

Agnieszka Mościcka  
 Zofia Makowska  
 Dorota Merecz  
 Wojciech Kolasa

## STAN ZDROWIA PSYCHICZNEGO OSÓB PRACUJĄCYCH – WYNIKI UZYSKANE NA PODSTAWIE BADAŃ MONACHIJSKĄ WERSJĄ ZŁOŻONEGO MIĘDZYNARODOWEGO KWESTIONARIUSZA DIAGNOSTYCZNEGO (M-CIDI) \*

MENTAL HEALTH STATUS IN WORKERS: THE RESULTS BASED ON THE MUNICH VERSION OF THE INTERNATIONAL COMPOSITE DIAGNOSTIC INTERVIEW (M-CIDI)

Z Zakładu Psychologii Pracy  
 Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi  
 Kierownik zakładu: dr hab. B. Dudek

**STRESZCZENIE** Pierwszym celem badań była ocena rozpowszechnienia zaburzeń zdrowia psychicznego w populacji pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej. Drugim celem badań było sprawdzenie walorów użytkowych Monachijskiej wersji Złożonego Międzynarodowego Kwestionariusza Diagnostycznego (M-CIDI).

Badana grupa składała się ze 170 pacjentów lekarzy pierwszego kontaktu. Do badania stanu psychicznego pacjentów zastosowano wywiad komputerowy M-CIDI.

Wśród ponad połowy osób stwierdzono przynajmniej jeden rodzaj zaburzeń psychicznych (51,8%). Najczęściej występującymi zaburzeniami były: zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną (32,9%), zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania związane z używaniem substancji psychoaktywnych (26,5%, przy czym 11,8% stanowiło uzależnienie od nikotyny) oraz zaburzenia nastroju (16,5%). U co drugiej osoby u której postawiono diagnozę psychiatryczną stwierdzano dwa lub więcej współwystępujące zaburzenia psychiczne.

Wywiad M-CIDI został oceniony jako ekonomiczne i łatwe w zastosowaniu a równocześnie wiarygodne i miarodajne narzędzie badawcze, umożliwiające przeprowadzanie badań nawet osobom bez specjalistycznego wykształcenia medycznego. Program komputerowy okazał się mieć wiele zalet praktycznych, takich jak np. łatwość obsługi, szybkość obliczania wyników czy uproszczony dostęp do bazy, gdzie przechowywane są dotychczasowe diagnozy. Med. Pr. 2001; 52; 5; 329–336

**SŁOWA KLUCZOWE:** zaburzenia psychiczne, metody diagnostyczne, M-CIDI, pacjent podstawowej opieki zdrowotnej

**ABSTRACT** The present study was undertaken with two objectives. First, to assess the prevalence of mental health disorders among primary health patients. All the subjects under study (n = 170) had at least part time job. The mental health status of the patients was assessed on the basis of standardized psychiatric interview, M-CIDI (computer version). More than a half of the study population (51.8%) had at least one diagnosis of mental health disorder. The following disorders were most common in the group: neurotic, stress-related and somatoform disorders (32.9%), mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use (26.5; 11.8% – nicotine dependence) and mood (affective) disorders (16.5%). Two or more mental health disorders were diagnosed in every second person. Second, to evaluate the usefulness of M-CIDI as a tool for assessing psychiatric problems. Taking into account the research experience, M-CIDI is a valuable and easy to use diagnostic tool for detecting mental health disorders. The most important advantage of this instrument relies on its standardization that allows to carry out examinations even by persons who have no knowledge of psychiatry. The computer version of the M-CIDI is little time-consuming, simple and easy to operate as compared to the paper-pencil version. It also has a quick access to the data base with the stored information about patients and their diagnoses. Med Pr 2001; 52; 5; 329–336

**KEY WORDS:** mental disorders, diagnostic methods, M-CIDI, primary health care patients

## WSTĘP

Postępujący rozwój cywilizacyjny i narastające problemy życia codziennego sprawiły, że problematyka ochrony zdrowia psychicznego stała się jedną z głównych dziedzin zainteresowania świata nauki. W ostatnich latach badacze docenili wpływ zdrowia psychicznego na funkcjonowanie zarówno jednostki, jak i całych społeczeństw. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) ze względu na rozmiar, rozpowszechnienie oraz konsekwencje zaburzeń w sferze zdrowia psychicznego przyjęła jego ochronę jako priorytetowe zadanie i uczyniła je głównym tematem tegorocznego raportu dotyczącego zdrowia na świecie (World Health Report 2001) oraz Światowego Dnia Zdrowia (World Health Day 2001) (1). Dane uzyskiwa-

