

*Prevzali sme pre Vás*

**Európska štúdia o epidemiológii duševných porúch – ESEMeD projekt**  
**ESEMeD projekt: Epidemiologická báza pre tvorbu politiky starostlivosti**  
**o duševné zdravie v Európe**

The ESEMeD/MHEDEA 2000 investigators

**The European Study of the Epidemiology of mental Disorders**  
**(ESEMeD) project**

Výber z prác publikovaných v Acta Psychiatrica Scandinavica (Suppl. č. 420, Vol. 109, 2004).

Prevzaté so súhlasom autorov a redakcie Acta Psychiatrica Scandinavica

Duševné poruchy sú čoraz častejšie považované za významnú príčinu invalidizácie na svete. Náklady spojené s poruchami nálady a s úzkostnými poruchami sú vysoké a do budúcnosti sa predpokladá ešte ich nárast pri vzostupe počtu duševných porúch (1). Napriek tomu máme málo presných údajov o prevalencii, distribúcii, rizikových faktoroch a socio-ekonomických dôsledkoch týchto ochorení. Tak isto je nedostatočná evidencia o efektivite zdravotnej starostlivosti. Dúfame, že v budúcnosti sa báza našich znalostí rozšíri, no na druhej strane, napr. investícia do výskumu depresie v Národnom inštitúte zdravia v USA bola oveľa nižšia, ako by mala byť podľa kritérií DALY (disability adjusted life years) (2). Hlavný zdroj informácií o prevalencii a bremene duševných porúch v bežnej populácii pochádza z prác v USA. The Epidemiological Catchment Area (ECA) (3, 4) a následný National Comorbidity Survey (NCS) (5) poskytli kľúčové epidemiologické údaje, ktoré boli potom používané pre odhad všeobecnej záťaže duševnými poruchami kdekoľvek na svete. Tieto základné štúdie jasne ukázali, že poruchy nálady a úzkostné poruchy sú časté a že vo veľkej časti prípadov starostlivosť nezodpovedá potrebám. Podobné výsledky priniesli aj následné národné štúdie (6, 7). Niektoré štúdie však ukázali podstatnú medzinárodnú variabilitu prevalencie duševných porúch (8, 9), ako aj rozdiely v zabezpečení a dostupnosti zdravotnej starostlivosti (9, 10). Viaceré populačné štúdie o duševných poruchách prebehli aj

v Európe – medzi nimi DEPRES v šiestich európskych krajinách (11), NEMESIS v Holandsku (12), National Survey vo Veľkej Británii (13). Hoci priniesli mnoho cenných informácií o epidemiológii duševných porúch, každá z nich prebehla len v rámci jednej krajiny alebo sa týkala len úzkeho spektra duševných porúch, čo limituje ich použitie pre tvorbu spoločnej európskej zdravotníckej legislatívy. Spôsob starostlivosti o osoby s duševnými poruchami v jednotlivých európskych krajinách je veľmi odlišný. Významné rozdiely nachádzame v personálnom obsadení, financovaní, vybavení a v súčinnosti s ostatnými zložkami zdravotného systému (15). Na európskom kontinente prebieha v súčasnosti niekoľko zdravotníckych reforiem. Funkčná legislatíva musí byť postavená na validných a spoľahlivých údajoch o efektívnosti. Tento prístup založený na poznatkoch je obzvlášť dôležitý v nadväzujúcej realite Európskej únie, so zjednotenou politikou, legislatívou a ekonomikou.

#### **ESEMeD projekt**

Európska štúdia o epidemiológii duševných porúch vznikla na preklopenie niektorých vyššie uvedených medzier v poznatkoch o prevalencii, bremene a starostlivosti o osoby s duševnou poruchou v Európe. Údaje boli získavané z reprezentatívnych vzoriek dospelých populácie šiestich európskych krajín: Belgicka, Francúzska, Nemecka, Talianska, Holandska a Španielska. ESEMeD možno považovať za najväčšiu komparatívnu epidemiologickú štúdiu o duševných poruchách v Európe s počtom účastníkov viac ako 21400, čo reprezentuje populáciu 213 miliónov dospelých Európanov, ako aj širokú škálu zahrnutých duševných porúch a množstvo zís-

The ESEMeD/MHEDEA 2000 investigators, Health Service, Research Unit IMAM-IMAS, Barcelona, Spain, Department of Psychiatry, University of Leipzig, Germany and Service Psychiatrie, Hôpital Fernand Widal, Paris, France, etc.

kaných dát. K tým patria okrem iného údaje o rizikových faktoroch, postihnutí, kvalite života, využití zdravotnej starostlivosti a užívaní psychofarmák. Na rozdiel od väčšiny predchádzajúcich štúdií, údaje boli získavané z celej dospeljej populácie, vrátane vekovej skupiny nad 65 rokov, z ktorej sú populačné údaje o duševných poruchách pomerne zriedkavé.

Projekt je prvým európskym prieskumom, ktorý používa DSM-IV (16) na klasifikáciu duševných porúch. Súčasné použitie ICD 10 umožňuje priame porovnanie týchto dvoch diagnostických nástrojov (17). Konkrétnym nástrojom na získavanie údajov a stanovenie diagnóz bola najnovšia verzia Composite International Diagnostic Interview (CIDI) – podrobný štruktúrovaný diagnostický dotazník, v počítačovej forme, vyplňovaný školeným personálom z radov zdravotníckych laikov. CIDI umožňuje prostredníctvom počítačových algoritmov stanoviť diagnózy súčasných i minulých duševných porúch (18). Predošlé verzie sa osvedčili ako validné a spoľahlivé (19). Posledná verzia použitá v ESEMeD bola dôkladne prispôbená tomuto účelu v spolupráci s výborom WHO World Mental Health (WMH) a bola testovaná v účastníckych krajinách pred aplikáciou počítačovej verzie v piatich jazykoch (20, 21). Dôležité je, že táto nová verzia umožňuje posúdenie klinickej závažnosti poruchy. Použitie takéhoto štandardného nástroja umožňuje porovnávanie údajov ESEMeD s údajmi zo všetkých ostatných krajín zahrnutých v prieskumných aktivitách WHO WMH. V tomto supplmente opisujeme metódy a výsledky projektu. Prvá kapitola (22) sa týka metodiky, prináša detaily o použitom dotazníku WMH-CIDI a spôsobe spracovania dát. Druhá kapitola (23) prezentuje prevalenciu duševných porúch (ročnú a celoživotnú). Výsledky poukazujú na častejší výskyt skúmaných duševných porúch u žien a mladších vekových skupín. Tretia kapitola (24) hovorí o vysokom percente komorbidity medzi duševnými poruchami, čo signalizuje nevyhnutnosť včasnej intervencie pri primárnych poruchách. Štvrtá kapitola (25) opisuje dopad duševných porúch v parametroch telesného a duševného postihnutia a kvality života. Z výsledkov je zrejmé, že funkčné postihnutie pri duševných poruchách často prevyšuje záťaž pri chronických telesných ochoreniach, ako sú kardiovaskulárne choroby a diabetes. Posledné dve kapitoly prinášajú údaje o využití zdravotnej starostlivosti a spotrebe psychofarmák. Zisťujeme, že Európania trpiaci duševnou poruchou majú často nedostatočný prístup k zdravotnej starostlivosti, spotreba psychofarmák je relatívne vysoká, obzvlášť medzi ženami trpiacimi poruchou nálady, a je zrejmé, že v súčasnosti podávaná farmakoterapia nie je vždy tou najvhodnejšou. Tieto kapitoly predstavujú prvé výstupy projektu ESEMeD a prinášajú dôkladný prehľad o epidemiológii duševných porúch v Európe. Podrobnejšie údaje vychádzajúce z konkrétnych odpovedí na jednotlivé otázky v dotazníku CIDI budú prezentované v budúcnosti. Projekt ESEMeD je výsledkom spojeného úsilia odborníkov z viacerých európskych krajín v spolupráci s WHO WMH Surveys Initiative (21). Táto iniciatíva predstavuje ambiciózne vedecký projekt na prehĺbenie znalostí o duševných poruchách na celom svete. Úzke prepojenie ESEMeD s touto

iniciatívou je dôležité pre zabezpečenie porovnateľnosti údajov. V závere stojí za zmienku, že financovanie ESEMeD bolo zabezpečované Európskou komisiou, z verejných zdrojov jednotlivých krajín a s podporou súkromnej farmaceutickej spoločnosti GlaxoSmithKline. Úzke prepojenie verejného a súkromného financovania je relatívne novým prístupom pre takéto rozsiahly epidemiologický projekt. Sme presvedčení, že tento typ partnerstva bol nevyhnutný pre úspešné zavŕšenie projektu a v budúcnosti bude táto spolupráca pokračovať. Ambiciózne projekt ako je ESEMeD bol realizovateľný len vďaka nesmiernemu úsiliu a ochote k spolupráci mnohých ľudí a dúfame, že jeho výsledkom budú cenné informácie pre budúcu politiku duševného zdravia v Európe.

