

## **Epidemiologia zaburzeń psychicznych – dotychczasowe doświadczenia**

### **Psychiatric epidemiology – recent advances**

Monika Kantorska-Janiec, Andrzej Kiejna, Grażyna Świątkiewicz,  
Marta Zagdańska

Katedra i Klinika Psychiatrii AM we Wrocławiu  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Kiejna

#### **Summary**

The aim of this article is to review recent advances and the latest research trends in psychiatric epidemiology. Examination of mental disorders prevalence delivers important information about the mental state of society and need for professional psychiatric care. The 12 months prevalence estimates are 30% for any mental disorders. Knowledge about historical methods of data collecting helps to understand psychiatric epidemiology better. We overview few generations of research that differ in methodology. The most common difficulties observed during that kind of research will be described. Available methods of examination of mental disorders prevalence will be presented in this article. The most significant results of international WHO epidemiologic project will be discussed. We also point out future challenges for psychiatric epidemiology and predict the systemic solutions that make intercultural comparisons possible.

*Słowa kluczowe:* epidemiologia psychiatryczna, metodyka badań, rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych

*Key words:* psychiatric epidemiology, researching methods, prevalence of psychiatric disorders

#### **Wprowadzenie**

Celem tego przeglądu dotychczasowych doświadczeń w dziedzinie epidemiologii zaburzeń psychicznych jest zaprezentowanie dostępnych metod prowadzenia badań, a także trudności i ograniczeń, które warto uwzględnić przy ich planowaniu. Badania nad rozpowszechnieniem chorób psychicznych są skomplikowane, czasochłonne i drogie. Przeprowadza się je dość rzadko. Wyróżniamy kilka generacji badań epidemiologicznych różniących się pod względem stosowanych metod [1].

Tradycję badań epidemiologicznych w psychiatrii zapoczątkował dr Edward Jarvis, który w 1885 roku zebrał dane z rejestrów i informacje przekazane przez pra-

cowników instytucji opiekujących się osobami zaburzonymi psychicznie w Wooster (Massachusetts). Na tej podstawie, stosując ówczesną terminologię, określił, jakie problemy psychiczne dotyczą badaną grupę. Do 1939 roku przeprowadzono 16 badań dotyczących rozpowszechnienia chorób psychicznych. Bazowały one na dokumentacji dostępnej w instytucjach i informacjach pochodzących od pracowników medycznych. W 6 przypadkach wykorzystano bezpośredni wywiad z badanymi. Uzyskane wyniki charakteryzowały się zaniżoną częstością występowania zaburzeń związanych z subiektywnym dyskomfortem psychicznym u osób nie wymagających bezwzględnie leczenia zinstytucjonalizowanego. Jedno z ważniejszych badań tego okresu przeprowadzili Fairis i Dunham w 1930 roku w Chicago. Autorzy analizowali zależność pomiędzy pierwszorazowymi hospitalizacjami a miejscem zamieszkania chorych psychicznie. Wykazali związek zapadalności na choroby psychiczne z życiem w rejonach miasta najbardziej zaburzonych społecznie.

Badania przedwojenne zaliczamy do I generacji badań epidemiologicznych. Są one niekompletne, a stawiane w nich diagnozy charakteryzuje niewielka trafność i rzetelność.

### Lata powojenne – II generacja badań

W latach powojennych nastąpił dynamiczny rozwój badań epidemiologicznych skoncentrowanych na całej populacji. Bazując na doświadczeniach naukowców prowadzących badania w okresie wojny, analizowano związki łączące występowanie zaburzeń psychicznych z zamieszkiwaniem w obszarze wielkomiejskim. Ciekawym przykładem badań epidemiologicznych II generacji jest opis wpływu zmian społecznych i ekonomicznych na względnie stabilną populację mieszkańców Nowej Szkocji. Projekt ten został zainicjowany przez Leightona i wsp. [2] ponad 40 lat temu i jest kontynuowany do dziś. Warto podkreślić, że wskaźniki rozpowszechnienia chorób psychicznych uzyskiwane w latach powojennych były wysokie.

Amerykańskie badania II generacji były starannie dopracowane pod względem doboru badanej populacji. Charakteryzowały się dbałością o reprezentatywność i trafność doboru grupy, zastosowanie podobnych metod wyboru próby, a także uzyskanie zbliżonej liczby odpowiedzi. Tradycyjne psychiatryczne pojęcia nozologiczne zastąpiono w nich opisem zaburzeń funkcjonowania, a także starano się unikać jasnych rozpoznań. Koncentrowano się na ocenie objawów psychopatologicznych i powiązaniu ich z czynnikami społecznymi uznawanymi za źródło zaburzeń. Reasumując, analizowano informacje dotyczące doświadczenia życiowego danego człowieka i ich związek z występującymi u niego zaburzeniami psychicznymi.

