

## Rozpowszechnienie wybranych zaburzeń psychicznych w populacji dorosłych Polaków z odniesieniem do płci i struktury wieku – badanie EZOP Polska

### The prevalence of common mental disorders in the population of adult Poles by sex and age structure – an EZOP Poland study

Andrzej Kiejna<sup>1</sup>, Patryk Piotrowski<sup>1</sup>, Tomasz Adamowski<sup>1</sup>,  
Jacek Moskalewicz<sup>2</sup>, Jacek Wciórka<sup>2</sup>, Jakub Stokwiszewski<sup>3</sup>,  
Daniel Rabczenko<sup>3</sup>, Ronald C. Kessler<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Katedra Psychiatrii UM we Wrocławiu  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Kiejna

<sup>2</sup> Zakład Badań Nad Alkoholizmem i Toksykomaniami IPiN  
Kierownik: dr n. hum. J. Moskalewicz

<sup>3</sup> Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny  
Dyrektor Instytutu: prof. dr. hab. n. med. M. J. Wysocki

<sup>4</sup> Department of Health Care Policy, Harvard Medical School, Boston, MA, USA

#### Summary

**Aim.** The article presents lifetime (LT) prevalence of common mental disorders (CMD) in accordance with the DSMIV classification, based on assessment of representative population sample of 10,081 Poles aged 18–64.

**Methods.** Computer based WHO CIDI3.0 was adapted for the Polish population according to WMH protocol. The survey was performed by certified and supervised interviewers.

**Results.** Out of the 18 CMDs analyzed the most common was alcohol abuse, significantly more often in males (18.6%) than in women (3.3%), ( $p < 0.01$ ). The second most common disorder was panic attacks, also more frequent in women (8.5%) than in men (3.9%), ( $p < 0.01$ ). Similarly, depression occurred in women (4.0%) two times more often than in males (1.9%),

---

Projekt EZOP (PL 0256) uzyskał wsparcie Islandii, Lichtensteinu i Norwegii przez dofinansowanie ze środków Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego oraz Norweskiego Mechanizmu Finansowego. Projekt EZOP był współfinansowany przez Ministerstwo Zdrowia. Autorzy nie byli poddawani żadnym wpływom ze strony sponsorów w toku badań i ich opracowywania.

( $p < 0.01$ ). GAD, agoraphobia, panic disorder, specific phobia ( $p < 0.01$ ), and dysthymia ( $p < 0.05$ ) were also more prevalent in women. On the other hand, alcohol abuse, alcohol and drug dependence ( $p < 0.01$ ), and hypomania ( $p < 0.05$ ) were more common in males. For most analyzed disorders significantly higher prevalence was found in the older age groups. Social phobia, specific phobias, and drug abuse occurred most often in men from the youngest group. No statistically significant differences related to age were found for the prevalence of hypomania both in men and women.

**Conclusions.** Indices of prevalence obtained in the EZOP Poland study differ from the indices of prevalence of mental disorders described earlier in other countries. Lower values were found in Poland for affective disorders and some anxiety disorders. Only alcohol abuse was diagnosed more often than in other studies using similar methods except Ukraine, where this disorder was diagnosed with similar frequency.

**Słowa klucze:** EZOP Polska, powszechne zaburzenia psychiczne, rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych

**Key words:** EZOP Poland, common mental disorders, prevalence of mental disorders

## Wstęp

Dostępne informacje dotyczące rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w instytucjach psychiatrycznych w Polsce oparte są na danych z raportów placówek lecznictwa i są publikowane przez Instytut Psychiatrii i Neurologii. Jednak oszacowanie rozpowszechnienia zaburzeń w ujęciu populacyjnym, zatem również wśród osób, które nie korzystały z psychiatrycznej opieki zdrowotnej, na podstawie tych danych nie jest możliwe. Rzetelna wiedza dotycząca wskaźników epidemiologicznych jest szczególnie ważna w okresie modernizacji i rozwoju opieki medycznej, tym bardziej, że procesy te trwają długo i powinny uwzględniać nie tylko obecną, lecz również oczekiwaną sytuację zdrowotną obywateli. W Polsce zmiany systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej zostały podjęte w myśl art. 2 Ustawy o Ochronie Zdrowia Psychicznego i są kontynuowane w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego [1].

Działania te są zbieżne z priorytetami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) [2], a ich celem jest poprawa zdrowia społeczeństw poprzez lepsze rozpoznawanie zagrożeń, promocję prozdrowotną, poprawę jakości świadczeń oraz większą do nich dostępność. Badanie „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej EZOP – Polska” jest jednym z takich działań. Jego realizacja umożliwiła ocenę rozpowszechnienia najczęściej występujących zaburzeń psychicznych określanych w literaturze jako „common mental disorders” (CMD) [3] w populacji dorosłych Polaków. Metodologia badania została szczegółowo przedstawiona w innej publikacji [4].

## Cel

W pracy autorzy przedstawiają wyniki dotyczące rozpowszechnienia wybranych najczęściej występujących zaburzeń psychicznych według klasyfikacji DSM-IV w okresie całego życia z odniesieniem do płci i struktury wieku. Projekt EZOP opie-

rał się na wykorzystaniu komputerowej wersji (CAPI) kwestionariusza Composite International Diagnostic Interview v. 3.0 [5, 6].

## Material i metoda

### Charakterystyka badanej próby

Analizę statystyczną przeprowadzono na podstawie dwuetapowego losowania ludności Polski w wieku 18–64 lat. Charakterystykę socjodemograficzną badanych przedstawia tabela 1.

W badanej próbie 49,6% (95% CI 48,9–50,3) uczestników stanowili mężczyźni, 50,4% (95% CI 49,7–51,1) kobiety. Wyróżniono cztery przedziały wiekowe: 18–29 lat, 30–39 lat, 40–49 lat i 50–64 lat. Odsetek badanych w poszczególnych grupach wiekowych wynosił odpowiednio 28,1% (95% CI 27,4–28,7), 22,2% (95% CI 21,5–22,9), 18,7% (95% CI 18,2–19,2) i 31% (95% CI 30,4–31,7) całej próby. Najmniej uczestników badania zdobyło wykształcenie gimnazjalne – 12,1% (95% CI 11,5–12,8), natomiast najczęściej ukończyło szkołę średnią – 38,3% (95% CI 37,5–39,2) i nieco mniej, 32,3% (95% CI 31,4–33,2), szkołę zawodową. Wykształcenie licencjackie i wyższe deklarowało 16,7% badanych (95% CI 16,0–17,4), odpowiednio 19,3% wśród kobiet (95% CI 18,3–20,3) i 14,1% wśród mężczyzn (95% CI 13,2–15,0). W odniesieniu do stanu cywilnego największa liczba badanych pozostawała w związku małżeńskim, tj. 56,1%, 23,4% było stanu wolnego, 9,6% pozostawało w stałym związku, 5,9% było po rozwodzie bądź w separacji, natomiast 4,8% to osoby owdowiałe. Obecnie pracowało 59,4% badanych.

