

Maja Kasprzak, Andrzej Kiejna  
Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej we Wrocławiu

# Współchorobowość zaburzeń psychicznych — dane epidemiologiczne

## *Comorbidity of mental disorders — epidemiological data*

### Abstract

*This paper presents the concept of comorbidity in a perspective of epidemiology. A review of surveys from all over the world of the highest methodological standards has been done (which are: standardized diagnostic instruments, samples of at least few thousands participants and random selection).*

*Despite of many controversies, connected with the idea of comorbidity (in the whole field of psychiatry), some of the conclusions are the same and, by that, they lead to reflections on, for example, health care organization.*

*Psychiatry 2010; 7, 1: 1–10*

**key words:** comorbidity, epidemiology, mental disorder

### Wstęp

Współchorobowość w psychiatrii jest przedmiotem znaczących badań epidemiologicznych od lat 90. ubiegłego wieku, kiedy stało się możliwe korzystanie zarówno z nowoczesnych klasyfikacji zaburzeń psychicznych, jak i w pełni ustrukturyzowanych wywiadów diagnostycznych (co wiązało się z odpowiednimi możliwościami metodologicznymi). Według amerykańskiego Narodowego Instytutu Zdrowia Psychicznego (NIMH, *National Institute of Mental Health*), koordynującego największe badania epidemiologiczne z zakresu zaburzeń psychicznych, współchorobowość (*comorbidity*) to *co-occurrence of disorders within the same individual* („występowanie różnych zaburzeń u tej samej osoby” — tłum. wł.) [1]. Może ona dotyczyć zarówno zaburzeń psychicznych, jak i somatycznych. Ze względu na możliwość przedstawienia tu jedynie podstawowych danych, niniejsza praca jest poświęcona wyłącznie zaburzeniom psychicznym.

Celem pracy jest przedstawienie perspektywy epidemiologicznej w badaniach nad współchorobowością; zdefiniowanie jej znaczenia; ukazanie rozwoju badań w tym zakresie, danych epidemiologicznych oraz wyłaniających się kierunków przyszłych poszukiwań. Znajomość tych kwestii może się złożyć na istotny głos w dyskusji o współchorobowości w ogóle, a w przypadku jej odrzucenia, jako zbędnego konstruktu — wpłynąć na rozważenie niektórych wniosków z poświęconych jej badań. Wydają się one o tyle istotne, że w ramach NIMH (uznającego wysokie standardy metodologiczne) ustalono, że:

- połowa wszystkich zaburzeń psychicznych ma swój początek około 14. roku życia;
- pierwsza próba kontaktu z lekarzem podejmowana jest średnio po upływie 11 lat od chwili, w której objawy zaburzeń psychicznych pojawiają się po raz pierwszy;
- brak terapii może prowadzić do pojawienia się wtórnych zaburzeń psychicznych, mających większe nasilenie i trudniejszych w leczeniu [1].

Oczywiście dotyczy to zaburzeń (traktowanych jako możliwe do oddzielenia jednostki), które wchodziły w zakres badania; objawów, zgłaszanych przez same osoby badane (konieczność intersubiektywnej komunikowalności i weryfikowalności). Na wyniki wpły

### Adres do korespondencji:

mgr Maja Kasprzak  
ul. Pasteura 10, 50–367 Wrocław  
tel.: (71) 784 16 28, faks: (71) 784 16 02  
e-mail: maja.kasprzak@psych.am.wroc.pl

mogły mieć także takie czynniki, jak potrzeba aprobaty społecznej.

### Perspektywa epidemiologiczna

Epidemiologia jest nauką o częstości występowania i rozmieszczeniu chorób w populacjach ludzkich oraz o warunkujących je czynnikach [2]. Realizuje ona swoje funkcje (jak pisał Hempel — nauka umożliwia osiągnięcie i sprawowanie władzy nad otoczeniem) poprzez badanie związków między ekspozycją na tak zwane czynniki ryzyka, odpornością i jej źródłami w środowisku.

Wyniki badań epidemiologicznych mogą dostarczać informacji istotnych z punktu widzenia zarówno etiologii, jak i diagnostyki oraz terapii zaburzeń. Poprzez te badania dąży się do poznania czynników ryzyka, objawów i kryteriów, przebiegu, współchorobowości, rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych oraz wskaźników związanych z ich leczeniem, finansowaniem i dostępnością opieki zdrowotnej [2].

### Współchorobowość

W Polsce, jako tłumaczenie angielskiego *comorbidity*, stosuje się pojęcia: „współchorobowość”, „współwystępowanie”, „współistnienie”, „współzachorowalność”, „współzapadalność”, „choroby i zaburzenia towarzyszące” czy „podwójna diagnoza”. Podobnie istnieje wiele terminów w języku angielskim, choć najczęściej wykorzystywanym jest właśnie *comorbidity* [4].

W niniejszej pracy stosowany jest termin „współchorobowość”, który podkreśla procesualność rozwoju i przebiegu zaburzeń oraz ich możliwy wzajemny wpływ, a nie całkowitą rozdzielność (jak na przykład termin „współwystępowanie”).

Najczęściej stosowaną definicją tego pojęcia jest definicja Wittchena użyteczna z punktu widzenia epidemiologii: „obecność więcej niż jednego zaburzenia u danej osoby w ciągu całego życia albo w określonym okresie czasu” [4]. Takie rozumienie pozwala badać zarówno współchorobowość w ciągu całego życia (*lifetime comorbidity*), jak i w określonym czasie, na przykład w ciągu ostatnich 12 miesięcy (*12-month comorbidity*) [4].

Idea współchorobowości budzi wiele kontrowersji. Zgodnie z obecną wiedzą o etiologii i patogenezie zaburzeń oraz dyskusją wokół *comorbidity* (na przykład jako sztucznego wytworu współczesnych klasyfikacji), bywa ona rozumiana jako ujęcie pozwalające na pełny opis obserwowanych objawów, nie zaś rzeczywiste współwystępowanie

chorób [4]. Z tej perspektywy byłaby koncepcją teoretyczną, użyteczną w praktyce.