W Europie, która wyrosła z tradycji Kraepelinowskiej, przyjęto inną strategię badawczą. Używano kategorii diagnostycznych opierających się na założeniu, że każda jednostka ma określoną etiologię, przebieg i sposób leczenia oraz biologiczne – prawdopodobnie genetyczne – przyczyny. Mniej uwagi poświęcano analizie wpływu warunków społecznych i środowiskowych na stan psychiczny. Wspomniane różnice w podejściu amerykańskim i europejskim znalazły odbicie w sposobie konstruowania narzędzi badawczych.

Badania amerykańskie z lat 50. i 60. umożliwiły poszerzenie grupy niezależnych zmiennych epidemiologicznych o czynniki psychospołeczne, role społeczne i zachowania związane z poszukiwaniem pomocy. Dzięki nim udoskonalono sposób badania historii wydarzeń życiowych i osobowości. Zwrócono uwagę na wpływ czynników psychospołecznych na powstawanie i przebieg szeregu schorzeń. Rezultaty badań z tego okresu stanowią podstawę wiedzy dotyczącej stanu zdrowia psychicznego społeczeństw. Nie zawierają one jednak informacji dotyczących poszczególnych zaburzeń w sensie klinicznym. W badaniach II generacji koncentrowano się raczej na określeniu rodzaju objawów psychopatologicznych i nie podejmowano prób przełożenia ich na kategorie diagnostyczne. Innym ich ograniczeniem jest brak możliwości porównania wyników. W poszczególnych krajach wykorzystywano odmienne metody badawcze, a zebrane dane pochodziły z niewielkich lub specyficznych populacji [3, 4, 5].

### Europejskie badania II generacji

Europejskie badania epidemiologiczne w psychiatrii zapoczątkowano w Skandynawii. Posługiwano się w nich powszechnie akceptowanymi kryteriami opisowymi. Z tego względu istnieje duża zgodność pomiędzy kwestionariuszami używanymi przez różnych autorów. Materiał do badań był gromadzony przez lekarzy, którzy zbierali swobodny wywiad dotyczący historii choroby i uzupełniali go krótkim wywiadem strukturalizowanym. Wykorzystywano również informacje pochodzące ze szpitali, z rejestrów kościelnych i gminnych, a także z historii chorób prowadzonych przez lekarzy domowych oraz rozmów z krewnymi i sąsiadami.

Epidemiolodzy skandynawscy zastosowali ciekawy sposób doboru badanej grupy. Często korzystali z tzw. metody Klemperera, która polega na włączeniu do badań wszystkich osób żyjących na danym obszarze geograficznym, urodzonych w określonym przedziale czasowym. Taka strategia postępowania była możliwa dzięki sprawnie prowadzonym rejestrom ludności i niskiej śmiertelności. Badanie Fremminga z 1951 roku objęło mieszkańców wyizolowanego obszaru geograficznego (wyspa Bornholm), którzy urodzili się w latach 1883–1887 [za: 6, 7]. W tym samym roku Bremer zbierał dane w populacji żyjącej w niezwykle trudnych warunkach klimatyczno-geograficznych, np. w wysuniętych daleko na północ osadach rybackich [8]. Z czasem wprowadzano bardziej precyzyjne techniki wyznaczania prób. W roku 1975 Vaisanen prowadził badania na północy i południu Finlandii (w obu regionach uwzględniono podział na obszary miejskie i wiejskie), w których wziął pod uwagę próbę stratyfikowaną liczącą 1000 osób. Badanie z użyciem testów projekcyjnych i częściowo strukturalizowanego wywiadu przeprowadzało każdorazowo dwóch psychiatrów. Podobny schemat przyjęto w badaniu Halladina, prowadzonym w latach 1984–1985 w grupie 1183 osób w wieku 18–65 lat [9].

Polskim akcentem w literaturze światowej z dziedziny epidemiologii psychiatrycznej jest badanie Piotrowskiego, Hennisza i Gnata z 1966 roku. Zastosowano w nim procedurę składającą się z trzech etapów. Pierwszy z nich miał formę strukturalizowanego wywiadu zbieranego przez ankieterów nieklinicyistów. Następnie każdy kwestionariusz

był analizowany przez czterech psychiatrów. Diagnozy budzące największe wątpliwości (około 10%) były weryfikowane w badaniu klinicznym [10].