**Literatúra** (27): Acta Psychiatrica Scandinavica, 109, 2004, č. 420, Suppl., s. 7.

## Výber vzorky obyvateľstva a metodika projektu ESEMeD

Údaje z rôznych štúdií o bremene duševných porúch v Európe boli dosiaľ nekompletné a navzájom ťažko porovnateľné. Na preklenutie tohto problému bol vytvorený projekt ESEMeD/MHEDEA 2000 (Mental Health Disability: a European Assessment in year 2000, ďalej nazývaný len ESEMeD). Projekt je súčasťou iniciatívy WHO World Mental Health (WMH, 2000). Cieľom projektu je stanoviť a porovnať v šiestich vybraných európskych krajinách:

1. jednomesačnú, ročnú a celoživotnú prevalenciu najčastejších duševných porúch vo všeobecnej populácii,
2. súvislosť porúch nálady a úzkostných porúch so sociodemografickými a vybranými rizikovými faktormi,
3. kvalitu života osôb s poruchami nálady a úzkostnými poruchami a ako túto kvalitu ovplyvňujú iné premenné,
4. zhodnotiť liečbu, jej kvalitu a dostupnosť.

ESEMeD je prierezová anketová štúdia v reprezentatívnej vzorke dospeljej populácie šiestich európskych krajín (Belgicko, Francúzsko, Nemecko, Taliansko, Holandsko, Španielsko). Cieľovou populáciou boli osoby nad 18 rokov, žijúce v súkromných domácnostiach. Inštitucionalizované osoby neboli do štúdie zahrnuté. Základom výberu vzorky bol zoznam obyvateľov (census) alebo poštové záznamy o adresách. Vo Francúzsku bol použitý aj telefónny zoznam. Vzorky boli tvorené náhodnou viacstupňovou stratifikáciou. Stratifikácia sa v jednotlivých krajinách líšila v detailoch, výsledkom bola vo všetkých prípadoch reprezentatívna vzorka dospelého obyvateľstva.

## Dotazník CIDI

Dotazník použitý v štúdiu je štruktúrovaný do 38 rôznych sekcií a obsahuje revidovanú verziu štandardného WMH-

CIDI spolu so špecifickými informáciami o závažnosti porúch, symptómov, o stupni postihnutia a kvalite života, liečbe a rizikových faktoroch. Dotazník bol vyplňaný počítačovou formou za asistencie školených laikov v domácnostiach respondentov.

Dotazník obsahuje otázky týkajúce sa všetkých psychiatrických porúch, v tejto práci sa však venujeme len najčastejším – poruchám nálady, úzkostným poruchám a poruchám v súvislosti s alkoholom (abúzus a závislosť). Ostatné ochorenia, ako napríklad poruchy príjmu potravy, poruchy detského veku, drogové závislosti a psychózy, sa vyskytli len u malého počtu respondentov a v tejto práci ich nehodnotíme. Podľa kritérií DSM-IV boli vylúčení všetci respondenti, ktorí spĺňali kritériá pre organicitu.

Dotazník obsahoval skríningovú sekciu, ktorú vyplňali všetci respondenti. Pokiaľ respondent odpovedal pozitívne na niektorú zo skríningových otázok prešiel i do dlhšej formy sekcie pre danú poruchu.

CIDI bol pôvodne vytvorený v angličtine a prešiel riadnym procesom adaptácie na transkultúrne porovnateľné verzie v každom z príslušných jazykov. Na posúdenie závažnosti príznakov jednotlivých porúch boli použité upravené škály klinickej závažnosti v rámci dlhých verzii v jednotlivých skupinách otázok (napr. MADRS pre depresiu a HADS pre generalizovanú úzkostnú poruchu). Na posúdenie miery funkčného postihnutia bola použitá škála WHO DAS-II (WHO Disability Assessment Schedule II), ktorá bola aplikovaná len u špecifických podskupín respondentov.

## Respondenti

Celkový počet respondentov bol 21 425 osôb, ktoré boli oslovené v časovom rozmedzí od januára 2001 do augusta 2003. WHM CIDI dotazník bol vyplňaný pri pohovoroch v domácnostiach s použitím technológie CAPI (Computer Assisted Personal Interview). Ochota spolupracovať medzi respondentmi varíovala od 78,6 % v Španielsku k 45,9 % vo Francúzsku. Zozbierané údaje boli štatisticky spracované viacerými typmi váženia, boli napr. zohľadnené osoby žijúce v jednej domácnosti, údaje boli prepočítané na skutočnú distribúciu podľa veku a pohlavia získanú cenzom v jednotlivých krajinách a tiež bol zohľadnený podiel vzoriek z jednotlivých krajín vzhľadom k počtu obyvateľov v daných krajinách.

Tabuľka 1. Zloženie súboru

| Krajina    | Populácia   | Vzorka | Spolupracujúci | Miera spolupráce (%) |
|------------|-------------|--------|----------------|----------------------|
| Belgicko   | 8 073 054   | 5 126  | 2 419          | 50,6                 |
| Francúzsko | 43 702 805  | 6 796  | 2 894          | 45,9                 |
| Nemecko    | 67 058 890  | 6 769  | 3 555          | 57,8                 |
| Taliansko  | 47 753 212  | 6 803  | 4 712          | 71,3                 |
| Holandsko  | 13 009 537  | 5 116  | 2 372          | 56,4                 |
| Španielsko | 33 197 144  | 7 587  | 5 473          | 78,6                 |
| Spolu      | 212 794 642 | 38 197 | 21 425         | 61,2                 |

## Socio-demografické charakteristiky

Počty respondentov vo vzorkách z jednotlivých krajín a mieru ich spolupráce ukazuje tabuľka 1. Keď porovnáme vážené (populácia) a nevážené (vzorka) hodnoty, nachádzame rozdiely pre zastúpenie žien a mužov vo viacerých krajinách s relatívne nižším počtom mužov vo vzorke. Vo všetkých krajinách je vo vzorke podhodnotená veková skupina 18–24 rokov a nadhodnotená skupina 35–49 rokov. Tabuľka 2 ukazuje socio-demografické charakteristiky respondentov.

Tabuľka 2. Socio-demografické charakteristiky respondentov

|                                |        |
|--------------------------------|--------|
| <b>Súbor</b>                   |        |
| muži                           | 48,0 % |
| ženy                           | 52,0 % |
| <b>Priemerný vek (r.)</b>      | 47     |
| 18–24 r.                       | 11,0 % |
| 25–34 r.                       | 18,3 % |
| 35–49 r.                       | 28,2 % |
| 50–64 r.                       | 21,9 % |
| 60 + r.                        | 20,7 % |
| <b>Partnerský stav</b>         |        |
| žijúci s partnerom             | 67,1 % |
| kedysi v manželskom zväzku     | 11,5 % |
| slobodní                       | 21,5 % |
| <b>Spolužitie</b>              |        |
| žijúci s niekym                | 84,9 % |
| sami                           | 15,1 % |
| <b>Vzdelanie</b>               |        |
| 0–4 r.                         | 5,1 %  |
| 5–8 r.                         | 27,0 % |
| 9–12 r.                        | 32,6 % |
| 13 + r.                        | 35,0 % |
| neudané                        | 0,3 %  |
| <b>Lokalita</b>                |        |
| vidiek                         | 33,2 % |
| stredné mestá (10 000–100 000) | 38,9 % |
| veľké mestá (nad 100 000)      | 28,0 % |
| <b>Zamestnanie</b>             |        |
| platené                        | 54,1 % |
| nezamestnaní                   | 6,6 %  |
| dôchodcovia                    | 23,2 % |
| živnostníci                    | 9,1 %  |
| študenti                       | 3,1 %  |
| materská dovolenka             | 0,9 %  |
| PN                             | 0,7 %  |
| invalidita                     | 1,5 %  |
| iné                            | 0,5 %  |
| neudané                        | 0,3 %  |
| <b>Krajina</b>                 |        |
| Holandsko                      | 6,1 %  |
| Belgicko                       | 3,8 %  |
| Francúzsko                     | 20,5 % |
| Nemecko                        | 31,5 % |
| Taliansko                      | 22,4 % |
| Španielsko                     | 15,6 % |

Priemerný vek v celej vzorke bol 47 rokov, s maximom zastúpenia vekovej skupiny 35–49 (28,2 % respondentov). Vo vzorke bolo o niečo viac žien ako mužov – (52 %). Väčšina opýtaných žila v manželskom alebo partnerskom zväzku (61,7 %). Viac osôb žilo v stredných a veľkých mestách, asi 54 % opýtaných malo stále platené zamestnanie, 6,6 % bolo nezamestnaných.

