1972 har avstannat för perioden 1972–1997 [10].

Lundbystudien har möjlighet att belysa sambandet mellan införandet av antidepressiva läkemedel och självmordsfrekvens ur ett historiskt perspektiv. I Sverige registrerades det första tricykliska preparatet (imipramin) 1962 och det första SSRI-preparatet 1993. Genom att jämföra tidsperioderna 1947–1962 (då fanns inga tricykliska antidepressiva), 1962–1977 (då introducerades tricykliska antidepressiva) och 1977–1992 (då var tricykliska antidepressiva väl etablerade, men SSRI-preparat hade ännu inte införts i den terapeutiska arsenalen) med varandra var det möjligt att studera den åldersstandardiserade självmordsfrekvensen för olika diagnoser över tid.

Vi fann då att frekvensen av självmord hade minskat för personer med diagnosen depression efter 1962, vilket talar för att

införandet av antidepressiv behandling i en befolkning verkligen kan påverka självmordsfrekvensen.

Vi fann emellertid också att den totala självmordsfrekvensen hade ökat och att alkoholberoende/-missbruk och andra psykiatriska diagnoser oftare än depression var förknippade med självmord under tidsperioden 1977–1992 än under perioden 1947–1962. I 7 procent av självmordsfallen hade ingen psykiatrisk eller alkoholrelaterad diagnos ställts. Från klinisk synpunkt visar fynden att det är viktigt att inte bara fokusera på självmordsrisken hos patienter med depression utan också beakta att självmordsrisken är hög vid andra psykiska störningar, inte minst då det finns en alkoholproblematik. Resultaten måste dock tolkas med försiktighet, bl a eftersom antalet fall är lågt [17].

## Lundbystudien – unik databas för studier av psykisk folkhälsa

Lundbystudien är en av få studier som kan ge oss data rörande förekomst av och nyinsjuknande i psykisk ohälsa och relatera dessa förändringar till individuella förutsättningar och till samhällsutvecklingen 1947–1997. Den enda helt jämförbara studien är den internationellt välkända kanadensiska Stirling County-studien, som påbörjades 1952 och genomförde sin senaste uppföljning 1992 [18–20].

Mycket av vår kunskap om psykiska störningar är grundad på patienter som har sökt eller varit inlagda på en psykiatrisk klinik. Lindriga störningar är sannolikt underrepresenterade i vården, varför studier på »sjukhusmaterial« inte kan förväntas ge en rättvisande bild av psykisk störning i sin helhet. Lundbypopulationen är också väl lämpad för att ur ett individperspektiv studera riskfaktorer, incidens och förlopp av vanliga psykiska störningar som depression, psykos och demens samt psykiska störningar med lång latens (t ex psykos). Däremot kan studiepopulationen vara för liten för att studera ovanliga störningar med mycket låg incidens, trots att observationstiden är så lång som 50 år.

Det är vår förhoppning att den unika databasen kommer att utnyttjas av många forskare och därigenom bidra till att våra kunskaper om de psykiska folkhälsoproblemen ökar. Om ytterligare en uppföljning görs, skulle databasen lämpa sig väl för att belysa äldre personers psykiska störningar.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

■ *Arbetet har stötts av Forskningsrådsnämnden, Socialvetenskapliga forskningsrådet, Vetenskapsrådet, Medicinska fakulteten vid Lunds universitet, Region Skåne, Stiftelsen Söderström–Königska Sjukhemmet, Stiftelsen Professor Bror Gadelius' Minnesfond, Stig och Ragna Gorthons Stiftelse, Stiftelsen Ellen och Henrik Sjöbrings Minnesfond, OM Perssons Donationsfond, Psykiatrifonden samt Kerstin och Bo Pfannenstills stiftelse för bekämpande av själsliga och nervösa sjukdomar.*

**Kommentera** denna artikel på [www.lakartidningen.se](http://www.lakartidningen.se)

## REFERENSER

- Essen-Möller E. Några synpunkter på medicinska befolkningsundersökningar. *Socialmedicinsk tidskrift*. 1968;22:1–5.
- Essen-Möller E, Larsson H, Uddenberg CE, White G. Individual traits and morbidity in a Swedish rural population. Köpenhamn: Ejnar Munksgaard; 1956.
- Sjöbring H. Struktur och utveckling. Lund: Gleerups; 1958.
- Sjöbring H. Personality structure and development. A model and its application. Köpenhamn: Munksgaard; 1973.
- Hagnell O. A prospective study of the incidence of mental disorder. Lund: Svenska Bokförlaget; 1966.
- Hagnell O, Essen-Möller E, Lanke

- J, Öjesjö L, Rorsman B. The incidence of mental illness over a quarter of a century. Stockholm: Almqvist & Wiksell; 1990.
7. Kringlen E. Outlines of international psychiatric epidemiology. *Norwegian Journal of Epidemiology*. 2002;3:173-9.
  8. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
  9. Nettelblatt P, Bogren M, Mattisson C, Öjesjö L, Hagnell O, Hofvendahl E, et al. Does it make sense to do repeated surveys? - the Lundby Study, 1947-1997. *Acta Psychiatr Scand*. 2005; 111:444-52.
  10. Nilsson E, Bogren M, Mattisson C, Nettelblatt P. Point prevalence of neurosis in the Lundby Study 1947-1997. *Nord J Psychiatry*. 2007;61: 33-9.
  11. Kreuger RF. The structure of common mental disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56:921-6.
  12. Angst J, Preisig M. Course of a clinical cohort of unipolar, bipolar and schizoaffective patient. Result of a prospective study from 1959 to 1985. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*. 1995;146:5-16.
  13. Brådvik L, Berglund M. Late mortality in severe depression. *Acta Psychiatr Scand*. 2001;103:111-6.
  14. Mattisson C, Bogren M, Horstmann V, Munk-Jørgensen P, Nettelblatt P. The long-term course of depressive disorders in the Lundby Study. *Psychol Med*. 2007;37(6):883-91.
  15. Bogren M, Mattisson C, Horstmann V, Bhugra D, Munk-Jørgensen P, Nettelblatt P. Lundby revisited: First incidence of mental disorders 1947-1997. *Aust N Z J Psychiatry*. 2007;41:178-86.
  16. Mattisson C, Bogren M, Nettelblatt P, Munk-Jørgensen P, Bhugra D. First incidence depression in the Lundby Study: A comparison of the two time periods 1947-1972 and 1972-1997. *J Affect Disord*. 2005; 87:151-160.
  17. Nettelblatt P, Mattisson C, Bogren M, Holmqvist M. Suicide rates in the Lundby cohort before and after the introduction of tricyclic antidepressant drugs. *Arch Suicide Res*. 2007;11(1):57-67.
  18. Leighton DC, Harding JS, Macklin DB, Mac Millan AM, Leighton AH. The character of danger. The Stirling County Study. New York: Basic Books; 1963.
  19. Murphy JM, Olivier DC, Monson RR, Leighton AA. Incidence of depression and anxiety: The Stirling County Study. *Am J Public Health*. 1988;78:534-40.
  20. Murphy JM, Laird NM, Monson RR, Sobol AM, Leighton AH. A 40-year perspective on the prevalence of depression. The Stirling County Study. *Arch Gen Psychiatry*. 2000; 57:209-15.

# ANNONS