



## Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych – przegląd ważniejszych badań epidemiologicznych

*Prevalence of mental disorders – a review of major epidemiological research*

JOANNA RYMASZEWSKA, TOMASZ ADAMOWSKI, TOMASZ PAWŁOWSKI, ANDRZEJ KIEJNA

Z Katedry i Kliniki Psychiatrii Akademii Medycznej we Wrocławiu

### STRESZCZENIE

**Cel.** Celem pracy jest przedstawienie przeglądu aktualnych badań nad występowaniem różnych zaburzeń psychicznych.

**Poglądy.** Zdefiniowanie jednolitych kryteriów diagnostycznych klasyfikacji chorób i zaburzeń psychicznych pozwoliło na skonstruowanie opartych na nich precyzyjnych, strukturyzowanych instrumentów badawczych. Stworzyło to możliwości przeprowadzenia porównywalnych badań epidemiologicznych w psychiatrii. W Polsce jak dotychczas nie przeprowadzono pełnego badania rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w populacji ogólnej. Oceniano jedynie występowanie zaburzeń psychicznych w określonych regionach lub specyficznych populacjach. Dostępne są także dane statystyczne placówek psychiatrycznych.

**Wnioski.** Nowoczesne badania epidemiologiczne umożliwiają planowanie środków na ochronę zdrowia, wykrycie czynników ryzyka, wreszcie wspomagają badania nad etiologią zaburzeń psychicznych. Przedstawione rozbieżności we wskaźnikach rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w różnych krajach skłaniają do dalszych badań w tym zakresie i ostrożności w ich interpretowaniu.

### SUMMARY

**Objective.** This work reviews the current research on prevalence of various mental disorders.

**Review.** Once a unified set of diagnostic criteria for the classification of mental conditions and disorders was developed, it became possible to construct precise, structured research instruments based on these criteria. This in turn made it possible to conduct comparable epidemiological research in psychiatry. In Poland no comprehensive study of prevalence of mental disorders in the general population has been conducted so far. Existing studies merely assess the incidence of mental disorders in specific regions or specific populations. Psychiatric facility statistics are also available.

**Conclusions.** Streamlined epidemiological research helps to plan health care budgets, detect risk factors and support investigations into the etiology of mental disorders. The discrepancies in prevalence indices for mental disorders in various countries, presented in this review, suggest the need for further research and cautious interpretation.

---

**Słowa kluczowe:** epidemiologia / zaburzenia psychiczne

**Key words:** epidemiology / mental disorders

---

Dzięki operacjonalizowanym kryteriom diagnostycznym klasyfikacji chorób i zaburzeń psychicznych oraz skonstruowaniu precyzyjnych, strukturyzowanych, kompatybilnych z klasyfikacjami instrumentów badawczych możliwe było przeprowadzenie porównywalnych badań nad rozpowszechnieniem zaburzeń psychicznych w świecie. Badania te, z uwagi na koszty ich prowadzenia, w większości dotyczą krajów wysoko rozwiniętych i tylko niektóre, finansowane przez niezależne organizacje (np. Światowa Organizacja Zdrowia, *International Consortium of Psychiatric Epidemiology*), prowadzone są w niektórych krajach rozwijających się. Wartość nowoczesnych badań epidemiologicznych jest tym większa, że umożliwiają one racjonalne planowanie środków na ochronę zdrowia oraz jej organizację, są pomocne w ocenie efektywności, jakości i dostępności placówek psychiatrycznych. Przyczyniają się do wykrycia czyn-

ników ryzyka oraz wspomagają badania nad etiologią zaburzeń psychicznych.

### ZABURZENIA SCHIZOFRENICZNE I UROJENIOWE

Wyniki badań nad rozpowszechnieniem zaburzeń psychotycznych różnią się w zależności od przyjęcia szerokiej (schizofrenia, zaburzenia urojeniowe, schizofrenia) lub wąskiej definicji zaburzeń psychotycznych (schizofrenia) [1]. Badania prowadzone są na populacji ogólnej bądź wśród osób korzystających z opieki medycznej, w oparciu o rozpoznania postawione przez psychiatrę lub z zastosowaniem narzędzi diagnostycznych. Niewątpliwie różnice demograficzne, w tym różna umieralność i migracja, mają również wpływ na odmiennie wyniki [2] (tabl. 1).