ne w badaniach epidemiologicznych wskazują, że zaburzenia zdrowia psychicznego stanowią co drugą przyczynę czasowej lub trwałej niezdolności do pracy lub szeroko rozumianej dysfunkcji społecznej (tj. niezdolności do pełnienia wyznaczonej roli społecznej) (1). Brytyjskie Ministerstwo Zdrowia oszacowało, że 15–30% populacji osób pracujących doświadcza różnego rodzaju problemów w zakresie zdrowia psychicznego, Agenda ds. Zdrowia Psychicznego Unii Europejskiej wskazała, że problemy te dotyczą 20% populacji pracującej państw członkowskich. Szacunki amerykańskie mówią o 40 milionach Amerykanów cierpiących z tytułu różnego rodzaju zaburzeń zdrowia psychicznego, z czego u 4–5 milionów stwierdza się poważną chorobę psychiczną (1). W skali jednostkowych kosztów zaburzeń psychicznych bezsporny jest ich negatywny i destrukcyjny wpływ na jakość życia i funkcjo-

\*Praca wykonana w ramach zadania finansowanego z dotacji na działalność statutową nr IMP 21.2 pt. „Weryfikacja przydatności kwestionariuszy GHQ-12 i GHQ-28 do oceny stanu psychicznego osób pracujących”. Kierownik zadania: dr Z. Makowska.

nowanie człowieka. W szerszej skali zaburzenia psychiczne i związane z nimi zjawiska również generują poważne koszty i to zarówno w sferze ekonomicznej jak i społecznej (np. wpływają na funkcjonowanie w rodzinie i w miejscu pracy, wymagają zwiększania nakładów na opiekę zdrowotną). Przedstawione powyżej dane świadczą o znaczącej skali problemu i konieczności prowadzenia pogłębionych badań, dotyczących rozpowszechnienia chorób psychicznych w populacji generalnej. Z tego też względu jednym z celów przedstawianych badań uczyniono ocenę rozpowszechnienia zaburzeń zdrowia psychicznego w populacji dorosłych osób pracujących w Polsce.

W związku z intensywnym rozwojem na świecie badań epidemiologicznych powstają coraz doskonalsze i coraz bardziej użyteczne metody służące do diagnostyki zaburzeń psychicznych. Jednym z najnowszych narzędzi diagnostycznych jest Złożony Międzynarodowy Kwestionariusz Diagnostyczny (Composite International Diagnostic Interview – CIDI). Prace nad powstaniem CIDI zainicjował w 1979 roku Departament Zdrowia Psychicznego, Światowa Organizacja Zdrowia i Amerykański Zarząd do Spraw Zdrowia Psychicznego oraz Problemów Nadużywania Alkoholu i Leków (ADAMHA) w ramach projektu, którego celem było stworzenie podstaw diagnostyki i klasyfikacji chorób psychicznych (2,3,4). Kwestionariusz ten został przeznaczony do badań epidemiologicznych typu międzykulturowego oraz porównawczych, dotyczących psychopatologii (4). Spektrum jego zastosowania jest bardzo szerokie, ponieważ pozwala on nie tylko na ocenę występowania zaburzeń psychicznych w badanej populacji, ale również na ocenę indywidualnego funkcjonowania jednostki - w tym na charakterystykę współwystępowania u niej różnych zaburzeń w poszczególnych okresach życia (2). CIDI wywodzi się z dwóch najczęściej stosowanych w badaniach epidemiologicznych narzędzi: DIS (Diagnostic Interview Schedule) oraz PSE (Present Examination Scale) i jest oparty na kryteriach DSM-IV i ICD-10 (3,4,5). O jego użyteczności świadczą wysokie wskaźniki trafności i rzetelności potwierdzone w światowych badaniach. Jak podaje Wittchen (1994), w większości z nich trafność diagnostyczną CIDI oceniono jako doskonałą, a rzetelność mierzona metodą „test-retest” jako dobrą (3). Ponadto dużą zaletą CIDI jest to, że może on być stosowany nie tylko przez klinicystów, ale również przez osoby bez specjalistycznego wykształcenia medycznego, pod warunkiem przejścia przez nie odpowiedniego szkolenia. Podstawowa wersja tego kwestionariusza posiada obecnie kilka modyfikacji, które powstawały podczas adaptacji kulturowych. Jedną z nich jest wersja Monachijska (M-CIDI), w której wprowadzono zmiany m.in. w zakresie pytań sondażowych (oceniających funkcje poznawcze i zakłócenia funkcjonowania) i w sposobie odpowiadania na pytania (dołączono tzw. broszurę respondenta, która ułatwia i uściśla odpowiedzi) (4). Własności psychometryczne M-CIDI zostały ocenione również jako satysfakcjonujące. Rzetelność mierzona metodą „test-retest” została określona dla wszystkich sekcji ogólnie jako dobra (od zado-

walającej – kappa 0,45, do bardzo dobrej – kappa powyżej 0,72) (6). W badaniach uwzględniających tylko sekcję dotyczącą używania substancji psychoaktywnych uzyskano jeszcze wyższe współczynniki kappa (od 0,55 do 0,83) (7). MCIDI dostępny jest w dwóch wariantach: pierwszy zawiera pytania dotyczące objawów występujących na przestrzeni całego życia, drugi objawów, które pojawiły się w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Każdy z nich może być ponadto prezentowany w formie papierowej lub komputerowej.

