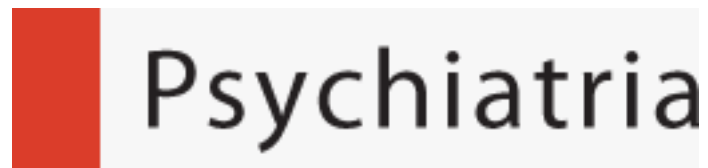


This is a provisional PDF only. Copyedited and fully formatted version will be made available soon.



ISSN: 1732-9841

e-ISSN: 1733-4594

Epidemiology of anxiety and depressive disorders

Authors: Bogumiła Lubecka, Marek Lubecki, Robert Pudło

DOI: 10.5603/PSYCH.a2021.0034

Article type: Review paper

Submitted: 2021-05-23

Zaakceptowane: 2021-07-20

Published online: 2021-09-08

This article has been peer reviewed and published immediately upon acceptance. It is an open access article, which means that it can be downloaded, printed, and distributed freely, provided the work is properly cited.

Bogumiła Lubecka, Marek Lubecki, Robert Pudło
Śląski Uniwersytet Medyczny

Epidemiologia zaburzeń lękowych i depresyjnych

Epidemiology of anxiety and depressive disorders

Adres do korespondencji:

Bogumiła Lubecka
Śląski Uniwersytet Medyczny
e-mail: lubecka.bogumila@gmail.com

Streszczenie

W artykule przedstawiono przegląd danych dotyczących częstości występowania zaburzeń lękowych i depresji u osób dorosłych. Prowadzenie badań epidemiologicznych dotyczących rozpowszechnienia zaburzeń lękowych i depresji w populacji ogólnej daje możliwość lepszego zrozumienia ich etiologii, oceny trendów zapadalności, identyfikacji czynników modyfikujących ryzyko oraz planowania działań profilaktycznych i strategii leczenia. Częstość występowania zaburzeń depresyjnych waha się od 2,6% do 5,9% w zależności od płci i regionu świata, a liczba osób z depresją wzrosła o 18,4% między 2005 a 2015 rokiem. W grupie dorosłych Polaków u 3% badanych wystąpił dotychczas przynajmniej jeden epizod depresji. W badaniach międzynarodowych rozpowszechnienie zaburzeń lękowych wynosi około 24,9%. Najbardziej rozpowszechnionym zaburzeniem lękowym w ciągu życia jest fobia specyficzna, a najrzadziej występują zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne. W badaniu populacji polskiej częstość występowania zaburzeń lękowych wynosiła od 0,4% do 4,3%.

Słowa kluczowe: depresja, zaburzenia lękowe, epidemiologia.

Abstract

The article presents data on the prevalence of anxiety disorders and depression in adults. Conducting epidemiological studies on the prevalence of anxiety disorders and depression in general population provides an opportunity to better understand their etiology, assess incidence trends, identify risk modifying factors, plan preventive measures and treatment strategies. The prevalence of depressive disorders ranges from 2.6% to 5.9% depending on gender and the world region, the number of people with depression increased by 18.4% between 2005 and 2015. In the group of adult Poles, 3% of respondents have experienced at least one episode of depression till now. In international studies, the prevalence of anxiety disorders is approximately 24.9%. Specific phobia is the most common anxiety disorder in life, and obsessive-compulsive disorder is the least common. In a study of the Polish population, the prevalence of anxiety disorders ranged from 0.4% to 4.3%.

Key words: depression, anxiety disorders, epidemiology

Wstęp

W ostatnich latach zaburzenia lękowe i depresyjne stały się najpowszechniej rozpoznawanymi zaburzeniami psychicznymi przez lekarzy różnych specjalności. Zjawisko coraz częstszego występowania tych zaburzeń może mieć różne źródła. Po pierwsze może wynikać z większej niż w poprzednich dziesięcioleciach zachorowalności, czego przyczynę można upatrywać w coraz większym narażeniu na przewlekły stres, wygórowanych ambicjach zawodowych, silnej presji ciągłego rozwoju, posiadania odpowiednich zasobów finansowych, braku czasu na wypoczynek oraz nieodpowiedniej, wysoko przetworzonej diecie. Po drugie w mediach kreowany jest obraz zdrowia rozumianego nie tylko jako dobre samopoczucie fizyczne i brak choroby somatycznej, ale także coraz ważniejszy staje się stan równowagi psychicznej. W związku z tym zjawiskiem coraz powszechniejsze stają się publiczne dyskusje na temat objawów zaburzeń psychicznych. Skutkuje to istotnym zmniejszeniem obawy przed stygmatyzacją z powodu leczenia lęku czy depresji i częstszą niż kiedykolwiek wcześniej potrzebą poszukiwania specjalistycznej pomocy lekarskiej.

Metodologia

Prowadząc przegląd danych epidemiologicznych dotyczących występowania zaburzeń lękowych i depresyjnych autorzy korzystali z baz danych MEDLINE/Pubmed, Cochrane Library oraz Google Scholar. W trakcie wyszukiwania prac do analizy użyto następujących słów kluczowych: „depresja”, „epizod depresyjny”, „epidemiologia zaburzeń depresyjnych”, „epidemiologia zaburzeń lękowych”, „częstość występowania zaburzeń lękowych”, „współchorobowość zaburzeń lękowych”, „agorafobia”, „fobia specyficzna”, „fobia społeczna”, „lęk uogólniony”, „lęk z napadami paniki”, „zaburzenia stresowe pourazowe” w języku polskim i angielskim. Słów kluczowych poszukiwano w tytułach i streszczeniach artykułów. Finalnie analizowano pełne teksty artykułów. W trakcie przeglądu poszukiwano badań epidemiologicznych w dużych grupach badanych, z których dane były opracowane statystycznie. Kładziono nacisk na analizę publikacji, które ukazały się pomiędzy 2000–2021r, tak by uwzględnić dane polskie, europejskie i ogólnoświatowe. Ze względu na niewielką liczbę badań epidemiologicznych dotyczących lęku i depresji w ostatnich latach literaturę źródłową uzupełniono o kilkanaście prac wydanych w latach wcześniejszych.

Epidemiologia depresji

Według danych opracowanych przez Światową Organizację Zdrowia (WHO, *World Health Organisation*) w 2015 roku na zaburzenia depresyjne cierpiało 322 miliony osób na świecie. Wśród wszystkich chorób depresja jest jedną z wiodących przyczyn niepełnosprawności. Częstość jej występowania waha się od 2,6% do 5,9% w zależności od płci i regionu świata [1]. Całkowita szacunkowa liczba osób z depresją wzrosła o 18,4% między 2005 a 2015 rokiem [2]. Występowanie dużego epizodu depresji w ciągu 12 miesięcy istotnie różni się w poszczególnych krajach, co prawdopodobnie wynika z przyjętej metodologii. Jej średnie rozpowszechnienie wynosi około 6% [3]. Ryzyko zachorowania z powodu depresji w ciągu całego życia wynosi blisko 15–18% [4], co znaczy że choroba ta dotyka niemal jedną na pięć osób w pewnym momencie ich życia (ryc. 1). W podstawowej opiece zdrowotnej średnio co dziesiąty pacjent ma objawy depresyjne [5].

W kilku większych opracowaniach zgromadzono dane dotyczące chorobowości z powodu depresji w poszczególnych krajach. W dużym ogólnoswiatowym badaniu populacyjnym z 1996 roku częstość występowania przynajmniej jednego epizodu dużej depresji w ciągu życia wahała się od 1,5% (Tajwan) do 19,0% (Bejrut), średnio 9,2% (Niemcy) i 9,6% (Kanada). Natomiast zapadalność w ciągu ostatnich 12 miesięcy wynosiła od 0,8% (Tajwan) do 5,8% (Nowa Zelandia), średnio na poziomie 3% (Stany Zjednoczone) i 4,5% (Francja) [6]. Kolejne później przeprowadzone międzynarodowe porównanie [7, 8] wykazało chorobowość z powodu dużego epizodu depresyjnego w ciągu życia od 1,0% (Czechy) do 16,9% (Stany Zjednoczone) z poziomem środkowym 8,3% (Kanada) oraz 9,0% (Chile). Szacunki dotyczące 12-miesięcznej częstości występowania wahały się od 0,3% (Czechy) do 10% (Stany Zjednoczone), z punktami środkowymi na poziomie 4,5% (Meksyk) i 5,2% (Niemcy Zachodnie). W badaniu WMH (*World Mental Health*) przeprowadzonym w 2004 roku w 18 krajach na świecie, w którym ujednolicono metodę badania, wprowadzając kwestionariusz WHO CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*) w wersji 3.0 [9] oszacowano częstość występowania dużego epizodu depresji w ciągu życia na poziomie od 6,6% (Japonia) do 21% (Francja). Częstość występowania w okresie 12 miesięcy wynosiła od 2,2% (Japonia) do 10,4% (Brazylia). Wartość pośrednia pomiędzy minimum i maksimum była podobna jak w poprzednich badaniach [10].