### Kontrola dát

Všetci anketári absolvovali rovnaký jednotýždňový tréning pod vedením lektorov WHO a dodržiavali rovnaký protokol. Kontrola kvality získaných údajov obsahovala veľký počet online kontrol a viacvrstvový monitoring.

**Literatúra** (26): Acta Psychiatrica Scandinavica, 109, 2004, č. 420, Suppl., s. 19.

## Prevalencia duševných porúch v Európe

### Štatistika

Prevalencia je vyjadrená v absolútnych číslach a v percentách s 95 % konfidenčným intervalom. Koreláty duševných porúch boli skúmané ako závislé premenné, socio-demografické charakteristiky ako nezávislé premenné. Štatistická významnosť každej nezávisle premennej bola stanovená pomocou štatistiky Wald Chi-square. Na spracovanie údajov bol použitý software SUDAAN špecializovaný pre analýzu komplexných vzoriek a vážených dát.

### Výsledky

Prevalenciu najčastejších duševných porúch podľa kritérií DSM-IV (dvanásťmesačnú a celoživotnú) prezentuje tabuľka 3. Jeden zo štyroch opýtaných zaznamenal počas života prítomnosť jednej zo skúmaných duševných porúch. Takmer jeden z desiatich opýtaných vykazoval príznaky duševnej poruchy počas posledných 12 mesiacov.

Celoživotná prevalencia bola najvyššia pre poruchy nálady (14 %) a úzkostné poruchy (13,6 %). Abúzus alebo závislosť od alkoholu v anamnéze boli zaznamenané u 5,2 %. Za posledný rok pred dátumom interview boli tieto prevalencie 6,4 % pre úzkostnú poruchu, 4,2 % pre poruchy nálady a 1 % pre poruchy v súvislosti s alkoholom. Veľká depresia a špecifické fóbie boli najčastejšími zistenými psychiatrickými poruchami – veľká depresia s 13 % celoživotnou a 4 % ročnou prevalenciou a epizóda špecifickej fóbie, ktorú referovalo aspoň raz za život 8 % opýtaných. Tretou najbežnejšou poruchou bol abúzus alkoholu a dystýmia, oboje s celoživotnou prevalenciou 4,1 %.

Tabuľka 3 ukazuje rozdelenie duševných porúch podľa veku a pohlavia respondentov. Ženy boli za uplynulý rok takmer dvakrát častejšie ako muži postihnuté nejakou duševnou poruchou, s vyšším zastúpením porúch nálady a úzkostných porúch a nižším zastúpením alkoholizmu. Vyššia

prevalencia duševných porúch bola zistená v mladších vekových skupinách s postupným signifikantným poklesom prevalence s vekom.

**Tabuľka 3.** Rozdelenie duševných porúch podľa veku, pohlavia a ostatných socio-demografických ukazovateľov respondentov

|                        | DP spolu | Poruchy nálady | Úzkostné poruchy | Alkoholizmus |
|------------------------|----------|----------------|------------------|--------------|
| <b>Spolu</b>           | 9,6      | 4,2            | 6,4              | 1,0          |
| muži                   | 7,1      | 2,8            | 3,8              | 1,7          |
| ženy                   | 12,0     | 5,6            | 8,7              | 0,3          |
| <b>Vek (r.)</b>        |          |                |                  |              |
| 18–24 r.               | 13,7     | 6,1            | 9,2              | 2,2          |
| 25–34 r.               | 11,2     | 4,4            | 7,0              | 1,8          |
| 35–49 r.               | 9,6      | 4,0            | 6,5              | 0,9          |
| 50–64 r.               | 9,8      | 4,5            | 6,8              | 0,5          |
| 65+ r.                 | 5,8      | 3,2            | 3,6              | 0,1          |
| <b>Partnerský stav</b> |          |                |                  |              |
| žijúci s partnerom     | 8,7      | 3,5            | 6,0              | 0,7          |
| kedysi v manž. zväzku  | 10,9     | 6,5            | 7,2              | 0,6          |
| slobodní               | 11,8     | 5,3            | 7,1              | 2,0          |
| <b>Vzdelanie</b>       |          |                |                  |              |
| 0–4 r.                 | 8,9      | 5,5            | 6,0              | 0,2          |
| 5–8 r.                 | 7,0      | 3,5            | 4,7              | 0,5          |
| 9–12 r.                | 9,1      | 3,6            | 6,3              | 0,9          |
| 13+ r.                 | 9,0      | 3,4            | 6,0              | 1,2          |
| <b>Zamestnanie</b>     |          |                |                  |              |
| platené                | 9,1      | 3,4            | 6,2              | 1,0          |
| nezamestnaní           | 16,8     | 9,1            | 9,3              | 3,2          |
| dôchodcovia            | 6,4      | 3,2            | 4,1              | 0,1          |
| živnostníci            | 10,6     | 5,0            | 7,7              | 0,1          |
| študenti               | 12,3     | 5,9            | 7,6              | 2,8          |
| materská dovolenka     | 11,3     | 3,4            | 9,5              | 0,0          |
| PN                     | 25,3     | 16,0           | 16,5             | 1,2          |
| invalidita             | 24,4     | 17,9           | 15,4             | 1,0          |
| iné                    | 10,7     | 2,4            | 5,5              | 4,5          |

Respondenti, ktorí nežili v manželskom zväzku, boli rozvedení, ovdovení a s nižším vzdelaním, mali vyšší výskyt duševných porúch za posledný rok. V porovnaní s respondentmi žijúcimi v manželskom zväzku mali respondenti, ktorí boli v minulosti ženatí/vydaté, takmer dvojnásobné riziko depresie. Slobodní respondenti mali riziko depresie vyššie len 1,5-krát, ale riziko alkoholizmu bolo vyššie takmer trojnásobne. Vyššie vzdelanie prinášalo menej porúch nálady, ale viac alkoholických porúch. Nezamestnanosť súvisela so zvýšeným rizikom všetkých duševných porúch, obzvlášť však porúch nálady a alkoholizmu.

### Diskusia

Epidemiologické štúdie v minulosti sa odlišovali v metódach merania duševných porúch. Detailné porovnanie medzi na-

šími údajmi a údajmi z iných štúdií, nie je pre rozdielnosť metodík možné. Pri zbežnom porovnaní však zisťujeme niekoľko dôležitých rozdielov. Odhad prevalencie v našej štúdií je vo všeobecnosti nižší než v doterajších štúdiách, napr. odhadovaná 10 % ročná prevalencia sa povážlivo líši od 14–23 % v predošlých populačných prieskumoch. Je otázkou, či tieto nižšie čísla súvisia s presnejšou diagnostikou, založenou na kritériách DSM-IV. Napríklad definícia porúch v súvislosti s alkoholom je v DSM-IV konzervatívnejšia a striktnejšia v porovnaní s predchádzajúcimi verziami. Nižšie odhady prevalencií môžu súvisieť i s renovovanou verziou CIDI dotazníka, ktorá pripúšťa menej falošne pozitívnych výsledkov.

Zistené faktory súvisiace s duševnými poruchami sú podobné ako v predchádzajúcich štúdiách – viac duševných porúch u žien, klesajúca tendencia výskytu s vekom a vyšší výskyt u respondentov žijúcich bez partnera, nezamestnaných a somaticky chorých. Zistenie, že respondenti s vyšším vzdelaním vykazujú vyššiu pravdepodobnosť alkoholizmu, je v rozpore so všeobecným názorom, že alkoholizmus je chorobou nízkych sociálnych vrstiev. Ďalej sa ukázalo, že osoby žijúce vo veľkých mestách vykazujú o niečo vyššie riziko pre všetky tri skupiny duševných porúch v porovnaní s vidieckym obyvateľstvom.

Treba si uvedomiť, že naša vzorka reprezentuje okolo 212 miliónov obyvateľov zo šiestich krajín Európy. Odhadujeme teda, že za uplynulý rok okolo 20 mil. ľudí v týchto krajinách trpelo niektorou z uvedených duševných porúch – viac ako 12 mil. úzkostnými poruchami a viac ako 9 mil. poruchami nálady. Tieto čísla sú ešte šokujúcejšie, keď si uvedomíme, že počet dospelých obyvateľov, ktorý aspoň raz za život trpeli niektorou z uvedených duševných porúch je vyše 51 miliónov.