Tablica 1. Rozpowszechnienie i zapadalność wybranych zaburzeń psychicznych

Zaburzenie	Rozpowszechnienie		Zapadalność
	roczne	w ciągu życia	
Schizofrenia	–	0,9–6,4/1000	0,04–0,58/1000
Zaburzenia afektywne dwubiegunowe typu I	–	0,2–1,6/100	0,5/100
Zaburzenia afektywne dwubiegunowe typu II	1,3/100	0,4–4,8/100	–
Mania	1,2–1,3/100	0,8–1,6/100	2,8–4,5/100000
Spektrum zaburzeń afektywnych dwubiegunowych	3,4/100	1–10,8/100	–
Duża depresja	0,6–10,3/100	0,9–17,1/100	1,6/100
Dystymia	–	0,9–6,4/100	–
Lęk paniczny	2,3–3,1/100	0,13–3,5/100	6/1000
Agorafobia	2,8/100	1,1–6,9/100	–
Fobia społeczna	–	0,4–13,3/100	–
Zaburzenie lękowe uogólnione	2,7–5,2/100	3,7–10,5/100	7/1000
Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne	–	0,3–3,2/100	–
Uzależnienie od alkoholu	6,3–7,2/100	6–14,1/100	15/1000
Uzależnienie od substancji psychoaktywnych	2,7–2,8/100	0,4–8,5/100	6/1000
Osobowość antysocjalna	–	2,8/100	–
Otępienie	–	5,2–8,0/100	–

Jednym z klasycznych już projektów było przeprowadzone we wczesnych latach osiemdziesiątych w Stanach Zjednoczonych badanie *Epidemiological Catchment Area*, obejmujące ponad 20 tys. respondentów z 5 obszarów badawczych, badanych przez wyszkolonych ankieterów za pomocą *Diagnostic Interview Schedule* (DIS). W badaniu Baltimore ECA subpopulację respondentów przebadali za pomocą rozszerzonej wersji *Present State Examination* psychiatrzy, uzyskując wskaźnik występowania w ciągu życia 6,4 na 1000 dla schizofrenii [3].

Kontynuacją i rozszerzeniem badania ECA było *National Comorbidity Survey*. W 1990 r. doświadczeni klinicyści przebadali ponad 8000 osób w wieku 15–55 lat posługując się *Structured Clinical Interview for DSM-III-R* (SCID), narzędziem czułym w stosunku do psychoz nieafektywnych. Rozpowszechnienie w ciągu życia dla psychoz nieafektywnych (schizofrenia, zaburzenie schizoafektywne, urojeniowe oraz psychoza atypowa) wyniosło 6,7 na 1000, a dla schizofrenii – 1,4 na 1000 mieszkańców [4].

Van Os i wsp., stosując to samo podejście metodologiczne, przebadali 7000 mieszkańców Holandii w wieku 18–64 lat. Rozpowszechnienie w ciągu życia dla schizofrenii, zaburzenia schizoafektywnego i zaburzenia o postaci schizofrenii (ang. *schizophreniform*) wyniosło 3,7 na 1000 [5]. W badaniu kohorty urodzonej w latach 1949–1958 w Izraelu Dohrenwend i wsp. wykorzystali *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia* i *Research Diagnostic Criteria* (SADS-RDC) Endicotta i Spitzera. Wskaźnik występowania schizofrenii w ciągu życia wyniósł 5,7 na 1000 w przypadku mieszkańców północnej Afryki i 8,9 na 1000 Europejczyków [6]. Z 27 badań publikowanych od 1985 r. wynika, iż roczna zapadalność na schizofrenię wynosiła średnio 0,16 na 1000, od 0,04 w Vancouver do 0,58 w Madras [7]. Mimo pewnych wątpliwości uznaje się, iż

wskaźniki dotyczące zachorowalności na schizofrenię ulegają istotnym zmianom w ciągu ostatnich stu lat [8].

## ZABURZENIA AFEKTYWNE

Przegląd środowiskowych badań epidemiologicznych ostatnich dekad prowadzonych w świecie ukazuje dużą rozpiętość wyników. W przypadku dużej depresji wskaźnik rozpowszechnienia 6 miesięcznego wyniósł średnio 3,4 na 100 mieszkańców, w tym od 1,5/100 w badaniu ECA przeprowadzonym w Durham do 5,3/100 w Nowej Zelandii [9, 10]. Badania przeprowadzono w oparciu o kryteria DSM-III lub DSM-III-R. Rozpowszechnienie depresji punktowe, roczne oraz w ciągu życia przedstawiono w tabl. 1. Podobnie jak wyniki rocznego, rozpowszechnienie w ciągu życia okazało się najwyższe w USA (odpowiednio 10,3/100 i 17,1/100) oraz w Nowej Zelandii (odpowiednio 5,3/100 i 12,6/100) i Zurichu (roczne 7,0/100), a najniższe w środowisku miejskim na Tajwanie (odpowiednio 0,6/100 i 0,9/100) [11, 12, 13].