Z uwagi na to, że kwestionariusze z grupy CIDI stają się (głównie dzięki odpowiednim parametrom psychometrycznym) coraz bardziej popularne na świecie jako narzędzia diagnostyczne, postanowiono wykorzystać je również w badaniach prowadzonych przez autorów pracy i sprawdzić jakimi walorami użytkowymi charakteryzuje się polska wersja komputerowa Monachijskiej modyfikacji Złożonego Międzynarodowego Kwestionariusza Diagnostycznego (Munich Composite International Diagnostic Interview – M-CIDI).

## ZBIOROWOŚĆ BADANA

Badania prowadzono od czerwca do grudnia 2000 r. w rejonowych i przykładowych poradniach lekarskich na terenie miasta Łodzi, wśród pacjentów lekarzy ogólnych i przy współpracy z lekarzami. Badaniami objęto dorosłe osoby pracujące, które zgłosiły się do lekarza i nie występowały u nich aktualnie ostre dolegliwości bólowe lub stany gorączkowe. Dobór osób do badania M-CIDI był losowy i zależał od zgody badanych oraz ilości czasu jakim dysponowali. Wywiad zajmował od 20 minut do 1,5 godziny, w zależności od ilości i nasilenia objawów patologicznych. Wszyscy badani byli zapewnieni o anonimowości i dobrowolności badania, ponadto poinformowano każdego z nich o możliwości zrezygnowania z dalszego uczestnictwa w badaniu bez podawania przyczyny.

Do wywiadu M-CIDI przystąpiły 173 osoby, z czego 170 wypełniło wszystkie sekcje do końca, zaś 3 osoby przerwały wywiad w trakcie jego trwania (dalsza analiza dotyczy zatem tylko grupy 170 osób). Wiek respondentów mieścił się w granicach 19–64 lat, ze średnią wynoszącą 41,3 i odchyleniem standardowym 10,9. Wśród badanych było 99 kobiet (58,2% badanych) i 71 mężczyzn (41,8% badanych). Grupa była zróżnicowana pod względem wykształcenia: najwięcej osób miało wykształcenie średnie (51,2%), następnie wykształcenie wyższe (24,1%), zawodowe (21,2%) i podstawowe (3,5%).

## METODA

Kwestionariusz M-CIDI ma budowę modułową – składa się z 16 części (sekcji), które można ze sobą dowolnie łączyć i zestawiać. W pierwszej z nich (sekcji A) dokonuje się charakterystyki demograficznej respondenta. W następnych dwunastu znajdują się pytania, dotyczące konkretnych zaburzeń psychicznych, pogrupowane w następujące moduły:

B Zaburzenia związane z używaniem tytoniu

C Zaburzenia somatyzacji (somatoformiczne) i dysocjacyjne  
 D Fobie i inne zaburzenia lękowe  
 E Zaburzenia depresyjne i dystymiczne  
 F Mania i zaburzenia afektywne dwubiegunowe  
 G Schizofrenia i inne zaburzenia psychotyczne  
 H Zaburzenia związane z odżywianiem  
 I Zaburzenia wynikające z nadużywania alkoholu  
 K Zaburzenia obsesyjno - kompulsywne  
 L Zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych

M Otepienie/demencja, zaburzenia pamięci i inne zaburzenia poznawcze

N Zespół stresu pourazowego

Przy niektórych pytaniach dotyczących objawów pojawiają się dodatkowe tzw. pytania sondażowe (ang. probe question - PRB), które pozwalają na różnicowanie zaburzeń o charakterze psychiatrycznym od zaburzeń wywołanych zmianami somatycznymi, urazami, działaniem leków lub alkoholu. Ponadto pozwalają one stwierdzić, czy objaw jest istotny klinicznie pod względem nasilenia i częstości występowania (8). W kolejnej części (Q) zawarte są pytania podsumowujące, dotyczące m. in. korzystania ze specjalistycznej opieki medycznej przez respondenta oraz wpływu zaburzeń na jego funkcjonowanie w różnych dziedzinach życia. Dwie ostatnie części (P i X) obejmują obserwacje ankietera (np. co do wyglądu, nawiązywania kontaktu czy sposobu wypowiedania się osoby badanej) oraz ogólne informacje na temat wywiadu.

Dla potrzeb badań autorzy pracy wybrali wersję komputerową M-CIDI.

Polską wersję tego wywiadu przygotował zespół Wrocławskiej Akademii Medycznej pod kierownictwem prof. dra med. Andrzeja Kiejny. Ośrodek ten przeprowadził dla autorów niniejszej pracy, zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia specjalne szkolenie, dotyczące warunków stosowania kwestionariusza oraz obsługi programu komputerowego.

## ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ

Wszystkie zaburzenia zdiagnozowane w M-CIDI zostały zakodowane i pogrupowane w sześć kategorii zgodnie z odpowiadającymi im oznaczeniami ICD-10 (9):

- 1) organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi,
- 2) zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych,
- 3) schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii i urojeniowe,
- 4) zaburzenia nastroju,
- 5) zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną,
- 6) zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi.

Analizie poddano tylko te zaburzenia, które występowały aktualnie (których początek zawierał się w okresie ostatnich

**Tabela I.** Współwystępowanie zaburzeń w grupie osób z rozpoznaniem psychiatrycznym (n = 88)

**Table I.** Comorbidity of mental health disorders in the group of respondents (n = 88)

Liczba zaburzeń psychicznych No. of diagnoses	Liczba osób No. of respondents	Procent osób Percentage of respondents
Jedno zaburzenie One diagnosis	41	46,6
Dwa zaburzenia Two diagnoses	28	31,8
Trzy zaburzenia Three diagnoses	14	15,9
Cztery zaburzenia Four diagnoses	1	1,1
Pięć zaburzeń Five diagnoses	4	4,6
Ogółem Total	88	100

sześciu miesięcy), a pominięto te z dalszej przeszłości pacjenta.

Uzyskane wyniki pozwoliły na scharakteryzowanie grupy pod kątem zróżnicowania i częstotliwości występowania zaburzeń psychicznych oraz na określenie współwystępowania różnych zespołów psychopatologicznych.

W badanej populacji zaburzenia psychiczne zdiagnozowano u 88 osób, czyli u ponad połowy wszystkich badanych – 51,8%. W tej grupie 46,6% stanowiły osoby u których zdiagnozowano tylko jedno zaburzenie. Osoby z dwoma współwystępującymi zaburzeniami stanowiły 31,8%, a 15,9% osoby z trzema zaburzeniami. Stwierdzono również pojedyncze przypadki osób z większą niż trzy liczbą współwystępujących zaburzeń (dokładne dane przedstawione są w tabeli I).

Wśród badanych najwięcej osób ujawniało zaburzenia zaliczane do piątej kategorii, czyli zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną – zdiagnozowano je u 32,9% wszystkich badanych. Drugą pod względem liczebności grupą zaburzeń były zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych (kategoria druga) – wystąpiły one u 26,5% wszystkich badanych. Trzecią znaczącą grupą były zaburzenia nastroju (kategoria czwarta) – ujawniło je 16,5% badanych. Pozostałe kategorie (pierwszą i szóstą) reprezentowały pojedyncze przypadki, stanowiące po 0,6% ogółu badanych. Szczegółową charakterystykę prezentuje tabela II.

Analizując rozkład przypadków w poszczególnych kategoriach należy pamiętać, że u ponad połowy osób z rozpoznaniem psychiatrycznym występowało więcej niż jedno zaburzenie i w związku z tym często jedna i ta sama osoba była kwalifikowana do kilku kategorii równocześnie.

Najczęściej występującymi zaburzeniami z najliczniej reprezentowanej kategorii piątej (zaburzeń nerwicowych) były zaburzenia lękowe w postaci fobii specyficznych

Tabela II. Częstość występowania poszczególnych kategorii zaburzeń według kategorii ICD-10 (n = 170)  
Table II. Prevalence of mental health disorders in the ICD-10 categories (n = 170)

Nr kategorii No. of category	Kategorie Categories	Liczba osób No. of respondents	Procent osób Percentage of respondents
1	Organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi Organic, including symptomatic, mental disorders	1	0,6
2	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych Mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use	45	26,5
3	Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii i urojeniowe Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders	0	0
4	Zaburzenia nastroju Mood (affective) disorders	28	16,5
5	Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną Neurotic, stress-related and somatoform disorders	56	32,9
6	Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi Behavioral syndromes associated with physiological disturbances and physical factors	1	0,6

- wystąpiły one u 15,9% ogółu badanych oraz uporczywe bóle psychogenne - zgłaszane przez taki sam odsetek osób. Zdiagnozowano również kilka przypadków zaburzeń lękowych uogólnionych (4,9%) oraz agorafobii (4,3%). Fobie specyficzne najczęściej współwystępowały z uporczywymi bólami psychogennymi (w 33,3% przypadków, u których stwierdzono te zaburzenia), co piąty przypadek fobii współwystępował z uzależnieniem od nikotyny (22,2%) i również co piąty z dystymią. Bóle psychogenne w 40,7%

przypadków współwystępowały z uzależnieniem od tytoniu. Również zaburzenia lękowe uogólnione (w 50% przypadków) i agorafobia (57% przypadków) współwystępowały z uzależnieniem od nikotyny. Dokładny rozkład występowania poszczególnych zaburzeń z tej grupy zaprezentowano w tabeli III.