Žijeme dnes v ére, keď zdravie populácie neposudzujeme výlučne podľa štatistik úmrtnosti. Invalidita a miera postihnutia majú centrálnu úlohu pri definovaní zdravia populácie. V štúdií WHO nazvanej „Globálne bremeno ochorení“ (22) sú psychiatrické ochorenia identifikované ako vysoko významné a tvoria viac ako 15 % invalidizujúcich ochorení, čo je viac ako tvoria napr. onkologické ochorenia. Je teda zrejmé, že politika zdravotnej starostlivosti by mala optimalizovať liečbu existujúcich duševných porúch a redukovať nárast ďalších prípadov skorou detekciou v rizikových skupinách. Identifikácia rizikových faktorov by mala pomôcť profesionálom v primárnej a sekundárnej zdravotníckej starostlivosti rozpoznávať a liečiť tieto ochorenia čo najskôr. Veríme, že počet osôb, u ktorých sa rozvinie duševná porucha, môže byť znížený redukciami rizikových faktorov a včasnou liečbou symptómov ešte predtým, ako porucha splní diagnostické kritériá.

**Literatúra** (22): Acta Psychiatrica Scandinavica, 109, 2004, č. 420, Suppl., s. 27.

## Dvanásťmesačná komorbidita a súvisiace faktory

Explicitné diagnostické kritériá definované DSM-IV umožňujú systematické štúdium výskytu dvoch a viacerých duševných porúch súčasne. V tejto časti sa sústreďujeme na zistenie asociácií medzi rôznymi typmi duševných porúch, medzi prevalenciou čistej poruchy a komorbidných porúch a vplyv socio-demografických faktorov na komorbiditu. Komorbidita je posudzovaná len medzi najčastejšími skupinami duševných porúch (poruchy nálady, úzkostné poruchy a alkoholické poruchy). Ostatné poruchy, zahrnuté v CIDI dotazníku tvorili len malú podskupinu a nie sú v tejto časti uvedené.

Čistá porucha je definovaná ako špecifická duševná porucha (podľa kritérií DSM-IV) za posledných 12 mesiacov u osoby, ktorá nespĺňa kritériá pre žiadnu inú duševnú poruchu v tom čase (napr. pri poruche nálady neboli splnené kritériá pre žiadnu úzkostnú ani alkoholickú poruchu za uplynulých 12 mesiacov), čistá úzkostná porucha a čistá alkoholická porucha boli definované podobne. Komorbidita v rámci jednej veľkej diagnostickej skupiny nebola braná do úvahy.

## Výsledky

Pre tri základné kategórie (poruchy nálady, úzkostné poruchy a alkoholizmus) sú v tabuľke 4 znázornené percentá respondentov, ktorí splňali kritériá pre najmenej jednu poruchu z ostatných v základnej kategórii.

**Tabuľka 4. Výskyt úzkostných porúch u mužov a žien**

| Item                        | Priemer | Muži | Ženy |
|-----------------------------|---------|------|------|
| Poruchy nálady celkove      | 41,7    | 36,4 | 44,2 |
| Úzkostné poruchy celkove    | 28,3    | 27,3 | 28,7 |
| Alkoholické poruchy celkove | 22,8    | 18,7 | 45,3 |
| Veľká depresia              | 53,1    | 48,8 | 55,2 |
| Dystýmia                    | 73,3    | 74,4 | 72,8 |
| GAD                         | 69,4    | 51,6 | 75,7 |
| Sociálna fóbia              | 49,1    | 42,9 | 52,5 |
| Špecifické fobie            | 28,6    | 28,2 | 28,8 |
| PTSD                        | 57,9    | 68,3 | 54,9 |
| Agorafóbia                  | 81,0    | 83,2 | 80,2 |
| Panická porucha             | 63,8    | 60,2 | 65,6 |
| Abúzus alkoholu             | 20,8    | 19,0 | 34,5 |
| Závislosť od alkoholu       | 27,7    | 18,0 | 58,2 |

Zo všetkých respondentov s poruchou nálady malo 41,7 % tiež niektorú z úzkostných porúch alebo alkoholizmus. Medzi respondentmi s úzkostnou poruchou bola komorbidita 28,3 % a u alkoholických porúch 22,8 %. Najvyššiu pravdepodobnosť komorbidity teda vykazovala skupina porúch nálady. Najvyššie percento komorbidity z jednotlivých ochorení vykazovala dystýmia a veľká depresia (73,3 a 53,1 %).

Viacere úzkostné poruchy boli vo všeobecnosti vysoko komorbidné – agorafóbia 81 %, generalizovaná úzkostná porucha 69 % a panická porucha 64 %. Závislosť od alkoholu bola častejšie komorbidná s inými poruchami na rozdiel od abúzu alkoholu, ktorý bol zo všetkých podskupín najmenej komorbidnou poruchou.

Významné rozdiely medzi pohlaviami boli zistené v dvoch prípadoch: generalizovaná úzkostná porucha a závislosť od alkoholu boli významne častejšie komorbídne u žien. Čo sa týka čistých porúch – čisté poruchy nálady a čisté úzkostné poruchy boli signifikantne častejšie u žien a čisté poruchy v súvislosti s alkoholom prevládali u mužov. Podrobnejšie výsledky sú v tabuľke 4.

## Diskusia

Predošlé výskumy už naznačili význam komorbidity medzi abúzom substancií a poruchami nálady, či úzkostnými poruchami (tzv. duálne diagnózy) (19). Hoci komorbidita medzi drogovými závislosťami nebola v tomto článku hodnotená, zistili sme dôkazy o významnej komorbidite pri závislosti od alkoholu, nie však pri abúze alkoholu. Aj ďalšie štúdie poukazujú na veľmi slabú súvislosť medzi abúzom alkoholu a inými duševnými poruchami (19, 20). Mladí ľudia častejšie spĺňali kritériá pre abúzus alkoholu (22), čo hodnotíme ako správanie spojené s určitou fázou dospievania mladých mužov, ktoré nepredstavuje závažnú psychopatológiu.

Najnižšiu komorbiditu zo všetkých klasifikovaných porúch vykazovali špecifické fobie a abúzus alkoholu. Obidve tieto poruchy sú považované za najmenej závažné vo svojich diagnostických skupinách a za najmenej zneschopňujúce (2, 23). Ďalej sme zistili, že komorbidita je bežnejšia u niektorých demografických skupín, ženy majú trikrát vyššie riziko komorbidity u úzkostných porúch ako muži. Ďalšími rizikovými faktormi pre komorbiditu porúch nálady a úzkostných porúch boli: mladý vek, nižšie vzdelanie, život bez partnera a nezamestnanosť. Hoci sa klinické štúdie často sústreďujú na čisté poruchy, musíme si uvedomiť, že v reálnom svete sú oveľa typickejšie komorbídne poruchy. Komorbidita je spravidla spojená so závažnejším funkčným postihnutím a liečba vyžaduje pokrytie všetkých konkomitantných príznakov (32).

Do popredia sa dostáva význam prevencie sekundárnych porúch (32 až 34). Čisté poruchy bývajú zväčša mierne, terapeuticky lepšie zvládnuteľné – a ich terapia je zároveň prevenciou komorbidity. Včasná intervencia u čistých porúch je užitočnou stratégiou, obzvlášť, keď identifikujeme najsilnejšie prediktívne faktory komorbidity, čas kedy sa tieto poruchy v živote objavujú a ako dlho trvá obdobie do začiatku sekundárnej poruchy (21). Tento rozdiel medzi počiatkami primárnej a sekundárnej poruchy je akýmsi „oknom možností“ pre primárnu prevenciu sekundárnych porúch.

**Literatúra** (34): Acta Psychiatrica Scandinavica, 109, 2004, č. 420, Suppl., s. 36-37.

## Dopad duševných porúch na invalidizáciu a kvalitu života v Európe

Psychiatrické epidemiologické populačné štúdie v Európe zaznamenali závažné bremeno duševných porúch (1 až 6). Tieto štúdie dokumentujú výrazné poškodenie a pokles kvality života u pacientov liečených na psychiatriách, u pacientov v primárnej starostlivosti, aj pri neliečených duševných poruchách. Vo všetkých štúdiách osoby s jednou alebo viacerými duševnými poruchami vykazovali vyšší stupeň funkčného poškodenia ako osoby bez duševnej poruchy. Toto funkčné poškodenie má ďalekosiahle následky na osobný pocit zdravia pacienta, jeho sociálne vzťahy a pracovnú produktivitu. K spoločenskej závažnosti prispieva vysoká prevencia týchto porúch, skorý vek ich začiatku a ich chronický priebeh.