Reasumując, badania europejskie II generacji bazowały na danych pozyskanych z dokładnie zdefiniowanych i wyselekcjonowanych prób. Posługiwano się w nich niejednoznacznymi kryteriami diagnostycznymi i częściowo strukturalizowanymi narzędziami.

### **Nowe metody badań nad epidemiologią zaburzeń psychicznych – III generacja badań**

W połowie lat 70. opracowano standaryzowane wywiady służące do badania objawów zaburzeń psychicznych. Pozwalały one na postawienie diagnozy i były przydatne w badaniach epidemiologicznych. Nowe narzędzia umożliwiły ocenę objawów psychopatologicznych, łączenie ich w zespoły na podstawie ujednoczonych kryteriów, a także ustalenie zakresu występowania określonych jednostek nozologicznych. Tym samym luka pomiędzy psychiatrią kliniczną a epidemiologią psychiatryczną przestała istnieć.

Pod koniec lat 70. powstał Diagnostic Interview Schedule (DIS), opracowany z myślą o badaniach epidemiologicznych prowadzonych w dużych grupach populacji ogólnej [11]. Uwzględnił on kryteria diagnostyczne DSM-III (tzw. kryteria Feighnera) [12] i system diagnostyczny Research Diagnostic Criteria (RDC). DIS wykorzystano w 1980 roku w badaniu Epidemiologic Catchment Area (ECA). Objęło ono 18 000 losowo wybranych dorosłych mieszkańców 5 okręgów Stanów Zjednoczonych (New Haven, Baltimore, St. Louis, Durnham i Los Angeles) [13]. Próbę poszerzono o losowo wybranych rezydentów instytucji medycznych, opiekuńczych i penitencjarnych. W ECA położono nacisk na poprawność metodyczną: użyto nowoczesnych, standardowych metod doboru próby i zastosowano jednolitą procedurę przeprowadzania wywiadu. Umożliwiło to porównywanie różnych społeczności, z których rekrutowano badanych. Zaobserwowano, że częstość występowania poszczególnych zaburzeń psychicznych jest zbliżona w różnych populacjach.

Schemat badawczy ECA był w latach 80. XX wieku kilkakrotnie wykorzystywany w różnych krajach (m.in. Edmonton, Kanada, 1980; Christchurch, Nowa Zelandia, 1989; Monachium, Niemcy, 1992). Niezależnie od warunków kulturowych, w badaniach tych uzyskiwano powtarzalne rezultaty. Wyjątek stanowiły dane zgromadzone na Tajwanie, gdzie stwierdzono ogólnie niższą liczbę większości zaburzeń. Badania epidemiologiczne III generacji charakteryzują się precyzyjnym wyborem grupy badanej oraz zastosowaniem trafnego i rzetelnego kwestionariusza uwzględniającego kryteria coraz doskonalszych systemów diagnostycznych. Dane uzyskane w tych badaniach są powtarzalne, niezależnie od warunków kulturowych, i stanowią podstawę wiedzy na temat rozpowszechnienia poszczególnych jednostek chorobowych. Wynika z nich, że w różnych obszarach geograficznych rośnie liczba zachorowań na depresję. Zaobserwowano również, że osoby chorujące po raz pierwszy są coraz młodsze. Od początku lat 90. XX wieku systematycznie zwiększa się liczba artykułów prezentujących międzykulturowe porównania epidemiologii zaburzeń psychicznych. Liczne publikacje

uzmysłowiły badaczom i politykom zdrowotnym, że zaburzenia psychiczne, nawet w bogatych krajach, są bardziej powszechne niż jakiegokolwiek inne chroniczne schorzenia (np. cukrzyca). Ponadto upośledzają one pełnienie ról społecznych znacznie bardziej niż wiele dolegliwości fizycznych [14, 15, 16, 17, 18].

### **Zdrowie psychiczne wśród priorytetów WHO – IV generacja badań**

Argumenty w postaci wyników badań naukowych pomogły ulokować kwestię zdrowia psychicznego wśród priorytetów Światowej Organizacji Zdrowia. Pod auspicjami WHO powstał Composite International Diagnostic Interview (CIDI), który jest przeznaczony do badań populacji ogólnej [11]. Kwestionariusz CIDI wywodzi się z DIS i jest oparty na kryteriach DSM-III-R i ICD-10. Może być stosowany przez osoby bez wykształcenia medycznego, odpowiednio przeszkolone. Wprowadzenie tego narzędzia wyznaczyło nowy kierunek współczesnych badań epidemiologicznych.