Większość zaburzeń z kategorii drugiej - kolejnej ze względu na licznosc występowania zaburzeń, stanowiło uzależnienie od tytoniu. Stwierdzono je u 25,4% ogółu badanych,

Tabela III. Charakterystyka występowania zaburzeń należących do kategorii zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną  
Table III. Specific diagnoses in the category of neurotic, stress-related and somatoform disorders

Rodzaj zaburzenia Specific diagnosis	Kod ICD-10 Code ICD-10	Liczba diagnoz No. of diagnoses	Procent ogółu badanych (n = 170) Percentage of total sample
Agorafobia Agoraphobia	40.0	7	4,3
Fobia społeczna Social phobia	40.1	3	1,8
Specyficzne postaci fobii Specific (isolated) phobias	40.2	27	15,9
Zaburzenia lękowe w postaci fobii BNO Other phobic anxiety disorders	40.9	3	1,8
Lęk paniczny Panic disorder	41.0	2	1,2
Zaburzenia lękowe uogólnione Generalized anxiety disorder	41.1	8	4,9
Zespół zaburzeń po stresie urazowym Post-traumatic stress disorder	43.1	1	0,6
Amnezja dysocjacyjna Dissociative amnesia	44.0	1	0,6
Zaburzenia hipochondryczne Hypochondriacal disorder	45.2	1	0,6
Uporczywe bóle psychogenne Persistent somatoform pain disorder	45.4	27	15,9
Ogółem Total		80	

**Tabela IV.** Charakterystyka występowania zaburzeń należących do kategorii zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych

**Table IV.** Specific diagnoses in the category of mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use

Rodzaj zaburzenia Specific diagnosis	Kod ICD-10 Code ICD-10	Liczba diagnoz No. of diagnoses	Procent ogółu badanych (n = 170) Percentage of total sample
Alkohol - używanie szkodliwe Alcohol - harmful use	10.1	3	1,8
Alkohol - zespół uzależnienia Alcohol - dependence syndrome	10.2	2	1,2
Uzależnienie od nikotyny Nicotine dependence	17.2	43	25,4
Ogółem Total		48	

z czego u 11,8% było to jedyne rozpoznanie (dokładne dane zawiera tabela IV). Uzależnieniu od tytoniu towarzyszyły często (w 53,5% przypadków) inne zaburzenia, w tym zaburzenia nerwicowe: co czwarta osoba uzależniona skarżyła się na bóle psychogenne (25,6%), u 14,0% pojawiały się fobie specyficzne, u 9,3% występowała agorafobia i u takiej samej liczby osób - zaburzenia lękowe uogólnione. U 4,8% uzależnionych od tytoniu zdiagnozowano także szkodliwe używanie alkoholu, a u 2,4% - uzależnienie od alkoholu.

W kategorii zaburzeń nastroju (kategoria czwarta) większość przypadków stanowiła dystymia (7,0% ogółu badanych). Nieco rzadziej występowały zaburzenia depresyjne nawracające, obecnie epizod depresji umiarkowany (3,5%) i zaburzenia afektywne dwubiegunowe, obecnie epizod maniakałny (2,9%) (tabela V). Zaburzenia te najczęściej występowały ze specyficznymi postaciami fobii: 67%

przypadków zaburzeń depresyjnych nawracających, 50% przypadków dystymii oraz 40% zaburzeń afektywnych dwubiegunowych.

Odnotowano tylko jedno rozpoznanie zaliczane do kategorii organicznych zaburzeń psychicznych - były to organiczne zaburzenia nastroju, współwystępujące z uporczywymi bólami psychogennymi. Ponadto zdiagnozowano również jeden przypadek zaliczany do kategorii zespołów behawioralnych, związanych z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi - w postaci żarłoczości psychicznej (*bulimia nervosa*), która współwystępowała ze szkodliwym używaniem alkoholu, uzależnieniem od nikotyny, zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi (obecnie epizodem maniakałnym) oraz zaburzeniami lękowymi uogólnionymi.

Struktura grupy ze zdiagnozowanymi zaburzeniami psychicznymi nie różniła się pod względem wieku i wykształce-

**Tabela V.** Charakterystyka występowania zaburzeń należących do kategorii zaburzeń nastroju

**Table V.** Specific diagnoses in the category of mood disorders

Rodzaj zaburzenia Specific diagnosis	Kod ICD-10 Code ICD-10	Liczba diagnoz No. of diagnoses	Procent ogółu badanych (n = 170) Percentage of total sample
Zaburzenia afektywne dwubiegunowe, obecnie epizod maniakałny bez objawów psychotycznych Bipolar affective disorder, current episode manic without psychotic symptoms	31.1	5	2,9
Epizod depresji łagodny Mild depressive episode	32.0	2	1,2
Epizod depresji ciężki bez objawów psychotycznych Severe depressive episode without psychotic symptoms	32.2	3	1,8
Zaburzenia depresyjne nawracające, obecnie epizod depresyjny łagodny Recurrent depressive disorder, current episode mild	33.0	3	1,8
Zaburzenia depresyjne nawracające, obecnie epizod depresyjny umiarkowany Recurrent depressive disorder, current episode moderate	33.1	6	3,5
Zaburzenia depresyjne nawracające, obecnie epizod depresji ciężkiej bez objawów psychotycznych Recurrent depressive disorder, current episode severe without psychotic symptoms	33.2	2	1,2
Dystymia Dysthymia	34.1	12	7,1
Ogółem Total		33	