Analizę przeprowadzono za pomocą programu SPSS 19, korzystając z procedury „próby złożone”. Do porównania różnic w rozkładzie częstości pomiędzy wybranymi kategoriami zastosowano test  $\chi^2$  dla tablic kontyngencji, uwzględniając złożony schemat losowania próby. Ustalono poziom istotności na 5%. Uzyskane wyniki poddano ważeniu poststratyfikacyjnemu, ponieważ struktura zrealizowanej próby różniła się od struktury populacji w rozkładzie cech takich jak płeć, wiek, miejsce zamieszkania oraz województwo. W celu redukcji obciążenia respondentów oraz skrócenia czasu poświęcanego na wywiad badanie podzielono na dwie części [5]. Wszyscy respondenci wzięli udział w części pierwszej zawierającej ocenę występowania głównych objawów psychopatologicznych większości jednostek diagnostycznych oraz objawów somatycznych – „Part 1” (N = 10081). Respondenci, u których potwierdzono występowanie kiedykolwiek w życiu objawów zaburzenia psychicznego, oraz odpowiedni odsetek pozostałych respondentów wzięli udział w części drugiej – „Part 2 Subsample” (N = 4000). W sytuacji niemożności spotkania z osobą wylosowaną ankieter ponawiał próbę kontaktu jeszcze czterokrotnie. Określenia „Part 1” i „Part 2 Subsample” odpowiadają terminologii przyjętej przez międzynarodową grupę badawczą World Mental Health Survey Initiative.

Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna badanych

	Populacja (liczba ważona)		Liczba nieważona	Mężczyźni (liczba ważona)		Liczba nieważona	Kobiety (liczba ważona)		Liczba nieważona		
	% (95% CI)	Liczba w tys.		% (95% CI)	Liczba w tys.		% (95% CI)	Liczba w tys.		Srednia wieku	
Ogółem	100	25 826,1	39,89	49,6 (48,9–50,3)	12 803,6	39,51	4 883	50,4 (49,7–51,1)	13 022,5	40,26	5 198
<b>Wiek</b>											
< 29 lat	28,1 (27,4–28,7)	72 444,8	23,28	28,8 (27,9–29,8)	36 884,3	23,14	1 465	27,3 (26,5–28,2)	35 560,5	23,41	1 430
30–39 lat	22,2 (21,7–22,8)	57 418,6	34,17	22,7 (21,9–23,5)	29 032,2	34,16	1 069	21,8 (21,1–22,5)	28 386,5	34,19	1 050
40–49 lat	18,7 (18,2–19,2)	48 275,1	44,28	18,8 (18,2–19,5)	24 124,6	44,36	938	18,5 (17,9–19,2)	24 150,4	44,2	936
> 50 lat	31,0 (30,4–31,7)	80 122,6	56,36	29,7 (28,7–30,6)	37 995	56,42	1 411	32,3 (31,4–33,3)	42 127,7	56,31	1 782
<b>Wykształcenie</b>											
Gimnazjum	12,1 (11,5–12,8)	31 283,8	40,83	12,8 (11,9–13,8)	16 397,7	38,88	659	11,4 (10,6–12,4)	14 886,1	42,98	624
Wykształcenie zawodowe	32,3 (31,4–33,2)	83 301,6	43,87	38,5 (37,2–39,9)	49 346,8	43,58	1 890	26,1 (24,9–27,3)	33 954,9	44,29	1 390
Licium	38,3 (37,5–39,2)	99 014,3	37,58	34,0 (32,8–35,3)	43 568,7	36,16	1 645	42,6 (41,3–43,8)	55 445,6	38,69	2 192
Licencjat lub magisterium	16,7 (16–17,4)	43 171,5	36,67	14,1 (13,2–15,0)	18 040,2	36,86	662	19,3 (18,3–20,3)	25 131,3	36,54	959
<b>Stan cywilny</b>											
Małżeństwo	56,1 (55,2–56,9)	144 775,9	44	53,9 (52,6–55,1)	68 957,8	45,23	2 606	58,2 (57,1–59,4)	75 818,1	42,88	3 037
Związek partnerski	9,6 (9,1–10,1)	24 774,7	31,81	9,9 (9,2–10,6)	12 637,8	32,85	472	9,3 (8,6–10,1)	12 136,9	30,73	467
Rozwód/Separacja	5,9 (5,4–6,3)	15 156,8	47,89	5,1 (4,6–5,6)	6 484,1	48,27	240	6,7 (6,0–7,4)	8 672,6	47,6	336
Owdowienie	4,8 (4,5–5,2)	12 510,6	56,94	2,1 (1,7–2,5)	2 676,4	58,38	102	7,6 (6,9–8,2)	9 834,1	56,55	412
Samotny/a	23,4 (22,7–24,1)	60 408,2	27,75	29,0 (27,9–30,1)	37 141,9	28,23	1 458	17,9 (17–18,8)	23 266,3	26,98	926
<b>Stan zawodowy</b>											
Zatrudniony	59,4 (58,5–60,3)	153 379,6	39,27	65,1 (63,7–66,4)	83 299,4	39,29	3 148	53,8 (52,5–55,1)	70 080,3	39,24	2 733
Student	7,2 (6,7–7,7)	18 511,4	20,6	7,1 (6,4–7,9)	9 105	20,49	359	7,2 (6,6–7,9)	94 06,5	20,71	375
Prowadzi gosp. domowe	5,5 (5,1–6,0)	14 288,2	38,96	0,3 (0,2–0,5)	346,3	47,31	13	10,7 (9,9–11,6)	13 941,8	38,76	561
Emerytura	9,0 (8,5–9,5)	23 151,5	59,63	6,7 (6,0–7,5)	8 628,8	59,11	330	11,2 (10,4–11,9)	14 522,7	59,94	619
Inne, w tym bezrob. i emer.	18,9 (18,2–19,7)	48 930,4	40,07	20,8 (19,7–22,0)	26 656,6	40,25	1 033	17,1 (16,2–18,1)	22 273,9	39,86	910
<b>Miejsce zamieszkania</b>											
Wieś	37,8 (37,2–38,5)	97 712,4	39,71	38,3 (37,4–39,3)	49 081,2	39,12	2 102	37,3 (36,5–38,2)	48 631,2	40,3	2 185
Miasto > 50 000	24,3 (23,7–25,0)	62 791,1	40,18	24,6 (23,7–25,6)	31 551,5	40,08	1 169	24 (23,1–24,9)	31 239,6	40,28	1 218
Miasto 50 000–200 000	16,8 (16,2–17,3)	43 290	40,13	16,6 (15,9–17,4)	21 309,3	39,89	762	16,9 (16,1–17,7)	21 980,7	40,37	825
Miasto > 200 000	21,1 (20,6–21,6)	54 467,6	39,69	20,4 (19,6–21,2)	26 094	39,25	850	21,8 (21,1–22,5)	28 373,6	40,09	970

## Wyniki

Wskaźniki rozpowszechnienia w ciągu życia powszechnych zaburzeń psychicznych w populacji dorosłych Polaków według klasyfikacji DSM-IV [7] przedstawia tabela 2.