Istnieją różne propozycje związane ze współchorobowością — od postulowania *spectrum-comorbidity* (uwzględniania w leczeniu również objawów mniej nasilonych, niepasujących do pierwotnego zaburzenia, a niedających jeszcze podstaw do orzekania współchorobowości) do przyczynowego modelu *comorbidity* Wittchena [4]. Rozpatruje on różne możliwości wzajemnego wpływania na siebie zaburzeń: predysponowanie jednego zaburzenia do drugiego; istnienie wspólnego czynnika poprzedzającego lub czynników predysponujących częściowo wspólnych [4].

W kontekście współchorobowości przed epidemiologią psychiatryczną stają nowe pytania, na które należy poszukiwać odpowiedzi [1, 3]:

- czy odpowiednie leczenie zaburzeń o wczesnym początku (szczególnie występujących u dzieci i młodzieży) mogłoby w przyszłości wpłynąć na zdrowie psychiczne populacji osób dorosłych (pojawiające się kolejne zaburzenia)?
- czy na podstawie zaburzeń pierwotnych można przewidzieć czynniki, które pojawią się w życiu danej osoby w przyszłości?
- czy można w ten sposób wpłynąć na redukcję utrzymywania się ewentualnych niekorzystnych konsekwencji i korelatów zaburzeń pierwotnych (występujących jako pierwsze)?

### Wybór badań

W pracy przedstawiono wyniki badań o wysokiej poprawności metodologicznej (czego modelem są badania amerykańskie). Dlatego warto zwrócić na nie uwagę, zwłaszcza jeśli ich przedmiotem jest konstrukt tak kontrowersyjny, jak współchorobowość. W każdym z tych badań próba wynosi co najmniej kilka tysięcy osób (w *National Comorbidity Survey* [NCS] ponad 8 000 respondentów, w *National Comorbidity Survey Replication* [NCS-R]: około 10 000 badanych, w ramach *World Mental Health* [WMH] 2000 — 200 000 uczestników). Ponadto jest ona dobierana losowo oraz wykorzystuje się sprawdzone i uznane w tego typu badaniach narzędzia — wywiady diagnostyczne o odpowiedniej trafności i rzetelności [3]. Na ich podstawie można prześledzić rozwój i możliwości stojące przed badaniami epidemiologicznymi, w odniesieniu do współchorobowości.

Jako uzupełnienie, w pracy przywołuje się również inne badania: australijskie, norweskie czy zachodnioeuropejskie, a także polskie, oparte na podobnych

przesłankach i zasadach — jak te wymienione wcześniej [4–7].

Celem pracy nie jest analiza krytyczna prezentowanych badań, aczkolwiek korzystając z ich wyników, należy znać ich ograniczenia. Wydaje się, że analiza taka byłaby ciekawa w kontekście chociażby szczegółowego rozpatrzenia rodzaju badanych zaburzeń (często różnych, tab. 1), kwestii reprezentatywności próby dla całej populacji ogólnej: zawężenia danych do pewnych grup wiekowych (na przykład do 54. rż. w NCS) czy innych aspektów (losowania próby ograniczającej się do gospodarstw domowych) etc. Dążenie do coraz większej poprawności metodologicznej wiąże się z ciągłymi zmianami, różnicami, które można zaobserwować w planach czy metodach poszczególnych badań. Co oczywiste, część z nich wynika z czynników od nich niezależnych, takich jak czas, w którym są przeprowadzane (i na przykład modyfikacji klasyfikacji zaburzeń psychicznych).

### **Złożony Międzynarodowy Kwestionariusz Diagnostyczny**

Jak podkreślono we wstępie, stworzenie ustrukturyzowanych wywiadów diagnostycznych było istotnym krokiem na drodze uzyskania adekwatnych danych, dotyczących zagadnień epidemiologicznych. Podstawowym problemem w tego typu badaniach do lat 80. XX wieku był brak odpowiedniej konceptualizacji oraz sposobów mierzenia zaburzeń psychicznych, możliwości szybkiego, trafnego i rzetelnego generowania diagnoz psychiatrycznych w próbach populacyjnych (przez wyszkolonych ankieterów, niekoniecznie klinicystów, co byłoby niemożliwe między innymi ze względów finansowych [3]).

Złożony Międzynarodowy Kwestionariusz Diagnostyczny (CIDI, *Composite International Diagnostic Interview*) został stworzony pod zwierzchnictwem Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) i jest przeznaczony do badań populacji ogólnej [2]. Pierwotnie umożliwiał badania międzykulturowe na podstawie klasyfikacji DSM-III-R (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Kwestionariusz obejmuje dane demograficzne badanego, pytania z zakresu zaburzeń psychicznych, obserwacje ankietera i charakterystykę badania [2]. Powstał on na podstawie Schematu Wywiadu Diagnostycznego *Diagnostic Interview Schedule* (DIS), wykorzystywanego już w pierwszym amerykańskim badaniu epidemiologicznym — *Epidemiologic Catchment Area* (ECA), w którym próba złożona z 20 000 badanych stała się podstawą do wnioskowania o rozpowszechnieniu zabu-

żeń psychicznych w Stanach Zjednoczonych w końcu lat 80 i 90. ubiegłego wieku [3].

Od czasów jego powstania, kwestionariusz był wielokrotnie modyfikowany i dostosowywany do potrzeb konkretnych badań — wykorzystuje się go we wszystkich badaniach przywoływanych w niniejszej pracy (zorientowanych na wiele zaburzeń).