Depresja jest także poważnym problemem zdrowotnym w Polsce. Najnowsze dane dotyczące jej rozpowszechnienia w kraju, pochodzą z przeprowadzonego w 2012 roku badania epidemiologicznego populacji polskiej EZOP. Badanie to obejmowało losowo dobraną grupę osób w wieku 18–64 lata. Dane zbierano za pomocą wystandaryzowanych

kwestionariuszy CIDI. Analiza wykazała, że u 3% mieszkańców Polski w wieku produkcyjnym wystąpił dotychczas przynajmniej jeden epizod depresji o nasileniu od lekkiego do ciężkiego (ryc. 2) [11].

W wymienionym badaniu rozpowszechnienie depresji wśród kobiet (4,0%) było wyższe niż u mężczyzn (1,9%) we wszystkich grupach wiekowych. Częstość występowania depresji w grupie mężczyzn była na podobnym poziomie we wszystkich grupach wiekowych, z niewielkim wzrostem wskaźników w grupie 30–39 lat. Natomiast wśród kobiet wzrastała wraz z wiekiem, począwszy od 2,5% w grupie 18–29 lat do 5% powyżej 50. roku życia. Dodatkowo zaobserwowano, że zaburzenia depresyjne występowały częściej u osób samotnych, takich, które pozostawały kiedykolwiek wcześniej w formalnym lub nieformalnym związku oraz mieszkańców miast [12].

Płeć żeńska jest istotnym czynnikiem ryzyka zaburzeń depresyjnych. W grupie kobiet depresja występuje dwukrotnie częściej niż wśród mężczyzn, co potwierdzają także inne analizy [13, 14]. Rozpoznaniem charakterystycznym i dodatkowo występującym w tej grupie, poza diagnozą epizodu depresyjnego lub zaburzeń depresyjnych nawracających jest depresja poporodowa oraz depresja w okresie menopauzy. Dodatkowo wykazano związek częstszego występowania zaburzeń nastroju u pacjentek z przedmiesiączkowymi zaburzeniami dysforycznymi [15].

Najbardziej prawdopodobny okres wystąpienia pierwszego epizodu depresji ma miejsce od okresu dojrzewania do około 45. roku życia. Jednak prawie 40% osób doświadcza pierwszego epizodu jeszcze przed 20. rokiem życia [16].

Niedocenianym, a jednocześnie coraz powszechniej występującym wśród społeczeństw krajów rozwiniętych problemem staje się depresja w populacji osób starszych. Szacuje się, że ponad 20% osób po 65. roku życia cierpi z powodu objawów depresyjnych [17]. Według analiz WHO z 2015 roku wskaźniki rozpowszechnienia depresji różnią się w zależności od wieku i wynoszą ponad 7,5% kobiet w wieku 55–74 lata i powyżej 5,5% mężczyzn w tej grupie [1].

W ostatnich latach obserwuje się demograficzne starzenie ludności Polski, a wraz z tym zjawiskiem także częstsze występowanie depresji w starszych grupach wiekowych. Badania w populacji osób po 65. roku życia ujawniły częstość występowania objawów lekkiego epizodu depresji u 43,6%, a ciężkiego u 10,9% [18]. W badaniu PolSenior obserwowano wzrost rozpowszechnienia depresji wraz z wiekiem, który wynosił 20% w grupie 55–59 lat, 25% w 65–79 lat oraz 33% w wieku co najmniej 80 lat (ryc. 3) [19].

Wśród badanych po 65. roku życia, podobnie jak w młodszych grupach wiekowych ujawniono różnice międzypłciowe w zakresie występowania objawów depresyjnych [20].

W badaniu osób po 90. roku życia depresję stwierdzono u 29% kobiet i 20% mężczyzn [21]. W etiologii zaburzeń depresyjnych w tej grupie wiekowej kluczowe znaczenie wydaje się mieć pogarszający stan zdrowia somatycznego, sprawności lokomotorycznej, choroby towarzyszące, ograniczenie samodzielności, co przyczynia się do zmiany postrzegania własnej osoby w perspektywie relacji z bliskimi oraz otoczeniem [22]. Dodatkowo kryzysowymi czynnikami mogą być śmierć współmałżonka, wyprowadzka dzieci z domu rodzinnego i związane z tym poczucie samotności i nieprzydatności [23].

Epidemiologia zaburzeń lękowych

Zaburzenia lękowe są najpowszechniej występującymi zaburzeniami psychicznymi. Według badania *National Comorbidity Survey* ich rozpowszechnienie w dorosłej populacji wynosi około 24,9% (ryc. 4) [24]. Występowanie lęku wiąże się w znacznym stopniu z upośledzeniem codziennego funkcjonowania. Wynik badania *Global Burden of Disease* wykazał, że w 2010 roku zaburzenia lękowe były szóstą wiodącą przyczyną niesprawności pod względem liczby lat życia z niepełnosprawnością. Częściej występowały one wśród kobiet niż mężczyzn oraz w grupie osób w wieku 15 do 35 lat [15, 24].

Według analiz WHO z 2015 roku zaburzenia lękowe występowały u 3,6% populacji na świecie, co daje 264 miliony osób. Wśród kobiet ich częstość wynosiła 4,6%, natomiast u mężczyzn 2,6%. Wskaźniki rozpowszechnienia nie różniły się znacznie w poszczególnych grupach wiekowych, jednak obserwowano tendencję do niższej chorobowości w starszych grupach wiekowych [1]. Przeglądy badań epidemiologicznych potwierdziły, że obecne globalne rozpowszechnienie zaburzeń lękowych wynosi od 4,8% do 0,9% [25, 26]. Najbardziej rozpowszechnionym zaburzeniem lękowym w ciągu życia jest fobia specyficzna (6–12%), a najrzadziej występują zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (< 3%) [27].

W badaniu populacji polskiej EZOP (Epidemiologia Zaburzeń Psychiatrycznych i Dostępność Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej) częstość występowania zaburzeń lękowych wynosiła od 0,4% dla lęku napadowego do 4,3% dla fobii specyficznej [11]. Rozpowszechnienie lęku od 2005 do 2015 roku wzrosło o 14,9% [2]. Zjawisko to może być wynikiem większego odsetka osób zgłaszających się do leczenia i częstszego rozpoznawania omawianych zaburzeń. Porównanie danych z badań europejskich nie wykazało znacznej zmiany wskaźników rozpowszechnienia zaburzeń lękowych w latach 2005–2011 [28].

Zaburzenia lękowe w większości przypadków rozpoczynają się w dzieciństwie lub wczesnej dorosłości. Średni wiek zachorowań na zaburzenia lękowe wynosi 11 lat [16]. Częstość występowania zaburzeń lękowych wraz z wiekiem zmniejsza się i w późnym wieku waha się od 3,2% [29] do 14,2% (ryc. 5) [30]. Wynik badania populacyjnego rozpowszechnienia zaburzeń lękowych w ciągu życia w populacji Niemców między 70. a 84. rokiem życia potwierdził obecność zaburzeń u 4,3%, natomiast po 85. roku życia u 2,3% [31]. Raport z badania *National Comorbidity Survey Replication* (NCS-R) także potwierdza, że 12-miesięczna częstość występowania zaburzeń lękowych w grupie osób w wieku 65–74 lata wynosiła 8%, natomiast po 75. roku była na poziomie 5,6%. Rozpowszechnienie jakiegokolwiek zaburzenia lękowego w ciągu całego życia w grupie osób po 60. roku życia wynosiło 15,3%, w porównaniu z osobami młodszymi — 35,1% w wieku 30–44 lata oraz 30,2% w przedziale 18–29 lat [16].

Badania populacyjne pokazują tendencję do częstszego występowania niektórych zaburzeń lękowych w zależności od płci. U kobiet częściej rozpoznawane są napady paniki, agorafobia, fobie specyficzne, fobia społeczna, zespół lęku uogólnionego i zaburzenia stresowe pourazowe. W przypadku lęku społecznego nie wykazano różnic międzypłciowych w zakresie chorobowości. W grupie badanych, u których obecne były zaburzenia lękowe — w grupie kobiet częściej współwystępowało drugie zaburzenie lękowe, zaburzenia nastroju lub bulimia. Natomiast u mężczyzn współchorobowość dotyczyła uzależnienia od substancji psychoaktywnych czy ADHD (*attention deficit hyperactivity disorder*) [15].

Koszty społeczne i ekonomiczne związane z chorobowością z powodu zaburzeń lękowych są ogromne [32]. Zachorowania wiążą się ze znacznym ryzykiem przedłużających się zwolnień lekarskich czy przedwczesną emeryturą [33]. Pomimo wczesnego wieku występowania pierwszych objawów, zaburzenia te pozostają często bez adekwatnego leczenia nawet przez ponad dekadę [34]. Znaczna współchorobowość zaburzeń lękowych jest istotną przesłanką do ich wczesnego wykrywania i skutecznego leczenia, aby zapobiec występowaniu wtórnych zaburzeń psychicznych jak depresja czy uzależnienie od substancji psychoaktywnych [35].