Poziom realizacji wywiadów (response rate – RR) w badaniu na terenie kraju wyniósł 50,4%.

Rozpowszechnienie wybranych powszechnych zaburzeń psychicznych (nadużywanie alkoholu, uzależnienie od alkoholu, nadużywanie substancji psychoaktywnych, uzależnienie od substancji psychoaktywnych, duża depresja, mała depresja, dystymia, zaburzenie afektywne typu I, zaburzenie afektywne typu II, mania, hipomania, napady paniki, agorafobia z lub bez napadów paniki, agorafobia bez napadów paniki, zaburzenie paniczne, fobie specyficzne, fobia społeczna, zaburzenie lękowe uogólnione) według klasyfikacji DSM-IV z odniesieniem do płci i struktury wieku zostało przedstawione poniżej oraz w tabeli 2.

Nadużywanie alkoholu kiedykolwiek w ciągu życia stwierdzono u 10,9% (95% CI 9,9–12,0) osób w wieku 18–64 lat, mieszkańców Polski. Istotnie częściej dotyczyło mężczyzn – 18,6% (95% CI 16,7–20,6) niż kobiet – 3,3% (95% CI 2,7–4,1) ( $p < 0,01$ ). U mężczyzn problem występował istotnie statystycznie najrzadziej przed 29 rokiem życia w porównaniu z mężczyznami w wieku 30–49 lat ( $p < 0,01$ ). Wśród kobiet nadużywanie alkoholu istotnie częściej dotyczyło osób w przedziale wieku 30–39 lat w porównaniu z osobami po pięćdziesiątym roku życia ( $p < 0,01$ ).

Uzależnienie od alkoholu kiedykolwiek w ciągu życia stwierdzono u 2,2% (95% CI 1,8–2,7) dorosłych Polaków. Uzależnienie istotnie częściej dotyczyło mężczyzn – 4,1% (95% CI 3,3–5,1) niż kobiet – 0,4% (95% CI 0,2–0,7) ( $p < 0,01$ ). Ponadto u mężczyzn odsetek uzależnionych od alkoholu wzrastał wraz z wiekiem – od 1,6% (95% CI 1,0–2,7) wśród dwudziestolatków do 6,5% (95% CI 4,8–8,8) po pięćdziesiątym roku życia, osiągając pomiędzy tymi dwoma przedziałami wiekowymi poziom istotności statystycznej  $p < 0,01$ . Nadużywanie substancji psychoaktywnych (poza alkoholem i nikotyną) potwierdzono u 1,3% (95% CI 1,0–1,6%) dorosłych osób w Polsce. Istotnie częściej występowało wśród mężczyzn – 1,8% (95% CI 1,3–2,5) niż wśród kobiet – 0,8% (95% CI 0,5–1,1) ( $p < 0,01$ ). Natomiast uzależnienie od tych substancji stwierdzono u 0,2% (95% CI 0,1–0,4) badanej populacji. U obojga płci rozpowszechnienie uzależnienia było zależne od wieku ( $p < 0,05$ ).

Duża depresja z hierarchią według ważności objawów występowała u 3,0% (95% CI 2,7–3,3), istotnie częściej u kobiet – 4,0% (95% CI 3,5–4,6) niż u mężczyzn – 1,9% (95% CI 1,6–2,4),  $p < 0,01$ . U mężczyzn rozpowszechnienie nie było zależne od wieku, u kobiet istotnie częściej duża depresja występowała po 50 roku życia – 5,5% (95% CI 4,6–6,5) w porównaniu z kobietami w przedziale wieku 18–29 lat – 2,7% (95% CI 2,1–3,4) i przedziale wieku 30–39 lat – 3,3% (95% CI 2,4–4,2) ( $p < 0,01$ ).

Rozpowszechnienie małej depresji w populacji polskiej było bardzo niskie. Wskaźnik ogólny wnosił 0,4% (95% CI 0,3–0,5), równie często u mężczyzn i kobiet, niezależnie od wieku.

Tabela 2. Rozpoznanie wybranych zaburzeń psychicznych w populacji dorosłych Polaków z odniesieniem do płci i struktury wieku