### **Historia wybranych badań**

Aby uzmysłowić złożoność metodologiczną i ukazać proces udoskonalania narzędzi i związanych z nim zmian w otrzymywanych wynikach, zaprezentowano krótką historię badań epidemiologicznych, których przedmiotem była między innymi współchorobowość, a ich dokładne dane przedstawiono w następnej kolejności.

Pierwsze znaczące badania w tym zakresie to amerykańskie NCS. Zostało przeprowadzone w latach 1990–1992 przez NIMH. Było to narodowe badanie zdrowia psychicznego, oparte na reprezentatywnej próbie 8098 osób (w wieku 15–54 lat), wykorzystujące w pełni ustrukturyzowany CIDI do oceny rozpowszechnienia i korelatów, wzorców i predyktorów zaburzeń psychicznych na podstawie DSM-III-R [3].

Badanie NCS było wzorcowo zaplanowane, łącznie z analizą przebiegu poszczególnych jego etapów (ewentualna kontrola wpływu zmiennych zakłócających). Analiza związku odmowy udziału w badaniu z diagnozą ujawniła istotną rolę zaburzeń lękowych (niektórzy badani niechętnie wpuszczali do swych domów ankieterów) [3]. W związku z niezadowalającą rzetelnością i trafnością ówczesnej wersji CIDI odnośnie diagnozy psychozy nieafektywnej, poszerzono procedurę o badanie przez doświadczonych klinicystów strukturalizowanym wywiadem klinicznym dla DSM-IV (SCID, *Structured Clinical Interview for DSM-IV*) osób, które wykazały jakiegokolwiek cechy wskazujące na schizofrenię czy inne nieafektywne psychozy [2, 3].

Wyniki NCS sugerowały, że na podstawie wczesnych początków zaburzeń pierwotnych możliwe byłoby przewidywanie początku i przebiegu zaburzeń wtórnych. Pojawiła się potrzeba bardziej dokładnych i powszechnych analiz, czego wyrazem były badania: NCS2 i NCS-A (*adolescent*) [3]. Badanie NCS prowadzono z wykorzystaniem wywiadów retrospektywnych, natomiast w NCS2 przebadano jeszcze raz próbę z NCS, aby zbadać aspekt prospektywny tamtych rezultatów (pacjenci z historią choroby z NCS przeszeni byli o relację z jej przebiegu, pacjenci bez takiej historii byli pytani o ewentualne pojawianie się zaburzeń) [3]. W NCS-A przebadano adolescentów w wieku 12–17 lat w celu uzyskania reprezentatyw-

**Tabela 1.** Rozpowszechnienie zaburzeń z DSM-III-R (NCS) i DSM-IV (NCS-R, ESEMeD) w ciągu życia i ostatnich 12 miesięcy [na podst. 3, 8, 9]\***Table 1.** Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R and DSM-IV disorders [based on 3, 8, 9]\*

Zaburzenie	Rozpowszechnienie					
	W ciągu życia			W ciągu ostatnich 12 miesięcy		
	NCS	NCS-R	ESEMeD	NCS	NCS-R	ESEMeD
<b>Zaburzenia nastroju</b>	<b>19,3</b>	<b>21,4</b>	<b>14,0</b>	<b>11,3</b>	<b>9,7</b>	<b>4,2</b>
Duża depresja	17,1	16,9	12,8	10,3	6,8	3,9
Mania	1,6	4,4 (bipolarne I-II)	–	1,3	2,8 (bipolarne I-II)	–
Dystymia	6,4	2,5	4,1	2,5	1,5	1,1
<b>Zaburzenia lękowe</b>	<b>24,9</b>	<b>31,2</b>	<b>13,6</b>	<b>17,2</b>	<b>19,1</b>	<b>6,4</b>
Zaburzenie lękowe uogólnione	5,1	5,7	2,8	3,1	2,7	1,9
Zaburzenie lękowe napadowe	3,5	4,7	2,1	2,3	2,7	0,8
Fobia społeczna	13,3	12,1	2,4	7,9	7,1	1,2
Fobia prosta	11,3	12,5 (specyficzna)	7,7 (specyficzna)	8,8	9,1 (specyficzna)	3,5 (specyficzna)
Agorafobia bez napadów paniki	5,3	1,3	0,9 (agorafobia)	2,8	0,9	0,4 (agorafobia)
Zespół stresu pourazowego	–	6,8	1,9	–	3,6	0,9
Zaburzenie obsesyjno-kompulsywne	–	2,3	–	–	1,2	–
Separacyjne zaburzenie lękowe	–	9,2	–	–	1,9	–
<b>Spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych</b>	<b>26,6</b>	<b>35,3</b>	<b>–</b>	<b>11,3</b>	<b>13,4</b>	<b>–</b>
Nadużywanie alkoholu	9,4	13,2 (nadużywanie i uzależnienie)	4,1	2,5	3,1 (nadużywanie i uzależnienie)	0,7
Uzależnienie od alkoholu	14,1	13,2 (nadużywanie i uzależnienie)	1,1	7,2	3,1 (nadużywanie i uzależnienie)	0,3
Nadużywanie innych substancji psychoaktywnych	4,4	8,0 (nadużywanie i uzależnienie)	–	0,8	1,4 (nadużywanie i uzależnienie)	–
Uzależnienie od innych substancji psychoaktywnych	7,5	8,0 (nadużywanie i uzależnienie)	–	2,8	1,4 (nadużywanie i uzależnienie)	–
Uzależnienie od nikotyny	–	29,6	–	–	11,0	–
<b>Inne</b>						
Osobowość antyspołeczna	2,8	–	–	–	–	–
Psychoza nieafektywna	0,5	–	–	0,3	–	–
Zaburzenia kontroli impulsów	–	25,0	–	–	10,5	–
<b>Jakiegokolwiek zaburzenie</b>	<b>48,0</b>	<b>57,4</b>	<b>25,0</b>	<b>29,5</b>	<b>32,4</b>	<b>9,6</b>

\* [3] — s. 346; [8] — s. 24; [9] — Lifetime prevalence of DSM-IV/WMH-CIDI disorders by sex and cohort 1 (n = 9282), 12-month prevalence of DSM-IV/WMH-CIDI disorders by sex and cohort 1 (n = 9282)

nych danych, dotyczących rozpowszechnienia i korelatów zaburzeń psychicznych wśród młodzieży i porównania ich z wynikami badań dotyczących dorosłych. Było to szczególnie istotne w odniesieniu do danych z NCS, sugerujących istotne znaczenie dla późniejszych zaburzeń tych o wczesnym początku, pojawiających się w okresie do późnej adolescencji [3].