Epidemiologia poszczególnych zaburzeń lękowych

W tym rozdziale omówiono dane dotyczące częstości występowania najpowszechniej występujących w praktyce lekarskiej zaburzeń lękowych. Pominięto ostrą reakcję na stres,

zaburzenia adaptacyjne, zaburzenia dysocjacyjne i pod postacią somatyczną, wobec których nie przeprowadzono w ostatnich latach dużych badań epidemiologicznych.

Agorafobia

W badaniu populacji polskiej EZOP częstość występowania agorafobii wynosiła 0,6% osób w wieku produkcyjnym, w tym 0,7% kobiet i 0,5% mężczyzn (ryc. 6). Różnice międzypłciowe zaznaczyły się w grupie wiekowej 50–64 lat, w której lęk przed przestrzenią występował u 0,9% kobiet, w porównaniu do 0,3% mężczyzn. Z analizy danych wynika, że w grupie kobiet częstość zaburzenia wzrastała w kolejnych latach życia, a u mężczyzn wskaźnik zapadalności nieco się obniżał. Nie obserwowano jednak istotnych różnic w rozpowszechnieniu między poszczególnymi grupami wiekowymi [11, 12].

Według wyników dużego krajowego badania prowadzonego przed 2006 rokiem w Stanach Zjednoczonych, częstość występowania agorafobii w ciągu całego życia wynosiła 0,2% [36]. Przeanalizowano także wyniki 13 badań o zasięgu regionalnym i krajowym prowadzonych na terenie 6 państw Unii Europejskiej przed 2005 rokiem. Częstość występowania agorafobii bez napadów paniki w ciągu 12 miesięcy wynosiła od 0,4 do 3,1% w zależności od kraju, grupy badanej i przyjętej metodologii. Mediana we wszystkich analizach wynosiła 1,3% [37]. W nowszych badaniach, w których korzystano z kryteriów diagnostycznych *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), agorafobię dało się rozpoznać u 1,7% populacji ogólnej (ryc. 7) [38].

Narodowy Instytut Zdrowia Psychicznego szacuje, że występowanie agorafobii w ciągu całego życia wynosi 1,3%, przy rocznym wskaźniku zapadalności 0,9%. Rozpowszechnienie jest podobne u mężczyzn (0,8%) i kobiet (0,9%). W większości przypadków zaburzenie to rozpoczyna się przed 35. rokiem życia. Największym ryzykiem obarczone są osoby pod koniec wieku dojrzewania oraz we wczesnej dorosłości, a ogólny średni wiek zachorowania to 17 lat [39].

Fobie specyficzne

W badaniu populacji polskiej stwierdzono, że 4,3% mieszkańców kraju w wieku produkcyjnym potwierdziło obecność objawów fobii specyficznych w dotychczasowym życiu. Wśród kobiet obecne były u 5,7%, a u mężczyzn u 2,9%. Najwięcej przypadków

występowania zaburzenia potwierdzali mężczyźni w przedziale 18–29 lat (3,4%) oraz kobiety w wieku 40–49 lat (6,4%) [11, 12].

W ogólnosięciowym badaniu *World Mental Health* (WMH) częstość występowania fobii specyficznego w ciągu życia wynosiła od 2,6 do 12,5% w różnych krajach, a średnie rozpowszechnienie było na poziomie 7,4% dla całej populacji. Wśród kobiet zaburzenie to występowało częściej (9,8%) niż u mężczyzn (4,9%). Średnia chorobowość w okresie 12-miesięcznym wynosiła 5,5% (7,7% u kobiet, 3,3% u mężczyzn), natomiast w ciągu 30 dni sięgała 3,9% w całej próbie (5,5% u kobiet, 2,1% u mężczyzn).

Średni wiek zachorowania to 8 lat, a wskaźniki rozpowszechnienia zmniejszają się w starszych grupach wiekowych [40]. Częstość występowania objawów fobii specyficznego w populacji po 65. roku życia w okresie 12-miesięcznym wynosiła od 3,2% [41] do 4,7% [42, 43].

Poszczególne fobie specyficzne różnią się częstością występowania [44]. W badaniu WMH lęk przed zwierzętami miał najwyższy spośród pozostałych wskaźnik rozpowszechnienia (3,8%), następnie lęk przed krwią, zastrzykami i działaniami medycznymi (3,0%), lęk wysokości (2,8%), lęk przed wodą lub zjawiskami pogodowymi (2,3%). Najrzadziej występował lęk przed lataniem (1,3%) (ryc. 8). Wszystkie podtypy fobii specyficznego występowały wyraźnie częściej wśród kobiet.

Większość pacjentów miało więcej niż jeden podtyp fobii [45]. W badaniu WMH 3,4% badanych zgłosiło jeden podtyp, 1,8% dwa podtypy, 1,1% trzy podtypy oraz 1,1% zgłosiło więcej niż cztery podtypy występujące równocześnie. Większa liczba podtypów częściej występowała wśród kobiet niż mężczyzn.

Wśród osób dotkniętych objawami fobii specyficznego 18,7% zgłaszało znaczne upośledzenie codziennego funkcjonowania. Współchorobowość dla tego zaburzenia była wysoka i w ciągu całego życia dotyczyła 60,5% osób. W 72,6% przypadków obecność objawów fobii specyficznego poprzedzała wystąpienie innego zaburzenia psychicznego w późniejszym życiu [46].

Fobia społeczna

W badaniu populacji polskiej objawy fobii społecznej w ciągu całego życia obecne były u 1,8% ankietowanych. W grupie tej kobiety (2,2%) dominowały nad mężczyznami (1,3%). Ze wszystkich grup wiekowych najczęściej objawy fobii społecznej występowały między 18. a 29. rokiem życia u mężczyzn (1,3%) oraz między 40. a 49. lat u kobiet (2,6%).

W grupie mężczyzn odsetek osób z objawami małał wraz z wiekiem, u kobiet brak było wyraźnej tendencji [11, 12].

Wyniki badań epidemiologicznych przeprowadzonych w USA wykazały rozpowszechnienie fobii społecznej na poziomie od 5,0% [36] do 12,8% [16]. W badaniach europejskich opartych na kwestionariuszu CIDI jej częstość wahała się od 3% [47] do prawie 14,0% [48].

W analizach WMH, w których wzięło udział 142 405 respondentów oceniano występowanie fobii społecznej kolejno w ciągu 30-dniowego, 12-miesięcznego okresu oraz w ciągu całego życia, w różnych krajach. Częstość występowania tego zaburzenia była najniższa w krajach o niskim dochodzie (kolejno 0,5%, 1,0%, 1,6%) — na terenie Afryki i we wschodniej części Morza Śródziemnego, a najwyższa w krajach o wysokich dochodach (kolejno 1,7%, 3,1%, 5,5%) — regionach obu Ameryk i zachodniego Pacyfiku. We wszystkich krajach średnia częstość występowania fobii społecznej wynosiła kolejno 1,3%, 2,4% i 4,0%. Średnie prognozowane ryzyko w całym okresie życia dla fobii społecznej na całym świecie wyniosło 4,4% [45].

Okres zachorowania przypada średnio między 20. a 40. rokiem życia. Najwcześniejszy średni wiek zachorowania odnotowano w Polsce (50% w wieku 11 lat), a najpóźniejszy w Republice Południowej Afryki (50% w wieku do 26 roku życia) (ryc. 9) [49].

Lęk z napadami paniki

W badaniu populacji dorosłych Polaków okazało się, że 0,4% osób spełniały kryteria tego zaburzenia. Wyniki badania wskazują także, że u 6,2% badanych wystąpił przynajmniej jeden ciężki napad lęku w ciągu życia. Lęk paniczny częściej występował wśród kobiet (0,5%) niż mężczyzn (0,2%). Osoby, które potwierdzały obecność lęku napadowego najczęściej należały do grupy wiekowej 50–64 lata (1,1% w grupie kobiet i 0,6% mężczyzn). Rozpowszechnienie pojedynczych napadów lęku rosło wraz z wiekiem do poziomu 11,4% u kobiet i 6,4% u mężczyzn w najstarszej grupie wiekowej [11, 12].

W badaniach epidemiologicznych populacji ogólnej rozpowszechnienie lęku napadowego w ciągu całego życia wynosiło od 2 do 5% [50]. Znacznie większy odsetek ankietowanych biorących udział w większości tych badań zgłaszała wystąpienie jednego lub więcej ataków paniki w ich życiu (1,8–15,6%) [51, 52].

W badaniu przeprowadzonym w Wielkiej Brytanii, w którym wykorzystano dane statystyczne chorobowości psychiatrycznej, wykazano, że częstość występowania lęku

napadowego z lub bez agorafobii wynosiła 1,7% u osób od 16. do 74. roku życia. Pojedyncze ataki paniki w ciągu 30-dniowego okresu występowały u nich z częstością 4,42% [53]. Kobiety zgłaszały więcej napadów paniki (5,1%) w obrębie ostatniego miesiąca niż mężczyźni (3,74%). Dane te były zgodne z innymi badaniami rozpowszechnienia lęku napadowego w Europie i USA [54–56]. Większość wyników badań wykazała znaczną przewagę występowania lęku napadowego w grupie kobiet [57, 58], u których wskaźnik rozpowszechnienia opisywanych zaburzeń był 2–3-krotnie wyższy niż u mężczyzn [59].