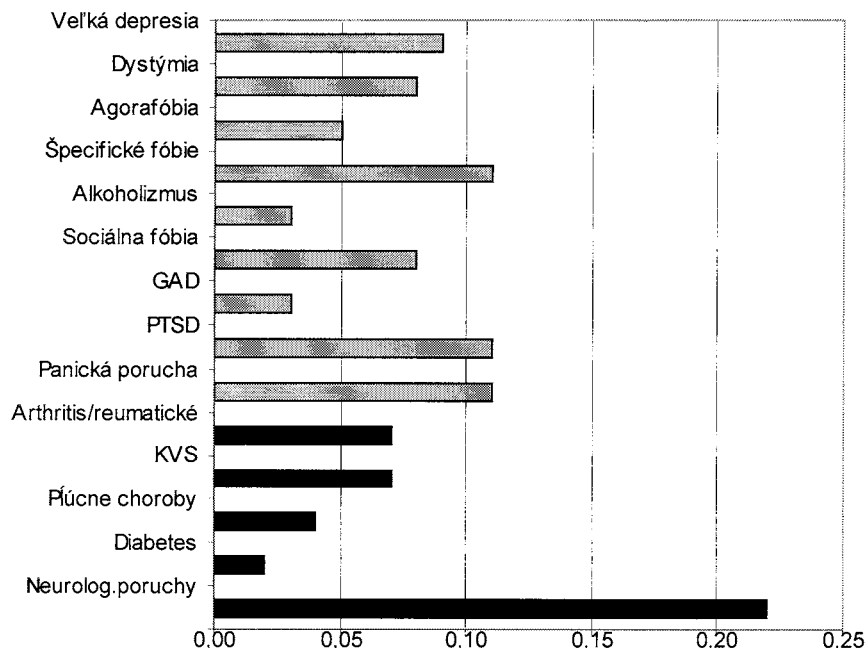
Najrozsiahljšou štúdiou na tomto poli bola štúdia *WHO o psychologických problémoch v primárnej zdravotnej starostlivosti WHO-PPGHC* (9), ktorá zahŕňala päť európskych krajín a týkala sa všetkých bežných duševných porúch. V tejto štúdii všetci pacienti s duševnou poruchou (nezávisle od toho či bola alebo nebola diagnostikovaná všeobecným lekárom) vykazovali vyššiu mieru zneschopenia v porovnaní s pacientmi, ktorí prichádzali so somatickými diagnózami (6). Táto štúdia však bola limitovaná len na pacientov v primárnej zdravotnej starostlivosti.

ESEMeD projekt, ktorý tu prezentujeme, bol navrhnutý tak, aby bolo možné okrem iného odhadnúť stupeň postihnutia a pokles kvality života spojený s bežnými duševnými poruchami vo všeobecnej európskej dospeljej populácii. Štúdia mala v tomto smere tri ciele: stanoviť vzťah medzi duševným zdravím všeobecne (I) a jednotlivými duševnými poruchami (II) ku kvalite života a k poklesu výkonnosti v zamestnaní, a (III) porovnať záťaž pri duševných poruchách s piatimi chronickými telesnými chorobami. Táto časť projektu je zároveň súčasťou WHO World Mental Health Surveys Initiative.

## Metodika

Funkčné postihnutie je definované v kontexte troch veličín – zneschopenie, funkčný deficit a hendikep jednotlivých sociálnych rolí – ako „akékoľvek obmedzenie alebo strata kapacity vykonávať aktivitu spôsobom, ktorý sa považuje za normálny a bežný pre človeka“ (12). V našej analýze bolo funkčné postihnutie posudzované prostredníctvom škály na odhad postihu WHO Disablement Assessment Scale, verzia 2 (WHODAS-II), konkrétne časti týkajúcej sa počtu dní vyměškaných v práci. Okrem toho sme skúmali kvalitu života pomocou 12-položkového krátkeho formulára SF12.

WHODAS-II umožňuje odhadnúť rôzne formy zneschopenia v kategóriách bolesti, koncentrácie, mobility, sebaobsluhy, záťaže rodinných príslušníkov, sociálneho fungovania, diskriminácie a samozrejme parameter dní vyměškaných



Obr. 1. Zmeškané pracovné dni pri jednotlivých poruchách v porovnaní so somatickými ochoreniami

v práci (WLD). Dotazník o kvalite života pozostával z dvoch škál – z fyzickej a duševnej komponenty.

V rámci štúdie prebehlo skríning na prítomnosť chronických telesných chorôb. Tento skríning absolvovala náhodne vybraná časť (25 %) respondentov, ktorí nespĺňali kritériá pre duševnú poruchu a všetci respondenti s poruchou nálady alebo s úzkostnou poruchou. V analýze sme somatické ochorenia rozdelili do piatich základných skupín – reumatické choroby (20,5 % vážená prevalencia), kardiovaskulárne choroby (5,5 %), pľúcne choroby (8,5 %), diabetes (4,5 %) a menšia skupina neurologických problémov (0,9 %).

## Výsledky

V štúdiu sa zistilo nepatrne vyššie skóre pre fyzickú i duševnú komponentu kvality života u mužov ako u žien – rozdiel bol menší ako 0,2 štandardnej odchýlky. Pre ženy i pre mužov so vzrastajúcim vekom klesala „fyzická kvalita života“. Pre „mentálnu kvalitu života“ sa zistila opačná závislosť u oboch pohlaví. V položke stratených pracovných dní (WLD) nebola spojitosť s vekom zjavná. Postihnutia a strata kvality života boli významne vyššie u jedincov s dvoma a viacerými duševnými poruchami za posledný rok. Osoby s tromi a viacerými duševnými poruchami vykazovali poruchu normálneho fungovania počas 35 % dní za posledný mesiac v porovnaní so 7 % dní u osôb bez duševných porúch. Tabuľka 5 ukazuje priemer WLD a hodnoty mentálneho a fyzického skóre (MCS a PCS) pre každú jednotlivú duševnú poruchu i pre somatické ochorenia. Sedem duševných porúch malo stredné MCS skóre signifikantne nižšie ako u osôb bez duševnej poruchy: dystýmia, generalizovaná úzkostná porucha, epizóda

veľkej depresie, agorafóbia, panická porucha, PTSD a sociálna fóbia.

Po regresnej analýze, kde bola zohľadnená i komorbidita, pohlavie a vek, boli výsledky jednoznačné. Somatické poruchy mali väčší dopad na fyzickú kvalitu života, duševné poruchy na mentálnu kvalitu života. Ich skrížený vzťah bol menej výrazný. Čo sa týka WLD, boli následky duševných porúch o niečo závažnejšie ako pri somatických poruchách, hoci najsilnejší dopad vykazovali neurologické poruchy s koeficientom WLD 0,22 (teda zmeškaných 22 % pracovných dní za posledný mesiac). Niektoré duševné poruchy mali väčší dopad ako ostatné. Najvýznamnejší vplyv sa zistil pri dystýmií, veľkej depresii, PTSD, sociálnej fóbii a panickej poruche. Relatívne nízky dopad na počet zmeškaných pracovných dní bol zistený pri GAD, agorafóbií a poruchách v súvislosti s alkoholom (tab. 5, obr. 1).

## Diskusia

Pri interpretácii výsledkov tejto časti treba vziať do úvahy niekoľko obmedzení. Osoby s duševnou poruchou majú sklon hodnotiť pesimistickejšie svoje fungovanie a kvalitu života, čo môže skresľovať validitu údajov získaných z WHODAS-II a SF12, a to najmä u osôb s poruchami nálady (14). Toto bias nemožno kvantifikovať, pretože objektivizácia údajov o kvalite života nebola súčasťou ESEMeD štúdie. Ďalšou limitáciou je prierezový charakter štúdie (15–17). Údaje možno dať navzájom do súvisu, nevidno však, ako táto súvislosť vzniká. Treťou limitáciou je veľké percento nespolupracujúcich spomedzi oslovených respondentov v niektorých zúčastnených krajinách, obzvlášť vo Francúzsku a Belgicku.

Nemožno odhadnúť, či sa non-respondéri nelíšia významnou mierou od spolupracujúcich subjektov. Limitáciou je i spolahľivosť údajov o telesnej chorobe, ktoré pochádzali iba od respondenta. Neboli zisťované nezávislé údaje z lekárskeho záznamov.

**Tabuľka 5: Podiel ochorení na počte zmeškaných pracovných dní**

| Item                 | WLD  |
|----------------------|------|
| Neurologické poruchy | 0,22 |
| Diabetes             | 0,02 |
| Pľúcne choroby       | 0,04 |
| KVS                  | 0,07 |
| Arthritis/reumatické | 0,07 |
| Panická porucha      | 0,11 |
| PTSD                 | 0,11 |
| GAD                  | 0,03 |
| Sociálna fóbia       | 0,08 |
| Alkoholizmus         | 0,03 |
| Špecifické fóbie     | 0,11 |
| Agorafóbia           | 0,05 |
| Dystýmia             | 0,08 |
| Veľká depresia       | 0,09 |

Napriek podstatným rozdielom v prevalencii duševných porúch, rozličným zdravotným systémom a rôznym socioekonomickým podmienkam, sa vo všetkých zúčastnených krajinách zistili prekvapivo zhodné vzťahy medzi jednotlivými duševnými poruchami a poklesom kvality života.