Diagnoza DSM-IV	Liczba (nieważona) N*(P1), N**(P2)	Mężczyźni								Kobiety								Wartość p	DEFF	
		18-29		30-39		40-49		50-64		18-29		30-39		40-49		50-64				Ogółem N=10 081 N*=4 000
		N	(95%CI)	N	(95%CI)	N	(95%CI)	N	(95%CI)	N	(95%CI)	N	(95%CI)	N	(95%CI)	N	(95%CI)			
Nadużywanie alkoholu	N**	13,0 (95%CI 10,7-15,9)	20,1 (95%CI 16,3-24,6)	24,6 (95%CI 20,6-29,1)	19,1 (95%CI 15,8-22,9)	18,6 (95%CI 16,7-20,6)**	3,2% (95%CI 2,3-4,4)	5,6% (95%CI 4,0-7,9)	2,7 (95%CI 1,6-4,6)	2,3% (95%CI 1,6-3,1)	3,3 (95%CI 2,7-4,1)**	10,9 (95%CI 9,9-12,0)	9,9 (95%CI 8,9-10,9)	2,7 (95%CI 1,6-4,6)	2,3 (95%CI 1,6-3,1)	3,3 (95%CI 2,7-4,1)**	10,9 (95%CI 9,9-12,0)	p < 0,01	1,140	
Uzależnienie od alkoholu	N**	1,6 (95%CI 1,0-2,7)	2,7 (95%CI 1,6-4,4)	5,5 (95%CI 3,5-8,6)	6,5 (95%CI 4,8-8,8)	4,1 (95%CI 3,3-5,1)**	0,1 (95%CI 0,0-0,5)	0,4 (95%CI 0,3-0,4)	0,6 (95%CI 0,5-0,7)	0,6 (95%CI 0,4-1,1)	0,4 (95%CI 0,2-0,7)*	2,2 (95%CI 1,8-2,7)	2,2 (95%CI 1,8-2,7)	0,6 (95%CI 0,4-1,1)	0,6 (95%CI 0,4-1,1)	0,4 (95%CI 0,2-0,7)*	2,2 (95%CI 1,8-2,7)	p < 0,01	1,003	
Nadużywanie substancji psychoaktywnych	N**	2,3 (95%CI 1,4-3,7)	2,0 (95%CI 1,0-4,2)	1,1 (95%CI 0,7-1,6)	1,7 (95%CI 1,1-2,6)	1,8 (95%CI 1,3-2,5)	0,2 (95%CI 0,1-0,5)	0,9 (95%CI 0,7-1,1)	1,0 (95%CI 0,4-2,8)	1,0 (95%CI 0,6-1,5)	0,8 (95%CI 0,5-1,1)	1,3 (95%CI 1,0-1,6)	1,3 (95%CI 1,0-1,6)	1,0 (95%CI 0,6-1,5)	1,0 (95%CI 0,6-1,5)	0,8 (95%CI 0,5-1,1)	1,3 (95%CI 1,0-1,6)	p < 0,01	0,860	
Uzależnienie od substancji psychoaktywnych	N**	0,0 (95%CI 0,0-0,3)	0,3 (95%CI 0,3-0,4)	0,7 (95%CI 0,1-3,6)	0,1 (95%CI 0,0-0,5)	0,2 (95%CI 0,1-0,6)*	0,1 (95%CI 0,1-0,1)	0,2 (95%CI 0,2-0,2)	0,2 (95%CI 0,1-0,2)	0,4 (95%CI 0,2-0,9)	0,1 (95%CI 0,1-0,4)*	0,2 (95%CI 0,1-0,4)*	0,2 (95%CI 0,1-0,4)*	0,2 (95%CI 0,1-0,2)	0,4 (95%CI 0,2-0,9)	0,1 (95%CI 0,1-0,4)*	0,2 (95%CI 0,1-0,4)*	p > 0,05	0,746	
Duża depresja	N*	1,5 (95%CI 1,1-2,2)	1,9 (95%CI 1,9-2,5)	1,8 (95%CI 1,2-2,8)	2,4 (95%CI 1,8-3,2)	1,9 (95%CI 1,6-2,4)	2,7 (95%CI 2,1-3,4)	3,3 (95%CI 2,5-4,2)	4,4 (95%CI 3,4-5,6)	5,5 (95%CI 4,6-6,5)	4,0 (95%CI 3,5-4,6)**	3,0 (95%CI 2,7-3,3)	3,0 (95%CI 2,7-3,3)	4,0 (95%CI 3,5-4,6)**	5,5 (95%CI 4,6-6,5)	4,0 (95%CI 3,5-4,6)**	3,0 (95%CI 2,7-3,3)	p < 0,01	1,019	
Miała depresja	N*	0,3 (95%CI 0,1-0,8)	0,7 (95%CI 0,4-1,3)	0,1 (95%CI 0,0-0,7)	0,3 (95%CI 0,1-0,7)	0,4 (95%CI 0,2-0,6)	0,3 (95%CI 0,1-0,8)	0,5 (95%CI 0,2-1,2)	0,8 (95%CI 0,5-1,3)	0,3 (95%CI 0,1-0,7)	0,4 (95%CI 0,3-0,7)	0,4 (95%CI 0,3-0,5)	0,4 (95%CI 0,3-0,5)	0,3 (95%CI 0,1-0,7)	0,3 (95%CI 0,1-0,7)	0,4 (95%CI 0,3-0,5)	0,4 (95%CI 0,3-0,5)	p > 0,05	1,061	
Dystymia	N**	0,3 (95%CI 0,1-0,8)	0,6 (95%CI 0,1-4,0)	0,3 (95%CI 0,1-1,2)	0,5 (95%CI 0,3-1,0)	0,4 (95%CI 0,2-0,9)	0,4 (95%CI 0,2-0,8)	1,1 (95%CI 0,9-1,3)	1,0 (95%CI 0,5-1,8)	1,1 (95%CI 0,8-1,4)	0,9 (95%CI 0,6-1,2)*	0,6 (95%CI 0,5-0,9)	0,6 (95%CI 0,5-0,9)	0,9 (95%CI 0,6-1,2)*	1,1 (95%CI 0,8-1,4)	0,9 (95%CI 0,6-1,2)*	0,6 (95%CI 0,5-0,9)	p < 0,05	0,734	
Zab. afektywne dwubiegunowe typu I	N*	-	-	-	-	0,1 (95%CI 0,0-0,2)	-	-	-	-	0,1 (95%CI 0,0-0,2)	0,1 (95%CI 0,1-0,2)	0,1 (95%CI 0,1-0,2)	0,1 (95%CI 0,0-0,2)	0,1 (95%CI 0,0-0,2)	0,1 (95%CI 0,0-0,2)	0,1 (95%CI 0,1-0,2)	p > 0,05	1,065	
Zab. afektywne dwubiegunowe typu II	N*	-	-	-	-	0,1 (95%CI 0,0-0,2)	-	-	-	-	0,1 (95%CI 0,0-0,2)	0,1 (95%CI 0,1-0,2)	0,1 (95%CI 0,1-0,2)	0,1 (95%CI 0,1-0,2)	0,1 (95%CI 0,0-0,2)	0,1 (95%CI 0,1-0,2)	0,1 (95%CI 0,1-0,2)	p > 0,05	1,113	