W badaniu rozpowszechnienia napadów paniki i lęku panicznego z 2016 roku przedstawiono dane dotyczące epidemiologii tych zaburzeń, pochodzące z 25 krajów. Zapadalność z powodu lęku napadowego w ciągu życia wyniosła 1,7%. Częstość występowania tego zaburzenia w okresie 12-miesięcznym wynosiła 1,0%, natomiast w okresie 30-dniowym 0,4%. Mediana wieku, dla którego charakterystyczne było pierwsze zachorowanie, wynosiła 32 lata. Współwystępowanie z innymi zaburzeniami psychicznymi w obrębie całego życia była na poziomie 80,4% [60]. Wynik badania NCS także wykazał, że zwiększona podatność na zachorowanie z powodu lęku panicznego dotyczyła osób między 20. a 30. rokiem życia. Obserwowano wcześniejsze o około 10 lat występowanie pierwszych objawów wśród mężczyzn niż kobiet [61].

Z zaburzeniem lęku napadowego często (63,6%) współwystępują inne zaburzenia psychiczne [62, 63]. Występowanie napadów paniki istotnie zwiększa ryzyko samobójstwa oraz wpływa negatywnie na leczenie współistniejących zaburzeń psychicznych [64].

Lęk uogólniony

W badaniu kwestionariuszem CIDI w populacji polskiej, stwierdzono obecność lęku uogólnionego u 1,1% badanych. Z przewagą występowania w grupie kobiet (1,7%) niż mężczyzn (0,5%). Różnice międzypłciowe widoczne były szczególnie w grupach wiekowych 30–39 lat (1,8% dla kobiet i 0,4% dla mężczyzn) oraz 50–64 lat (kolejno 2,2% i 0,6%). Najwięcej przypadków tego zaburzenia potwierdzały kobiety w wieku 50–64 lata (2,2%), natomiast mężczyźni — w wieku 40–49 (0,9%). Najrzadziej występowały wśród osób w wieku 18–29 lat. Zaobserwowano, że pierwsze objawy zaburzenia zaczynały pojawiać się w najmłodszej grupie wiekowej i narastały z upływem lat [11, 12].

Szacunkowe dane epidemiologiczne z 2005 roku dotyczące rozpowszechnienia w ciągu życia objawów lęku uogólnionego ujawniły jego częstość od 1 do 6% [65].

Duże ogólnoświatowe badanie epidemiologiczne WMH dotyczące lęku uogólnionego wykazało chorobowość z powodu GAD (*general anxiety disorder*) w ciągu życia na poziomie 3,7% (1,6–5,0% w zależności od kraju), w 12-miesięcznym okresie 1,8%, a w ciągu 30 dni 0,8%.

Zespół lęku uogólnionego zwykle zaczynał się w wieku dorosłym. Początek przed okresem dojrzewania był rzadki i tylko 5% przypadków rozwijało się przed 13. rokiem życia. 25% wszystkich przypadków zaburzenia pojawiło się przed 25 lat, 50% do 39. roku życia i 75% do 53. roku życia w grupie badanej.

Współchorobowość GAD była bardzo wysoka i wynosiła 81,9%. Szczególnie dotyczyło to współwystępowania zaburzeń nastroju (63,0%) oraz innych zaburzeń lękowych (51,7%). Znaczne upośledzenie funkcjonowania i pełnienia ról społecznych obecne było w 50,6% przypadków. Leczenia poszukiwało jedynie 49,2% osób z objawami [66].

Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne

Jak wspomniano we wstępie, OCD (*obsessive-compulsive disorder*) to jedno z najmniej rozpowszechnionych zaburzeń lękowych. Szacuje się, że częstość występowania OCD w ciągu życia wynosi około 1–2% [67, 68]. Według badań europejskich przeprowadzonych w 6 państwach częstość występowania dowolnej konfiguracji objawów zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych w ciągu całego życia wynosiła 13%. Najczęściej występowały kompulsje dotyczące sprawdzania (7,8%), następnie obsesje dotyczące ciała (4,6%) oraz kompulsje dotyczące porządkowania (3,1%) (ryc. 10) [69]. W badaniu przeprowadzonym wśród reprezentatywnej grupy dorosłych Amerykanów, ponad jedna czwarta respondentów (28,2%) zgłaszała występowanie obsesji lub kompulsji w którymś momencie swojego życia. Kryteria diagnostyczne dla OCD spełniało 2,3% badanych w ciągu całego życia oraz 1,2% w okresie 12 miesięcy [68].

Zaburzenie to występuje z podobną częstością w grupie kobiet i mężczyzn [70]. Średni wiek zachorowania wynosi 19 lat. Często pierwszym objawem są obsesje. Największe ryzyko ujawnienia się OCD występuje między 10. a 19. rokiem życia (w tym samym stopniu u obojga płci). W grupie mężczyzn większość zachorowań ma miejsce bardzo wcześnie, prawie jedna czwarta badanych podawała występowanie pierwszych objawów przed 10. rokiem życia, a pełnoobjawowy zespół po 20. roku życia. Wśród kobiet pierwsze objawy występują około 20. roku życia, a pełnoobjawowy OCD po 26. roku życia [71, 72].

Ponad 90% osób z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi spełnia kryteria innych zaburzeń psychicznych [68, 73]. Najczęstszymi chorobami współistniejącymi są zaburzenia lękowe (75,8%), zaburzenia nastroju (63,3%), zaburzenia kontroli impulsów (55,9%) oraz zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych (38,6%) [68].

Zaburzenia stresowe pourazowe

W badaniu EZOP oceniono, że 1,1% mieszkańców Polski potwierdziło występowanie obecność objawów PTSD (*post traumatic stress syndrome*) kiedykolwiek w ciągu ich życia. Objawy zaburzenia rozpoznawano częściej w grupie kobiet (1,4%) niż mężczyzn (0,9%). Odsetek kobiet, które potwierdzały obecność zaburzenia stresowego pourazowego, był zbliżony w trzech grupach wiekowych (w przedziale od 18 do 49 roku życia), z niewielkim wzrostem częstości w grupie 50–64 lata [11, 12].

Częstość występowania PTSD w znacznej mierze zależała od rodzaju traumy doświadczanej przez osoby badane. Większość dotychczasowych badań nad epidemiologią PTSD koncentrowała się na badaniu rozpowszechnienia objawów tego zaburzenia w grupach ofiar określonych urazów, jak na przykład napaść fizyczna, napaść na tle seksualnym, klęska żywiołowa czy walki militarne. Istnieje znacznie mniej danych na temat rozpowszechnienia PTSD w populacji ogólnej.

Ryzyko rozwinięcia objawów PTSD jest znacznie większe po ekspozycji na traumę z użyciem przemocy niż po innych rodzajach urazów [74]. Większe prawdopodobieństwo wystąpienia tych zaburzeń jest związane z doświadczeniami wcześniejszych urazów, rodzaju i czasu trwania ekspozycji, a także występowaniem wtórnych stresorów [75].

Analiza badań epidemiologicznych grupy osób bezpośrednio narażonych na terroryzm ukazała rozpowszechnienie PTSD u około 12–16% osób w tej grupie [76]. W populacjach narażonych na klęski żywiołowe częstość występowania tych zaburzeń była nieco niższa (7,8%) [77].

Wynik ogólnoswiatowego badania WMH wykazał rozpowszechnienie objawów PTSD w ciągu całego życia na poziomie od 0,3% (Chiny) do 6,1% (Nowa Zelandia) [78]. W badaniu NCS-R, przeprowadzonym w Stanach Zjednoczonych oszacowano występowanie tego zaburzenia w ciągu całego życia na 6,8% [16]. Zapadalność na PTSD w ciągu 12-miesięcznego okresu wynosiła średnio 3,5%, [79], w tym 9,7% w grupie kobiet i 3,6% wśród mężczyzn. W badaniach europejskich rozpowszechnienie PTSD w ciągu życia było niższe niż w USA i wynosiło 1,9% [47], co potwierdziły kolejne badania na terenie Europy (1–2%) [50].

Podsumowanie

W badaniach epidemiologicznych ostatnich lat coraz powszechniej pojawia się tendencja do ujednolicania metodologii, co pozwala na rzetelne porównywanie zebranych danych między poszczególnymi rejonami świata. Dzięki tej strategii obserwacja różnic w rozpowszechnieniu najczęstszych zaburzeń psychicznych pomiędzy poszczególnymi populacjami pozwala na poszukiwanie nowych czynników ryzyka, a co za tym idzie poszerzaniu horyzontów dotyczących ich etiologii. Analiza danych z badań populacyjnych pozwala weryfikować i udoskonalać już przyjęte kryteria diagnostyczne rozpoznawania chorób. Ocena rozpowszechnienia badanych zaburzeń w zależności od wieku, płci i miejsca zamieszkania pozwala na objęcie działaniami profilaktycznymi nowych grup pacjentów.