Zistilo sa, že fyzické ochorenia postihujú kvalitu života najmä obmedzením fyzických kapacít jedince, ako je napr. mobilita, zrak a sluch, telesná sila a podobne, kým duševné poruchy znižujú kvalitu života prostredníctvom postihnutia kognitívnych, motivačných a emočných funkcií, ktoré predstavujú postihnutie vyššieho rádu pre ľudský organizmus. Následky miernej alebo stredne závažnej poruchy duševných kapacít môžu byť závažnejšie, ako pri rovnako výraznom poškodení telesných funkcií. Viaceré štúdie v minulosti už dokumentovali priamu závislosť hĺbky depresie a zníženého fungovania v základných životných rolách (15). Po ústupe depresie sa fungovanie vracia na premorbídnu úroveň (23, 24). Táto závislosť platí i pre úzkostné poruchy. Efektívna prevencia a liečba emočných porúch by mala byť cieľaná na čo najmenšie poškodenie životných rolí pacienta.

**Literatúra** (24): Acta Psychiatrica Scandinavica, 109, 2004, č. 420, Suppl., s. 46.

## Využitie zdravotnej starostlivosti pre duševné poruchy v Európe

Jednou z najhorúcejších tém v zdravotnej legislatíve vo všetkých priemyselne vyspelých krajinách je problém ako zabez-

pečiť prístup k adekvátnej zdravotnej starostlivosti osobám s emočnými poruchami (1, 2). Viaceré americké a európske populačné štúdie z 80. a 90. rokov preukázali, že väčšina ľudí s psychiatrickými problémami nedostane adekvátnu profesionálnu pomoc (3–7). Ďalšie údaje svedčia o tom, že osoby, ktoré zdravotnú pomoc vyhľadajú, často nedostanú liečbu zodpovedajúcu poznatkom medicíny založenej na dôkazoch, ktorú možno definovať pomocou počtu nevyhnutných návštev a použitia indikovaných liečiv (4–8). Napríklad európska štúdia DEPRES (9) ukázala, že iba štvrtina opýtaných s veľkou depesiou bola liečená antidepresívami. Cieľom tejto časti ESEMeD projektu bolo posúdenie a porovnanie dostupnosti a využitia zdravotnej starostlivosti pre psychiatrické poruchy v šiestich skúmaných krajinách. Ďalej mal projekt za cieľ posúdiť typ starostlivosti a vyhodnotiť počet prípadov, kedy starostlivosť nebola poskytnutá. Obzvlášť sme sa sústredili na typ starostlivosti a typ poskytnutej liečby pri jednotlivých poruchách. Predpokladali sme rozličné výsledky v jednotlivých krajinách podľa miery dostupnosti psychiatrickej starostlivosti, ktorá sa v týchto krajinách líši.

## Metodika

Všetci respondenti boli dotazovaní na vyhľadanie zdravotnej konzultácie kvôli duševným problémom počas celého svojho života. Osoby, ktoré nekonzultovali lekára, ďalej odpovedali na otázku, či cítili niekedy potrebu profesionálnej pomoci, ako dlho odkladali vyhľadanie tejto pomoci a z akých dôvodov. Osoby, ktoré vyhľadali odbornú pomoc kvôli psychickým problémom, ďalej špecifikovali, o aký typ zdravotníckej pomoci išlo (napr. psychiater, psychológ, všeobecný lekár, iný odborník), resp. či vyhľadali iný typ pomoci (sociálne poradne, kňazi, liečiteľia a pod.). Zisťovali sme vek účastníkov v dobe prvého kontaktu so zdravotným zariadením, koľkokrát navštívil respondent toto zariadenie za uplynulý rok, či v návštevách pokračuje alebo boli ukončené, a typ poskytovanej liečby (psychofarmaká, psychoterapia).

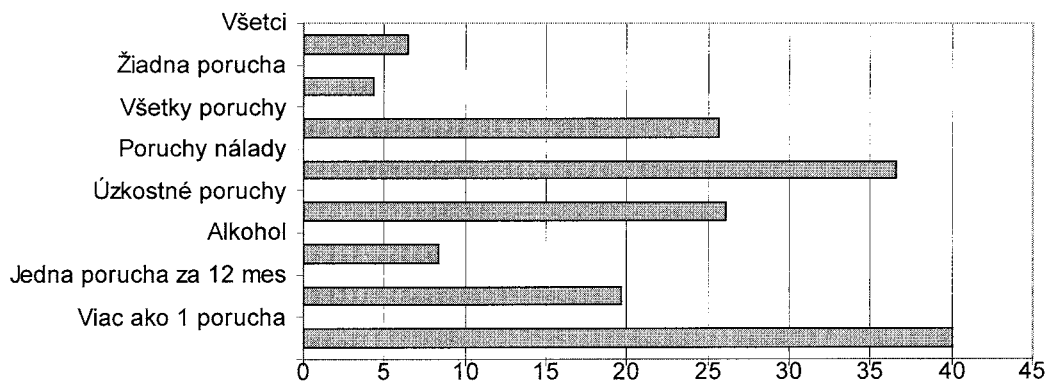
## Výsledky

Tabuľka 5 ukazuje, že 6,4 % všetkých respondentov konzultovalo za posledný rok nejaké zdravotnícke zariadenie kvôli psychickým problémom. Podľa očakávania boli konzultácie častejšie vyhľadávané osobami, ktoré spĺňali kritériá pre duševnú poruchu (25,7 %) a ich počet vzrastal u pacientov s viacerými poruchami súčasne.

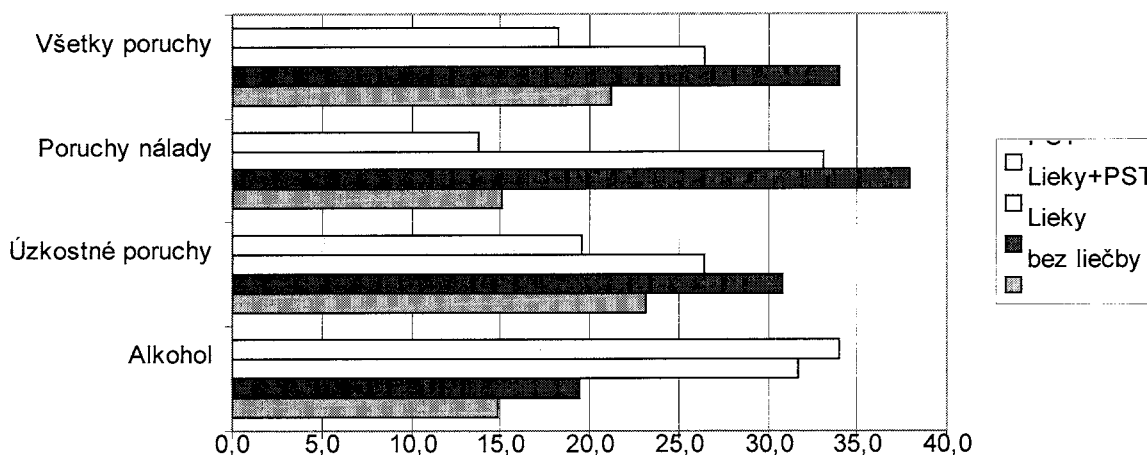
Približne jedna tretina konzultácií bola len u všeobecného lekára, jedna tretina bola len u špecialistu (psychiater častejšie ako psychológ) a posledná tretina konzultovala v oboch sektoroch. Malá časť pacientov navštívila iných špecialistov.

Spomedzi respondentov s duševnou poruchou dostávalo 34 % po konzultácii v zdravotnom zariadení len liečbu psychofarmakami, 18,3 % bolo liečených len psychoterapiou, 26,5 % dostávalo medikáciu i psychoterapiu a 21,2 % nebolo liečených vôbec (tab. 6). Celkovo takmer dve tretiny osôb s ročnou prevalenciou duševnej poruchy dostávalo psychofarmaká, kým menej ako polovica z nich psychoterapiu. Naj-





Obr. 2. Vyhľadanie odbornej pomoci – rozdelenie podľa diagnóz



Obr. 3. Poskytnutá liečba – rozdelenie podľa diagnóz

evidentnejší bol tento rozdiel v skupine porúch nálady. Vy-užitie zdravotných služieb bolo dvojnásobne častejšie u žien ako u mužov, bolo častejšie u osôb žijúcich bez partnera, a najdôležitejším faktorom pre konzultáciu boli poruchy nálady, nasledované na druhom mieste úzkostnými poruchami (podrobnejšie pozri obrázky 2, 3).