Dużą rozpiętość wskaźników wyjaśniano między innymi różnicami kulturowymi oraz różnorodną metodyką badań. W badaniu NCS [11] posługiwano się *University of Michigan Composite International Diagnostic Interview* (UM-CIDI), które to narzędzie z powodu swej konstrukcji wykrywało więcej przypadków w porównaniu do *Diagnostic Interview Schedule* (DIS) stosowanego w badaniu ECA [10].

Mimo zastosowania podobnego schematu rekrutacji do badania, kryteriów i instrumentów diagnostycznych wyniki rozpowszechnienia dużej depresji na Tajwanie są istotnie różne od innych cytowanych badań. Prawdopodobnie kulturowe różnice w doświadczaniu i ekspresji zaburzeń afektywnych są różne na Wschodzie i Zachodzie. Potwierdzeniem tej hipotezy jest fakt wy-

stępowania w krajach zachodnich wysokich wskaźników rozpowszechnienia depresji i uzależnień, a na Tajwanie zaburzeń psychofizjologicznych. Z kolei w badaniach przeprowadzonych w koreańskim Seulu, mieście bardziej zeuropieizowanym w porównaniu do miast na Tajwanie, wskaźnik rozpowszechnienia depresji w ciągu życia był zbliżony do krajów zachodnich (3,4/100) [13]. Najwyższe wskaźniki rozpowszechnienia w ciągu życia dla dystymii występowały w USA w badaniu NCS (6,4/100) oraz w Puerto Rico (4,7/100), a najniższe na Tajwanie (0,9/100) [11, 13].

Dane dotyczące rozpowszechnienia zaburzenia afektywnego dwubiegunowego w ciągu życia uzyskane w różnych badaniach ograniczają się do mniejszego przedziału wielkości – od 0,2/100 w badaniu z Monachium w 1992 r. do 0,3/100 na Tajwanie i 1,5/100 w Nowej Zelandii w badaniu przeprowadzonym w 1996 r. w 10 krajach (USA, Kanada, Puerto Rico, Francja, Zachodnie Niemcy, Włochy, Liban, Tajwan, Korea i Nowa Zelandia) [14, 15]. Warto dodać, iż oba badania oparto na tym samym narzędziu – *Diagnostic Interview Schedule* (DIS).

Co ciekawe, w 1978 r. Weissman i Mayers [15] przeprowadzili w New Heaven, CT badanie rozpowszechnienia choroby afektywnej dwubiegunowej z zastosowaniem SADS-RDC i uzyskali podobne wyniki co bez mała 20 lat później (0,6–1,2/100). Świadczy to o stabilności wskaźników w czasie.

Ze względu na niejednorodny obraz kliniczny wśród zaburzeń afektywnych dwubiegunowych wyodrębnia się poza typem I (depresja i mania) i typem II (depresja i hipomania) spektrum zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. Niektórzy autorzy proponują również typ III, związany z pojawianiem się epizodów hipomanii po leczeniu przeciwdepresyjnym.

W badaniu Angsta z 1998 r. [16] rozpowszechnienie w ciągu życia zaburzenia afektywnego typu II wynosiło od 0,5 do 2%. Podobne dane podaje Weissman na podstawie badania ECA (0,5%) [Weissman 1991 za: 13]. W ostatnich latach Angst, Simpson i inni podkreślają, iż zaburzenia dwubiegunowe typu II są niedostatecznie rozpoznawane ze względu na częste nierozpoznanie epizodów hipomaniakalnych [16, 17]. W 2002 r. Angst i Hantouche podali istotnie wyższy wskaźnik ich występowania – 4,8% [Angst i Hantouche 2002 za: 18], podobnie jak w badaniu węgierskim Szadoczkiego i wsp. – 2,0% [19]. Natomiast Wittchen i wsp. stwierdzili znacznie niższe występowanie zaburzenia dwubiegunowego typu II w ciągu życia – 0,4% oraz 1,3% w ciągu roku [20]. Warto podkreślić, że zarówno Szadoczki jak i Wittchen posługiwali się tym samym narzędziem diagnostycznym – *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI).