W 2005 roku przeprowadzono kolejne badanie — NCS-R, na nowej próbie 10 000 osób (nieograniczonej wiekowo). Opierało się ono na CIDI, część osób przebadano również za pomocą SCID (oba kwestionariusze w wersji dla DSM-IV) [3]. Będąc rozwinięciem NCS, badanie miało dostarczyć szerszych informacji nie tylko dotyczących samych zaburzeń, ale również efektywności ich leczenia czy nawet danych o przemocy, posiadaniu broni w populacji, związku patologicznego hazardu ze współchorobowością w zakresie innych zaburzeń psychicznych (które mogłyby leżeć u jego podłoża [3]).

Pod auspicjami WHO są obecnie prowadzone międzynarodowe zcentralizowane analizy jako *World Mental Health 2000 Initiative* (WMH 2000), opierające się na CIDI i DSM-IV. W Polsce Andrzej Kiejna z wrocławskiej Akademii Medycznej jest zaangażowany w prace *International Consortium in Psychiatric Epidemiology* — międzynarodowej organizacji pod patronatem amerykańskiego NIMH. Celem WMH 2000 jest porównanie rozpowszechnienia i społecznych kosztów podstawowych zaburzeń na całym świecie [3]. W 2002 roku w projekcie brało udział prawie 30 państw z całego świata: około 200 000 respondentów. Projekt dotyczy obecnych zaburzeń oraz tych z ostatniego roku w życiu badanych (objawów, trwałości, nasilenia). Istotne jest zbadanie stopnia upośledzenia pacjentów w zakresie zaburzeń psychicznych (co jest szczególnie trudne w przypadku pacjentów z kilkoma zaburzeniami [3]). Projekt WMH 2000 jest wyrazem nadziei na stworzenie pomostu między odkryciami badań epidemiologicznych i studiów klinicznych [3].

W ramach WHO WMH prowadzony jest między innymi projekt ESEMeD: *The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders* (Europejskie Badania nad Epidemiologią Zaburzeń Psychiczych), będący epidemiologiczną bazą dla informacji o zdrowiu psychicznym w Europie. Ma to szczególne znaczenie w kontekście Unii Europejskiej, w której dąży się do ujednoczenia ekonomii, ustawodawstwa i, co za tym idzie, opieki zdrowotnej [7]. Zależy jest to częściowo od ewentualnych różnic między krajami, związanych z rozpowszechnieniem czy dostęp-

nością opieki zdrowotnej. Badaniem objęto kraje: Belgię, Francję, Niemcy, Włochy, Holandię i Hiszpanię. Brało w nim udział 21 400 osób. W niniejszej pracy zostaną przedstawione niektóre analizy z ESEMeD dotyczące zaburzeń nastroju, zaburzeń lękowych i związanych z używaniem substancji psychoaktywnych [8, 10].

Wspomniane w artykule badania australijskie [5], norweskie [6] czy polskie [4] są wyrazem współczesnych zdobyczy metodologicznych i próbami ich wykorzystania na gruncie poszczególnych krajów czy obszarów zainteresowań (na przykład konkretnych zaburzeń).

### Dane epidemiologiczne

Najogólniejsze wnioski płynące z omawianych badań wskazują, że zaburzenia psychiczne są bardziej rozpowszechnione i bardziej obciążające niż sądzono wcześniej, co stwierdzono już na podstawie wyników NCS [3]. Zaburzenia współwystępujące są, zgodnie z wynikami NCS [3] oraz wynikami badań longitudinalnych [11], bardziej chroniczne niż czyste formy zaburzeń psychicznych. Wczesne zaburzenia lękowe, zaburzenia zachowania czy osobowość antyspołeczna z NCS mogą być predyktorami przebiegu późniejszych zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych [11].

Już wyniki badań NCS (oraz ECA) sugerowały, że współchorobowość jest zjawiskiem powszechnym (tab. 2). Procent respondentów, u których stwierdzono przynajmniej jedno zaburzenie w ciągu życia w NCS-R okazał się dużo wyższy niż w NCS (tab. 1). Z 48% respondentów NCS z przynajmniej jednym zaburzeniem w ciągu życia, tylko 40% otrzymało kiedykolwiek pomoc psychiatryczną. Najmniejsze prawdopodobieństwo poszukiwania pomocy dotyczy dzieci, co w kontekście współchorobowości jest o tyle problematyczne, że na podstawie danych z NCS, to właśnie wcześniej pojawiające się zaburzenia są najbardziej związane ze współchorobowością [1, 3].

W NCS średni wiek początku zaburzeń psychicznych to 11 lat, natomiast 21 lat dla zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (w ramach współchorobowości) [11]. Zatem w większości przypadków współchorobowości w ciągu życia zaburzeń psychicznych i spowodowanych używaniem substancji z NCS (DSM-III-R), zaburzenia psychiczne pojawiały się jako pierwsze, szczególnie w przypadku zaburzeń zachowania, dalej zaburzeń lękowych, mniej — zaburzeń nastroju. W odniesieniu do tych wyników istnieje jednak konieczność przeprowadzenia badań longitudinalnych, gdyż te dane ograniczają się jedynie do badań retrospektywnych [11].