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Epizod manii	N*	-	-	-	-	-	0,1 (95%CI 0,0-0,2) N***=4	-	-	0,1 (95%CI 0,0-0,2) N***=8	p > 0,05	1,065
Hipomania	N*	0,5 (95%CI 0,3-1,0)	0,2 (95%CI 0,1-0,5)	0,5 (95%CI 0,3-1,2)	0,2 (95%CI 0,1-0,6)	0,3 (95%CI 0,2-0,6) N***=17	0,3 (95%CI 0,2-0,5)	0,5 (95%CI 0,3-0,9)	0,2 (95%CI 0,1-0,4)	0,3 (95%CI 0,2-0,5) N***=14	p > 0,05	1,044
Napady paniki	N*	2,9 (95%CI 2,1-4,0)	2,4 (95%CI 1,8-3,2)	3,3 (95%CI 2,4-4,4)	6,4 (95%CI 5,5-7,6)	3,9 (95%CI 3,4-4,5)** N***=186	5,7 (95%CI 4,7-6,8)	7,0 (95%CI 5,8-8,4)	11,4 (95%CI 10,1-12,8)	6,2 (95%CI 5,8-6,7) N***=621	p < 0,01	1,060
Agorafobia zbez lęku panicznego	N*	0,2 (95%CI 0,1-0,4)	-	0,3 (95%CI 0,1-0,6)	0,1 (95%CI 0,1-0,1)	0,1 (95%CI 0,1-0,3) N***=6	0,3 (95%CI 0,2-0,6)	0,4 (95%CI 0,3-0,7)	0,3 (95%CI 0,1-1,0)	0,2 (95%CI 0,2-0,4) N***=23	p < 0,01	1,040
Agorafobia bez lęku panicznego	N*	-	-	0,1 (95%CI 0,1-0,9)	-	0,0 (95%CI 0,0-0,2) N***=1	0,3 (95%CI 0,1-0,5)	0,2 (95%CI 0,1-0,5)	0,3 (95%CI 0,1-0,5)	0,1 (95%CI 0,1-0,2) N***=14	p < 0,01	1,079
Zaburzenie paniczne	N*	0,2 (95%CI 0,1-0,6)	-	-	0,5 (95%CI 0,3-0,8)	0,2 (95%CI 0,1-0,4)** N***=10	0,3 (95%CI 0,1-0,6)	0,2 (95%CI 0,1-0,5)	0,3 (95%CI 0,1-0,8)	0,4 (95%CI 0,3-0,7)** N***=23	p < 0,01	1,019
Fobie specyficzne	N*	2,9 (95%CI 2,2-3,7)	1,6 (95%CI 1,0-2,4)	2,3 (95%CI 1,7-3,3)	1,8 (95%CI 1,3-2,6)*	2,2 (95%CI 1,8-2,6)* N***=106	4,0 (95%CI 3,2-5,1)	4,7 (95%CI 3,8-5,9)	5,3 (95%CI 4,1-6,8)	3,4 (95%CI 3,1-3,8) N***=342	p < 0,01	1,029
Fobia społeczna	N*	1,9 (95%CI 1,4-2,6)	1,4 (95%CI 0,9-2,0)	1,2 (95%CI 0,7-2,1)	0,6 (95%CI 0,3-0,9)	1,2 (95%CI 1,0-1,6)** N***=62	2,1 (95%CI 1,5-2,9)	1,5 (95%CI 1,0-2,3)	1,7 (95%CI 1,1-2,7)	1,6 (95%CI 1,3-2,0) N***=82	p > 0,05	1,031
Zab. lękowe uogólnione	N*	0,2 (95%CI 0,1-0,6)	0,4 (95%CI 0,3-0,6)	1,1 (95%CI 0,6-1,9)	1,0 (95%CI 0,7-1,3)	0,6 (95%CI 0,4-0,9)** N***=29	0,6 (95%CI 0,4-0,9)	1,8 (95%CI 1,3-2,6)	1,6 (95%CI 1,0-2,7)	1,1 (95%CI 0,9-1,3) N***=107	p < 0,01	0,981

N\* – liczba nieważona (P1), N\*\* – liczba nieważona (P2), N\*\*\* – liczba nieważona, \* p < 0,05, \*\* p < 0,01

Dystymia kiedykolwiek w ciągu życia występowała u 0,6% (95% CI 0,5–0,9) dorosłych mieszkańców Polski. Obecność zaburzenia potwierdzano częściej u kobiet – 0,9% (95% CI 0,6–1,2) niż u mężczyzn – 0,4% (95% CI 0,2–0,9) ( $p < 0,05$ ). Wśród kobiet jej występowanie było zależne od wieku, najrzadsze u kobiet przed trzydziestym rokiem życia – 0,4% (95% CI 0,2–0,8) w porównaniu z kobietami w przedziale wieku 30–39 lat – 1,1% (95% CI 0,9–1,3) ( $p < 0,05$ ).

Zaburzenie afektywne dwubiegunowe typu I wystąpiło kiedykolwiek w ciągu życia u 0,1% (95% CI 0,1–0,2) dorosłych mieszkańców Polski, równie często u kobiet, jak i mężczyzn. Podobnie u zbliżonego odsetka, u obojga płci występowało zaburzenie afektywne dwubiegunowe typu II 0,1% (95% CI 0,1–0,2).

Epizody manii w ciągu życia występowały rzadziej, ogólny wskaźnik rozpowszechnienia wynosił 0,1% (95% CI 0,0–0,2).

Ogólne rozpowszechnienie hipomanii w ciągu życia wynosiło 0,3% (95% CI 0,2–0,5). Wykazano częstsze, nieosiągające jednak poziomu istotności statystycznej występowanie hipomanii wśród mężczyzn, tj. 0,4% (95% CI 0,2–0,6). U obojga płci rozpowszechnienie hipomanii nie było zależne od wieku.

Napady paniki w ciągu życia stwierdzono u 6,2% (95% CI 5,8–6,7) całej populacji. Zaburzenia o nasileniu odpowiadającym kryteriom diagnostycznym DSM-IV dotyczyły 8,5% (95% CI 7,8–9,3) kobiet i 3,9% (95% CI 3,4–4,5) mężczyzn. Rozpowszechnienie zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn było istotnie zależne od wieku ( $p < 0,01$ ) i wraz z jego wzrostem osiągnęło poziom istotności dla porównań pomiędzy przedziałami wiekowymi dla najmłodszych i najstarszych osób.

Agorafobia z/bez lęku panicznego występowała u 0,2% (95% CI 0,2–0,4) populacji, istotnie częściej wśród kobiet – 0,3% (95% CI 0,2–0,6) niż wśród mężczyzn – 0,1% (95% CI 0,1–0,3) ( $p < 0,01$ ). Wśród mężczyzn występowanie tego zaburzenia było zależne od wieku ( $p < 0,05$ ). Natomiast agorafobia bez lęku panicznego w ciągu okresu całego życia występowała u 0,1% (95% CI 0,1–0,2) mieszkańców Polski, również istotnie częściej u kobiet – 0,3% (95% CI 0,2–0,5) ( $p < 0,01$ ).