W trzech badaniach posłużono się na wół strukturalizowanym wywiadem SPIKE, a wskaźnik rozpowszechnienia wszystkich typów zaburzeń afektywnych dwubiegunowych wyniósł 5,5% [21], 7,8% [16] oraz w przedziale 7,2%–10,8% [Angst i Hantouche 2002 za: 18]. Stosując *Schedule for Affective Disorders and Schizo-*

*phrenia – lifetime version*, Heun i Maier podali wskaźnik występowania spektrum zaburzeń dwubiegunowych sięgający 6,5% [22], natomiast posługujący się DIS Lewinsohn i wsp. określili zakres od 1,0% do 5,7% [23]. W badaniu Wittchena i Szadaczki'ego z zastosowaniem CIDI wskaźnik wyniósł odpowiednio 3,4% i 5,1%.

Z badań ostatniej dekady wynika, że rozpowszechnienie w ciągu życia wszystkich form zaburzeń afektywnych dwubiegunowych mieści się w przedziale od 1% do 10,8%, co znaczyłoby, że ta grupa zaburzeń psychicznych jest jedną z najczęstszych, poza zaburzeniami depresyjnymi, w populacji ogólnej.

## ZABURZENIA LĘKOWE

W przypadku lęku panicznego wskaźniki rozpowszechnienia w ciągu życia są podobne, w badaniu ECA przeprowadzonym w USA – 1,6; w Edmonton – 1,2; w Puerto Rico i w Korei – 1,7; w Nowej Zelandii i Florencji – 1,4. Jedynie wyniki badania NCS prowadzone w USA (3,5/100) oraz na Tajwanie (0,13–0,34/100) odbiegają znacznie od średniej [Eaton i wsp. 1994, Anthony i Aboraya 1992 za: 13]. Jeszcze większą rozpiętość stwierdzono w przypadku fobii społecznej, której rozpowszechnienie w ciągu życia sięga 13,3/100 w USA, a na Tajwanie i Korei – 0,4–0,6/100 [13].

Natomiast zdecydowanie wyższe wskaźniki rozpowszechnienia zaburzenia lękowego uogólnionego stwierdzono na Tajwanie (3,7/100 w dużych miastach, ale aż 10,5/100 w małych i 7,8/100 na wsiach) w stosunku do Korei (3,6/100), Florencji (3,9/100) czy Los Angeles ECA (4,1/100). W przypadku tego rozpoznania wyniki badania NCS nie odbiegają od innych (5,1/100) [13].

## INNE ZABURZENIA PSYCHICZNE

Dane dotyczące uzależnienia od alkoholu, substancji psychoaktywnych, zaburzeń osobowości przedstawiono w tabl. 1. Badania nad tymi zaburzeniami należą do trudnych i niewiele spośród publikowanych projektów badawczych jest na tyle uniwersalnych metodologicznie, by umożliwiała porównywanie. Z przeglądu badań nad zaburzeniami osobowości wynika, iż odsetek tych zaburzeń waha się od 5,9% w badaniu Nestadta i wsp. [1993 za: 24] do 17,9% w przypadku Zimmermana i Coryella [25]. Oba badania oparto o kryteria DSM-III, jednak stosowano różny dobór próby, narzędzia oraz metodę badania. W badaniu Nestadt i wsp. [24] psychiatrzy stosowali na wół strukturalizowany wywiad *Standardised Psychiatric Examination* (SPE) wobec subpopulacji wyodrębnionej z badania ECA. Natomiast Zimmerman i Coryell zastosowali *Structured Interview for DSM-III Personality Disorders* (SIDP) badając członków rodzin osób zdrowych i pacjentów z różnymi zaburzeniami psychicznymi, co spowodowało, iż wybrana próba jest specyficzna.

W dużych badaniach populacyjnych osób w wieku 65 lat i powyżej rozpowszechnienie zespołów otępiennych oceniane jest na 5,2% w badaniu Copelanda i wsp. z 1987 r. [26], a 8,0% w badaniu *Canadian Study of Health and Aging* z 1994 r. [27]. Różnice wynikają ze stosowanych kryteriów i metod badawczych oraz doboru próby. Wskaźnik rozpowszechnienia rośnie z wiekiem, podwajając się co 5,1 lat [28]. Większość badań określa rozpowszechnienie choroby Alzheimera w granicach od 3,3% [29] do 5,1% populacji ogólnej osób powyżej 64 roku życia [27]. W polskich badaniach osób powyżej 64 roku życia wskaźnik rozpowszechnienia wynosił 2,3% w populacji wielkomięskiej oraz 3,57% w populacji mieszanej (miejskiej i wiejskiej) [30, 31].