**Diskusia**

Podľa našich výsledkov približne každý štrnásty dospelý človek v Európe vyhľadal za posledný rok zdravotnícku pomoc kvôli psychickým problémom. Spomedzi osôb trpiacich duševnou poruchou vyhľadala odbornú pomoc len jedna štvrtina a viac ako tretina z nich vôbec nekontaktovala psychiatra alebo psychológa. Asi pätina pacientov s duševnou poruchou, ktorí vyhľadali zdravotnú starostlivosť, nedostala nijakú špecifickú liečbu. Tieto údaje svedčia o tom, že využí-

tie zdravotnej starostlivosti pre duševné poruchy v Európe je nedostatočné. K podobným výsledkom dospeli i predošlé štúdie – v USA v roku 1990 len 12% osôb s duševnou poruchou vyhľadalo odbornú pomoc (11), v Kanade to bolo 20% a v Austrálii 41% (22). Naše údaje svedčia o lepšej dostupnosti zdravotnej starostlivosti pre psychické poruchy, stále však zostáva veľký priestor na zlepšovanie týchto podmienok. Faktory spojené s vyššou pravdepodobnosťou vyhľadania odbornej pomoci, okrem prítomnosti duševnej poruchy boli: ženské pohlavie a veková skupina 35–49 rokov. Dôležitým zistením bolo významne nižšie využitie zdravotníckych služieb v Taliansku v porovnaní s ostatnými účastníckymi krajinami. Príčiny tohto javu sú komplexné, medzi iným odlišný systém organizácie zdravotníckej starostlivosti, vzťahy medzi primárnou a špecializovanou starostlivosťou, kultúrne bariéry brániace využitiu psychiatrických služieb. Limitácie tejto časti štúdie spočívajú v prierezovom charaktere štú-

die, v spôsobe zberu údajov, kde možno predpokladať určité podhodnotenie zo strany respondentov. Napriek tomu ju možno považovať za kvalitný zdroj informácií, vzhľadom na populačný charakter a veľký počet respondentov.

**Tabuľka 6. Príčina pre vyhľadanie odbornej pomoci**

| Item                         | % vyhľadania odb. pomoci |
|------------------------------|--------------------------|
| Viac ako jedna poruca        | 40                       |
| Jedna porucha za 12 mesiacov | 19,6                     |
| Alkohol                      | 8,3                      |
| Úzkostné poruchy             | 26,1                     |
| Poruchy nálady               | 36,5                     |
| Všetky poruchy               | 25,7                     |
| Žiadna porucha               | 4,3                      |
| Všetci                       | 6,4                      |

**Literatúra** (24): Acta Psychiatrica Scandinavica, 109, 2004, č. 420, Suppl., s. 54.

## Utilizácia psychofarmák v Európe

Za posledných 30 rokov sa psychofarmaká stali dôležitou súčasťou života miliónov ľudí. Ich použitie dosahuje celospoločenský význam čo do počtu pacientov i sociálnych, zdravotných a ekonomických dôsledkov. Kvantitatívne štúdie o utilizácii liečiv môžu byť vedené priamymi a nepriamymi metódami. Priama metóda spočíva v získavaní údajov od reprezentatívnej vzorky populácie a poskytuje zrejme najpresnejší odhad utilizácie psychofarmák. Kvantitatívne nepriame metódy sa používajú vo farmakoepidemiologickom výskume, ktorý spočíva v monitorovaní predaja liekov alebo v analýze poisťných udalostí a lekárskych záznamov.

Viacere štúdie v Európe skúmali utilizáciu psychofarmák priamymi metódami, väčšina z nich však prebehla iba na národnej úrovni, alebo sa týkali úzkeho spektra liekov. Tieto štúdie ukázali prevalenciu užívania psychotropných liečiv v bežnej populácii od 6 % do 15 % a konštantným zistením bola vyššia spotreba liekov medzi ženami a staršou populáciou.

ESEMeD je prvou štúdiou, ktorá dáva do súvisu skupiny použitých psychofarmák s prevalenciou jednotlivých duševných porúch.

## Metodika

Všetci respondenti odpovedali na otázku o užití akýchkoľvek psychofarmák za posledný rok, bez ohľadu na diagnózu, zohľadňovalo sa aj jednorazové užitie. Sekcia CIDI dotazníka orientovaná na farmakoterapiu obsahovala 191 položiek o charakteristike užitého lieku, kto liek predpísal, trvanie a frekvencia užívania, prečo bolo užívanie prerušené a pod.

Je dôležité si uvedomiť, že bola analyzovaná akákoľvek epizóda užitia psychofarmák za posledný rok a nerozlišujeme príležitostné užitie, jednorazové užitie a dlhodobé pravidelné užívanie lieku. Aby sa predišlo nepresnostiam a bias z nedôslednosti v odpovediach respondentov, k dotazníku bola priložená príručka s kvalitným vyobrazením všetkých bežne užívaných psychofarmák v danej krajine.

Údaje o použitej medikácii boli následne roztriedené podľa ATC (Anatomical Therapeutic Chemical) klasifikácie (14). Pre účely štúdie sme ďalej vytvorili štyri hlavné liekové kategórie: antidepresíva (tricyklík a antidepresíva druhej generácie), anxiolytiká (benzodiazepíny, nebenzodiazepínové hypnotiká ako zolpidem a anxiolytiká, napr. buspiron), antipsychotiká (konvenčné i atypické) a tymostabilizátory (lítium, karbamazepín, valproát, gabapentín, topiramát a lamotrigín).

## Výsledky

Zistilo sa, že 12,3 % dospelých populácie v Európe za posledný rok užilo aspoň jedenkrát nejakú psychotropnú medikáciu. Užívanie liekov bolo dvakrát častejšie u žien ako u mužov. Najčastejšie užívanými liekmi boli anxiolytiká (9,8 %), na druhom mieste boli antidepresíva (3,7 %), antipsychotiká boli zriedkavejšie – užilo ich len 0,4 % respondentov. Najčastejšou kombináciou liekov (či paralelne alebo nezávisle užívaných) boli anxiolytiká s antidepresívami. Tabuľka 7 ukazuje prevalenciu užívania psychofarmák podľa socioekonomických charakteristík. U oboch pohlaví stúpala spotreba liekov s vekom, s najčastejším výskytom v populácii nad 65 rokov. Po psychofarmakách častejšie siahali osoby s nižším vzdelaním, v invalidite, v pracovnej neschopnosti a dôchodcovia. Nižšia spotreba psychofarmák bola zaznamenaná v Holandsku a Francúzsku, najvyššiu spotrebu malo Nemecko (2,6x vyššiu ako Holandsko).

**Tabuľka 7. Poskytnutá liečba – rozdelenie podľa diagnóz**

| Item             | Bez Th | Lieky | Lieky+PST | PST  |
|------------------|--------|-------|-----------|------|
| Alkohol          | 14,9   | 19,5  | 31,7      | 34,0 |
| Úzkostné poruchy | 23,2   | 30,8  | 26,5      | 19,6 |
| Poruchy nálady   | 15,1   | 37,9  | 33,1      | 13,8 |
| Všetky poruchy   | 21,2   | 34,0  | 26,5      | 18,3 |

Tabuľka 8 prezentuje užívanie psychofarmák podľa jednotlivých diagnóz a tabuľka 9 rozdelenie utilizácie podľa diagnóz a ATC skupín. Anxiolytiká sú najčastejšie používanou medikáciou (25,5 %), pričom 13,8 % respondentov užívalo anxiolytikum bez ďalšej komedikácie. Antidepresíva sú na druhom mieste so 14,9 % a 4,6 % v monoterapii. Užitie samých antipsychotík a samých tymostabilizátorov bolo vo všeobecnosti zanedbateľné.

Len 32,6 % osôb s duševnou poruchou užilo za posledných dvanásť mesiacov nejakú psychotropnú medikáciu, naproti

tomu 10 % osôb bez diagnózy duševnej poruchy užilo aspoň raz za posledný rok psychofarmaká. Takmer 46 % osôb s poruchou nálady užilo za posledný rok psychofarmaká, pre úzkostné poruchy to bolo 32,4 % a pre alkoholické poruchy 7,6 %. Osoby bez klasifikovateľnej duševnej poruchy užívali anxiolytiká v 6 % prípadov (podrobnejšie pozri tab. 8, 9, 10).