Zaburzenie paniczne występowało u 0,3% (95% CI 0,2–0,5) populacji, istotnie częściej u kobiet – 0,4% (95% CI 0,3–0,7) w stosunku do mężczyzn – 0,2% (95% CI 0,1–0,4) ( $p < 0,01$ ). U obojga płci rozpowszechnienie było zależne od wieku ( $p < 0,01$ ), a u kobiet najwyższy wskaźnik 0,8% (95% CI 0,5–1,3) dotyczył przedziału wiekowego 50+.

Fobie specyficzne występowały u 3,4% (95% CI 3,1–3,8) mieszkańców Polski istotnie częściej u kobiet – 4,6% (95% CI 4,1–5,2) w porównaniu z mężczyznami – 2,2% (95% CI 1,8–2,6) ( $p < 0,01$ ). Wśród mężczyzn zaburzenie najczęściej występowało w najmłodszej grupie wiekowej ( $p < 0,05$ ).

W badaniu ustalono, iż fobia społeczna występowała w ciągu życia u 1,4% (95% CI 1,2–1,7) mieszkańców Polski w wieku 18–64 lat, częściej wśród kobiet – 1,6% (95% CI 1,3–2,0) niż wśród mężczyzn – 1,2% (95% CI 1,0–1,6) ( $p > 0,05$ ). Rozpowszechnienie zaburzenia wśród mężczyzn malało z wiekiem – rozpoznanie było częstsze w grupie najmłodszych – 1,9% (95% CI 1,4–2,6) w porównaniu z mężczyznami po pięćdziesiątym roku życia – 0,6% (95% CI 0,3–0,9) ( $p < 0,01$ ).

Zaburzenie lękowe uogólnione w ciągu życia stwierdzono u 1,1% (95% CI 0,9–1,3) badanej populacji, istotnie częściej wśród kobiet w stosunku do mężczyzn, odpowiednio



1,5% (95% CI 1,2–1,9) i 0,6% (95% CI 0,4–0,9) ( $p < 0,01$ ). Wśród mężczyzn najwyższe rozpowszechnienie tego zaburzenia – 1,1% (95% CI 0,6–1,9) – występowało w przedziale wieku 40–49 lat, istotnie częściej ( $p < 0,01$ ) w porównaniu z osobami najmłodszymi – 0,2% (95% CI 0,1–0,6). U kobiet istotnie najrzadziej ( $p < 0,01$ ) u najmłodszych – 0,6% (95% CI 0,4–0,9) w porównaniu z osobami w wyższych przedziałach wieku.

### Podsumowanie

Rozpowszechnienie CMD klasyfikowanych według DSM–IV wśród dorosłych mieszkańców Polski oceniane za pomocą kwestionariusza CIDI dla większości zaburzeń w ciągu życia było wyższe wśród kobiet niż wśród mężczyzn. Najwyższe wartości wskaźnika rozpowszechnienia odnosiły się do napadów paniki, fobii specyficznych i depresji. Obserwowane różnice w częstości zaburzeń wśród mężczyzn i kobiet były istotne statystycznie. W przypadku napadów paniki, depresji i zaburzenia lękowego uogólnionego wyższe wskaźniki rozpowszechnienia z różnicami istotnymi statystycznie pomiędzy wartościami odnosiły się do wyższych przedziałów wiekowych. Natomiast w przypadku fobii specyficznych wskaźnik rozpowszechnienia był najwyższy wśród mężczyzn z najniższego przedziału wiekowego. Rozpowszechnienie dystymii w populacji ogólnej było poniżej jednego procenta, z wyższą – istotnie statystycznie – i zależną od wieku wartością wskaźnika dla kobiet w porównaniu z mężczyznami. Zaburzenie dwubiegunowe typu I i typu II występowały w podobnym odsetku (0,1%). Natomiast nieco wyższy był wskaźnik hipomanii (0,3%), z przewagą u mężczyzn i niezależny od przedziałów wiekowych. Uzyskane różnice nie były istotne statystycznie. Agorafobia z/bez lęku panicznego występowała w ciągu życia u 0,3% badanej populacji, częściej u kobiet. Wśród mężczyzn rozpowszechnienie agorafobii z lękiem panicznym było zależne od wieku – w obydwu przypadkach różnice były istotne statystycznie.

Nadużywanie alkoholu było najczęstszą kategorią CMD występujących w ciągu życia z wyraźną różnicą w rozpowszechnieniu pomiędzy mężczyznami (18,6%) i kobietami (3,3%). Najwyższe wskaźniki związane były z przedziałem wiekowym 30–49 lat dla mężczyzn i 30–39 lat dla kobiet. Wskaźnik rozpowszechnienia uzależnienia od alkoholu był dziesięciokrotnie wyższy dla mężczyzn w porównaniu z kobietami (4,1% vs 0,4%) i był najwyższy w przedziale wiekowym 50+. Różnice dla każdej z analizowanych zmiennych wykazywały istotność statystyczną.

Nadużywanie substancji psychoaktywnych ponad dwukrotnie częściej dotyczyło mężczyzn (1,8%) niż kobiet (0,8%). Uzależnienie od substancji (ogólny wskaźnik rozpowszechnienia wynosił 0,2%) było najwyższe u mężczyzn w wieku 40–49 lat i u kobiet w wieku 50+. Różnice pomiędzy analizowanymi wskaźnikami były istotne statystycznie.

### Omówienie

Dotychczas dane o rozpowszechnieniu zaburzeń psychicznych w Polsce pochodziły z roczników statystycznych IPiN opracowywanych na podstawie dokumentów