## WSPÓŁWYSTĘPOWANIE ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH

Przy ocenie skali występowania zaburzeń psychicznych w społeczeństwie należy mieć na uwadze zjawisko ich współwystępowania. Odgrywa ono istotną rolę w procesie leczenia oraz wpływa na funkcjonowanie społeczne i zawodowe pacjenta.

Badanie ECA było pierwszym, w którym podjęto się oceny współwystępowania zaburzeń psychicznych w populacji ogólnej [32]. Wyniki ECA wskazały, iż u ponad 54% respondentów występowały co najmniej 2 zaburzenia psychiczne w ciągu trwania życia. Podobnie w badaniu NCS, ponad 56% respondentów miało 2 lub więcej rozpoznań psychiatrycznych w ciągu trwania życia. Przykładem może być doniesienie Regiera i wsp. o częstym współwystępowaniu zaburzenia afektywnego dwubiegunowego I typu z uzależnieniami od substancji (60,7%) [32]. U osób z zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym uzależnienie od substancji jest 6,6-krotnie większe niż w populacji ogólnej, jeszcze wyższy stosunek dotyczy osobowości dyssocjalnej. Współwystępowanie zaburzeń afektywnych dwubiegunowych z zaburzeniami lękowymi szacuje się na 13% w przypadku zaburzenia lękowego uogólnionego, 15% – napadów paniki, 17% – fobii społecznej. Najwyższy odsetek (30%) dotyczy pacjentów z rozpoznaniem zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym i zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym [33].

Międzynarodowe badania wskazują na wzrost wskaźników występowania epizodów dużej depresji w ciągu życia w ostatnich dziesięcioleciach, jakkolwiek nie osiągnięto konsensusu co do wy tłumaczenia tego zjawiska. Natomiast wskaźniki występowania zarówno schizofrenii jak i zaburzeń lękowych w ciągu życia są stabilne w czasie [34].

## POLSKIE BADANIA EPIDEMIOLOGICZNE

W Polsce jak dotychczas nie przeprowadzono pełnego badania rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w populacji ogólnej. Dostępne są wyniki badań

nad występowaniem zaburzeń psychicznych w określonych regionach lub specyficznych populacjach oraz dane statystyczne uzyskane z placówek psychiatrycznych [30, 31, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42].

Jednym z dwóch badań ogólnopolskich zawierających problematykę zaburzeń psychicznych było przeprowadzone przez GUS w kwietniu 1996 r. badanie, którego podstawowym celem było „poznanie stanu zdrowia ludności i jego ochrony w powiązaniu z charakterystyką demograficzno-społeczną osób, sytuacją rodzinną, materialną, zawodową, miejscem zamieszkania, w tym również na obszarach ekologicznego zagrożenia” [43]. Aspekty psychiatryczne obejmowały występowanie złego samopoczucia emocjonalnego [44], nerwicy [45] i zaburzeń snu [46, 47] w populacji mieszkańców Polski w wieku powyżej 15 lat. Na podstawie danych GUS stwierdzono, iż częstość występowania złego samopoczucia emocjonalnego jak i nerwicy była największa na obszarze Polski wschodniej, szczególnie w województwach uważanych za mniej ważne dla gospodarki przemysłowej kraju, w województwach pozbawionych dużych ośrodków przemysłowych, naukowych czy kulturalnych. Jedynie dawne województwo krakowskie w przedstawionych analizach zajmowało wysokie pozycje zarówno ze względu na częstość występowania złego samopoczucia, jak również nerwicy [45]. W 1996 r. złe samopoczucie stwierdzono u 24,7% kobiet i 18,2% mężczyzn. Rozpoznaną przez lekarza nerwicę wymieniło 14,9% kobiet i 7,1% mężczyzn [46]. Na bezsenność cierpiało 23,7% populacji Polski, w tym 28,1% kobiet i 18,1% mężczyzn [46]. Drugim projektem ogólnopolskim, niespełniającym jednak kryterium doboru losowego, było badanie DEP-BI określające częstość występowania zaburzeń o charakterze dwubiegunowym (do 60%) wśród chorych z depresją, leczonych w warunkach ambulatoryjnych w Polsce [48].