**Tabela VI.** Podstawowe charakterystyki grupy w której zdiagnozowano zaburzenia zdrowia psychicznego (n = 88) i grupy bez diagnozy psychiatrycznej (n = 82)  
**Table VI.** Comparison of demographic characteristics of respondents with (n = 88) and without (n = 82) mental health disorders

Charakterystyka grupy Characteristics of group		Liczba i procent osób ze zdiagnozowanym zaburzeniem (n = 88) No. and percentage of respondents with mental health disorder		Liczba i procent osób bez zaburzeń (n = 82) No. and percentage of respondents without mental health disorder	
Płeć Gender	Kobiety Women	56 63,6		43 52,4	
	Mężczyźni Men	32 36,4		34 47,6	
Wiek Age	≤25	6 6,8		15 13,4	
	26-35	16 18,2		13 19,4	
	36-45	27 30,7		21 31,3	
	46-55	32 36,4		31 46,3	
	≥56	7 7,9		2 3,0	
	Wykształcenie Education	Podstawowe Primary	5 5,7		1 0,9
	Zawodowe Technical	16 18,2		20 17,9	
	Średnie Secondary	48 54,5		39 34,8	
	Wyższe University	19 21,6		22 19,6	

nia od struktury całej badanej populacji. Średni wiek w tej grupie wynosił 42,8 z odchyleniem standardowym 10,4. Najwięcej osób, podobnie jak wśród pozostałej części grupy, legitymowało się wykształceniem średnim (54,5%). Jedyna różnica pojawiła się w zakresie płci, bowiem w grupie przypadków odnotowano prawie o 30% więcej kobiet niż mężczyzn. Dokładną charakterystykę tej grupy przedstawia tabela VI.

## OMÓWIENIE

Przedstawione powyżej dane świadczą o dużym rozpowszechnieniu problemów związanych ze zdrowiem psychicznym w badanej populacji. Oceniono bowiem, że ponad połowa respondentów (51,8%) cierpi na jakiś rodzaj zaburzeń psychicznych. Wyniki te są wyższe niż uzyskane w badaniach światowych – w Netherland Mental Health Survey and Incidence Study (Holandia) oceniono to rozpowszechnienie na 23,5% (10) a w National Comorbidity Survey (USA) na 29,5% (11). Jedną z przyczyn takiej rozbieżności może być specyfika wybranej próby badawczej. Składała się ona z osób zgłaszających się do lekarza pierwszego kontaktu, a jak potwierdzają to badania innych autorów, wśród osób korzystających z usług lekarzy ogólnych liczba chorych z zaburzeniami psychicznymi jest znacznie wyższa niż w populacji generalnej i może wynosić od 20 aż do 50 procent (12). Ponadto w badaniach zakwalifikowano do grupy przypadków psy-

chiatrycznych osoby u których jedyną diagnozą były zaburzenia związane z używaniem tytoniu, a większość światowych badań epidemiologicznych nie wyszczególnia uzależnienia od nikotyny jako zaburzenia psychicznego (10,11,13,14). Uprawnione zatem wydaje się dokonanie dodatkowej oceny rozpowszechnienia zaburzeń zdrowia psychicznego, po wyeliminowaniu badanych u których jedyną diagnozą było uzależnienie od nikotyny (stanowili oni 11,8% wszystkich respondentów). Gdy spełni się ten warunek uzyska się rozpowszechnienie na poziomie 40%. Wynik ten jest zgodny z rezultatami innych badań prowadzonych w populacji pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej. W badaniach z zakresu projektu PRIME-MD (USA) (14), z udziałem 1000 pacjentów lekarza pierwszego kontaktu oceniono ogólne rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych na 39%, w badaniach Fifera i wsp. (USA) (15), w których brało udział 6307 pacjentów (w drugim etapie 647) rozpowszechnienie to oceniono na 33%. W zakresie poszczególnych diagnoz rezultaty prowadzonych prac są także zgodne z wynikami uzyskanymi przez innych badaczy. W przeprowadzonych badaniach specyficzne postaci fobii rozpoznano u 15,9% respondentów, w badaniach Fifera i wsp. (15) u 15% respondentów, biorących udział w drugim etapie badań. Zaburzenia lęku uogólnionego zdiagnozowano u 4,9% badanych, w badaniach PRIME-MD (14) było to 7%, a u Fifera i wsp. (15) 9% badanych. Rezultaty uzyskane przez autorów pracy są także zbliżone do wyników badań międzykulturowych prowadzonych pod auspicją

mi WHO, w których brało udział 25 916 (w drugim etapie 5447) pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej, a diagnoza zaburzeń dokonywana była na podstawie wywiadu CIDI (16). W badaniach tych oceniono rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych na 10,5%, a zaburzeń lękowych uogólnionych na 7,9%. W badaniach wykonanych przez pracowników Zakładu Psychologii Pracy oceniono to rozpowszechnienie na odpowiednio 9,5% i 4,9%.