urzędowych raportowanych przez instytucje ochrony zdrowia. Zakładano, że są one wystarczające dla kreowania polityki zdrowotnej w obszarze psychiatrii, chociaż dotyczyły raczej cięższych zaburzeń i tylko tych, które były objęte opieką instytucjonalną. O ile można zgodzić się z twierdzeniem, że dane te są przydatne do analizy potrzeb leczenia psychiatrycznego, to niestety dla celów epidemiologicznych ich wartość należy uznać za ograniczoną. Przede wszystkim dlatego, że nie obejmują zaburzeń psychicznych nieujawnionych (w tym rosnącej liczby pacjentów korzystających z prywatnego sektora usług medycznych), zarówno tych o ciężkim, jak i łagodniejszym przebiegu, ale również z powodu braku standaryzacji metod diagnostyki klinicznej, np. wykorzystania ustrukturyzowanych kwestionariuszy. Zastosowanie takich narzędzi pozwalałoby na rozpoznanie szerszego kontekstu czynników etiologicznych i przebiegu zaburzenia czy współistniejących chorób somatycznych i psychicznych. W literaturze dostępne są dane wskazujące m.in. na wpływ czynników pozamedycznych, takich jak polityka refundacyjna, na rejestrowane rozpowszechnienie schizofrenii [8]. Dlatego dla całościowej oceny sytuacji dotyczącej rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych niezbędnym było przeprowadzenie badania populacyjnego. EZOP Polska jest pierwszym przekrojowym badaniem epidemiologicznym z zastosowaniem ustrukturyzowanego kwestionariusza diagnostycznego CIDI, przeprowadzonym na próbie reprezentatywnej dla ludności kraju i dotyczącej osób w wieku 18–64 lat. Z uwagi na brak podobnych badań epidemiologicznych w Polsce interpretacja uzyskanych wyników opierać się musi o wyniki badań prowadzonych w innych krajach [9, 10]. W przeszłości przeprowadzono w Polsce kilka badań oceniających rozpowszechnienie zaburzeń nerwicowych, wykazując znaczne różnice od 4 do 30% [11–15]. Jednakże z uwagi na różnice metodologiczne oraz upływ czasu ich porównanie z wynikami uzyskanymi w opisywanym badaniu nie jest możliwe. Pomimo zachowania podczas realizacji badania EZOP Polska założeń metodologicznych World Mental Health Survey Initiative (WMH), rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych określanych jako CMD w populacji polskiej różni się od wcześniej opisywanych w innych krajach [16, 17, 18]. Występowanie dużej depresji we Francji oszacowano na 21% (n = 2 894, przy RR 46%), w Holandii na 17,9% (n = 2 372, przy RR 56,4%), 14,6% na Ukrainie (n = 4 725, przy RR 78,3%), w Belgii na 14,1% (n = 2 419, przy RR 50,7%), w Hiszpanii na 10,6% (n = 5 473, przy RR 78,6%), na 9,9% w Niemczech (n = 3 555, przy RR 57,8%) i podobnie we Włoszech (n = 4 712, przy RR 71,3%) oraz na 9,8% w Izraelu (n = 4 859, przy RR 73%) [17, 18]. W cytowanych badaniach wyższe współczynniki występowania CMD, w tym depresji, wykazano w krajach, w których liczba zrealizowanych wywiadów była wyższa. Istnieją doniesienia wykazujące, iż osoby, które odmawiają udziału w badaniu, są bardziej dotknięte zaburzeniami psychicznymi niż ich uczestnicy [19, 20]. Zjawisko to może mieć wpływ na niższe od oczekiwanego rozpowszechnienie CMD w badaniu EZOP Polska, ponieważ współczynnik zrealizowanych wywiadów wynosił 50,4%. W badaniu przeprowadzonym na Ukrainie, gdzie współczynnik odpowiedzi należał do najwyższych (RR 78,3%), również wykazano wyższe rozpowszechnienie zaburzeń afektywnych i lękowych niż w Polsce (w ciągu życia – duża depresja 14,6%, zaburzenie paniczne 1,9%, fobia społeczna 2,6%) [18]. Rozbieżności w rozpowszechnieniu zaburzeń depresyjnych w różnych krajach mogą

wynikać z naturalnych różnic w częstości występowania zaburzenia bądź z odmiennego interpretowania stopnia nasilenia objawów uznawanego za „punkt odcięcia” przy zastosowaniu różnych narzędzi [21, 22]. Opisywano także wyraźne rozbieżności w występowaniu depresji wśród Europejczyków w wieku podeszłym, wykazując zakres od 8,8% do 23,6% [23]. Metaanaliza danych projektu EURODEP (próba 13 808 badanych) wykazała w pięciu ośrodkach wysoką (Amsterdam, Berlin, Monachium, Londyn, Werona) i w czterech niską (Dublin, Islandia, Liverpool, Saragossa) zgłaszalność objawów depresji z istotnymi różnicami w jej nasileniu [24].

Depresja powiązana jest często z zaburzeniem funkcjonowania, jednak ta zależność może charakteryzować się różnym nasileniem. Simon i wsp. wykazali, że w ośrodkach o wysokim rozpowszechnieniu depresji (ocenianym za pomocą CIDI) jej wpływ na poziom niesprawności (ocenianej za pomocą Social Disability Schedule) był niewielki [21]. Sekcja narzędzia CIDI, wykorzystana w badaniu EZOP Polska, oceniająca funkcjonowanie w ciągu ostatnich 30 dni, zawierała szereg pytań dotyczących trudności w funkcjonowaniu zawodowym, życiu codziennym oraz ich odzwierciedlenia w czterech wymiarach: poznawczym, ruchowym, indywidualnym i społecznym. W Polsce pomimo relatywnie niskiego wskaźnika rozpowszechnienia depresji zaburzenia funkcjonowania stanowiące poczucie „całkowitej niezdolności do pracy i codziennych zadań” zidentyfikowano u 13,5% uczestników badania z utrzymywaniem się objawów przez średnio 5,8 dnia. Natomiast 12,2% badanych deklarowało konieczność pozostawania w łóżku co najmniej przez połowę dnia (średnio 3,4 dnia w miesiącu). Z kolei w zakresie objawów, poczucie silnego przygnębienia („nic nie podnosi na duchu”) zidentyfikowano u 40,2% respondentów, poczucie bezsilności u 39%, poczucie utraty nadziei u 29,4%, a poczucie utraty własnej wartości u 20,8%. Zaburzenia funkcjonowania i izolowane objawy depresji dotyczyły okresu ostatnich 30 dni [4]. Otwartym pozostaje pytanie, jak subiektywne poczucie zdrowia psychicznego i „skargliwość” znajdują odzwierciedlenie w spełnianiu zoperacjonalizowanych kryteriów diagnostycznych zaburzeń nastroju. Podprogowe objawy, wpływające już na funkcjonowanie społeczne respondentów, mogą nie osiągać jednak poziomu wystarczającego do postawienia diagnozy z zastosowaniem narzędzia diagnostycznego. W interpretacji uzyskanych wyników rozważyć należy także brak gotowości respondentów do udzielania odpowiedzi na pytania dotyczące często traumatycznych doświadczeń życiowych mających wpływ na zdrowie psychiczne. Podobne obserwacje dotyczą też innych badań, gdzie występowały różnice w raportowaniu objawów depresji w różnych krajach pomimo stosowania identycznych kryteriów diagnostycznych dużej depresji [22]. Niższe niż oczekiwano rozpowszechnienie depresji w badaniu EZOP Polska wymaga dodatkowej międzypopulacyjnej oceny itemów sekcji dotyczącej depresji, zgodnie z teorią DIF (differential item functioning) [25]. Przeprowadzone dotychczas analizy nie wykazały błędów w konstrukcji polskiej wersji narzędzia CIDI 3.0 w odniesieniu do sekcji skринingowej ani do sekcji oceniającej obecność i nasilenie objawów depresyjnych. Żaden z itemów sekcji diagnostycznej nie wpłynął w nieoczekiwany sposób i znacząco na odrzucenie rozpoznania depresji ( $p < 0,01$ ).