Opierając się na danych z roczników statystycznych przygotowywanych przez Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie można stwierdzić wzrost liczby pacjentów z zaburzeniami psychicznymi korzystających z ambulatoryjnej (29%) i całodobowej (16%) opieki placówek psychiatrycznych, w tym pierwszorazowych odpowiednio 38% i 26% [49]. Jedynie pacjenci z rozpoznaniem schizofrenii rzadziej korzystali z leczenia stacjonarnego, prawdopodobnie m.in. w związku z możliwością leczenia w pośrednich formach opieki – oddziałach dziennych. Szczegółowe dane przedstawia tabl. 2.

Tak pozyskane dane epidemiologiczne mają swoje ograniczenia: po pierwsze – nie wszystkie osoby z zaburzeniami psychicznymi trafiają do placówek psychiatrycznej służby zdrowia, po drugie – nie wszystkie placówki psychiatryczne (w tym coraz liczniejsze ośrodki prywatne) przesyłają rzetelnie swoje dane, i wreszcie, po trzecie – niedoskonałości w zasadach finansowania służby zdrowia stwarzają możliwość instytucjonalnego nadużywania płatnika (np. częstsze hospitalizacje, wizyty w poradniach itd.).

Tablica 2. Leczeni w psychiatrycznej opiece zdrowotnej ogółem i po raz pierwszy w 1997 i 2001 r. Wskaźnik na 100 000

Psychiatryczna opieka zdrowotna			1997	2001	Zmiana (%)
Ambulatoryjna	leczeni ogółem	ogółem	1942,7	2743,8	+29%
		schizofrenia	230,2	281,1	+18%
		zaburzenia afektywne	317,5	484,4	+34%
	leczeni po raz pierwszy	ogółem	535,4	859,4	+38%
		schizofrenia	22,0	31,9	+29%
		zaburzenia afektywne	76,1	127,7	+41%
Całodobowa	leczeni ogółem	ogółem	394,5	468,0	+16%
		schizofrenia	82,5	78,7	-4%
		zaburzenia afektywne	41,2	57,1	+28%
	leczeni po raz pierwszy	ogółem	156,0	211,6	+26%
		schizofrenia	12,3	13,8	+8%
		zaburzenia afektywne	17,8	24,3	+15%

## WNIOSKI

Podsumowując, wiedza na temat występowania zaburzeń psychicznych w populacji ogólnej jest coraz lepsza, aczkolwiek zróżnicowanie wyników badań epidemiologicznych w różnych krajach dowodzi, iż nie można ich dowolnie ekstrapolować. Przy ich interpretacji należy zawsze zwrócić uwagę na zastosowaną metodykę, jasno zdefiniowane kryteria zaburzeń, a także dobór badanej grupy.