Wyniki prac analizowane z perspektywy bardziej ogólnych kategorii zaburzeń wskazują, że najczęściej występującymi problemami ze zdrowiem psychicznym są zaburzenia nerwicowe i lękowe, następnie zaburzenia nastroju oraz zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych. Najrzadziej natomiast pojawiają się zaburzenia organiczne, zaburzenia behawioralne oraz zaburzenia psychotyczne. Rezultaty te są zgodne z określonymi na podstawie badań światowych ogólnymi tendencjami rozpowszechnienia poszczególnych psychiatrycznych jednostek chorobowych w populacji generalnej. W badaniach Netherland Mental Health Survey and Incidence Study, w których brało udział 7147 osób w wieku 18–64 lat, a narzędziem diagnostycznym był m. in. kwestionariusz CIDI, u największej liczby osób zdiagnozowano zaburzenia nerwicowe i lękowe – 12,4% badanych, następnie zaburzenia nastroju – 7,6% oraz zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych – 8,2% badanych (10). Podobnie w National Comorbidity Survey (8098 osób w wieku 15–54 lat, z zastosowaniem CIDI) oceniono rozpowszechnienie zaburzeń nerwicowych i lękowych na 17,2%, a zaburzeń nastroju i zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych – każde na 11,3% (11). W badaniach prowadzonych w Kanadzie z udziałem 1832 osób oszacowano, że najczęściej występującymi zaburzeniami są zaburzenia nastroju oraz zaburzenia nerwicowe i lękowe występujące odpowiednio u 13,2% i 9,3% badanej populacji (17). Jedne z nielicznych danych dotyczących populacji Polskiej pochodzą z badań GUS z 1996 r., ale ich wyniki dostarczają jedynie informacji na temat występowania złego samopoczucia psychicznego (które zgłaszało 24,7% kobiet i 18,2% mężczyzn) oraz nerwicy zdiagnozowanej przez lekarza (odpowiednio u 14,9% i 7,1% badanych) (18). Inne badania w naszym kraju przeprowadzili Piekarska i Jakubik, na losowo dobranej 150-osobowej próbie mieszkańców rejonu Wiejskiego Ośrodka Zdrowia w Zadusznikach (12). Ich rezultaty również wskazują, że najczęściej pojawiającymi się zaburzeniami psychicznymi są zaburzenia depresyjne i nerwicowe.

Wyniki uzyskane przez nasz zespół potwierdzają ogólne tendencje prezentowane przez innych badaczy, dotyczące rozkładu rodzajów zaburzeń zdrowia psychicznego w populacji generalnej. Są również zgodne z wynikami takich badań, w których są spełnione podobne warunki, dotyczące charakterystyki grupy oraz zastosowanych metod badawczych.

## WNIOSKI

1. Rezultaty przeprowadzonych badań pozwoliły na określenie rozpowszechnienia różnych zaburzeń psychicznych w populacji dorosłych osób pracujących oraz na charakterystykę współwystępowania tych zaburzeń. Oceniono, że u co drugiej przebadanej osoby pojawiały się jakieś problemy ze zdrowiem psychicznym oraz, że u ponad połowy z tych osób diagnoza psychiatryczna dotyczyła więcej niż jednego zaburzenia.

2. Ponadto badania pokazały, że wśród pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej zaburzenia zdrowia psychicznego występują częściej niż w pozostałej populacji, co wskazuje na konieczność jak najszybszego ich wykrywania już na poziomie podstawowej opieki medycznej.

3. Dane te świadczą również o zwiększającym się zapotrzebowaniu na wystandaryzowane metody diagnostyczne, pozwalające wstępnie rozpoznawać zaburzenia psychiatryczne przez lekarzy ogólnych lub osoby pracujące w służbie zdrowia, ale niebędące specjalistami z zakresu zdrowia psychicznego.