**Tabela 2.** Współchorobowość — liczba zaburzeń w NCS, NCS-R [na podst. 1, 3]  
**Table 2.** Comorbidity — number of disorders in NCS, NCS-R [based on 1, 3]

Badanie	Odsetek respondentów z $\geq 1$ zaburzeniem w ciągu życia	Odsetek respondentów z 1 zaburzeniem w ciągu życia	Odsetek respondentów z 2 zaburzeniami w ciągu życia	Odsetek respondentów z $\geq 3$ zaburzeniami w ciągu życia
NCS	48 (29,5% — w ciągu ostatnich 12 miesięcy)	21	13	14
NCS-R	57,4	Brak dostępności do danych	Brak dostępności do danych	Brak dostępności do danych

Rozwinięcia akronimów badań w tekście

Wyniki z NCS wskazywałyby na to, że wysoka współchorobowość wiąże się z poważniejszą psychopatologią [3]. W badaniu tym u 14% populacji (czyli osób z historią przynajmniej 3 zaburzeń):

- pojawiło się 50% wszystkich zaburzeń w ciągu życia (z całej próby);
- 60% wszystkich zaburzeń z ostatnich 12 miesięcy (z całej próby);
- 90% ostrych zaburzeń z ostatnich 12 miesięcy (z całej próby) [3].

W tym kontekście ciekawe są badania australijskie w ramach *Australian National Mental Health Survey* [5]. Mimo oczywistych różnic w stosunku do warunków amerykańskich czy europejskich, na przykład w zakresie dostępności i organizacji opieki zdrowotnej, prześledzenie niektórych wyników tych badań jest ciekawe z punktu widzenia przedstawionych proporcji. I tak: 21,4% wszystkich respondentów spełniało w nich kryteria któregoś z 14 głównych zaburzeń (DSM-IV, ICD-10) w ciągu ostatnich 12 miesięcy (brano pod uwagę zaburzenie lękowe napadowe, agorafobię, fobię społeczną, zaburzenie lękowe uogólnione, zaburzenie obsesyjno-kompulsywne, zespół stresu pourazowego [PTSD, *posttraumatic stress disorder*]; dystymię i dużą depresję; uzależnienie i nadużywanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych; zaburzenia funkcji poznawczych, osobowości; neurastenię i psychozę [5]). Z tych 21,4%, u 13,2% zdiagnozowano jedno zaburzenie, u 4,4% — dwa, natomiast u 3,8% — trzy i więcej zaburzeń w ciągu ostatnich miesięcy. W ostatniej grupie prawdopodobieństwo występowania jakiegoś zaburzenia obecnie było 10 razy większe niż u osób z jednym zaburzeniem, ponadto 6 razy bardziej prawdopodobna była u tych osób konsultacja medyczna [5]. W omawianym badaniu analiza chroniczności, współchorobowości, obciążenia czy korzystania z opieki

zdrowotnej nie obejmowała psychoz i zaburzeń funkcji poznawczych ze względu na wątpliwości związane z wiarygodnością relacji (wyłączanie psychoz z analiz może być spowodowane również niewielkim rozpowszechnieniem tych zaburzeń i jednocześnie bardzo wysoką współchorobowością z innymi zaburzeniami psychicznymi [11]).

Około połowa osób (w tym przypadku z populacji amerykańskiej), mająca jakiegokolwiek zaburzenie, spełnia kryteria dodatkowych zaburzeń (tab. 3). Liczby te mogą w pewnym sensie uzasadniać wątpliwości, związane ze współchorobowością — z jednej strony jako niepotrzebnym mnożeniem diagnoz, z drugiej jako umożliwiającej pełniejszy opis objawów [4], co dopiero pozwala na rozumienie. Wydaje się, że spadek współchorobowości zarejestrowany w badaniach NCS-R, może być odbiciem wzrostu precyzyjności pomiaru, również w odniesieniu do nowych klasyfikacji zaburzeń (większą adekwatność danych z NCS w stosunku do ECA wskazały odpowiednie analizy [3]).

Ważne miejsce w obrębie badań nad współchorobowością zajmują te analizujące występowanie u tej samej osoby zaburzeń psychicznych oraz związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Często badane jest również występowanie depresji i zaburzeń lękowych. Związki między nimi wskazują różne stopnie współchorobowości w różnych badaniach, zależy to także od stosowanych metod. Wszędzie są one jednak silne. W NCS — 51% w ciągu ostatnich miesięcy [6]. W badaniach norweskich [6] u 38% osób z zaburzeniami lękowymi występowała również depresja, natomiast u 55% respondentów chorych na depresję, stwierdzono również zaburzenia lękowe. Analizy wskazują, że zaburzenia lękowe mogą zapowiadać wystąpienie depresji, co nie oznacza, że ją powodują. Chodziłoby raczej o wspólne czynniki ryzyka, wywołujące najpierw zaburzenia lękowe lub

Tabela 3. Współchorobowość w ECA, NCS, NCS-R [na podst. 1, 3]

Table 3. Comorbidity in ECA, NCS, NCS-R [based on 1, 3]

Badanie	Odsetek respondentów spełniających kryteria $\geq 2$ zaburzeń wśród mających $\geq 1$ zaburzenie	Odsetek nadużywających lub uzależnionych od alkoholu w ciągu życia z drugą diagnozą	Odsetek używających innych substancji psychoaktywnych lub uzależnionych w ciągu życia z drugą diagnozą
ECA (DSM-III; lata 80. XX w.)	54	52	75
NCS (DSM-III-R; 1990–1992)	56	52 (36% — zaburzenia spowodowane używaniem innych substancji psychoaktywnych)	59 (71% — zaburzenia związane z nadużywaniem alkoholu)
NCS-R (DSM-IV; 2005)	45	Brak dostępności do danych	Brak dostępności do danych

Rozwinięcia akronimów badań w tekście

ich chroniczny przebieg i obciążenie, które wpływać mogą na rozwój depresji. Uznanie współchorobowości ma wartość operacyjną — potraktowanie zaburzeń jako jednostek chorobowych pozwala na antycypację dotyczące ich przebiegu, kwestię konsultacji medycznych czy stopnia niepełnosprawności [5, 6].