## PIŚMIENNICTWO

- Eaton WW. Evidence for universality and uniformity of schizophrenia around the world: assessment and application. W: Gattaz WF, Häfner H, red. Search for the causes of schizophrenia. Vol. IV. Balance of the Century. New York: Springer; 1999.
- Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, Anker M, Korten A, Cooper JE, Day R, Bertelsen A. Schizophrenia: Manifestations, incidence and course in different cultures. Cambridge: Cambridge University Press; 1992.
- Von Korff M, Nestadt G, Romanoski A, Anthony J, Eaton W, Merchant A, Chahal R, Kramer M, Folstein M, Gruenberg E. Prevalence of treated and untreated DSM-III schizophrenia. Results of a two-stage community survey. *J Nerv Ment Dis* 1985; 173 (10): 577–81.
- Kendler KS, Gallagher TJ, Abelson JM, Kessler RC. Lifetime prevalence, demographic risk factors, and diagnostic validity of nonaffective psychosis as assessed in a US community sample. The National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53 (11): 1022–31.
- van Os J, Hanssen M, Bijl RV, Vollenbergh W. Prevalence of psychotic disorder and community level of psychotic symptoms: an urban-rural comparison. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 663–8.
- Dohrenwend BP, Levav I, Shrout PE, Schwartz S, Naveh G, Link BG, Skodol AE, Stueve A. Socioeconomic status and psychiatric disorders: the causation-selection issue. *Science* 1992; 255: 151–4.
- Eaton WW. Evidence for universality and uniformity of schizophrenia around the world: assessment and application. W: Gattaz WF, Häfner H, red. Search for the causes of schizophrenia. Vol. IV. Balance of the Century. New York: Springer; 1999.
- Osby U, Hammar N, Brandt L, Wicks S, Thinsz Z, Ekblom A, Sparen P. Time trends in first admissions for schizophrenia and paranoid psychosis in Stockholm County, Sweden. *Schizophr Res* 2001; 47 (2–3): 247–54.
- Joyce PR, Oakley-Browne MA, Wells JE, Bushnell JA, Hornblow AR. Birth cohort trends in major depression: Increasing rates and earlier onset in New Zealand. *J Affect Disord* 1990; 18: 83–90.
- Weissman MM, Leaf PJ, Bruce ML, Florio L. The epidemiology of dysthymia in five communities: rates, risks, comorbidity; and treatment. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 815–9.
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51 (1): 8–19.
- Joyce PR, Oakley-Browne MA, Wells JE, Bushnell JA, Hornblow AR. Birth cohort trends in major depression: Increasing rates and earlier onset in New Zealand. *J Affect Disord* 1990; 18: 83–90.
- Horwath E, Cohen RS, Weissman MM. Epidemiology of depressive and anxiety disorders. W: Tsuang MT, Tohen M, red. Textbook in psychiatric epidemiology. Second edition. New York: Wiley-Liss; 2002.
- Wittchen HU, Essau CA, von Zerssen D, Krieg JC, Zaudig M. Life-time and six-month prevalence of mental disorders in the Munich Follow-up Study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1992; 241: 247–9.
- Weissman MM, Mayers JK. Affective disorders in a U.S. urban community: The use of Research Diagnostic Criteria in an epidemiological survey. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 35: 1304–11.
- Angst J. The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *J Affect Disord* 1998; 50: 143–51.
- Simpson SG, Folstein SE, Meyers DA, McMahon FJ, Brusco DM, DePaulo JR. Bipolar II: The most common bipolar phenotype? *Am J Psychiatry* 1993; 150: 901–3.
- Tohen M, Angst J. Epidemiology of bipolar disorder. W: Tsuang MT, Tohen M, red. Textbook in psychiatric epidemiology. Second edition. New York: Wiley-Liss; 2002.
- Szadoczky E, Papp ZS, Vitrai J, Rihmer Z, Furedi J. The prevalence of major depressive and bipolar disorders in Hungary: Results from a national epidemiologic survey. *J Affect Disord* 1998; 50: 153–62.