4. Doświadczenia, które uzyskano podczas prowadzenia badań wskazują, że jedną z takich metod może być kwestionariusz M-CIDI. Poza odpowiednimi właściwościami psychometrycznymi, które zostały już zaprezentowane wcześniej, kwestionariusz ten posiada wiele zalet praktycznych:

- spełnia powszechnie uznawane kryteria ICD-10 i DSM-IV,

- posiada wystandaryzowaną procedurę badania, co gwarantuje miarodajne i wiarygodne wyniki,

- modułowa budowa pozwala na ograniczenie wywiadu do wybranych sekcji, gdy badający posiada jakąś hipotezę dotyczącą potencjalnych problemów pacjenta,

- dzięki programowi komputerowemu badanie przebiega płynnie oraz stosunkowo krótko, przez co jest akceptowane przez respondentów (w przeprowadzonych badaniach tylko w 3 przypadkach na 173 zdarzyło się, że wywiad został przerwany przez badanego),

- program ten daje możliwość szybkiego obliczenia wyników i postawienia diagnozy,

- posiada łatwy dostęp do bazy, gdzie przechowywane są dotychczasowe rozpoznania,

- ponadto ma wiele ułatwień umożliwiających przeprowadzenie go osobom bez wykształcenia medycznego oraz, co ważne, osobom bez bogatego doświadczenia w zakresie obsługi komputera.

Z pewnością jest to narzędzie godne polecenia zarówno specjalistom w zakresie zdrowia psychicznego, jak i innym osobom zajmującym się profesjonalnie udzielaniem pomocy.

## PIŚMIENNICTWO

1. Harnois G., Gabriel P.: Mental health and work: impact, issues and good practices. World Health Organization, Geneva 2000.
2. Robins L.N., Wing J., Wittchen H.U., Helzer J.E., Babor T.F., Burke J. i wsp.: The Composite International Diagnostic Interview. Arch. Gen. Psychiatry 1988, 45, 1069–1077.

3. Wittchen H.U.: Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *J. Psychiatr. Res.* 1994, 28, 1, 57-84.
  4. Kiejna A., Grzesiak M., Kantorska-Janiec M.: Złożony Międzynarodowy Kwestionariusz Diagnostyczny (CIDI) - możliwości wykorzystania w badaniach ekonomicznych w psychiatrii. *Psychiatr. Pol.* 1998, XXXII, 4, 463-480.
  5. Kantorska-Janiec M., Kiejna A.: Rozwój badań epidemiologicznych w psychiatrii. *Psychiatr. Pol.* 1997, XXXI, 3, 645-654.
  6. Wittchen H.U., Lachner G., Wunderlich U., Pfister H.: Test-retest reliability of the computerized DSM-IV version of the Munich-Composite International Diagnostic Interview. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 1998, 33, 11, 568-578.
  7. Lachner G., Wittchen H.U., Perkonig A., Holly A., Schuster P., Wunderlich U. i wsp.: Structure, content and reliability of the Munich-Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI) substance use section. *Eur. Addict. Res.* 1998, 4, 1-2, 28-41.
  8. Grzesiak M., Kiejna A.: Kwestionariusze diagnostyczne i ich zastosowanie w badaniach epidemiologicznych w psychiatrii. *Psychiatr. Pol.* 1999, XXXIII, 4, 519-533.
  9. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10, Uniwersyteckie Wydawnictwo „Vesalius”, Kraków - Warszawa 1998.
  10. Bijl R.V., Ravelli A.: Psychiatric morbidity, service use and need for care in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Am. J. Public Health* 2000, 90, 4, 602-607.
  11. Kessler R.C., McGonagle K.A., Zhao S., Nelson C.B., Hughes M., Eshleman S. i wsp.: Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch. Gen. Psychiatry* 1994, 54, 8-19.
  12. Piekarska A., Jakubik A.: DZPOP jako metoda diagnozowania zaburzeń psychiatrycznych w podstawowej opiece zdrowotnej. *Psychiatr. Pol.* 1997, XXXI, 6, 655-665.
  13. Kramer M., Simonsick E., Lima B., Levav I.: The epidemiological basis for mental health care in primary health care. W: Cooper B., Eastwood R. [red.]: *Primary health care and psychiatric epidemiology*. Tavistock/Routledge, New York 1992.
  14. Spitzer R.L., Williams J.B., Kroenke K., Linzer M., Verloin deGruy III F., Hahn S.R. i wsp.: Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. *JAMA* 1994, 272, 22, 1749-1762.
  15. Fifer S.K., Mathias S.D., Patrick D.L., Mazonson P.D., Lubeck D.P., Buesching D.P.: Untreated anxiety among adult primary care patients in a health maintenance organization. *Arch. Gen. Psych.* 1994, 51, 740-750.
  16. Ormel J., VonKorff M., Ustun T.B., Pini S., Korten A., Oldehinkel T.: Common mental disorders and disability across cultures. *JAMA* 1994, 272, 22, 1741-1748.
  17. Ohayon M.M., Shapiro C.M., Kennedy S.H.: Differentiating DSM-IV anxiety and depressive disorders in the general population: comorbidity and treatment consequences. *Can. J. Psychiatry* 2000, 45, 2, 166-172.
  18. 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, XXXIV, 1, 21-34.
- Adres autorów: Św. Teresy 8, 90-950 Łódź, e-mail: dudek@imp.lodz.pl  
Nadesłano: 13.06.2001  
Zatwierdzono: 14.09.2001