Autorzy badania ESEMeD [10] przeanalizowali współchorobowość zaburzeń wśród zaburzeń lękowych, nastroju i nadużywania/uzależnienia od alkoholu. U 41,7% wszystkich respondentów, u których stwierdzono zaburzenia nastroju, występowały również zaburzenia lękowe lub spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych. Spośród pacjentów z zaburzeniem lękowym, 28,3% miało również zaburzenia nastroju lub spowodowane używaniem substancji. Zaburzenia lękowe lub nastroju dotyczą również 22,8% pacjentów mających zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych [10]. Zaburzenia nastroju jako kategoria były najbardziej związane ze współchorobowością. Dalsze dane wskazują, że były one częściej związane z zaburzeniami lękowymi niż spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych [10]. Dane te dotyczą współchorobowości 12-miesięcznej.

Prosta fobia (67,6%), fobia społeczna (63,1%), nadużywanie alkoholu (57,0%) i zaburzenia zachowania (71,1%) były zaburzeniami, które wśród osób cierpiących na nie, wskazywane były w badaniu NCS jako te o charakterze pierwotnym [3]. Spośród wszyst-

kich respondentów 45,3% wskazało zaburzenia lękowe jako te, które wystąpiły u nich jako pierwsze, na zaburzenia nastroju wskazywało 26,4%, zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych — 24,5% (zaburzenia lękowe o wczesnym początku okazały się najistotniejsze z perspektywy przewidywania późniejszych zaburzeń) [3]. Dotyczy to również zaburzeń w stanie remisji (wczesny początek ataków paniki wiąże się z większym ryzykiem dużej depresji w dorosłości). Mowa tu raczej o czynnikach ryzyka niż bezpośrednich przyczynach [3]. Oczywiście dane te opierają się na wiedzy badanych o posiadanych zaburzeniach.

Badanie na temat współchorobowości przeprowadzono również w Polsce [4]. W 2005 roku w Klinice Psychiatrii Dorosłych Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego przebadano pacjentów ambulatoryjnych, na podstawie uznanych w tego typu badaniach standardów metodologicznych (między innymi CIDI). Jedną z podstaw tej pracy była hipoteza o powszechnej współchorobowości zaburzeń psychicznych z chorobą afektywną dwubiegunową (do badania włączono pacjentów ze stwierdzonym zaburzeniem dwubiegunowym typu pierwszego lub drugiego w stanie klinicznej remisji). Dodatkowym przedmiotem analizy była kategoria współwystępowania zaburzeń psychicznych (autor pracy przyjął tę wersję tłumaczenia *comorbidity* jako posiadającą wartość kliniczną i badawczą) i jej wpływ na zmienne

demograficzne, kliniczne czy poziom ogólnego funkcjonowania [4].

Pacjenci z „podwójną diagnozą” stanowili w grupie osób z zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym 71,2% [4]. Po uwzględnieniu zaburzeń związanych z używaniem nikotyny, zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych były reprezentowane liczniej (67,1%) niż zaburzenia lękowe (63%). Zaburzenia lękowe i spowodowane używaniem substancji powtarzają się również w badaniach zagranicznych w kontekście badań nad współchorobowością w zaburzeniach afektywnych dwubiegunowych [4].

### Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych

Na koniec warto przyrzeć się wskaźnikom rozpowszechnienia, uzyskiwanym w omawianych badaniach i zmianom w tym zakresie (tab. 1). Projektując badanie NCS-R (2005), spodziewano się znaczących zmian w stosunku do NCS w zakresie postrzegania zaburzeń psychicznych w populacji (brak było konkretnych hipotez co do rozpowszechnienia), w związku, między innymi, z ilością uwagi poświęcanej tym zagadnieniom w mediach. Przewidywano również wzrost wskaźników leczenia [3]. Badanie NCS-R wykazywało znaczne udoskonalenie narzędzia w stosunku do NCS, co, jak zostało zaznaczone wcześniej, znalazło odbicie w wyższych wskaźnikach rozpowszechnienia zaburzeń niż wykazywano wcześniej (i niższym wskaźniku współchorobowości, tab. 2). Trudno podejrzewać, że jest to odbicie rzeczywistych zmian w populacji, a nie kwestii metodologicznych. Duży wpływ może tu mieć zwiększenie precyzyjności pomiaru, ale również klasyfikacja zaburzeń psychicznych (także różnice DSM-III-R i DSM-IV, zmiana niektórych kryteriów). Jak widać, w obu badaniach brano również pod uwagę różne zaburzenia. Jednak ich wyniki wskazywały podobny poziom 12-miesięcznego rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w populacji ogólnej pacjentów między 15. a 54. rokiem życia (w NCS) lub powyżej 18 lat (bez ograniczeń w NCS-R) — około 30%. Wykazano, że większość zaburzeń ma wczesne początki, wskaźniki współchorobowości między zaburzeniami psychicznymi są wysokie, a ich leczenia — niskie [11].

Powstaje pytanie, dlaczego wskaźniki rozpowszechnienia są dużo niższe w Europie. Może to być wynikiem dokładniejszych narzędzi: DSM-IV i nowszej wersji CIDI [8] — nie uzasadnia to jednak różnic między badaniem europejskim a NCS-R (a uzasadniałoby jedynie między tym pierwszym a NCS). Trzeba na pewno podkreślić, że przedstawione wcześniej dane z ESEMeD

dotyczą tylko zaburzeń nastroju, lękowych i związanych z nadużywaniem/uzależnieniem od alkoholu, co znacznie wpływa na procent populacji dotkniętej jakimkolwiek z badanych zaburzeń. Autorzy ESEMeD piszą również, że ujawniły się pewne różnice między narodowościami, dotyczące rozpowszechnienia zaburzeń, potrzebne są jednak w tej kwestii dalsze badania [8]. Z dostępnych analiz można by było natomiast przedstawić proporcje.