20. Wittchen HU, Nelson CB, Lachner G. Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychol Med* 1998; 38: 109–26.
21. Angst J. Epidemiology of the bipolar spectrum. *Encephale* 1995; 6: 37–42.
22. Heun R, Maier W. The distinction of bipolar II disorder from bipolar I and recurrent unipolar depression: results of a controlled family study. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 87: 279–84.
23. Lewinsohn PM, Klein DN, Seeley JR. Bipolar disorders in a community sample of older adolescents: prevalence, phenomenology, comorbidity and course. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 454–63.
24. Lyons MJ, Jerskey BA. Personality disorders: epidemiological findings, methods, and concepts. W: Tsuang MT, Tohen M, red. *Textbook in psychiatric epidemiology*. Second edition. New York: Wiley-Liss; 2002: 563–600.
25. Zimmerman M, Coryell W. DSM-III personality disorder diagnoses in a nonpatient sample. Demographic correlates and comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46 (8): 682–9.
26. Copeland JR, Dewey ME, Wood N, Searle R, Davidson IA, McWilliam C. Range of mental illness among the elderly in the community. Prevalence in Liverpool using the GMS-AGECAT package. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 815–23.
27. Canadian Study of Health and Aging Working Group. Canadian study of health and aging: study methods and prevalence of dementia. *Can Med Assoc J* 1994; 150: 899–913.
28. Jorm AF, Korten AE, Henderson AS. The prevalence of dementia: a quantitative integration of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 1987; 76 (5): 465–79.
29. Copeland JR, Davidson IA, Dewey ME, Gilmore C, Larkin BA, McWilliam C, Saunders PA, Scott A, Sharma V, Sullivan C. Alzheimer's disease, other dementias, depression and pseudodementia: prevalence, incidence and three-year outcome in Liverpool. *Br J Psychiatry* 1992; 161: 230–9.
30. Gabryelewicz T. Rozpowszechnienie zespołów otępiennych wśród mieszkańców warszawskiej dzielnicy Mokotów w wieku 65–84 lat. *Psychiatr Pol* 1999; 3: 353–66.
31. Rossa G. Rozpowszechnienie otępienia typu Alzheimera i otępienia naczyniowego na terenie miasta i gminy Świebodzin. *Psychiatr Pol* 1997; 31: 121–34.
32. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 1990; 264 (19): 2511–8.
33. Cosoff SJ, Hafner RJ. The prevalence of comorbid anxiety in schizophrenia, schizoaffective disorder and bipolar disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 1998; 32 (1): 67–72.
34. Tsuang MT, Tohen M, red. *Textbook in Psychiatric Epidemiology*. Second edition. New York: Wiley-Liss; 2002.
35. Dziduszko T. Rozpowszechnienie punktowe ujawnionych zaburzeń psychicznych w Poznaniu. *Biul Inst Psychiat Neurol* 1989; (3/4): 131–46.
36. Dziduszko T. Relacje między ujawnioną zapadalnością, rozpowszechnieniem punktowym i okresowym w zaburzeniach psychicznych. *Biul Inst Psychiat Neurol* 1989; (3/4): 147–79.
37. Dziduszko T. Rozmiary hospitalizacji psychiatrycznej mieszkańców Mokotowa w latach 1982–1985. *Przeegl Epidemiol* 1990; 44 (3): 223–30.
38. Gmitrowicz A, Dietrich-Muszalska A, Gaszyńska S. Współwystępowanie używania substancji psychoaktywnych i zaburzeń psychicznych u młodzieży. *Post Psychiatr Neurol* 2001; 10 (4): 353–8.
39. Gorczyca PW, Kapinos-Gorczyca A. Zaburzenia psychiczne wśród konsultowanych dzieci w oddziałach szpitala wielospecjalistycznego. *Psychiatr Psychol Klin Dzieci i Młodz* 2001; 1 (3): 244–51.
40. Langiewicz W, Dziduszko T. Analiza pierwszych w życiu kontaktów z leczeniem psychiatrycznym. Poznań, 1980–1985. *Zdrowie Publ* 1990; 101 (10): 560–6.
41. Pecyna MB. Zróżnicowanie przestrzenne sytuacji zdrowotnej subpopulacji w wieku 60 lat i więcej m. st. Warszawy i jej uwarunkowania w latach 1980–1989. *Zdrowie Publ* 1992; 103 (12), 655–60.
42. Płotka A, Kownacka S. Zaburzenia psychiczne wśród studentów a promocja zdrowia psychicznego. *Sztuka Leczenia* 2001; 7 (2): 77–82.
43. Iwanek A, Kuciarska-Ciesielska M, Obuchowska R, Waligórska M, Zajenkowska-Kozłowska M. Stan zdrowia ludności Polski. Warszawa: Zakład Wydawnictw Statystycznych; 1997.
44. Kiejna A, Wojtyniak B, Rymaszewska J, Trypka E. The characteristics of minor psychiatric morbidity in Poland. *Arch Psychiatr Psychother* 2001; 4: 31–43.
45. Kiejna A, Wojtyniak B, Trypka E, Stokwiszewski J, Łupiński P. Ocena rozpowszechnienia złego samopoczucia emocjonalnego i nerwicy w Polsce w roku 1996. *Psychiatr Pol* 2000; 6: 903–18.
46. Kiejna A, Wojtyniak B, Rymaszewska J, Stokwiszewski J. Prevalence of insomnia in Poland – results of the National Health Interview Survey. *Acta Neuropsychiatr* 2003; 15: 68–73.
47. Kiejna A, Rymaszewska J, Wojtyniak B, Stokwiszewski J. Characteristics of sleep disturbances in Poland – results of National Health Interview Survey. *Acta Neuropsychiatr* 2004; 16: 124–9.
48. Rybakowski JK, Suwalska A, Łojko D, Rymaszewska J, Kiejna A. Bipolar mood disorder among Polish psychiatric outpatients treated for major depression. *J Affect Disord* 2005; 84: 141–7.
49. Pietrzykowska B, Boguszewska L, Karolak H, Szirkowicz W, Skiba K, red. *Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik Statystyczny 2001*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia; 2002.

*Adres: Dr Joanna Rymaszewska, Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej,  
Wybrzeże L. Pasteura 10, 50-367 Wrocław, tel. (71) 7841565, e-mail: ankarym@psych.am.wroc.pl*