**Tabuľka 8. Užívanie psychofarmaká podľa jednotlivých diagnóz**

| Item                           | %    | Ž/M |
|--------------------------------|------|-----|
| muži                           | 8,0  | –   |
| ženy                           | 16,0 | –   |
| <b>Vek (r.)</b>                |      |     |
| 18–24 r.                       | 6,6  | –   |
| 25–34 r.                       | 7,4  | 1,1 |
| 35–49 r.                       | 1,1  | 1,8 |
| 50–64 r.                       | 14,5 | 2,4 |
| 60 + r.                        | 18,8 | 3,1 |
| <b>Partnerský stav</b>         |      |     |
| žijúci s partnerom             | 11,8 | –   |
| kedysi v manželskom zväzku     | 20,4 | 1,6 |
| slobodní                       | 9,2  | 0,8 |
| <b>Vzdelanie</b>               |      |     |
| 0–4 r.                         | 18,9 | –   |
| 5–8 r.                         | 13,6 | 0,7 |
| 9–12 r.                        | 7,8  | 0,4 |
| 13 + r.                        | 9,0  | 0,5 |
| <b>Lokalita</b>                |      |     |
| vidiek                         | 12,4 | –   |
| stredné mestá (10 000–100 000) | 12,3 | 1,0 |
| veľké mestá (nad 100 000)      | 12,0 | 1,0 |
| <b>Zamestnanie</b>             |      |     |
| platené                        | 8,9  | –   |
| nezamestnaní                   | 10,6 | 1,2 |
| dôchodcovia                    | 17,8 | 2,1 |
| živnostníci                    | 15,1 | 1,3 |
| študenti                       | 9,1  | 1,0 |
| materská dovolenka             | 5,2  | 0,4 |
| PN                             | 32,0 | 4,8 |
| invalidita                     | 38,1 | 5,9 |
| iné                            | 6,7  | 0,8 |
| neudané                        | 22,2 | 2,4 |
| <b>Krajina</b>                 |      |     |
| Holandsko                      | 7,4  | –   |
| Belgicko                       | 13,2 | 1,9 |
| Francúzsko                     | 19,2 | 3,0 |
| Nemecko                        | 5,9  | 0,8 |
| Taliansko                      | 13,7 | 2,0 |
| Španielsko                     | 15,5 | 2,3 |

## Diskusia

V našej štúdií 8,2 % mužov a 16 % žien užilo aspoň raz psychofarmaká za posledných 12 mesiacov. Prevalencie zis-

tené v iných európskych štúdiách varujú od nízkych hodnôt 1,6 % u mužov a 2,9 % u žien až po vysoké 9 a 18 % u týchto dvoch pohlaví. U oboch pohlaví stúpala spotreba liekov s vekom. Naše zistenia o súvislosti medikácie so socio-ekonomickými charakteristikami sa zhodujú s väčšinou údajov literatúry (16–18). Morabia et al. (19) ukázali vyššiu spotrebu psychofarmaká u žien v 28 štúdiách z rôznych krajín a rôznych vekových skupín. Existujú prinaajmenšom tri vysvetlenia tohto fenoménu (16, 20, 21).

1. Vyššia prevalencia psychiatrických porúch u žien, najmä depresii a úzkostných porúch. V niektorých štúdiách bola však vyššia spotreba liekov nezávislá od psychiatrickej morbidity (10, 20).
2. Predpokladá sa inverzný vzťah medzi užívaním alkoholu a užívaním psychofarmaká. Teda ľudia, ktorí viac pijú, zriedkavejšie užívajú psychofarmaká. A keďže abúzus alkoholu je zriedkavejší u žien, je ich spotreba liekov vyššia.
3. Socio-kultúrne rozdiely medzi ženami a mužmi. Vo väčšine kultúr sa ženy častejšie sťažujú na svoje psychické problémy a častejšie vyhľadávajú profesionálnu pomoc, preto sú im častejšie predpisované lieky.

Pravdepodobne sa na vyššej spotrebe liekov u žien podieľajú všetky tri tieto faktory.

**Tabuľka 9. Užitie psychofarmaká za 12 mesiacov podľa diagnóz**

| Item                       | %    | Ž/M |
|----------------------------|------|-----|
| Žiadna porucha             | 10,1 | 2,0 |
| Diagnostikované poruchy    | 32,6 | 1,9 |
| Poruchy nálady             | 45,6 | 1,7 |
| Veľká depresia             | 42,7 | 2,5 |
| Ostatné depresie           | 41,9 | 2,4 |
| Dystýmia                   | 46,2 | 1,6 |
| Úzkostné poruchy           | 32,4 | 1,3 |
| Čistá úzkostná porucha     | 25,5 | 1,5 |
| Špecifické fóbie           | 26,5 | 1,8 |
| PTSD                       | 46,2 | 0,7 |
| GAD                        | 49,0 | 1,3 |
| Panická porucha            | 52,5 | 0,9 |
| Alkohol – abúzus/závislosť | 7,6  | 1,7 |

V súlade s inými štúdiami boli anxiolytiká najčastejšie používanými liekmi – u 9,8 % osôb. Údaje z iných európskych štúdií varujú od 2,4 do 13 % pre mužov a 4,5 až 19 % u žien. Naše údaje teda súhlasia s týmito zisteniami. Výsledky sa zhodujú aj čo sa týka využitia psychofarmaká u osôb s duševnou poruchou, napr. Wyerer a Dilling (10) zistili, že len 29 %

Tabuľka 10. Užívanie liekov

| Porucha          | Psychofarmaká |     | Antidepresíva |     | Anxiolytiká |     | Antipsychotiká |     |
|------------------|---------------|-----|---------------|-----|-------------|-----|----------------|-----|
|                  | %             | Ž/M | %             | Ž/M | %           | Ž/M | %              | Ž/M |
| žiadna           | 10,1          | 2,0 | 2,5           | 2,0 | 8,1         | 2,0 | 1,0            | 1,7 |
| diagnostikovaná  | 32,6          | 1,9 | 14,9          | 1,3 | 25,5        | 2,2 | 3,2            | 0,7 |
| nálady           | 45,6          | 1,7 | 24,0          | 1,1 | 35,3        | 2,0 | 4,8            | 0,7 |
| veľká depresia   | 42,7          | 2,5 | 21,2          | 2,7 | 32,5        | 2,2 | 2,8            | 1,8 |
| ostatné depresie | 41,9          | 2,4 | 19,8          | 2,0 | 32,7        | 2,2 | 3,9            | 0,8 |
| úzkostné         | 32,4          | 1,3 | 14,5          | 0,8 | 25,3        | 1,7 | 3,2            | 0,5 |
| čistá úzkostná   | 25,5          | 1,5 | 8,6           | 1,0 | 20,1        | 1,8 | 2,1            | 0,4 |
| alkoholizmus     | 7,6           | 1,7 | 3,3           | 0,6 | 5,7         | 1,0 | 1,4            | 0,5 |

osôb s duševnou poruchou užilo za posledný týždeň nejaké psychofarmaká. Podhodnotenie liečby je všeobecným fenoménom, pravdepodobnosť sa však líši podľa typu poruchy, napr. pri veľkej depresii bolo liečených 43 % respondentov, ale len polovica z nich dostávala antidepresíva, a len 4,6 % dostávala antidepresíva v monoterapii. Tieto údaje sú dôvodom k pochybnostiam o správnosti farmakologických stratégií v liečbe veľkej depresie. V štúdií DEPRES II bolo zistené, že len 30 % osôb s depresiou, ktoré kontaktovali zdravotné zariadenia, užívalo antidepresíva (32). V štúdií NEMESIS bolo liečených 45,3 % depresívnych pacientov a menej ako polovica z nich dostávala antidepresíva.

### Porovnanie s inými štúdiami

Rozdiely v metodike umožňujú len zbežné porovnanie našich výsledkov s doterajšími európskymi štúdiami. Štúdie hodnotili spravidla iba špecifickú skupinu psychofarmák, napr. benzodiazepíny (25–30) alebo antidepresíva (31, 33), prebiehali na lokálnej úrovni, a mnohé z nich skúmali utilizáciu liekov iba v krátkom časovom úseku (1–2 týždne). Žiadna iná štúdia nezisťovala utilizáciu psychofarmák priamou metódou za obdobie jedného roka.

Údaje prezentované v tejto kapitole sa vzťahujú na akúkoľvek užitú medikáciu, vrátane užitia jedinej tablety za uplynulý rok. Trvanie a typ liečby nie je rozlíšený a preto je ťažké odhadnúť adekvátnosť liečby pre jednotlivé duševné poruchy. Tieto podrobnejšie údaje budú spracované v ďalších fázach projektu. Užívanie psychofarmák v bežnej populácii je relevantným problémom verejného zdravotníctva, pretože niektoré psychofarmaká patria medzi najbežnejšie užívané lieky. ESEMeD projekt priniesol po prvýkrát široký nadnárodný odhad utilizácie psychofarmák v Európe. Náš projekt taktiež ukázal, že podhodnotenie liečby duševných porúch je pomerne časté a že časť osôb s duševnou poruchou, aj bez nej, je liečená neadekvátne. Na zlepšenie stratégie na detekciu duševných porúch a vhodnej liečby týchto porúch budú potrebné ešte ďalšie štúdie.

**Literatúra** (34): Acta Psychiatrica Scandinavica, 109, 2004, č. 420, Suppl., s. 63-64.

Preložila MUDr. Genovéva Almássyová

FNsP Bratislava – pracovisko Pezinok