Wiedza dotycząca współchorobowości, która w przypadku depresji i zaburzeń lękowych okazuje się ogromna, ukazuje jak duże znaczenie ma ich wczesne wykrywanie i leczenie dla uniknięcia wtórnych problemów zdrowia psychicznego, w tym uzależnień od substancji psychoaktywnych czy samobójstw.

Badania populacyjne umożliwiają realną ocenę potrzeb zdrowotnych społeczeństwa oraz planowanie wydatków związanych z ochroną zdrowia psychicznego zarówno w kraju, jak i na świecie.

Piśmiennictwo

1. World Health Organization (WHO). SpringerReference. , doi: [10.1007/springerreference_70205](https://doi.org/10.1007/springerreference_70205).
2. Vos T, Allen C, Arora M et al. GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016; 388(10053): 1545–1602, doi: [10.1016/S0140-6736\(16\)31678-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31678-6), indexed in Pubmed: [27733282](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27733282/).
3. Kessler RC, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures. *Annu Rev Public Health*. 2013; 34: 119–138, doi: [10.1146/annurev-publhealth-031912-114409](https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114409), indexed in Pubmed: [23514317](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23514317/).
4. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med*. 2011; 9: 90, doi: [10.1186/1741-7015-9-90](https://doi.org/10.1186/1741-7015-9-90), indexed in Pubmed: [21791035](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21791035/).

5. Malhi GS, Outhred T, Morris G, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders: major depression summary. *Med J Aust.* 2018; 208(4): 175–180, doi: [10.5694/mja17.00659](https://doi.org/10.5694/mja17.00659), indexed in Pubmed: [29490210](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29490210/).
6. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, et al. The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. The Cross National Collaborative Group. *J Clin Psychiatry.* 1994; 55 Suppl(4): 5–10, indexed in Pubmed: [8077177](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8077177/).
7. Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2003; 12(1): 3–21, doi: [10.1002/mpr.138](https://doi.org/10.1002/mpr.138), indexed in Pubmed: [12830306](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12830306/).
8. Kessler R, Wittchen HU, Abelson J, et al. Methodological studies of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) in the US national comorbidity survey (NCS). *International Journal of Methods in Psychiatric Research.* 2006; 7(1): 33–55, doi: [10.1002/mpr.33](https://doi.org/10.1002/mpr.33).
9. Kessler RC, Ustün TB, Demyttenaere K, et al. WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA.* 2004; 291(21): 2581–2590, doi: [10.1001/jama.291.21.2581](https://doi.org/10.1001/jama.291.21.2581), indexed in Pubmed: [15173149](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15173149/).
10. Kessler RC, Birmbaum HG, Shahly V, et al. Age differences in the prevalence and co-morbidity of DSM-IV major depressive episodes: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. *Depress Anxiety.* 2010; 27(4): 351–364, doi: [10.1002/da.20634](https://doi.org/10.1002/da.20634), indexed in Pubmed: [20037917](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20037917/).
11. Klejna A, Piotrowski P, Adamowski T, et al. Rozpowszechnienie wybranych zaburzeń psychicznych w populacji dorosłych Polaków z odniesieniem do płci i struktury wieku - Badanie EZOP Polska. *Psychiatr Pol.* 2015; 49(1): 15S–27S.
12. Badanie EZOP Polska. https://ezop.edu.pl/wp-content/uploads/2019/07/EZOP-I_Raport_max.pdf (24.04.2021).
13. Van de Velde S, Bracke P, Levecque K. Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Soc Sci Med.* 2010; 71(2): 305–313, doi: [10.1016/j.socscimed.2010.03.035](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.03.035), indexed in Pubmed: [20483518](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20483518/).
14. Hirschfeld RMA. The epidemiology of depression and the evolution of treatment. *J Clin Psychiatry.* 2012; 73 Suppl 1: 5–9, doi: [10.4088/JCP.11096su1c.01](https://doi.org/10.4088/JCP.11096su1c.01), indexed in Pubmed: [22951236](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22951236/).
15. Tereszko A, Dudek D. Gender differences in mental disorders. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia.* 2017; 12(4): 162–169, doi: [10.5114/nan.2017.74145](https://doi.org/10.5114/nan.2017.74145).

16. Kessler RC, Berglund P, Demler O et al. How common are common mental disorders? Evidence that lifetime prevalence rates are doubled by prospective versus retrospective ascertainment. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62: 593S–602S.
17. Vilagut G, Forero CG, Barbaglia G, et al. Screening for Depression in the General Population with the Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D): A Systematic Review with Meta-Analysis. *PLoS One*. 2016; 11(5): e0155431, doi: [10.1371/journal.pone.0155431](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155431), indexed in Pubmed: [27182821](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27182821/).
18. Babiarczyk B, Schlegel-Zawadzka M, Turbiarz A. Ocena częstości występowania objawów depresji w populacji osób powyżej 65. roku życia. *Med Og Nauk Zdr*. 2013; 19(4): 453S–457S.
19. Mossakowska M, Więcek A, Błędowski P, et al. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzie w Polsce. W: Broczek K., , Szybalska A. Występowanie objawów depresyjnych u osób starszych. Warszawa: Termedia Wydawnictwa Medyczne. ; 2012.
20. Mamplekou E, Bountziouka V, Psaltopoulou T, et al. Urban environment, physical inactivity and unhealthy dietary habits correlate to depression among elderly living in eastern Mediterranean islands: the MEDIS (MEDiterranean ISlands Elderly) study. *J Nutr Health Aging*. 2010; 14(6): 449–455, doi: [10.1007/s12603-010-0091-0](https://doi.org/10.1007/s12603-010-0091-0), indexed in Pubmed: [20617287](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20617287/).
21. Chang-Quan H, Bi-Rong D, Hong-Mei Wu, et al. Depression and medical illness in chinese nonagenarians and centenarians. *J Am Geriatr Soc*. 2008; 56(12): 2359–2361, doi: [10.1111/j.1532-5415.2008.02019.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.02019.x), indexed in Pubmed: [19093944](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19093944/).
22. Dobrzyńska E, Rymaszewska J, Kiejna A. Depresje u osób w wieku podeszłym. *Psychogeriatr Pol*. 2007; 4(1): 51S–60S.
23. Humańska MA, Kędziora-Kornatowska K. Współzależność pomiędzy nasileniem stanów depresyjnych a poczuciem jakości życia u osób starszych. *Psychogeriatr Pol*. 2009; 6(1): 15S–22S.
24. Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, et al. Sex and depression in the National Comorbidity Survey. I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *J Affect Disord*. 1993; 29(2-3): 85–96, doi: [10.1016/0165-0327\(93\)90026-g](https://doi.org/10.1016/0165-0327(93)90026-g), indexed in Pubmed: [8300981](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8300981/).
25. Baxter AJ, Vos T, Scott KM, et al. The regional distribution of anxiety disorders: implications for the Global Burden of Disease Study, 2010. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2014; 23(4): 422–438, doi: [10.1002/mpr.1444](https://doi.org/10.1002/mpr.1444), indexed in Pubmed: [25048296](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25048296/).
26. Baxter AJ, Scott KM, Vos T, et al. Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. *Psychol Med*. 2013; 43(5): 897–910, doi: [10.1017/S003329171200147X](https://doi.org/10.1017/S003329171200147X), indexed in Pubmed: [22781489](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22781489/).

27. Wittchen HU, Lieb R, Schuster P, Oldehinkel AJ. When is onset? Investigations into early developmental stages of anxiety and depressive disorders. In J. L. Rapoport (Ed.), *Childhood onset of adult psychopathology. Clinical and research advances*. Washington, DC: American Psychiatric Press. 1999; 259S–302S.
28. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2011; 21(9): 655–679, doi: [10.1016/j.euroneuro.2011.07.018](https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018), indexed in Pubmed: [21896369](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21896369/).
29. Forsell Y, Winblad B. Anxiety disorders in non-demented and demented elderly patients: prevalence and correlates. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1997; 62(3): 294–295, doi: [10.1136/jnnp.62.3.294](https://doi.org/10.1136/jnnp.62.3.294), indexed in Pubmed: [9069497](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9069497/).
30. Ritchie K, Artero S, Beluche I, et al. Prevalence of DSM-IV psychiatric disorder in the French elderly population. *Br J Psychiatry*. 2004; 184: 147–152, doi: [10.1192/bjp.184.2.147](https://doi.org/10.1192/bjp.184.2.147), indexed in Pubmed: [14754827](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14754827/).
31. Schaub RT, Linden M. Anxiety and anxiety disorders in the old and very old—results from the Berlin Aging Study (BASE). *Compr Psychiatry*. 2000; 41(2 Suppl 1): 48–54, doi: [10.1016/s0010-440x\(00\)80008-5](https://doi.org/10.1016/s0010-440x(00)80008-5), indexed in Pubmed: [10746904](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10746904/).
32. Gustavsson A, Svensson M, Jacobi F, et al. CDBE2010Study Group. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2011; 21(9): 655–679, doi: [10.1016/j.euroneuro.2011.07.018](https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018), indexed in Pubmed: [21896369](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21896369/).
33. Wiltink J, Beutel ME, Till Y, et al. Prevalence of distress, comorbid conditions and well being in the general population. *J Affect Disord*. 2011; 130(3): 429–437, doi: [10.1016/j.jad.2010.10.041](https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.10.041), indexed in Pubmed: [21106250](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21106250/).
34. Christiana JM, Gilman SE, Guardino M, et al. Duration between onset and time of obtaining initial treatment among people with anxiety and mood disorders: an international survey of members of mental health patient advocate groups. *Psychol Med*. 2000; 30(3): 693–703, doi: [10.1017/s0033291799002093](https://doi.org/10.1017/s0033291799002093), indexed in Pubmed: [10883723](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10883723/).
35. Kendall PC, Kessler RC. The impact of childhood psychopathology interventions on subsequent substance abuse: policy implications, comments, and recommendations. *J Consult Clin Psychol*. 2002; 70(6): 1303–1306, indexed in Pubmed: [12472302](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12472302/).
36. Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, et al. The epidemiology of DSM-IV panic disorder and agoraphobia in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. 2006; 67(3): 363–374, doi: [10.4088/jcp.v67n0305](https://doi.org/10.4088/jcp.v67n0305), indexed in Pubmed: [16649821](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16649821/).