CIDI zastosowano w amerykańskim badaniu The National Comorbidity Study przeprowadzonym w latach 1990–1992 [19, 20, 21]. W trakcie jego realizacji dobrano próbę reprezentatywną dla całego kraju, tj. 8098 osób w wieku od 15 do 54 lat, pochodzących z 48 amerykańskich stanów. Wykazano, że aż 48% populacji USA doświadcza w ciągu całego życia przynajmniej jednego zaburzenia psychicznego. Warto podkreślić, że 29% osób, z którymi przeprowadzono wywiady, borykało się z objawami psychicznymi w ciągu roku poprzedzającego rozmowę. Dane uzyskane w The National Comorbidity Study potwierdziły znaczne rozpowszechnienie zjawiska współwystępowania zaburzeń psychicznych. Szacuje się, że blisko jedna trzecia osób, u których kiedykolwiek zdiagnozowano problemy psychiczne, cierpiała z powodu kilku jednostek chorobowych. Omawiany projekt badawczy ujawnił, że dostępność specjalistycznej opieki psychiatrycznej jest dość ograniczona: jedynie 40% ankietowanych, którzy przynajmniej raz w życiu chorowali psychicznie, otrzymało właściwą pomoc medyczną [22]. Wykazano, że około 80% pacjentów decyduje się w jakimś momencie swojej choroby na regularny kontakt z psychiatrą. Jednak okres pomiędzy postawieniem diagnozy a rozpoczęciem regularnego leczenia jest zwykle bardzo długi – wynosi średnio ponad 10 lat [23]. Lżejszy przebieg choroby (brak myśli samobójczych i symptomów psychotycznych) i wczesne zachorowanie warunkują późne podjęcie leczenia.

W latach 2001–2003, w ramach międzynarodowego projektu badawczego koordynowanego przez WHO, przeprowadzono replikację The National Comorbidity Survey, która objęła łącznie 9282 respondentów. Zastosowano niewielkie modyfikacje procedur zbierania i analizowania danych. Ankieterzy, którzy spotykali się z badanymi, byli wyposażeni w laptopy, a uzyskane przez nich informacje przesyłano bezpośrednio do Centrum Badawczego. Uzyskano wysokie wskaźniki częstości problemów psychicznych. Stwierdzono, że 57,4% ankietowanych doświadczyło kiedyś zaburzeń tego rodzaju, aż 32,4% cierpiało z ich powodu w ciągu roku poprzedzającego badanie. Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych w ciągu całego życia u kobiet (56,5%) jest nieco niższe niż u mężczyzn (58,4%). Kobiety częściej skarżą się na objawy choroby występujące w minionych 12 miesiącach.

Tabela 1. Wybrane wyniki badań amerykańskich z wykorzystaniem CIDI z lat 2001–2003

Zaburzenie	Całe życie	12 ostatnich miesięcy
Wielka depresja	16,9%	6,8%
Uzależnienie od alkoholu	13,2%	3,1%
Uzależnienie od narkotyków	8,0%	1,4%
Zaburzenia afektywne dwubiegunowe	4,4%	2,8%
Fobia społeczna	12,1%	7,1%
Co najmniej jedno zaburzenie	57,4%	32,4%

(Źródło: strona internetowa [WWW.hcp.med.harvard.edu/ncs/](http://WWW.hcp.med.harvard.edu/ncs/))

W omawianym badaniu zwrócono szczególną uwagę na rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych w populacjach mniejszości narodowych, które mieszkają w USA. Dowiedziono, że częstość poszczególnych jednostek chorobowych w grupie imigrantów latynoskich jest niższa niż w populacji białych Amerykanów. Jednak populacja Latynosów urodzonych na terenie USA jest bardziej narażona na wystąpienie zaburzeń psychicznych niż osoby nie wywodzące się z tej mniejszości [24]. Innym ważnym obszarem zainteresowań badaczy były myśli, plany i próby samobójcze. Zauważono, że 6,2% ankietowanych doświadcza myśli samobójczych, 2,4% ma konkretne plany odebrania sobie życia, 0,9% zaś podejmuje wysiłki zmierzające do ich urzeczywistnienia [25].