### Wnioski

Podstawowa kwestia wyłaniająca się z przedstawionych danych i opisu badań, w których zostały uzyskane, to problem, na ile ich wyniki, z jednej strony świetnie uzasadnione metodologicznie, z drugiej dotyczące wątpliwego konstruktów współchorobowości (czy budzącego wiele kontrowersji), mogą stanowić podstawę odpowiednich działań w zakresie zdrowia psychicznego.

Wskaźniki współchorobowości między zaburzeniami psychicznymi są bardzo wysokie przy niskich wskaźnikach leczenia [11]. Istotą współchorobowości byłaby relacja między tak zwanymi zaburzeniami pierwotnymi i wtórnymi. Badania epidemiologiczne stanowić mogą ciekawą perspektywę w jej zrozumieniu. Umożliwiają analizę wpływu i ustalenie sposobu odpowiedniego postępowania wobec zaburzeń psychicznych, mogą wskazać ewentualne wspólne czynniki ryzyka, wspólną etiologię. W planowaniu leczenia mogłaby być brana pod uwagę możliwość pojawienia się wtórnego zaburzenia.

Wyniki badań epidemiologicznych wskazują na wczesne początki zaburzeń psychicznych (w dużej mierze jest to okres adolescencji) i towarzyszące im zjawisko bardzo oddalonego w czasie (o ponad dekadę) momentu skorzystania z konsultacji lekarskiej [1]. Osobną kwestią jest tu rozważenie dostępności opieki zdrowotnej lub stosowania profilaktyki, rozpowszechniania wiedzy o zaburzeniach, skierowanej już do dzieci lub ich rodziców. Jednocześnie brak leczenia zaburzeń pierwotnych może się wiązać z większym prawdopodobieństwem występowania dodatkowych zaburzeń [1], co mogłoby być rozumiane, w perspektywie rezygnacji ze ścisłej kategoryzacji, jako pojawianie się dodatkowych objawów, a więc na przykład wpływania zaburzenia pierwotnego czy zaburzenia w ogóle na coraz więcej sfer życia psychicznego, w sposób chroniczny. Mogą to być szczególnie istotne informacje, zwłaszcza na poziomie organizacji opieki zdrowotnej, której planowanie odbywa się często w wyższych strukturach władzy, oddalonych od doświad-



czenia lekarza klinicysty, co tym samym, wymaga odpowiedniego sformułowania danych.

Informacje o występowaniu zaburzeń lękowych, zachowania czy osobowości antyspołecznej jako możliwych predyktorach przebiegu późniejszych zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych [11] mogłyby wpłynąć na ich wcześniejsze wychwytywanie, większe zróżnicowanie oddziaływań związanych z wczesną interwencją czy profilaktyką (szczególnie wobec adolescentów). Podkreśla się, że ich planowanie powinno uwzględniać wyniki, wskazujące na częste występowanie zaburzeń spowodowanych używaniem substancji u nastolatków, którzy mają już inne zaburzenia psychiczne (takie jak zaburzenia lękowe czy dwubiegunowe) i tym należałoby się zająć w pierwszej kolejności. Często pojawiają się one jednocześnie, istotna staje się kwestia integrowania sposobów leczenia (na przykład w ramach jednej instytucji [1, 3]).

Badania nad wspólnym występowaniem konkretnych zaburzeń dostarczają danych o ewentualnych czynnikach, które mogą się pojawić w życiu danej osoby w przyszłości — na przykład zaburzenia lękowe mogą zapowiadać wystąpienie depresji czy innych zaburzeń (dokładniejsze analizy sugerują postać zależności [3, 6]), współchorobowość towarzysząca zaburzeniom dwubiegunowym mogłaby różnicować pacjentów ze względu na jakość remisji, funkcjonowanie zawodowe czy rodzaj odpowiedzi na leczenie [4]. Niektóre wnioski z badań epidemiologicznych nad współchorobowością można by zatem wykorzystywać w planowaniu leczenia, jego aspektów organizacyjnych, podstaw komunikacji między różnymi szczeblami opieki zdrowotnej (niezwykle istotna wydaje się również informacja o tym, że główny ciężar psychopatologii dotyczy właśnie osób dotkniętych współchorobowością, co stawia pytanie o prawdopodobieństwo konsultacji medycznej pojedynczych zaburzeń, bardziej jednorodnych objawów).

Badania NCS czy NCS-R są wyrazem ewolucji w epidemiologii psychiatrycznej [11]. Interesujące są wyniki kolejnych badań, modyfikowanych i konstruowanych w odpowiedzi na bieżące potrzeby w zakresie zdrowia psychicznego. Wraz z doskonaleniem narzędzi, klasyfikacji zaburzeń i dołączania się nowych krajów do wspólnych międzynarodowych badań, istnieje perspektywa zebrania odpowiednich (co ważne — ujednoliconych) danych, które mogłyby być wykorzystane do wzbogacania wiedzy o etiologii, diagnostyce i terapii zaburzeń psychicznych. Potrzebne są również analizy krytyczne, rozważenie ograniczeń

przeprowadzanych badań. W pracy przedstawiono jedynie ogólne dane, związane ze współchorobowością. Dokładne porównanie wyników wymagałoby analizy metodologicznej, co nie było jej przedmiotem. Z drugiej strony koncepcja współchorobowości wydaje się ujęciem zbyt abstrakcyjnym, oderwanym od konkretnego cierpiącego pacjenta — człowieka, nieprzydatnym w kontekście jego sposobu przeżywania (zwłaszcza z perspektywy dynamiki całości *psyche*), kontaktu lekarza ze smutkiem pacjenta. Współchorobowość wiąże się raczej z konstytuowaniem jednostek chorobowych, a nie rozumieniem zaburzeń jako pewnych kontinuuów, czego wyrazem byłaby na przykład idea jednej psychozy Grisingera czy bardziej współczesne koncepcje kontinuum schizofrenii i zaburzeń dwubiegunowych (zmian psychotycznych), spektrum dwubiegunowości [12–14] etc. Może być wyrazem potrzeby porządkowania rzeczy, organizowania tego, co niezrozumiałe. Postęp technologiczny umożliwia konstruowanie maszyn, ułatwiających porównania i generujących liczne rozpoznania.