W sześciu krajach biorących udział w cytowanym już badaniu ESEMeD do najczęstszych zaburzeń psychicznych należały: zaburzenia depresyjne (12,8%), fobie

specyficzne (7,7%), nadużywanie alkoholu (4,1%) oraz dystymia (4,1%). Natomiast w Polsce najczęściej stawiano diagnozy nadużywania alkoholu (10,9%), ataków paniki (6,2%), fobii specyficznych (3,4%) oraz dużej depresji (3,2%) [17]. Zarówno w badaniu polskim, jak i na Ukrainie, gdzie rozpowszechnienie nadużywania alkoholu oszacowano na 10,0%, zaburzenie to osiągnęło najwyższy współczynnik w porównaniu z badaniami w innych krajach [26].

Rozpowszechnienie zaburzeń lękowych nie różni się znacznie od wyników z wcześniejszych badań z krajów europejskich.

### Piśmiennictwo

1. Dz. U. 1994 nr 111 poz. 53; Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia; <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19941110535> [dostęp: 02.05.2014].
2. *Mental Health Action Plan for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions*; [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0013/100822/edoc07.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0013/100822/edoc07.pdf), [dostęp: 02.05.2014].
3. Wang PS, Berglund P, Kessler RC. *Recent care of common mental disorders in the United States :prevalence and conformance with evidence-based recommendations*. J. Gen. Intern. Med. 2000; 15(5): 284–292.
4. Moskalewicz J, Kiejna A, Wojtyniak B. red. *Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska*; Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2012.
5. Kessler RC, Üstün TB. *The World Mental Health (WMH) survey initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*. Int. J. Methods Psychiatr. Res. 2004; 13: 93–121.
6. Haro JM, Arbabzadeh-Bouchez S, Brugha TS, de Girolamo G, Guyer ME, Jin R. i wsp. *Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health Surveys*. Int. J. Methods Psychiatr. Res. 2006; 15(4): 167–180.
7. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV*. Washington DC: American Psychiatric Association Press; 1994.
8. Kiejna A, Misiak B, Zagdanska M, Drapala J, Piotrowski P, Szczesniak D. i wsp. *Money matters: does the reimbursement policy for second-generation antipsychotics influence the number of recorded schizophrenia patients and the burden of stigmatization?* Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2014; 49(4): 531–539.
9. Wittchen HU, Jacobi F. *Size and burden of mental disorders in Europe--a critical review and appraisal of 27 studies*. Eur. Neuropsychopharmacol. 2005; 15: 357–376.
10. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B. i wsp. *The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010*. Eur. Neuropsychopharmacol. 2011; 21(9): 655–679.
11. Bizoń Z. *Neurotyczność i nerwice a niektóre cechy społeczno-demograficzne*. W: Jarosz M. red. *Wybrane zagadnienia patologii społecznej*. Warszawa: GUS; 1975. s. 18.
12. Heniesz J. *Badania psychiatryczno-społeczne w plockim rejonie uprzemysłowionym*. Pamiętnik II Konferencji polsko-czeskiej. Kołobrzeg; 1967.

13. Leder S, Kuliszkiwicz D, Grzelak J, Hoser J, Potocka A. *Rozpowszechnienie zaburzeń nerwicowych wśród pracowników handlu miasta Warszawy a czynniki społeczne*. Psychiatr. Pol. 1968; 2(4): 413–420.
14. Kiejna A, Wojtyniak B, Rabczenko D, Szewczuk-Bogusławska M, Trypka E, Łupiński P. *Samopoczucie ludności Polski w badaniu przeprowadzonym przez Główny Urząd Statystyczny – analiza wstępna*. Psychiatr. Pol. 2000; 34(1): 21–34.
15. Aleksandrowicz JW, Świątek L. *Częstość występowania zaburzeń nerwicowych*. Psychoterapia 1985; 3(53): 21.
16. Waraich P, Goldner EM, Somers JM, Hsu L. *Prevalence and incidence studies of mood disorders: a systematic review of the literature*. Can. J. Psychiatry 2004; 49: 124–138.
17. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H. i wsp. *Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project*. Acta Psychiatr. Scand. 2004; 109(supl. 1): 21–27.
18. Bromet EJ, Gluzman SF, Paniotto VI, Webb CP, Tintle NL, Zakhosha V. i wsp. *Epidemiology of psychiatric and alcohol disorders in Ukraine: findings from the Ukraine World Mental Health survey*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2005; 40(9): 681–690.
19. De Graaf R, Bijl R, Smit F, Ravelli A, Vollebergh WA. *Psychiatric and sociodemographic predictors of attrition in a longitudinal study. The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)*. Am. J. Epidemiol. 2000; 152: 1039–1047.
20. Murray CJL, Lopes AD. red. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected*. Cambridge: Harvard University Press; 1996.
21. Simon GE, Goldberg DP, Von Korff M, Ustün TB. *Understanding cross-national differences in depression prevalence*. Psychol. Med. 2002; 32(4): 585–594.
22. Chang SM, Hahm BJ, Lee JY, Shin MS, Jeon HJ, Hong JP. i wsp. *Cross-national difference in the prevalence of depression caused by the diagnostic threshold*. J. Affect. Disord. 2008; 106(1–2): 159–167.
23. Copeland JR, Beekman AT, Dewey ME, Hooijer C, Jordan A, Lawlor BA. i wsp. *Depression in Europe. Geographical distribution among older people*. Br. J. Psychiatry 1999; 174: 312–321.
24. Copeland JR, Beekman AT, Braam AW, Dewey ME, Delespaul P, Fuhrer R. i wsp. *Depression among older people in Europe: the EURODEP studies*. World Psychiatry 2004; 3: 45–49.
25. Hidalgo MD, López-Pina JA. *Differential item functioning detection and effect size: a comparison between logistic regression and Mantel–Haenszel procedures*. Educ. Psychol. Meas. 2004; 64: 903–915.
26. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP. i wsp. *Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health surveys*. JAMA 2004; 291: 2581–2590.

Adres: Patryk Piotrowski  
Katedra Psychiatrii UM we Wrocławiu  
50-367 Wrocław, Wybrzeże L. Pasteura 10

Otrzymano: 26.06.2014  
Zrecenzowano: 6.07.2014  
Otrzymano po poprawie: 20.07.2014  
Przyjęto do druku: 20.11.2014