Pod auspicjami WHO realizowany jest ogromny, międzynarodowy projekt badawczy, którego celem jest zidentyfikowanie rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych, ocena ich głębokości oraz oszacowanie, jaki odsetek osób, szczególnie tych z głębokimi zaburzeniami, nie otrzymuje opieki psychiatrycznej. W przedsięwzięciu, które obejmuje 28 krajów, wykorzystano kwestionariusz CIDI [26]. Do tej pory badanie zostało przeprowadzone w 14 krajach: Kolumbia, Meksyk, USA, Belgia, Francja, Hiszpania, Niemcy, Holandia, Ukraina, Włochy, Nigeria, Chiny, Liban i Japonia.

W latach 2003–2007 ukazało się ponad 140 publikacji opisujących rezultaty i ograniczenia prezentowanych badań. Znaczne zróżnicowanie kulturowe państw uczestniczących w projekcie stawia pod znakiem zapytania poziom porównywalności uzyskiwanych danych. W krajach uczestniczących w projekcie wyniki badania były rozpowszechnione za pośrednictwem mediów. Uruchomiły one lub wzmocniły debatę na temat zdrowia publicznego. Analizy zebranego materiału nadal trwają. Ustala się między innymi równoległe występowanie jednostek klinicznych u danego badanego (tzw. współzależność – comorbidity). Wstępne wnioski dotyczą częstego występowania szeregu zaburzeń (dwóch lub więcej) u jednej osoby. Stwierdzono, że odsetek osób, które w ciągu roku poprzedzającego wywiad doświadczały zaburzeń psychicznych, waha się od 4,3% w Szanghaju do 26,4% w USA. W wielu przypadkach objawy mają umiarkowane nasilenie (wskaźniki mają rozpiętość od 33,1% badanych w Kolumbii do 80,9% w Nigerii) [27]. Podkreśla się również fakt, iż większość osób, które spełniają kryteria rozpoznania zaburzeń psychicznych, nie korzysta z profesjonalnej pomocy medycznej. Zgromadzone dane potwierdzają, że w wielu państwach konieczne jest

wprowadzenie zmian mających na celu poprawę dostępności do specjalistycznych usług psychiatrycznych. Szacuje się, że w krajach rozwiniętych odsetek chorych nie objętych opieką, u których zidentyfikowano głębokie zaburzenia psychiczne, waha się od 35 do 52%. W pozostałych państwach wskaźnik ten ma rozpiętość od 65 do 88% [27].

### CIDI – Unia Europejska 2001–2003

Badania IV generacji przeprowadzone zostały równoległe w sześciu krajach UE w ramach opisanego wyżej międzynarodowego projektu WHO. Analizowano dane pochodzące z wywiadów za pomocą CIDI przeprowadzanych w reprezentatywnych grupach losowych wytypowanych z rejestru gospodarstw domowych (jedynie we Francji badanych losowano z listy abonentów telefonicznych). Szacowano rozpowszechnienie zaburzeń nastroju, zaburzeń lękowych i zaburzeń związanych z alkoholem w ciągu całego życia i ostatnich 12 miesięcy. Określano częstość współwystępowania zaburzeń, a także poszukiwano społeczno-demograficznych czynników ryzyka. Populację docelową stanowiła grupa 21 425 dorosłych w wieku 18–65 lat [28, 29]. W wielu państwach pojawił się problem małej liczby przeprowadzonych wywiadów w stosunku do zakładanej wielkości prób. Tendencji tej nie obserwowano jedynie we Włoszech i Hiszpanii, gdzie ponad 70% wylosowanych respondentów zdecydowało się na udział w badaniu. Średni poziom realizacji projektu wyniósł 60%. Czynniki, które spowodowały wspomniane dysproporcje, nie są znane.

Tabela 2. Poziom realizacji projektu epidemiologicznego WHO

Nazwa kraju	Reprezentatywne grupy	Poziom realizacji projektu
Belgia	4761	50,8%
Francja	6305	45,9%
Hiszpania	6963	78,6%
Holandia	4025	56,4%
Niemcy	6150	57,8%
Włochy	6608	71,3%

### CIDI – badania norweskie

W badaniu przeprowadzonym w drugiej połowie lat dziewięćdziesiątych w Oslo posłużono się próbą losową (3590 dorosłych w wieku 18–65 lat). Stanowiła ona ponad 1% całej populacji mieszkańców miasta. W badaniach epidemiologicznych rzadko udaje się uzyskać tak korzystną proporcję. Warto jednak pamiętać, że bezwzględna liczba badanych była relatywnie niewielka (np. w porównaniu z badaniami prezentowanymi powyżej). Skompletowano łącznie 2066 wywiadów przeprowadzonych za pomocą CIDI. Przyczyną niepełnej realizacji projektu (57,3%) były głównie problemy z dotarciem do respondentów związane z błędnymi adresami w rejestrze ludności. Stanowiły one 25% przypadków, w których nie udało się uzyskać wypełnionego kwestionariusza. Jedynie 13% wylosowanych Norwegów odmówiło udziału w badaniu.

Dane zostały zebrane w ciągu 6 miesięcy przez 12 starannie wyszkolonych ankieterów (każdy z nich przeprowadził 172 wywiady, co daje średnią 30 wywiadów miesięcznie). Wysoka sprawność osób realizujących projekt była prawdopodobnie efektem zastosowania odpowiednich procedur szkoleniowych. Do treningu poprzedzającego badanie przystąpiło 23 kandydatów (pielęgniarki, socjolodzy i studenci psychologii). Pierwszy etap nauki polegał na zapoznaniu się z budową CIDI i zasadami zbierania wywiadu. W trakcie zajęć praktycznych wykonywano badania wśród osób zdrowych. Następnie uczestnicy szkolenia przeprowadzali wywiady z pacjentami szpitala psychiatrycznego. Były one rejestrowane na kasetach wideo, co pozwalało dokładnie analizować przebieg spotkania. Obie fazy przygotowań ukończyła mniej niż połowa szkolonych [30, 31].

W badaniu norweskim wyłączono trzy sekcje kwestionariusza CIDI: otępienie, zespół stanu pourazowego i zaburzenia związane z używaniem tytoniu. Uzyskane rezultaty wskazują na znaczne rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych w badanej populacji. Ponad połowa badanych doświadczała w ciągu całego życia przynajmniej jednego zaburzenia psychicznego. Jedna trzecia osób borykała się z takim problemem w ciągu roku poprzedzającego wywiad.

Tabela 3. Wybrane wyniki badania za pomocą CIDI mieszkańców Oslo

Zaburzenie	Całe życie	12 miesięcy
Wielka depresja	17,8%	7,3%
Uzależnienie od alkoholu	8,8%	6,6%
Uzależnienie od narkotyków	1,9%	0,2%
Zaburzenia afektywne dwubiegunowe	1,6%	0,9%
Schizofrenia i inne zaburzenia psychotyczne	0,4%	0,2%
Co najmniej jedno zaburzenie	52,4%	32,8%

(Źródło: Kringlen E i wsp. [30, str. 1094])

### Dotychczasowe doświadczenia – wnioski

Aktualnie prowadzi się liczne badania, które obok zagadnień wyłącznie epidemiologicznych (takich jak rozpowszechnienie i współwystępowanie zaburzeń) podejmują również kwestie oceny systemu opieki zdrowotnej (w tym dostępności i jakości usług psychiatrycznych, a także zapotrzebowania na nie). Uzyskiwane rezultaty ułatwiają efektywne zarządzanie leczeniem psychiatrycznym. Możliwość praktycznego wykorzystania danych epidemiologicznych stanowi impuls do dalszego rozwoju dziedziny epidemiologii psychiatrycznej. Liczne doniesienia dotyczące wykorzystania CIDI wskazują, że jest to nowoczesne narzędzie pomiarowe, które świetnie sprawdza się w badaniu rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych. Należy podkreślić, że biegłe posługiwanie się tą metodą wymaga odpowiedniego treningu. Doświadczenie norweskie pokazuje, że nauka zbierania wywiadu za pomocą CIDI wykracza poza



standardy szkolenia ankietatorów (jest czasochłonna i stawia osobom szkolącym się wysokie wymagania, którym nie wszyscy są w stanie sprostać).

Istotnym problemem, szczególnie w krajach europejskich, jest niski poziom realizacji projektu. Zjawisko to nasila się w próbach liczebnie małych. Przeszkodą jest niedostateczna jakość potencjalnych baz danych. Z tego względu przed przystąpieniem do losowania warto uzyskać jak najwięcej informacji o dostępnych rejestrach.