37. Goodwin RD, Faravelli C, Rosi S, et al. The epidemiology of panic disorder and agoraphobia in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2005; 15(4): 435–443, doi: [10.1016/j.euroneuro.2005.04.006](https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2005.04.006), indexed in Pubmed: [15925492](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15925492/).
38. Balaram K., Marwaha R. Agoraphobia. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554387/> (01.03.2021).
39. Roest A, Vries Y, Lim C, et al. A comparison of DSM -5 and DSM -IV agoraphobia in the World Mental Health Surveys. *Depression and Anxiety.* 2019; 36(6): 499–510, doi: [10.1002/da.22885](https://doi.org/10.1002/da.22885).
40. Sigström R, Skoog I, Karlsson B, et al. NINE-YEAR FOLLOW-UP OF SPECIFIC PHOBIA IN A POPULATION SAMPLE OF OLDER PEOPLE. *Depress Anxiety.* 2016; 33(4): 339–346, doi: [10.1002/da.22459](https://doi.org/10.1002/da.22459), indexed in Pubmed: [26645153](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26645153/).
41. Wells JE, Browne MA, Scott KM, et al. New Zealand Mental Health Survey Research Team. Prevalence, interference with life and severity of 12 month DSM-IV disorders in Te Rau Hinengaro: the New Zealand Mental Health Survey. *Aust N Z J Psychiatry.* 2006; 40(10): 845–854, doi: [10.1080/j.1440-1614.2006.01903.x](https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01903.x), indexed in Pubmed: [16959010](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16959010/).
42. Gum AM, King-Kallimanis B, Kohn R. Prevalence of mood, anxiety, and substance-abuse disorders for older Americans in the national comorbidity survey-replication. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2009; 17(9): 769–781, doi: [10.1097/JGP.0b013e3181ad4f5a](https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181ad4f5a), indexed in Pubmed: [19700949](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19700949/).
43. Grenier S, Schuurmans J, Goldfarb M, et al. Scientific committee of the ESA study. The epidemiology of specific phobia and subthreshold fear subtypes in a community-based sample of older adults. *Depress Anxiety.* 2011; 28(6): 456–463, doi: [10.1002/da.20812](https://doi.org/10.1002/da.20812), indexed in Pubmed: [21400642](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21400642/).
44. LeBeau RT, Glenn D, Liao B, et al. Specific phobia: a review of DSM-IV specific phobia and preliminary recommendations for DSM-V. *Depress Anxiety.* 2010; 27(2): 148–167, doi: [10.1002/da.20655](https://doi.org/10.1002/da.20655), indexed in Pubmed: [20099272](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20099272/).
45. Burstein M, Georgiades K, He JP, et al. Specific phobia among U.S. adolescents: phenomenology and typology. *Depress Anxiety.* 2012; 29(12): 1072–1082, doi: [10.1002/da.22008](https://doi.org/10.1002/da.22008), indexed in Pubmed: [23108894](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23108894/).
46. Wardenaar KJ, Lim C, Al-Hamzawi AO, et al. The cross-national epidemiology of specific phobia in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine.* 2017; 47(10): 1744–1760, doi: [10.1017/s0033291717000174](https://doi.org/10.1017/s0033291717000174).
47. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al. ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project, ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators,

European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project, ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project, ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project, ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project, ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project, ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. Sampling and methods of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004(420): 8–20, doi: [10.1111/j.1600-0047.2004.00326](https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00326), indexed in Pubmed: [15128383](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15128383/).

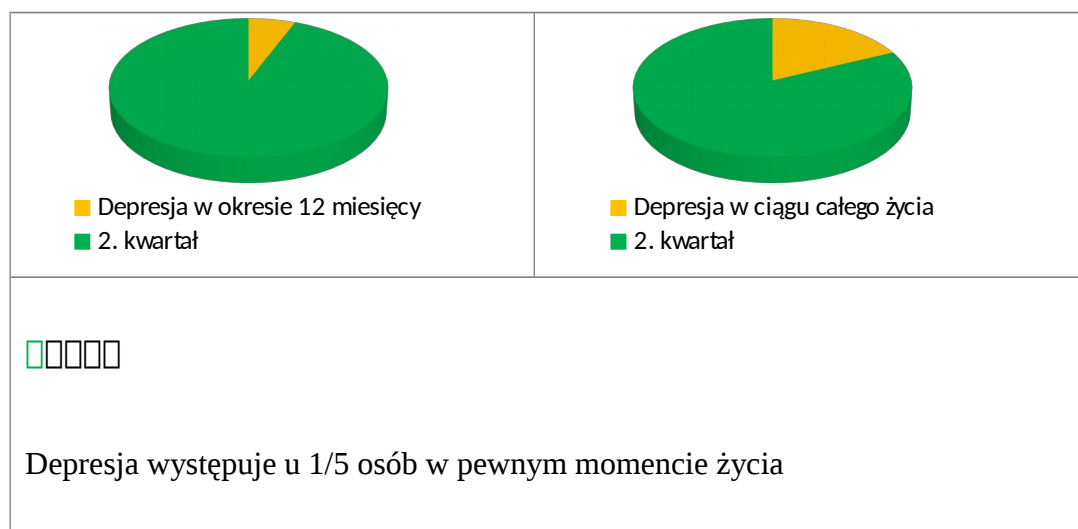
48. DeWit DJ, Ogborne A, Offord DR, et al. Antecedents of the risk of recovery from DSM-III-R social phobia. *Psychol Med.* 1999; 29(3): 569–582, doi: [10.1017/s0033291799008399](https://doi.org/10.1017/s0033291799008399), indexed in Pubmed: [10405078](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10405078/).
49. Stein D, Lim C, Roest A, et al. The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: Data from the World Mental Health Survey Initiative. *BMC Medicine.* 2017; 15(1), doi: [10.1186/s12916-017-0889-2](https://doi.org/10.1186/s12916-017-0889-2).
50. Hoyer J, Beesdo K, Bittner A, Wittchen HU. Epidemiology of anxiety disorders. In A. C. Altamura (Ed.), *Comorbidity of generalized anxiety disorder and mood disorders.* 2003; pp. 44S–83S.
51. Wittchen HU, Reed V, Kessler RC. The relationship of agoraphobia and panic in a community sample of adolescents and young adults. *Arch Gen Psychiatry.* 1998; 55(11): 1017–1024, doi: [10.1001/archpsyc.55.11.1017](https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.11.1017), indexed in Pubmed: [9819071](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9819071/).
52. Rouillon F, Rouillon F. [Panic disorder in general medicine. Epidemiological data and treatment with clomipramine]. *Encephale.* 1988; 14(5): 371–378, indexed in Pubmed: [3215139](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3215139/).
53. Skapinakis P, Lewis G, Davies S, et al. Panic disorder and subthreshold panic in the UK general population: epidemiology, comorbidity and functional limitation. *Eur Psychiatry.* 2011; 26(6): 354–362, doi: [10.1016/j.eurpsy.2010.06.004](https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.06.004), indexed in Pubmed: [20813508](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20813508/).
54. Goodwin RD, Faravelli C, Rosi S, et al. The epidemiology of panic disorder and agoraphobia in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2005; 15(4): 435–443, doi: [10.1016/j.euroneuro.2005.04.006](https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2005.04.006), indexed in Pubmed: [15925492](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15925492/).
55. Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, et al. The epidemiology of DSM-IV panic disorder and agoraphobia in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry.* 2006; 67(3): 363–374, doi: [10.4088/jcp.v67n0305](https://doi.org/10.4088/jcp.v67n0305), indexed in Pubmed: [16649821](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16649821/).