Funkcjonowanie pojęcia współchorobowości może mieć zatem aspekt praktyczny, umożliwiający komunikację na różnych szczeblach organizacji opieki medycznej, jak wszystkie jednak kategorie, odnoszące się do zdrowia psychicznego szczególnie, ma (poza oczywistym efektem stygmatyzującym) pewne ograniczenia, których znajomość jest niezbędna do jego stosowania (związane na przykład, z fragmentacją jako przeciwieństwem integracji).

Pojawiają się tu zatem 3 obszary podsumowania: kwestie związane z bezpośrednimi wnioskami z badań epidemiologicznych, z ich metodologią oraz samą koncepcją współchorobowości.

Rozwój badań i analizy ich wyników, świadczące o większej poprawności, adekwatności tych kolejnych (na przykład rozpowszechnienie i współchorobowość z NCS-R w porównaniu z NCS) sugerują postęp badań epidemiologicznych w zakresie warunków prawdziwości we współczesnej nauce.

Wydaje się, że współchorobowość może być konstruktem przydatnym, jeśli znane są jego ograniczenia. Epidemiologia podsuwa możliwości rozwiązań praktycznych, jest odbiciem współczesnych dążeń w nauce. Zaburzenia psychiczne mają wysokie wskaźniki rozpowszechnienia, a dla osób cierpiących na nie — stanowią czynniki wysoce obciążające. Powszechność zjawiska współchorobowości (i jego analiza) wskazywałaby raczej na wymykanie się zaburzeń psychicznych ścisłym kategoriom.

**Streszczenie**

W artykule przedstawiono koncepcję współchorobowości z perspektywy epidemiologicznej. Dokonano przeglądu badań z całego świata, o najwyższych standardach metodologicznych (opierających się na standaryzowanych narzędziach, co najmniej kilkutyśięcznych próbach, dobieranych losowo).

Mimo kontrowersji związanych z samym pojęciem współchorobowości (w całym obszarze psychiatrii), pewne wnioski powtarzają się, skłaniając do rozważenia możliwości ich wykorzystania na przykład w organizacji opieki zdrowotnej. **Psychiatria 2010; 7, 1: 1–10**

**słowa kluczowe:** współchorobowość, epidemiologia, zaburzenia psychiczne

**Piśmiennictwo**

1. National Institute of Mental Health: <http://www.nimh.nih.gov/index.shtml>; 19.10.2009.
2. Kiejna A., Rymaszewska J., Grzesiak M. Metody i narzędzia stosowane w badaniach epidemiologicznych w psychiatrii. W: Kiejna A., Rymaszewska J. (red.). Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych. Komitet Redakcyjno-Wydawniczy Polskiego Wydawnictwa Psychiatrycznego, Kraków, 2003; 7–15.
3. Kessler R.C., Walters E. The National Comorbidity Survey. W: Tsuang M.T., Tohen M. (red.). Textbook in Psychiatric Epidemiology. John Wiley & Sons, New York, 2002; 343–362.
4. Grabski B. Współwystępowanie zaburzeń psychicznych z chorobą afektywną dwubiegunową. Klinika Psychiatrii Dorosłych CMUJ, Kraków 2005 (praca doktorska).
5. Andrews G., Henderson S., Hall W. Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation. Overview of the Australian National Mental Health Survey. *British Journal of Psychiatry* 2001; 178: 145–153.
6. Bjelland I. Anxiety and depression in the general Population. Issues related to assessment, comorbidity, and risk factors. Section for Epidemiology and Medical Statistics Department for Public Health and Primary Health Care, University of Bergen, Norway 2004 (praca doktorska).
7. Alonso J., Angermeyer M.C., Lepine J.P. The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project: an epidemiological basis for informing mental health policies in Europe. *Acta Psychiatr. Scand.* 2004; 109 (supl. 420): 5–7.
8. Alonso J., Angermeyer M.C., Bernert S. i wsp. (The ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators). 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. 420): 21–27.
9. Strona internetowa Harvard University: <http://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/>. 19.10.2009.
10. Alonso J., Angermeyer M.C., Bernert S. i wsp. (The ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators). 12-month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr. Scand.* 2004; 109 (supl. 420): 28–37.
11. Kessler R.C., Nelson C.B., McGonagle K.A., Edlund M.J., Frank R.G., Leaf P.J. The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorder: Implications for Prevention and Service Utilization. *American Journal of Orthopsychiatry* 1996; 66 (1): 17–31.
12. Nasierowski T. Dzieje psychiatrii: główne wydarzenia, osoby i tendencje rozwojowe. W: Bilikiewicz A., Puzyński S., Rybakowski J., Wciórka J. (red.). Psychiatria. Tom I. Podstawy psychiatrii. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2002; 1–46.
13. Kiejna A. Zaburzenie depresyjne a dwubiegunowość. W: Oblicza depresji: Wybrane zagadnienia epidemiologiczne, kliniczne i społeczne. Medipress, Szwajcaria 2008; 51–70.
14. Crow T.J. The two-symptoms concept: Origins and current status schizophrenia bulletin. 1985; 3(11): 471–468.