### **Эпидемиология психических болезней – современные данные**

#### **Содержание**

Заданием настоящего литературного обзора было представление современных данных по вопросам психиатрической эпидемиологии. Особенное внимание обращено на новые исследовательские направления. Исследования над распространением психических болезней указывают на необыкновенно важные информации о кондиции общества, а также на специалистическую медицинскую опеку над больными. Из этих данных истекает факт, что почти 30% популяции не может сладить со своими эмоциональными проблемами в течение года, предшествующего исследованию. Знание исторических методов собирания эпидемиологических данных в психиатрии углубляет понимание этой пролемы. В статье описаны поочередные генерации исследований, которые существенным образом отличаются с методологической точки зрения. Представлены доступные методы собирания эпидемиологических данных, а также трудности, которые необходимо учесть в фазе планирования исследования. Авторы представляют наиболее важные результаты, полученные в последних годах в рамках международных эпидемиологических проектов, проводимых под надзором ВОЗ. Приведены направления развития психиатрической эпидемиологии, а также предложения системных решений, обуславливающих межкультурных сравнений.

### **Psychiatrische Epidemiologie – bisherige Erfahrungen**

#### **Zusammenfassung**

Das Ziel des vorliegenden Artikels ist die Übersicht der bisherigen Erfahrungen aus dem Bereich der psychiatrischen Epidemiologie mit besonderer Berücksichtigung der neuesten Forschungsrichtungen. Die Studien an der Verbreitung der psychischen Krankheiten bringen sehr wichtige Angaben über den Stand der Gesellschaft und den Bedarf an psychiatrischer Betreuung. Sie zeigen, dass ca. 30% der Population bewältigten emotionelle Probleme während des Jahres vor der Studie. Die Kenntnis der historischen Methoden beim Sammeln der epidemiologischen Angaben in der Psychiatrie vertieft das Verstehen dieser Frage. Im Artikel werden die folgenden Generationen der Studien beschrieben, die sich wesentlich im Hinblick auf die Methodologie unterscheiden. Es werden die zugänglichen Methoden beim Sammeln der epidemiologischen Angaben und Probleme vorgestellt, die man in der Planungsphase berücksichtigen soll. Die Autoren beschreiben die wichtigsten Resultate, die in den letzten Jahren bei internationalen epidemiologischen Projekten der WHO erzielt wurden. Es wurden die Richtungen der Entwicklung der psychiatrischen Epidemiologie und auch die Vorschläge der Systemlösungen gezeichnet, die interkulturelle Vergleiche ermöglichen.

### **L'épidémiologie des troubles mentaux – récentes données**

#### **Résumé**

Ce travail vise à donner une revue des données de l'épidémiologie des troubles mentaux y compris les plus récentes. Les recherches concernant la prévalence des maladies mentales sont la source importante des informations concernant la condition de la société et la nécessité des soins médicaux spécialisés. Elles démontrent par ex. que presque 30% de population souffre des problèmes

émotionnels durant l'année précédente de ces recherches. La connaissance des méthodes historiques de recueillir les données épidémiologiques approfondit la compréhension de ce problème. L'article décrit les générations des recherches successives en question qui diffèrent de leur méthodologie. On présente encore les méthodes de recueillir les données épidémiologiques et les difficultés qui les accompagnent. Les auteurs parlent aussi des résultats des dernières recherches de WHO ainsi que des projets des recherches futures de l'épidémiologie psychiatrique tenant compte des propositions systémiques permettant les comparaisons interculturelles.