56. Kessler RC, Chiu WT, Jin R, et al. The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2006; 63(4): 415–424, doi: [10.1001/archpsyc.63.4.415](https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.4.415), indexed in Pubmed: [16585471](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16585471/).
57. Batelaan N, De Graaf R, Van Balkom A, et al. Thresholds for health and thresholds for illness: panic disorder versus subthreshold panic disorder. *Psychol Med*. 2007; 37(2): 247–256, doi: [10.1017/S0033291706009007](https://doi.org/10.1017/S0033291706009007), indexed in Pubmed: [17076912](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17076912/).
58. Goodwin RD, Faravelli C, Rosi S, et al. The epidemiology of panic disorder and agoraphobia in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2005; 15(4): 435–443, doi: [10.1016/j.euroneuro.2005.04.006](https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2005.04.006), indexed in Pubmed: [15925492](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15925492/).
59. Inoue K, Kaiya H, Hara N, Okazaki Y. A discussion of various aspects of panic disorder depending on presence or absence of agoraphobia. *Comprehensive psychiatry*. 2016; 69: 132-135, doi: [10.1016/j.comppsy](https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.07.001), indexed in Pubmed: [27423353](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27423353/).
60. de Jonge P, Roest AM, Lim CCW, et al. Cross-national epidemiology of panic disorder and panic attacks in the world mental health surveys. *Depress Anxiety*. 2016; 33(12): 1155–1177, doi: [10.1002/da.22572](https://doi.org/10.1002/da.22572), indexed in Pubmed: [27775828](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27775828/).
61. Kessler RC, Stang PE, Wittchen HU, et al. Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1998; 55(9): 801–808, doi: [10.1001/archpsyc.55.9.801](https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.9.801), indexed in Pubmed: [9736006](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9736006/).
62. Corominas A, Guerrero T, Vallejo J. Residual symptoms and comorbidity in panic disorder. *Eur Psychiatry*. 2002; 17(7): 399–406, doi: [10.1016/s0924-9338\(02\)00693-4](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(02)00693-4), indexed in Pubmed: [12547306](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12547306/).
63. Tsao J, Lewin M, Craske M. The Effects of Cognitive-Behavior Therapy for Panic Disorder on Comorbid Conditions. *Journal of Anxiety Disorders*. 1998; 12(4): 357–371, doi: [10.1016/s0887-6185\(98\)00020-6](https://doi.org/10.1016/s0887-6185(98)00020-6).
64. Craske MG, Kircanski K, Epstein A, et al. DSM V Anxiety, OC Spectrum, Posttraumatic and Dissociative Disorder Work Group. Panic disorder: a review of DSM-IV panic disorder and proposals for DSM-V. *Depress Anxiety*. 2010; 27(2): 93–112, doi: [10.1002/da.20654](https://doi.org/10.1002/da.20654), indexed in Pubmed: [20099270](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20099270/).
65. Kessler RC, Brandenburg N, Lane M, et al. Rethinking the duration requirement for generalized anxiety disorder: evidence from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med*. 2005; 35(7): 1073–1082, doi: [10.1017/s0033291705004538](https://doi.org/10.1017/s0033291705004538), indexed in Pubmed: [16045073](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16045073/).

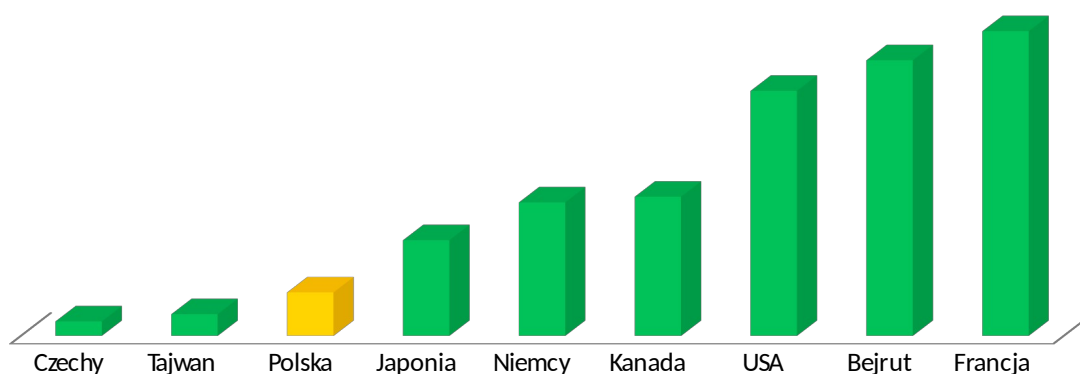
66. Ruscio AM, Hallion LS, Lim CCW, et al. Cross-sectional Comparison of the Epidemiology of DSM-5 Generalized Anxiety Disorder Across the Globe. *JAMA Psychiatry*. 2017; 74(5): 465–475, doi: [10.1001/jamapsychiatry.2017.0056](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0056), indexed in Pubmed: [28297020](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28297020/).
67. Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Versiani M. The descriptive epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2006; 30(3): 327–337, doi: [10.1016/j.pnpbp.2005.11.001](https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2005.11.001), indexed in Pubmed: [16412548](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16412548/).
68. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, et al. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry*. 2010; 15(1): 53–63, doi: [10.1038/mp.2008.94](https://doi.org/10.1038/mp.2008.94), indexed in Pubmed: [18725912](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18725912/).
69. Fullana MA, Vilagut G, Rojas-Farreras S, et al. ESEMeD/MHEDEA 2000 investigators. Obsessive-compulsive symptom dimensions in the general population: results from an epidemiological study in six European countries. *J Affect Disord*. 2010; 124(3): 291–299, doi: [10.1016/j.jad.2009.11.020](https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.11.020), indexed in Pubmed: [20022382](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20022382/).
70. Stein D. Obsessive-compulsive disorder. *The Lancet*. 2002; 360(9330): 397–405, doi: [10.1016/s0140-6736\(02\)09620-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(02)09620-4).
71. Hollander E, Stein DJ. Obsessive-compulsive disorders. Diagnosis. Etiology. Treatment. Marcel Dekker, New York 1997.
72. Weismann MM, Bland RC, Canino GJ et al. The cross national epidemiology of obsessive-compulsive disorder. The Cross National Collaborative Study. *J. Clin. Psychiatry*. 1994; 55: 103S–111S. 1994.
73. Krzanowska E, Kuleta M. From anxiety to compulsivity – a review of changes to OCD classification in DSM-5 and ICD-11. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*. 2017; 19(3): 7–15, doi: [10.12740/app/76150](https://doi.org/10.12740/app/76150).
74. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, et al. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry*. 1998; 55(7): 626–632, doi: [10.1001/archpsyc.55.7.626](https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.7.626), indexed in Pubmed: [9672053](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9672053/).
75. Salyers MP, Evans LJ, Bond GR, et al. Barriers to assessment and treatment of posttraumatic stress disorder and other trauma-related problems in people with severe mental illness: clinician perspectives. *Community Ment Health J*. 2004; 40(1): 17–31, doi: [10.1023/b:comh.0000015215.45696.5f](https://doi.org/10.1023/b:comh.0000015215.45696.5f), indexed in Pubmed: [15077726](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15077726/).
76. DiMaggio C, Galea S. The behavioral consequences of terrorism: a meta-analysis. *Acad Emerg Med*. 2006; 13(5): 559–566, doi: [10.1197/j.aem.2005.11.083](https://doi.org/10.1197/j.aem.2005.11.083), indexed in Pubmed: [16551774](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16551774/).

77. Neria Y, Nandi A, Galea S, et al. The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiol Rev.* 2005; 27(4): 78–91, doi: [10.1093/epirev/mxi003](https://doi.org/10.1093/epirev/mxi003), indexed in Pubmed: [15958429](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15958429/).
78. Kessler RC, Üstün TB. *The WHO World Mental Health Surveys: global perspectives on the epidemiology of mental disorders.* Cambridge University Press, New York 2008: 1–580.
79. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, et al. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005; 62(6): 617–627, doi: [10.1001/archpsyc.62.6.617](https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617), indexed in Pubmed: [15939839](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15939839/).