### Piśmiennictwo

1. Babigian HM, Reed SK. *Epidemiology of psychiatric disorders*. Curr. Opinion Psychiatr. 1989; 2: 261–266.
2. Leighton AH, Harding JS, Macklin DB. *Psychiatric findings of the Stirling County Study*. Am. J. Psychiatr. 1963; 119: 1021–1026.
3. Leighton AH. *My name is Legion*. New York, NY: Basic Books; 1959.
4. Langner TS, Michael ST. *Life stress and mental health: The Midtown Manhattan Study*. Vol 2. London, England. Collier-MacMillan; 1963.
5. Hagnell O. *A prospective study of the incidence of mental disorder: A study based on 24000 person years of the incidence of mental disorders in a Swedish population together with an evaluation of the aetiological significance of medical, social and personality factors*. Lund, Sweden: Svenska Bokforlaget; 1966.
6. Bland RC. *Investigations of the prevalence of psychiatric disorders*. Acta Psychiatr. Scand. 1988; 77 (supl. 338): 7–16.
7. Bland RC, Orn H, Newman SC. *Lifetime prevalence of psychiatric disorders in Edmonton*. Acta Psychiatr. Scand. 1998; (supl. 338): 24–32.
8. Bremer J. *A social psychiatric investigation of a small community in Northern Norway*. Acta Psychiatr. Neurol. Scand. 1951; supl. 62.
9. Halladin J. *Prevalence of mental disorders in an urban population in Central Sweden*. Acta Psychiatr. Scand. 1985; 71: 117–127.
10. Piotrowski A, Henisz J, Gnat T. *Individual interview and clinical examination to determinate prevalence of mental disorders*, Madrid: Proceedings of the 4-th World Congress of Psychiatry, 1967. Abstrakt nr 827.
11. Robins LN, Helzer JE, Croughan JL, Ratcliff KS. *National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: its history, characteristics and validity*. Arch. Gen. Psychiatry 1981; 38: 381–389.
12. Feighner JF, Robins E, Guze SB, Woodruff RA, Winkour G, Munoz R. *Diagnostic criteria for use in psychiatric research*. Arch. Gen. Psychiatry 1972; 26: 57–63.
13. Eaton WW, Kessler LG. *Epidemiological field methods in psychiatry: The NIMH Epidemiological Catchment Area Program*. Orlando, FLA: Academic Press Inc; 1985.
14. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ i in. *The national epidemiology of obsessive compulsive disorder*. J. Clin. Psychiatry 1994; 55 (supl.): 5–10.
15. Weissman MM. *The epidemiology of psychiatric disorders: past, present and future generations*. Int. J. Meth. Psychiatr. Res. 1995; 5: 69–78.
16. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ i in. *The Cross-national epidemiology of social phobia: a preliminary report*. Int. Clin. Psychopharmacol. 1996; 11 (supl. 3): 9–14.
17. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ i in. *Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder*. JAMA 1996; 276: 293–299.
18. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ i in. *The cross-national epidemiology of panic disorder*. Arch. Gen. Psychiatry 1997; 54: 305–309.

19. Kessler RC. *The National Comorbidity Survey: preliminary results and future directions*. Int. J. Meth. Psychiatr. Res. 1994; 4: 114.1–114.13.
20. Kessler RC, Wittchen H-U, Abelson JM i in. *Methodological studies of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) in the US National Comorbidity Survey*. Int. J. Meth. Psychiatr. Res. 1998; 7: 33–55.
21. Kessler RC. *Thw WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology: initial work and future directions*. Acta Psychiatr. Scand. 1999; 99: 2–9.
22. Kessler RC, Berglund PA, Bruce ML, Koch JR, Laska EM, Leaf PJ, Manderscheid RW, Rosenheck RA, Walters EE, Wang PS. *The prevalence and correlates of untreated serious mental illness*. Health Serv. Res. 2001; 36, 6: 987–1007.
23. Wang PS, Berglund PA, Olfson M, Kessler RC. *Delays in initial treatment contact after first onset of mental disorder*. Health Serv. Res. 2004; 39 (2): 393–416.
24. Alegria M, Canino G, Shrout PE, Woo M, Duan N, Vila D, Torres M, Chen Ch, Meng X. *Prevalence of mental illness in immigrant and non-immigrant U.S. Latino groups*. Am. J. Psychiatry 2008; 165, 3: 359–369.
25. Borges G, Angst J, Nock MK, Ruscio AM, Kessler RC. *Risk factors for the incidence and persistence of suicide-related outcomes: A 10-year follow-up study using the National Comorbidity Surveys*. J. Affect. Disord. 2007; XX: 1–9.
26. WHO. *International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders*. Bull. World Health Organ. 2000; 78: 413–426.
27. *The WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys*. JAMA 2004; 291: 2581–2590.
28. Lepine JP, Casquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Negre-Pages L, Nachbaur G, Gaudin AF. *Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders in the French general population*. Encephale 2005; 31 (2): 182–194.
29. Alonso J, Angermeyer MC, Bernet S, Bruffaerts R i in. *12-month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders Project*. Acta Psychiatr. Scand. 2004; (supl. 420): 28–37.
30. Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. *A Norwegian Psychiatric Epidemiological Study*. Am. J. Psychiatry 2001; 158: 1091–1098.
31. Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. *Mental illness in a rural area: a Norwegian psychiatric epidemiological study*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2006; 41 (9): 713–719.

Adres: Marta Zagdańska  
Katedra Psychiatrii Akademii Medycznej  
50-367 Wrocław, ul. Pasteura 10

Otrzymano: 25.02.2009  
Zrecenzowano: 20.03.2009  
Otrzymano po poprawie: 24.03.2009  
Przyjęto do druku: 24.03.2009