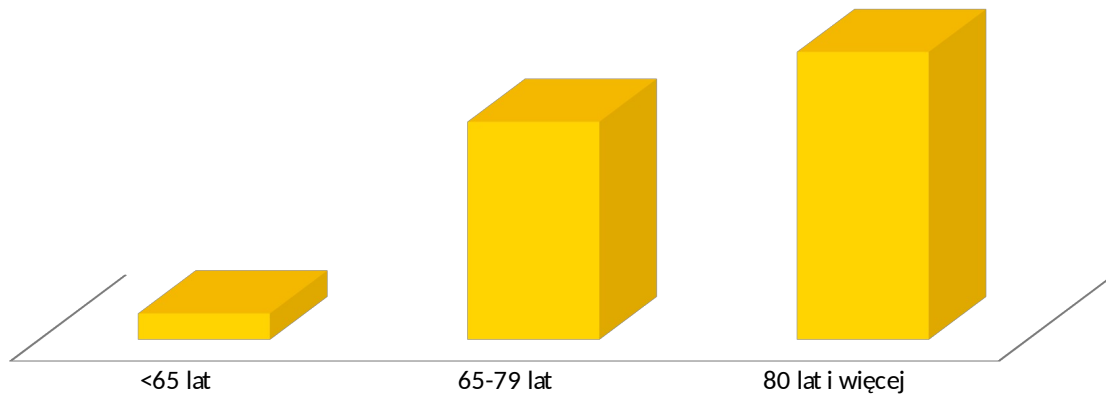
Rycina 1. Częstość występowania zaburzeń depresyjnych na świecie



Rycina 2. Częstość występowania przynajmniej jednego epizodu depresji w ciągu życia — Polska na tle innych państw



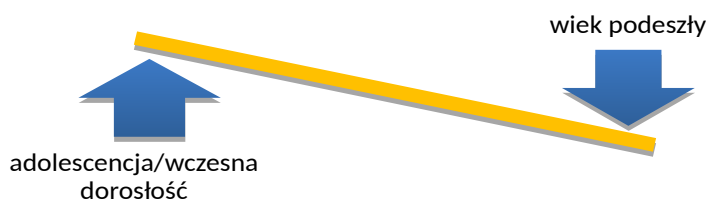
Rycina 3. Częstość występowania epizodu depresyjnego w zależności od wieku w badaniach polskich



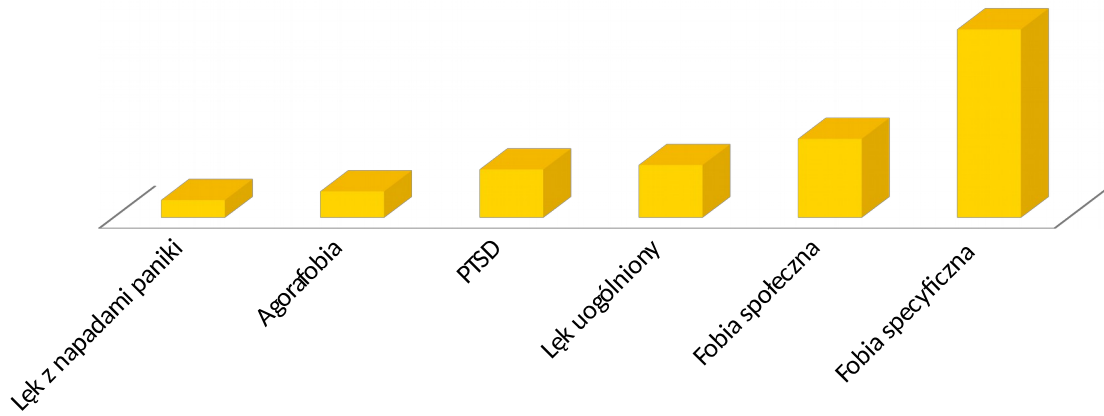
Rycina 4. Częstość występowania zaburzeń lękowych na świecie



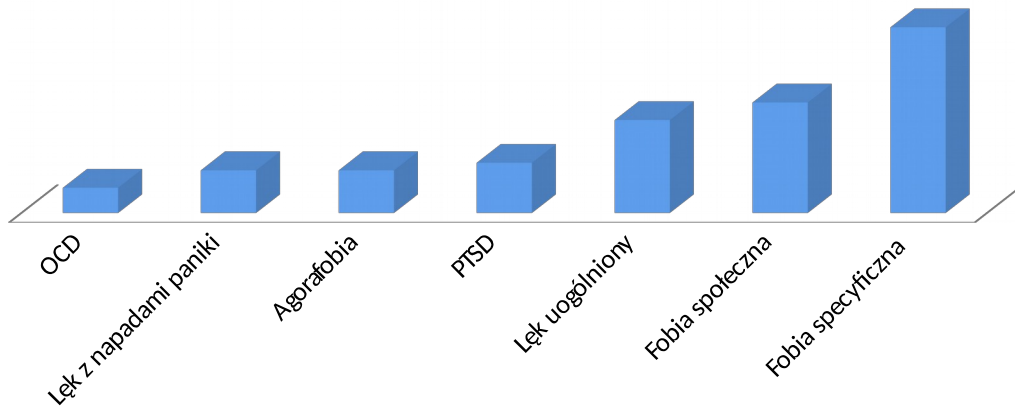
Rycina 5. Występowanie zaburzeń lękowych w zależności od wieku



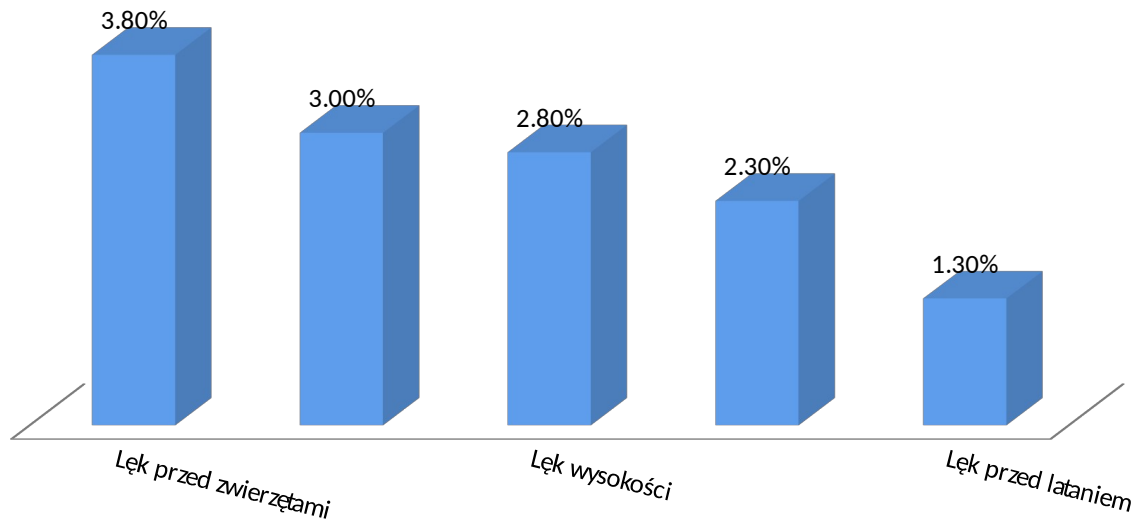
Rycina 6. Częstość występowania poszczególnych zaburzeń lękowych na podstawie badania epidemiologicznego populacji polskiej



Rycina 7. Częstość występowania poszczególnych zaburzeń lękowych na podstawie ogólnościwiatowych badań epidemiologicznych

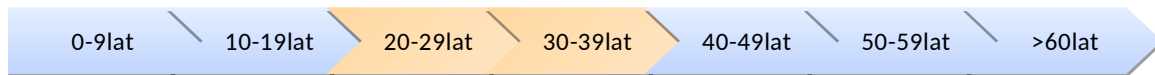


Rycina 8. Częstość występowania poszczególnych fobii specyficznych

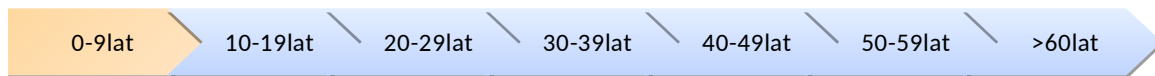


Rycina 9. Charakterystyczny wiek początku objawów poszczególnych zaburzeń lękowych, z zaznaczonym okresem zwiększonego ryzyka zachorowania

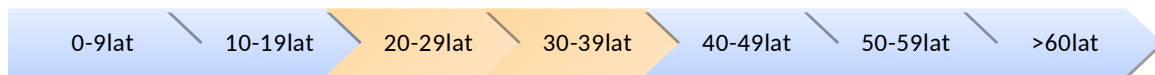
Agorafobia



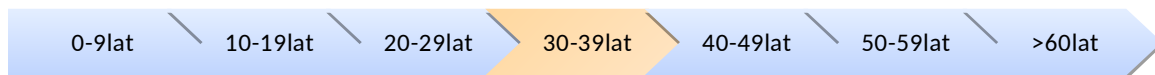
Fobia specyficzna



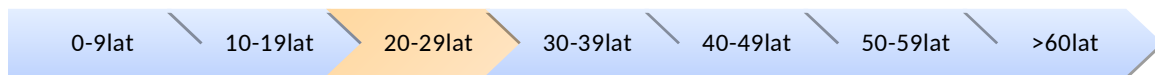
Fobia społeczna



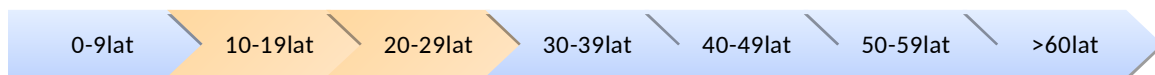
Lęk z napadami paniki



Lęk uogólniony



Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne



Rycina 10. Najczęściej występujące zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne

