

**Prof dr Marko Munjiza, Katedra za posleddiplomske  
studije iz Psihijatrije Medicinskog fakulteta u Beogradu,  
Institut za mentalno zdravlje, Palmotićeve 37, Beograd.**

**TEZE ZA PREDAVANJE NA DVOSEMESTRALNOJ NASTAVI  
ZA LEKARE SPECIJALIZACIJI IZ PSIHIJATRIJE  
ŠK 2005/2006 GODINE**

**SADRŽAJ**

- 1. PRIMENA EPIDEMIOLOŠKOG METODA U PSIHIJATRIJI  
(Epidemiologija mentalnih poremećaja)**
- 2. SOCIJALNI PRISTUP U PSIHIJATRIJI**
- 3. SIMPTOMATSKA PSIHOTIJA**
- 4. BUDUĆNOST I SAVREMENA ORGANIZACIJA PSIHIJATRIJSKE SLUŽBE**
- 5. VAŽNIJI PSIHIJATRIJSKI SINDROMI**

**PRIMENA EPIDEMIOLOŠKOG METODA U  
PSIHIJATRIJI**

**( Epidemiologija mentalnih poremećaja)**

**I UVODNE NAPOMENE**

Interesovanje za primenu epidemiološkog metoda u psihijatriji datira iz 18.veka. Benjamin Rush u SAD i Phillipe Pinel u Francuskoj zapazili su da ratovi dovode do psihijatrijskih poremećaja. Nešto kasnije Esquirol u Francuskoj koristi ozbiljne statističke podatke o učestalosti mentalnih poremećaja kao posledicu revolucionarnih promena i čestih ratova polovinom 19.veka. Trojica navedenih psihijatra mogu se smatrati utemeljivačima primene epidemiološkog metoda u psihijatriji. Kasnije slede brojne studije iz ove oblasti od strane Krepelina i njegovih saradnika o raširenosti poremećaja u porodicama bolnički lečenih psihijatrijskih bolesnika i zdravih. Ovi autori pokreću i prva transkulturalna istraživanja u različitim regijama u svetu, na ostrvu Javi, Centralnoj Americi i u zapadnoj Evropi. Na ovo se nadovezuju ozbiljne genetičke studije brojnih autora u Nemačkoj, Skandinavskim zemljama, SAD i u Engleskoj. Ova istraživanja daju značajan doprinos proučavanju raširenosti psihijatrijskih poremećaja u društvenim zajednicama, vezana su za porodicu, sociološke i kulturnoantropološka istraživanja koja obuhvataju širu sociokulturnu sredinu zdravog i bolesnog čoveka. Ova psihosociološka epidemiološka istraživanja vrše timovi psihijatara, kliničkih psihologa, sociologa, kulturnih antropologa i drugi gde se istražuje ne samo hereditet već i konstitucija, somatski razvoj individue, psihološki i mentalni procesi u ranom detinjstvu i adolescenciji i njihova povezanost sa sociokulturnom sredinom i kao mogući deklansirajući i precipitirajući faktori u javljanju i raširenosti psihijatrijskih poremećaja.

Prvobitne veoma solidne studije iz oblasti infektivnih oboljenja proširile su se i na proučavanje drugih masovnih nezazarnih bolesti uključujući i psihijatrijske poremećaje veoma brzo su se širila u mnogim zemljama. Podsticaj za međunarodnu saradnju na ovom polju dalo je Odeljenje za mentalno zdravlje Svetske zdravstvene organizacije tokom 50-ih godina prošlog veka. Na prostorima bivše SFRJ i današnje unije SCG ozbiljnija primena epidemiološkog metoda u psihijatriji datira od polovine 60-ih godina prošlog veka. Tada se i u našoj sredini izvode veoma dobre metodološki postavljene studije uključujući i prva terenska istraživanja psihoza i drugih mentalnih poremećaja. Uvode se prvi registri mentalnih poremećaja, publikuju zapažene studije i radovi iz ove oblasti. Epidemiologija mentalnih poremećaja podrazumeva kvantitativne studije javljanja, raširenosti i uzroka mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja u humanoju populaciji primarni cilj su pojedine populacione grupe i to pre svega one koje su pod rizikom. Za dobru primenu epidemiologije mentalnih poremećaja neophdna su elementarna predznanja kliničke epidemiologije, vitalne statistike i osnovni elementi u metodologiji istraživanja socijalnih fenomena i važniji principi naučno-istraživačkog rada u medicini i psihijatriji. Danas se kao posebne oblasti epidemiologije mentalnih poremećaja ili kako je pojedini autori nazivaju psihijatrijske epidemiologije ili primena epidemiološkog metoda u psihijatriji posebna pažnja usmerava na produčavanje: nozologije, metode identifikacije kliničkih slučajeva, proučavanje rizičnih faktora, proučavanje prirodne istorije pojednih hroničnih slučajeva i kvaliteta života psihijatrijskih pacijenata i njihovih porodica. ( Reiger DA and Burke, JD, 1995).

## **II DEFINICIJA I PREDMET PROUČAVANJA**

Pojam epidemiologije bio je skoro isključivo vezan za infektivna oboljenja. Ova medicinska disciplina odavno je iskoračila iz svog prvobitnog infektivnog okvira, pošto se uvidelo da se njen metod rada može veoma uspešno primeniti na sve druge somatske i psihijatrijske poremećaje i oboljenja. Primena epidemiološkog meota ( kao i epidemiologija nezazarnih bolesti uopšte) relativno je novijeg datuta. I pored nadevanog prihvatanja epidemiologije u psihijatriji, dobro je poznato de se neformalno epidemiološki metod primenjuje u psihijatriji već u Staroj Grčkoj. Formalno se početak psihijatrijske epidemiologije vezuje se za imena psihijatara koji uvode klasifikacije u psihijatrijske bolesti, poremećaje i poremećaje ponašanja i jedinstvenu dijagnostiku, te u glosare, rečnike psihijatrijskih pojmova ( npr Emil Krepelin, Ludwig Kahlbaum, Eugen Bleuler, Krečmer i dr koji su istovremeno i vodeći kliničari svoga doba, ali i utemeljivači nomenklature i nozologije u psihijatriji). Formalna promocija primene epidemiološkog meota u psihijatriji dogadja se 1949.godine kada Odbor stručnjaka za mentalno zdravlje SZO ističe potrebu epidemioloških istraživanja u području psihijatrije. Nakon toga eksperti SZO, medju kojima najzaslužnije mesto pripada Narmanu Sartoriusu. Medjunarodna pilot studija shizofrenije IPSS, SZO (1973 god.) predstavlja jednu od klasičnih studija primene epidemiološkog metoda u psihijatriji. U pomenutoj studiji je primenjeno sve ono što se do tada teorijski opisivalo i predstavljalo kao ciljevi primene epidemiološkog meota u psihijatriji. Ova studija je izvedena po veoma dobro razradjenoj metodologiji uz uvažavanje timskog pristupa ovom problemu, ili bolje rečeno problemima koji se istražuju. Publikacija koju je publikovala SZO predstavljalo je udžbeničku literaturu primene epidemiološkog metoda u psihijatriji. U navedenoj studiji SZO definisani su i ciljevi ovog metoda i to: 1.) utvrdjivanje incidencije i prevalencije

bolesti i morbiditeta, 2) utvrđivanje dijagnoze određene bolesti u pojedinim populacionim grupama, 3) utvrđivanje prosečnih individualnih rizika javljanja i razvoja pojedinih poremećaja, 4) identifikovanje pojedinih psihijatrijskih sindroma, 5) utvrđivanje kliničke slike i opisa toka bolesti, 6) utvrđivanje uzroka, etiologije pojedinih poremećaja i 7) ocena rada psihijatrijske službe.

Mnogobrojni savremeni epidemiolozi danas definišu svoje polje rada upravo na osnovu modernih shvatanja, principa, i sveobuhvatne primene metoda. Tako Fost definiše epidemiologiju "kao nauku koja se bavi pojavom, rasprostranjenošću, tipovima bolesti ljudi u određenim vremenskim epohama, na različitim područjima sveta, a zatim utvrdjuje odnose između oboljenja i određenih osobina pojedinaca i njihove okoline". Prema Lemkau "epidemiologija je nauka o zdravlju, odnosno studija statusa zdravlja u jednoj populaciji". Pada u oči jednostavnost i široka mogućnost primene ove discipline, ali i istovremeno njena nedovoljna određenost. Ova definicija pored bolesti unosi u istraživanje i definiciju zdravlja. To omogućava šire područje epidemioloških studija i korišćenje njihovih rezultata u zaštiti i unapređenju zdravlja stanovništva. Danas se pojam epidemiologije kao najvažnije grane preventivne medicine daleko šire sagledava izvan njihove prvobitne namene. To potvrđuje i sadašnja primena principa, metoda rada pri proćavanju masovnih bolesti, hipertenzije, arterioskleroza, traumatizam, urođjene malformacije i drugo. Vredi istaći da su u kliničkoj epidemiologiji težište istraživanja grupe jediniki. Posmatranje se odnosi na celu grupu, uključujući i one koji nisu oboleli. Za kiničkoepidemiološki postupak sve je veći broj izvora razlićitih i korisnih informacija. Posebno su korisne informacije koje pružaju teritorijalni kumulativni registri i kontrolisane regionalne kliničkoepidemiološke studije. U psihijatriji, kao i u drugim medicinskim disciplinama, epidemiološka istraživanja su usmerena na utvrđivanje oboljevanja od pojedinih poremećaja i bolest, utvrđivanje njihovih uzroka, načina širenja, toka i ishda. Do ovih saznanja dolazi se proućavanjem javljanja i raširenosti psihijatrijskih poremećaja u vremenu i prostoru, proućavanjem karakteristika pojedinaca, grupa i činilaca spoljnje sredine. U tom pogledu epidemiološki metod, pored laboratorijskog i kliničkog, koristi se za proućavanje etiopatogeneze mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja.

Danas epidemiologiju možemo podeliti na tri usko povezane, ali u odnosu na ciljeve i metode rada različite načine istraživanja: deskriptivnu, analitićku i eksperimentalnu epidemiologiju.

**Deskriptivna epidemiologija** u psihijatriji se bavi deskriptivnim proućavanjem raširenosti i raspodele bolesti i zdravlja u definisanoj populaciji. Promenjive velićine koje se najćešće ispituju u okviru ovog dela epidemiologije jesu karakteristike koje se odnose na vreme (kada je utvrđena bolest), na mesto gde se bolest pojavila i karakteristike koje se odnose na osobe koje su se razbolele. Ova oblast klinićke epidemiologije može da predstavlja tzv opisne studije. Ova oblast bavi se javljanjem bolesti ili drugih karakteristika vezanih za zdravlje u humanoj populaciji. Opšta zapažanja o odnosu bolesti i osnovnih karakteristika kakve su uzrast, pol, rasa, zanimanje i društveni sloj; obuhvata takodje i geografsku lociranost. Glavne karakteristike u deskriptivnoj epidemiologiji mogu da se svrstaju pod poglavlja: osobe, mesto i vreme. U ovu oblast spadaju i tzv *opisne studije*. Ovakva studija usmerena je i planirana tako da samo opiše postojeću

raspodelu promenljivih varijabli, parametara, bez obzira na uzročne i druge hipoteze. Suprotnost joj je analitička studija. Primer predstavlja ispitivanje zdravlja u populaciji, koje se koristi za utvrđivanje zdravstvenog stanja pripadnika odgovarajuće zajednice. Deskriptivne studije, npr. analiza registra za psihoze, mogu da se pripreme za merenje rizika. Već navedeni autori Reiger DA i Burke JD (1995) navode da se u okviru epidemiologije mentalnih poremećaja u njenom deskriptivnom delu akcentat stavlja na: proučavanje tzv. komunalne dijagnoze, studije kompletiranja kliničke slike pojedinih poremećaja i identifikovanje pojedinih sindroma. Ove studije već su do sada, a buduće će još više doprineti boljem usavršavanju aktuelnih klasifikacija psihijatrijskih poremećaja i poremećaja ponašanja, npr. ICD-10 iz 1992, DSM-IV-TR iz 2000. godine.

**Istraživačka, analitička epidemiologija** proučava uzroke raširenosti i kretanja bolesti i zdravlja. U oblasti epidemiologije mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja na ovom nivou epidemioloških studija posebno se ističe značaj proučavanja individualnog rizika, istorije slučajeva, naročito tzv. katamnističke studije i sl. Ove studije dele se na kohortne, retrospektivne i prospektivne. Drugi autori navode druge vrste analitičkih studija: studije preseka, kohortne i anamnestičke studije ( Last Dž M i Radovanović Z, 1991). Kao osnovni principi ovog epidemiološkog metoda navode se karakteristike populacije, upoređivanje obolelih i njihovih osobina sa zdravima, povezanost pojedinih karakteristika populacije i bolesti. U okviru ove oblasti epidemiologije izvode se tzv. analitičke studije. Ovakva studija usmerena je na ispitivanje povezanosti naslučenih ili pretpostavljenih uzročnih odnosa. Analitička studija obično se odnosi na otkrivanje, odnosno merenje efekata faktora rizika ili na posledice po zdravlje određene izloženosti. Suprotnost joj je već navedena deskriptivna studija kojom se ne testira hipoteza. U analitičkoj studiji, pripadnici studijske populacije mogu da budu klasifikovani prema osustvu ili prisustvu ( odnosno budućoj pojavi) određene bolesti i karakteristikama koje mogu da utiču na nastanak oboljenja. Te karakteristike obuhvataju uzrast, rasu, pol, druge bolesti, genetske, biohemijske i fiziološke odlike, ekonomsko stanje, zanimanje, boravište i različite aspekte vezane za životnu sredinu i lične navike. U primeni epidemiološkog metoda u psihijatriji pretežno se koriste kohortna studija, studija preseka, plan istraživanja. Kada je reč o kohortnim studijama kao sinonimi koriste se i sledeći nazivi: studija pojavljivanja, prospektivna studija, studija praćenja, studija incidencije, longitudinalna studija, prospektivna studija. Ova vrsta studije podrazumeva kliničkoepidemiološku u kojoj je moguće da se identifikuju podgrupe definisane populacije čiji pripadnici su bili, jesu ili u budućnosti mogu da budu izloženi ili neizloženi, odnosno izloženi u različitom stepenu, činiocu ili činionicima za koje se pretpostavlja da utiču na verovatnoću pojave date bolesti ili nekog drugog ishoda. Alternativni nazivi sa kohortnu studiju, kao što su: studija praćenja, longitudinalna i prospektivna studija, opisuju suštinsku osobinu ovog metoda. To je posmatranje populacije tokom broja osoba-godina dovoljno velikog da se dodje do pouzdanih stopa incidencije i mortaliteta za pojedine posgrupe date populacije. To obično podrazumeva studiju koja obuhvata veliku populaciju, studiju koja traje dugo vreme ( u pitanju su godine) ili jedno i drugo. Studije praćenja su veoma slične, ako ne i iste što i kohortne studije i neki autori ih koriste kao sinonime. U koliko se primenjuju posebne studije praćenja, (Follov-up study) predstavlja studiju u kojoj pojedinac ili grupe- odabranih na osnovu izloženosti nekom riziku, podvrgnuća određenom preventivnom, odnosno terapijskom postupku ili posedovanju izvesne karakteristike- bivaju praćeni radi procene

ishoda izloženosti, primenjenog postupka ili delovanju date karakteristike, tj radi sagledavanja pojave bolesti. Za studije preseka ( Cross-sectional study), sinonimi su: ispitivanje učestalosti bolesti, studija prevalencije, transversalna studija. Ovom studijom se ispituje odnos između bolesti ( ili neke karakteristike karakteristike vezane za zdravlje) i drugih promenljivih, uzimajući u obzir njihovo postojanje u definisanoj populaciji u određenoj vremenskoj tački. Prisustvo ili osustvo bolesti i prisustvo ili osustvo drugih promenljivih ( ili ako su kvantitativne, njihov nivo) određuju se za svakog člana ispitivane populacije ili za njen reprezentativni uzorak u određenom trenutku. Odnos između promenljivih i bolesti može da se ispita u odnosu na: 1.prevalenciju bolesti u različitim podgrupama populacije, definisanim prema prisustvu ili odsustvu ( odnosno nivou) promenljivih i 2. prisustvo ili osustvo ( odnosno nivo) promenljivih među obolelim i nebolelim osobama. Treba zapaziti da se u studijama preseka redovno računa prevalencija, a ne incidencija bolesti. Vremenski sled uzroka i posledice po pravilu ne može da se odredi u studijama preseka.

**Eksperimentalna epidemiologija** u savremenoj primeni, ovaj termin se često izjednačuje sa randomizovanim kontrolisanim ogledom, eksperimentom. Ovaj deo epidemiologije obuhvata studije ili programe specijalno planirane za proučavanje etioloških hipoteza, odnosno identifikovanje uzroka pojedinih poremećaja, rad i funkcionisanje zdravstvenih i psihijatrijskih servisa naročito na nivou primarne zdravstvene zaštite- Kod nas su značajni sekundarni i tercijarni novo zdravstvene zaštite. Eksperimentalna studija se odvija pod direktnom kontrolom istraživača. U epidemiologiji, studija u kojoj se populacija odabira za plansko ispitivanje režima čiji se efekti mere na taj način što se upoređuje ishod režima u eksperimentalnoj i u kontrolnoj grupi. radi izbegavanja pristrasnosti, članovi eksperimentalne i kontrolne grupe treba da budu upoređljivi, osim u odnosu na režim koji im je ponudjen. Svrstavanje pojedinaca u eksperimentalnu i kontrolnu grupu, idealno se ostvaruje randomizacijom.U randomiziranom kontrolisanom ogledu, pojedinci se nasumice raspoređuju: u nekim eksperimentima, npr. fluoridaciji vode za piće, čitave zajednice bile su (ne nasumice !) odabrane za eksperimentalnu i kontrolnu grupu.

Savremeni ciljevi i svrha epidemiologije u psihijatriji su brojni. Namera nam je da navedemo najvažnije:prvo-proučavanje etiologije i etiopatogeneze bolesti,drugo-utvrđivanje "dijagnoze populacije", prisustva, prirode i rasprostranjenosti zdravlja i bolesti. Ona je obično određena obimom javljanja, raširenosti i smrtnosti i to u odnosu na socijalnodemografske karakteristike.Treće-upotpunjavanje kliničke slike,odnosno sveobuhvatnije opisivanje kliničkih sindroma i usavršavanje definicije bolesti,četvrto-doprinos u klasifikaciji kliničkih sindroma,pouzdanije dijagnostikovanje bolesti i njenih posledica u društvenoj zajednici, peto-evaluiranje dijagnostičkih kriterijuma za bolje dijagnostikovanje mentalnih bolesti i njenih posledica u društvu i planiranje zdravstvene službe,šesto-procenjivanje efikasnosti rada zdravstvenih službi i pojedinih terapijskih programa u prevenciji, lečenju i rehabilitaciji različitih psihijatrijskih poremećaja i poremećaja ponašanja. Zatim utvrđivanje verovatnoće oboljevanja, smrti i života koji se mogu očekivati, skrining metodom otkrivanje predkliničkih i subkliničkih entiteta i početnih faza bolesti. Neki autori navode da je epidemiologija u osnovi deo populacione medicine ( nije bi bazična ni klinička disciplina, već populaciona, demografska). Ona unosi u psihijatriju, kao čistu kliničku disciplinu elemente saznanja prenosa poremećaja

od pojedinca na društvo ili populaciju, ali i obrnuto, tj. od populacije na pojedinca. U skladu s tim treba i uporedni nagli razvoj primene epidemiološkog meota, odnosno psihijatrijske epidemiologije sa razvojem socijalne medicine. Već uveliko prihvaćen stav da je psihijatrijska epidemiologija deo socijalne psihijatrije ili kako se ističe u poslednje vreme socijalne medicine, što međutim, ne isključuje činjenicu da je socijalna medicina deo kliničke, odnosno psihijatrijske epidemiologije. U skladu sa ovim proširenim shvatanjem primene epidemiološkog metoda, tj. psihijatrijske epidemiologije, nju možemo definisati i kao medicinsku primenjenu disciplinu, koja koristi epidemiološki metod koja raspolaže dostupnim podacima i prikuplja nove ( ciljano planirane) podtake vitalne i zdravstvene statistike, kao i demografske podatke određene populacije ili dela populacije u cilju boljeg stručnog i naučnog objašnjenje, sagledavanja sledećih osnovnih pojava: etiologije, patologije, patofiziologije, kliničke slike, toka bolesti, uticaja raznih ( unutrašnjih, endogenih i spoljnih, egzogenih) faktora na bolest, trajanje, prognozu i ishod bolesti, a u poslednje vreme i posledica bolesti i poremećaja na samog pacijenta, ali i na njegovu bližu i širu zajednicu. Da bi psihijatrijska mogla udovoljiti zahtevima koji se postavljaju pred nju prema navedenoj definiciji, potrebno je detaljno opserviranje stanja u populaciji, sistemu organizacije zdravstvene i psihijatrijske službe, potrebno je evidentirati posmatrane pojave, koji će se moći iskoristiti kao baza za rešavanje zadataka i ciljeva primene epidemiološkog metoda, odnosno psihijatrijske epidemiologije. Veliki značaj u epidemiologiji maju registri psihijatrijskih poremećaja i poremećaja ponašanja. U cilju rešavanja određenih ( ponekad vrlo specifičnih ) ciljeva psihijatrijske epidemiologije potrebno je često izvoditi i ciljana psihijatrijskoepidemiološka istraživanja. Za kliničare veredna je pažnje i činjenica da psihijatrijska epidemiologija uticala je i mogučila adekvatno sporazumevanje medju svim korisnicima, tj. svim psihijatrima i ostalim članovima stručnih timova ( bilo terapijskih ili istraživački), pa je upravo zbog psihijatrijske epidemiologije i došlo do razvoja i kasnije usavršavanja Medjunarodne klasifikacije bolesti, povreda i uzroka smrti kao i brojnih dijagnostički mernih instrumenata i rajting, skrining skala.

Epidemiološki metod može da se koristi u poboljšanju psihijatrijske kliničke prakse. To znači da lekar kao klinički epidemiolog treba da ide šire od samog lečenja osobe i da posmatra njegov dom, porodicu, radno mesto i na taj način otkriva mnogobrojne činioce koji utiču na početak bolesti i njeno trajanje.

### **III VAŽNIJI EPIDEMIOLOŠKI POKAZATELJI**

Za procenu zdravstvenog stanja stanovništva koristi se veći broj pokazatelja od kojih neki imaju veći i direktan značaj, a neki indirektni. Oni se obično nazivaju merama psihijatrijskog morbiditeta i mortaliteta, merama frekvencije ili pokazateljima zdravstvenog stanja stanovništva. U epidemiološkom radu naročito u psihijatrijskim epidemiološkim istraživanjima najvažniji pokazatelji su incidencija ili javljanje, prevalencija ili raširenost i morbiditetni rizik, letalitet. Njihovo proučavanje spada prvenstveno u oblasat tzv deskriptivne epidemiologije, premda većina istraživača pošto primenjuju nešto složenije statističke metode pogrešno ove studije svrstavaju u grupu analitičkih kliničkoepidemioloških studija. To se najbolje vidi u loše dizajniranim empirijskim kliničkim studijama, kod strukturisanja magistarskih teza,

subspecijalističkih, sminarskih i drugih radova. Zbog njihovog sve većeg kliničkog značaja u ovom tekstu daćemo samo kraći osvrt.

**1. Prevalencija ( raširenost, učestalost nekog poremećaja)** Prevalencija ili raširenost je pokazatelj koji opisuje raširenost određene bolesti ili poremećaja, tj. broj obolelih u opštoj poluaciji ili izraženo na 1000 stanovnika određene populacije. Zavisno od vremenske dimenzije razlikuje se tzv "*point prevalence*" i "*lifetime prevalence*", "*Period prevalence*", "*treated prevalence*", "*Administrative prevalence*". *Point prevalence* je je pokazatelj koji govori o broju obolelih od definisane bolesti u jednom vremenskom periodu, najčešće u jednom danu. Primer za *point prevalence* je npr. broj hospitalizovanih shizofrenih bolesnika na dan cenzusa, popisa 31. decembra svake godine. Ove podatke imali smo za Beograd i republiku do početka 70-tih godina dok ova aktivnost nije zakonski izmeštena iz Institut (ranije Zavoda ) za mentalno zdravlje na Zavode za zaštitu zdravlja je se do tada vodi veoma dobar Registar psihijatrijskih poremećaja kod nas. Primer za *life prevalence* je broj ukupno obolelih od shizofrenije tokom života i taj broj uključuje bolesnike u akutnoj fazi bolesti , psihotične bolesnike u u delimičnoj ili kompletnoj remisiji, dakle sve žive bolesnike kojima je bilo kada ranije postavljena dijagnoza shizofrenije. Može se iskazati kao broj obolelih u definisanoj populaciji ili kao stopa prevalencije ,tj na 1000 obolelih u toj populaciji. Uobičajeno je i izražavanje na 1000 stanovnika sa 15 i više godina, tj. nakon što se najčešće postavlja dijagnoza shizofrenije. Druge primere studija raširenosti ili prevalencije nećemo posebno komentarisati jer i samog njihovoga naziva lako se zapaža njihov značaj, npr. administrativna prevalencija, prevalencija slučajeva na nekom tretmanu.

**2. Incidencija ( javljanje novih slučajeva)** je broj novoobolelih bolesnika u definisanoj populaciji tokom jedne kalendarske godine. i incidencija se obično izražava na 1000 stanovnika određene populacije, tj. kao stopa incidencije ili javljanja. Specifične, posebne studije incidencije u oblasti epidemiologije mentalnih poremećaja mogu biti ne samo studije incidencije, javljanja, već i studije relativnog rizika, zatim prospektivne kohortne studije, ukrštene, kontrolisane kliničke studije, zatim studije proučavanja faktora rizika i kauzaliteta, uzročnosti i studije tzv populacionog atributivnog rizika u cilju dobrog planiranja različitih oblika i mera prevencije u preventivnoj psihijatriji.

**3. Rizik oboljevanja,** tj. **morbiditetni rizik** je broj koji govori kolika je verovatnoća da određena osoba oboli tokom svog od određene bolesti i obično se izražava brojem osoba koje će u populaciji oboletiti od određene bolesti. Često se izražava kao rizik oboljevanja, odnosno morbiditetni rizik na 1000 stanovnika. U našoj populaciji npr. rizik oboljevanja za shizofreniju iznosi nešto više od deset na 1000 živorođene dece. U kliničkoj epidemiologiji najviše koristi pojam relativnog rizika. On podrazumeva: rizik oboljevanja ili umiranja, alternativni rizik kao odnos stopa kumulativne incidencije medju izloženima i medju neizloženima, a sinonim za ovaj rizik je tzv odnos rizika.. Interesantni su pojmovi: *apsolutni*, *atributivni* i *relativni rizik* ( Last Dž. M i Radovanović Z,1991). U psihijatrijskoj epidemiologiji najviše se koristi atributivni rizi. On podrazumeva stope oboljevanja ili drugog ishoda medju izloženim osobama koja može da se pripíše izloženosti ( npr. broj akutnih psihotičnih reakcija kod abuzusa ili zlopupotrebe psihoaktivnih supstanci-PAS), Ovaj pokazatelj se dobije

oduzimanjem stope određenog ishoda (obično incidencije ili mortaliteta) neizloženih od odgovarajuće stope izloženih osoba. Pretpostavlja se da su, osim onog koji se ispituje, drugi uzroci imali podjednako dejstvo na grupu izloženih i neizloženih. Na nesreću, ovaj koncept je korišćen za označavanje niza različitih koncepata, uključujući atributivnu frakciju populacije, atributivnu frakciju izloženih, populacionu stopu prekoračenja, kao i razliku stopa. Stoga svi koji ga koriste treba pažljivo da ga definišu.

**4. Letalitet** govori o smrtnosti obolelih od određene bolesti. U slučaju shizofrenije veličina letaliteta je identična sa veličinom suicida.

Osim navedenih epidemioloških pokazatelja u psihijatrijskoj se epidemiologiji veoma često upotrebljavaju pokazatelji koji govore o organizaciji psihijatrijske službe, kao i korišćenju ove službe. Prema Folnegović-Šmalc V i sar (1998) važniji pokazatelji organizacije psihijatrijske službe su sledeći:

1. Broj psihijatrijskih kreveta,
2. Broj psihijatrijskih kreveta zauzetih bolesnicima određenih dijagnostičkih kategorija,
3. Broj kreveta zauzet dugotrajno hospitalizovanim bolesnicima,
4. Broj otpusta po jednom psihijatru,
5. Dužina hospitalizacije bolesnika po pojedinim dijagnostičkim kategorijama,
6. Prosečan broj dana u toku godine koje pojedini bolesnik ili određena i  
dijagnostička kategorija bolesnika provode u bolnici.

Navedeni epidemiološki parametri detaljnije su prezentovani u bio kom epidemiološkom udžbeniku. Kada su u pitanju psihijatrijski poremećaji i poremećaji ponašanja treba naglasiti da su ovi parametri izvedeni na osnovu statističkih izvora podataka (hospitalizacije, vanbolnički i drugi podaci) i oni su najčešće samo relativno tačni. U stvari teško je obuhvatiti sve poremećaje kada se ima u vidu sama priroda mentalnih poremećaja gde određeni broj pacijenata ne traži ili odbija kontakt sa psihijatrijskim službama. To ukazuje da je teško dobiti "ukupno" stanje javljanja i raširenosti za neki poremećaj. Stoga se u praksi najčešće koriste tzv. administrativne stope. One mogu da budu opšte i vezane su za celokupnu populaciju stanovništva na određenom području u određenom vremenskom periodu. U praksi se mnogo više koriste specifične stope koje neki problem sagledavaju iz znatno određenijeg ugla posmatranja, na primer po polu, uzrastu, odnosno životnom dobu, bračnom stanju, zanimanju, socijalnoprofesionalnoj aktivnosti i drugim sociodemografskim i kliničkim varijablama zavisno od vrste epidemiološkog istraživanja. Uz primenu odgovarajućih metodoloških postupaka opšte i specifične stope mogu se standardizovati i na taj način olakšava se bolja komparacija sa drugim, sličnim studijama, bilo u različitim vremenskim periodima ili sociogeografskim područjima i sličnima. Veoma važna informacija kod određivanja stopa navedenih parametara jeste specifikacija događaja, odnosno

obolelih. Početak bolesti, lečenje i sl. je glavna vrsta događaja koji ulazi u numerator stope javljanja ili raširenosti. U ovom slučaju numerator mogu sačinjavati pojedini slučajevi, recidivi bolesti ili obolela lica, i od toga će u mnogome zavisiti i interpretacija dobijenih rezultata. U psihijatrijskim epidemiološkim istraživanjima poseban problem predstavljaju utvrđivanje takozvanih "novi slučajeva" čija definicija zavisi od vrste i ciljeva epidemioloških istraživanja. Sledeći važan faktor kod izračunavanja navedenih parametara, jeste specifikacija populacije na koju se odnosi ispitivanje ili je pak ona i predmet studije. Tako je potrebno voditi računa o utvrđivanju geografskih odnosno administrativnih granica. Kad god je to moguće treba isključiti onaj deo populacije koji nije izložen opasnosti da oboli, i na taj način utvrđuje se pored ostalog i relativni rizik za neki poremećaj. Na taj način je olakšana interpretacija dobijenih razlika između stopa poremećaja. Same stope se izračunavaju relativno lako i to na taj način što se broj slučajeva podeli brojem stvarne populacije kojoj pripadaju i pomnoži sa izabranom jedinicom veličine (procentima, promilima, na 10, 100 hiljada stanovnika sl)

#### **IV KLASIFIKACIJA I PRIMENA EPIDEMIOLOŠKOG METODA U PSIHIJATRIJI**

Dijagnostika psihijatrijskih oboljenja i poremećaja ima određene specifičnosti. zapravo, da bismo postavili dijagnozu određene bolesti, potrebno je definisati bolest ili poremećaj, koja ima svoju etiologiju, patologiju, patofiziologiju, kliničku sliku, tok, prognozu i ishod bolesti. U psihijatriji skoro za nijedanu bolest ili poremećaj ne možemo definisati navedne parametre (osim za progresivnu paralizu, neke vrste epilepsije i demencije), pa je stoga dijagnostika u psihijatriji bazirana samo na kliničkoj slici. Za većinu dijagnoza u psihijatriji dakle ne možemo govoriti o strukturnoj već samo o prediktivnoj vrednosti. To praktično znači da govorimo o dijagnostičkim kategorijama, a ne o bolestima u užem smislu reči. U prošlosti su pojedina govorna područja imala različite psihijatre-učitelje, pa su se koristili i različiti dijagnostički kriterijumi ( primer "Beogradska psihijatrijska škola" čiji su utemeljivači bili Vujić V, Riastić J, Stoilković S i dr. "Njemačka psihijatrija", "Francuska psihijatrija" i sl.). U cilju iznalaženja i definisanja jedinstvenih dijagnostičkih kriterijuma Svetska zdravstvena organizacija (SZO) je konstruisala tzv *Medjunarodnu klasifikaciju bolesti, povreda i uzroka smrti* krajem 40-tih godina prošlog veka. Danas se koristimo petim poglavljem "F" desete verzije navedene klasifikacije. To je službena klasifikacija većine zemalja članica SZO. U SAD je službena klasifikacija tzv Dijagnostičko-statistički priručnik mentalnih poremećaja uglavnom njena četvrta verzija DSM-IV i od 2000 godine DSM-IV-TR ( revidirani tekst DSM-IV iz 1996 godine). Obe klasifikacije se koriste u rutinskoj kliničkoj praksi. Za posebna, ciljana kliničkoepidemiološka istraživanja, npr. u biološkoj psihijatriji koriste se stroži dijagnostički kriterijumi, u kojima su definicije pojedinih simptoma maksimalno operacionalizovane. U slučajevima kada se u istraživanju žele dobiti maksimalno homogenizovani uzorci bolesnika, preporučuju se istraživački dijagnostički kriterijumi SZO, "Present State Examination" (PSE) engleskih autora u saradnji sa ekspertima SZO koji je doživeo 15 verzija i poslednja se koristi od početka 90-tih godina ili Istraživački dijagnostički kriterijum (RDC-a) američkih autora. Ovi se dijagnostički kriterijumi ne preporučuju za rutinsku kliničku praksu pošto su dosta skupi i komplikovani.

Činjenica je da osim pomenutih klasifikacija ( dakle nozologije) u primeni epidemiološkog metoda treba koristiti i tzv glosare, rečnike pojmova o opisima i definicijama pojedinih termina i simptoma u psihijatriji. Takav glosar takodje je uradila SZO u vidu tzv CATEGO programa ( kombinacija pitanja iz PSE i glosara). Neki autori preporučuju tzv operativne definicije za oderdjeni poremećaj. Danas već klasična studija Wing-a i sar (1974) "Šta je slučaj" još je autuelna i primenjiva za pojedina ciljana psihijatrijskoepidemiološka istraživanja. Ovo je posebno važno u velikim psihijatrijskoepidemiološkim istraživanjima, jer npr. nije veliki problem u koliko dva kliničara ne razumeju isto značenje isto značenje pod pojmom "paranoičnost". Ovo bi moglo da postane problem kad pod tim pojmom dva učesnika u istom psihijatrijskoepidemiološkom istraživanju ne razumeju isto značenje. Ovo posebno ističemo, jer je očigledno da u značenju pojedinih termina postoji često različito tumačenje ( npr. čak u istoj knjizi dva autora za isti termin daju različita značenja). U psihijatrijskoj epidemiologiji mogu uspešno da se koriste i sledeće klasifikacije: 1. *Medjunarodna klasifikacija oštećenja, nesposobnosti i invalidnosti* koja je pri puta objavljena 1980.godine kao pokušaj SZO da se sastavi sistematična taksonomija posledica bolesti i povreda; 2. *Medjunarodna klasifikacija zdravstvenih problema u primarnoj zdravstvenoj zaštiti*. Ova klasifikacija bolesti, stanja i drugih razloga za traženje pomoći u primarnoj zdravstvenoj zaštiti može da se koristi za označavanje stanja u problemski ustrojenoj dokumentaciji kakvu koriste zdravstveni radnici u primarnoj zaštiti. Ova klasifikacija predstavlja adaptirani oblik MKB, ali daje više prostora za dijagnostiku neizvesnosti koja prevladjuje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Danas je važeća druga rivizija ove klasifikacije(ICHPPC-2) i 3. *Medjunarodno porednje* ( International comparation), odnosno *geografska patologija ili studije preseka*.

## **V POSTUPCI PRI EPIDEMIOLOŠKIM ISTRAŽIVANJIMA U PSIHIJATRIJI**

Prvi i navažniji korak u primeni epidemiološkog metoda u psihijatriji jeste definicija slučaja. Sam pojam slučaja u kliničkoepidemiološkim istraživanjima ima nekoliko značenja.U jednoj situaciji on označava osobu koja pati od odredjenog poremećaja ili bolesti i/ ili grupu pojedinaca koja ima neke zajedničke osobine ili poremećaje .To pruža mogućnost komparacije sa drugim osobama koje takve osobine, poremećaje ili bolesti nemaju.Tako definisan pojam "slučaja" značajan je za istraživanje tipične psihijatrijske bolesti. U drugom značenju pojam slučaja koristi se češće u administrativnom kontekstu kada se radi o bolseti i radnoj nesposobnosti ili hendikepiranosti ili pak o bolesti i potrebi za odredjenom vrstom zdravstvene pomoći.To znači da se slučaj sa ovog aspekta više koristi za potrebe vitalne statistike, zdravstvenog ili penzionog osiguranja, socijalnih i pravnih potreba i drugo.Sledeće značenje slučaja za potrebe psihijatrijskoepidemioloških istraživanja odnosi se uopšteno na pojam slučaja koji označava osobu koja zbog nekog poremećaja ili oboljenja traži, ili se već nalazi na nekoj vrsti tretmana,za razliku od zdravih ili umereno bolesnih kojima takva pomoć nije potrebna.

Za primenu epidemiološkog metoda u psihijatriji uglavnom se kroste instrumenti i metode za studije slučajeva gde se najčešće koriste polustrukturisani dinagnostički instrumenti ili skale koje su već dobro proverene u praksi u smislu njihove relijabilnosti, validnosti, odnosno pouzdanosti. ovi instrumenti su uglavnom novijeg datuma. Kao

najkorišćeniji takav instrument uradili su engleski autori početom 70-tih godina tzv. Present state examination(PSE) koji je u međjuvrmenu doživeo deset revizija. napratičnojom se pokazala 9 verzija od kraja 80-tih godina koja je korišćena i u našoj sredini. Ovaj instrument je proistekao iz Britanskog nacionalnog dijagnostičkog projekta u psihijatriji. On je kasnije podržan od strane SZO i Nacionalnog instituta za mentalno zdravlje SAD ( NIMH) što je dovelo do izrade i kompjuterskog algoritma u vidu PSE-CATEGO projekta koji predstavlja modifikovanu verziju nedijagnostičkog klafikacionog sistema i on se već duže vremena koristi u primeni epidemiološkog metoda u psihijatriji pod nazivom SCAN ispitivački projekat. Kasnije su nastali i brojni drugi polustrukturisani, standardizovani upitnici za epidemiološke i/ili kliničke studije, npr. dijagnostički istraživački kriterijumi (RCD) od Spicera iz St Louis-a sredinom 70-tih godina. On je u međjuvrmenu doradjen u vidu Rendard Diagnostic Interview (RDI). Veoma mnogo se koristi tzv Schedule for Affective Disorders and Schizophrena (SADS) i njegova poslednja verzija pod nazivom Lifetime verzija (SADS-L) pomoću koga je uradjen veliki broj psihijatrijskoepidemioloških regionalnih studija u SAD, naročito u New Havenu U SAD su uz podršku nacionalnog instituta za mentasno zdravlje izradili NIMH Diagnostick Interview Schedule tzv DIS koji je preradjena verzija RCD i SADS. Poslednjih nekoliko godina Nacionalni Institut za mentalno zdravlje i SZO rade na na modifikaciji navedenog DIS kao jedinstvenog polustrukturisanog intervjuua, instrumentu za međjunarodnu primenu tzv Compozite International Diagnostic Interview ( CIDI) zajedno sa odgovarajućim kompjuterskim programom za primenu dijagnostičkih kriterijuma iz ICD-10 i DSM-IV. Danas kao što se vidi postoji veliki broj dostupnih veoma dobrih istraživačkih instrumenata od koji na ovom mestu istićemo CDI i SCAN za epidemiološke i kliničke studije u psihijatriji. Za potpunije informacije o primeni epidemiološkog metoda postoji dovoljno informacija u dostupnoj stručnoj literaturi. jedan deo činjenica u ovom tekstu npr korišćen je iz članka Darrel A Regier-a i sar iz Kaplanovog i Sadakovog Psihijatrijskog udžbenika iz 1995. U navedenom poglavlju takodje se nalazi već broj informaciji o savremenim epidemiološkim studijama u kliničkoj i preventivnoj psihijatriji. S obzirom da će ponovo doći do aktuelizacije ovih instrživanja u našoj zemlji slično kao u 70-tim godinama prošlog veka u prilogu je dat nešto širi spisak relevalne literature. Obo će biti važno i nadam se korisno kolegama koji će se baviti prvenstveno kliničkom psihijatrijom da dobiju ideju i motivaciju da nauče da svoj svakodnevni klinički rad mogu da prilagode i za korišćenje u istraživanju, prikazu slučajeva, serije sluićajeva i sl za potrebe već obavezujeće kontinuirane edukacije za porodužavanje radne licence, dozvole u nadležnoj komri lekara Srbije.

Za uspešna epidemiološka istraživanja u psihijatriji pored adekvatnog definisanja slučajeva koji su predmet ispitivanja, treba da prethodi još nekoliko važnih postupaka i to: a) izbor istraživačkih metoda, instrumenata i tehnika, b) definisanje populacije i izbor reprezentativnog uzorka, c) definisanje sociogeografskog prostora na kojem je planirano istraživanje i d) preciznije definisanje poremećaja, odnosno oboljenja koje mora biti što jasnije određeno i uz mogućnost sigurne identifikacije psihijatrijskog poremećaja.

U pronalaženju slučajeva epidemiolozi se oslanjaju na više izvora podataka. To su pre svega podaci iz zdravstvene statistike za registrovane slučajeve. Uz pomoć drugih izvora podataka otkrivaju se i obradjuju novi slučajevi, tzv. "do tada neregistrovani slučajevi". Metodom direktnih terenskih psihijatrijskih ispitivanja izdvaja ju se "lažno

registrovani" slučajevi koji se prospektivno prate sve dok se ne utvrdi postojanje određenog psihijatrijskog poremećaja koji je predmet ispitivanja. Ovaj način istraživanja pruža mogućnost da se ne registruju samo određeni simptomi ili poremećaji već se procenjuju i drugi važni parametri o socijalnoj adaptaciji, stavovima okoline, stepenu odstupanja od prosečnog i kulturološki parametri prihvatljivog ponašanja. U prvoj fazi istraživanja neophodne su različite vrste priprema tima istraživača počev od odgovarajuće edukacije, upoznavanje sa socioekonomskim, kulturnim, zdravstvenim prilikama i uslovima života u određenoj društvenoj sredini gde je planirano epidemiološko ispitivanje. Neophodna je koordinacija psihijatrijske službe, tima koji vodi ispitivanje sa važnim socijalnim i drugim ustanovama i službama koje se bave zaštitom mentalnog zdravlja. Evaluacijom takvog ispitivanja ocenjuje se ne samo kvalitet već i obim dobijenih podataka, stepen uključenosti svih slučajeva u odnosu na veličinu ispitivane populacije. Vrlo važan postupak u psihijatrijskoepidemiološkim istraživanjima predstavlja i način prikupljanja podataka. Za te potrebe uglavnom postoje dva načina i to: 1) primarno, neposredno od strane tima, ekipe istraživača i 2) sekundarno, posredno, koji rade druge osobe. Prednost se daje prvom načinu prikupljanja podataka jer postoji veća mogućnost kontrole istih gde istraživači koriste već standardizovane instrumente uz uvežbanu i standardizovanu tehniku prikupljanja i sredjivanja podataka. U drugom slučaju manji je stepen zainteresovanosti, podaci su često nepotpuni i nepouzđani. U celini za prikupljanje podataka u epidemiološkopsihijatrijskim ispitivanjima koriste se tri osnovne tehnike i metode: 1) registri psihijatrijskih bolesnika, 2) skrining tehnika, tzv. "metod rešetanja u terenskim ispitivanjima", 3) kohortne studije, tj. manji broj posebno odabranih ispitanika u reprezentativnom uzorku. Bez namere da se o svakoj od navedenih tehnika da širi osvrt u ovom poglavlju navešće se samo važnije činjenice i neki korisni podaci. Registri psihijatrijskih pacijenata su relativno novi instrument u epidemiološkim studijama i danas se vode u većem broju zemalja. U našoj sredini takodje postoji takav registar u sklopu zajedničkog regionalnog i republičkog registra 11 hroničnih i nezaraznih bolesti koga psihijatriji veoma slabo koriste. Registri pružaju veoma pouzdane podatke za različita probna, tzv. pilot istraživanja, ili za određivanje reprezentativnih uzoraka. Oni takodje pružaju solidnu mogućnost za praćenje bolesnika, za upoznavanje etiologije i etiopatogeneze različitih poremećaja. Stoga su registri i danas najpouzđaniji način za izvođenje različitih pre svega ciljanih psihijatrijskoepidemioloških istraživanja. Drugi psihijatrijskoepidemiološki pristup je tzv. skrining (screening) metod u određenoj populaciji ili definisanom sociogeografskom području, odnosno regionu. Pomoću ovog metoda otkrivaju se svi zatečeni psihijatrijski slučajevi koji su predmet istraživanja. Njime može da bude obuhvaćena određena populacija ili da se ispitivanje obavlja pomoću reprezentativnog uzorka. Najveći problem je definisanje slučaja o čemu je već bilo reči. Kohortne studije podrazumevaju uključivanje relativno manjeg broja ispitanika u istraživanje koji se prate u dužem vremenskom intervalu. Kohorta najčešće predstavlja statistički definisan i reprezentativan uzorak, u odnosu na određenu populaciju ili mentalni poremećaj. Praćenje može da traje od jedne do pet godina. Najčešće se koriste za evaluaciju nekog terapijskog ili rehabilitacionog metoda ili programa. To su obično multicentrična kliničko-epidemiološka istraživanja koja uključuju više centara ili zemalja.

## **VI PROSPEKTIVNA PSIHIJATRIJSKO-EPIDEMIOLOŠKA ISTRAŽIVANJA ( prikaz nekih važnijih podataka iz psihijatrijske epidemiologije)**

Uloga psihijatrije u bližoj i daljnjoj budućnosti jeste unapredjenje celovitog pristupa problemu mentalnih poremećaja uz primenu svih raspoloživih i afirmisanih naučnih metoda u njihovom sveobuhvatnom proučavanju. Dosadašnja iskustva iz ove oblasti su ohrabrujuća pošto su pružila veliki broj solidnih informacija i podataka o javljanju, raširenosti i veličini rizika za veliki broj psihijatrijskih poremećaja. Time je pružena mogućnost za optimalno planiranje psihijatrijske i zdravstvene službe u celini, zatim primenu velikog broja savremenih metoda u prevenciji, lečenju i rehabilitaciji, odnosno habilitaciji i resocijalizaciji različitih poremećaja i oboljenja. Stvorene su solidne pretpostavke o veličini rizika za pojedine poremećaje, bolje su definisane rizične grupe i populacije. Brojne studije izvedene širom sveta precizno su definisale stope incidencije i prevalencije za veći broj mentalnih poremećaja. Tako je utvrđeno da za endogene psihoze, posebno grupu shizofrenih i bipolarnih afektivnih psihoza, da li su navedeni parametri u dužem vremenskom periodu relativno stabilni, ne zavisi toliko od različitih društvenih i socioekonomskih promena u pojedinim regionima sveta. Stope incidencije, tj. javljanja novoobolelih u odredjenom vremenskom periodu koji se obično kreće tokom jedna godine za shizofreniju od 0,5 do 1,5% sa stabilnim prosekom oko 1,0%. Rizični period je i dalje period puberteta i rane adolescencije, a paranoidni oblik najčešće se javlja tokom treće i početkom četvrte decenije života. Za ovu grupu psihoza nešto je niži rizik javljanja u celini posle 30. godine života, ali ne i kod žena gde u periodu predklimakterijuma ponovo raste rizik oboljevanja. Kada je reč o endogenim psihotičnim depresijama životna prevalencija iznosi 5,8 na sto hiljada stanovnika (3,5 do 7,9 u korist žena gde je rizik dva puta veći). Unipolarna depresija javlja se 5,2, bipolarna 0,8 i distimija 1,7 na sto hiljada stanovnika. Rizik još više raste kada je reč o depresiji udruženoj sa strahom i iznosi čak 42,5%. Uočava se veći broj depresija u mladjem životnom dobu gde je najrizičniji period u 15-toj godini života za anksiozne poremećaje, a u 25 za unipolarnu depresiju. Isto tako interesantni su epidemiološki podaci o alkoholizmu, narkomanijama, nikotinizmu, gde u poslednjih nekoliko decenija se uočava prorast narkomanije. U relativno bliskoj budućnosti najveći problemi se očekuju o štetnim posledicama nikotinizma. Zanimljivi su podaci o moralitetu, smrtnosti, psihijatrijskih bolesnika kako onih u bolnicama, tako i društvenim zajednicama u kojima žive. Procena radne sposobnosti i dalje je specifičan problem u sredinama gde su slabi fondovi za penziona i invalidsko osiguranje ove kategorije bolesnika. Vredni su pažnje i podaci iz brojnih psihijatrijsko-epidemioloških istraživanja bolničkog tretmana psihijatrijskih bolesnika, posebno shizofrenih. Potvrđena su klinička zapažanja da se ova kategorija pacijenata homogenizuje u tri podgrupe jednokratna hospitalizacija, rotirajući pacijenti i dugotrajno hospitalizovani shizofreni bolesnici. Sama hospitalizacija nije uvek determinisana stepenom psihopatološkog procesa, nego je često uslovljena socijalnim, porodičnim, obrazovnim činiocima i samim mestom stalnog boravka. Tako na primer što je bliže psihijatrijska ustanova povećava se korišćenje bolničke službe, mnogo su češći ponovni prijemi.

U deklaraciji Evropskog odeljenja SZO o mentalnom zdravlju koja je usvojena januara 2005. godine ističe se da će aktivnosti vezane za mentalno zdravlje u narednom periodu više se neće odnositi samo isključivo lečenje i institucionalizaciju ljudi sa mentalnim poremećajima već se planira značajna aktivnost na reformi psihijatrijske službe, deinstitutionalizaciji, destigmatizaciji obolelih i njihovih porodica i dr. Ova deklaracija priznaje da programi i usluge teže da postignu blagostanje i uključenje,

zauzimajući razuman stav prema porebama kao i prema beneficijama koje proizlaze iz različitih aktivnosti iz mentalnog zdravlja usmerenih na populaciju kao celinu, na rizične grupe i na ljude sa problemima mentalnog zdravlja. Postepeno, usluge u narednom periodu će biti obezbedjene u okviru šireg raspona društvenih situacija gde će biti veoma značajan i epidemiološki metod. Takođe se u pomenutoj deklaraciji ističe da je mentalno zdravlje jedan od najvećih problema sa kojima se svaka zemlja u Evropi suočava, pri čem problemi mentalnog zdravlja pogađaju bar jednog od svaka četiri čoveka, u nekom trenutku života. Prevalencija poremećaja mentalnog zdravlja u ma kom trenutku je veoma visoka u Evropi. Od 850 miliona ljudi koji žive u Evropskom regionu, može se procenti da 100 miliona doživi anksioznost ili depresiju u nekom trenutku; više od 21 milion pati od poremećaja vezanih za uzimanje alkohola, preko 7 miliona od Alzhajmerove bolesti i drugih demencija, oko 4 miliona od shizofrenije, 4 miliona od bipolarnog afektivnog poremećaja i 4 miliona od paničnih poremećaja. U poslednje vreme sem parametara incidencije, prevalencije i morbiditetnog rizika, sve više se koriste pojmovi kao invaliditetu prilagodjene godine života ( "disability adjusted life years"-DALYs). Kada se gleda ovaj parametar za Evropski region je karakteristično da neuropsihijatrijski poremećaji predstavljaju drugo najveće opterećenje na nivou ovog regiona kada su bolesti u pitanju, odmah posle kardiovaskularnih poremećaja. Neuropsihijatrijski poremećaji čine 19,5% svih DALYs. U okviru psihijatrijskog morbiditeta depresija zauzima, predstavlja, treću najzastupljenu bolest sa 6,2%, samopovredjivanje se nalazi na 11 mestu rang liste sa 2,2%, kognitivni, dementni poremećaji sa 1,9% itd. Broj ljudi sa ovim poremećajima pokazuje tendenciju porasta sa daljnjim starenjem stanovništva. Neuropsihijatrijske bolesti takođe čine preko 4% hroničnih bolesti i predstavljaju najveći razlog godina provedenih sa invaliditetom. Ovde je sama depresija vodeći razlog. Pet od 15 najvećih doprinosa su mentalna oboljenja. U mnogim zemljama 35% do 45% apsentizma sa posla je uzrokovano mentalnim problemima. Interesantan je i podatak da i u najrazvijenijim zemljama oko 45% obolelih ne traži stručnu pomoć, dok u zemljama u tranziji ovaj procenat ide i do 70% ( Evropski biro SZO,2005).

U vreme kada se preduzimaju veliki i svestrani napori radi sagledavanja nekih, još uvek nerazjašnjenih faktora u psihijatrijskom morbiditetu i mortalitetu, svaki i najmanji pomak napred postaje veoma važan i potencijalno značajan. U tom pogledu primena savremenih metoda epidemioloških istraživanja uz kliničke, laboratorijske i druge pristupe, postaje osnovni princip savremene psihijatrije.

## VII L I T E R A T U R A

- 1) Kaličanin P: Primena epidemiološkog metoda u psihijatriji ( Epidemiološka studija shizofrenije u Beogradu), Zavod za stručno usavršavanje i specijalizaciju zdravstvenih radnika i saradnika, Beograd,1975.,
- 2) Kaličanin, P. Paranosić, V. i Caran, N: Psihijatrija (Priručnik za lekare i saradnike), Naučna knjiga,Beograd,575;601,1990.,
- 3) Munjiza M: Primena epidemiološko metoda u psihijatriji, Medicinski pregled, Medicinski fakultet Beograd, 30-45,1972.,

- 4) Munjiza M: Primena epidemiološkog metoda u proučavanju masovnih hroničnih nezazarnih bolesti, u: Mujović V i sar: Kardiologija ( uvodni članak u multicentričnoj 10-godišnjoj longitudinalnoj, prospektivnoj studiji kardiovaskularnih poremećaja u Srbiji), Medicinski fakultet Beograd, 1-21,1992.,
- 5) Munjiza M: Incidencija i prevalencija Manično-depresivnih psihoza u Beogradu, magistarska teza, Medicinski fakultet, Beograd, 1974.,
- 6) Munjiza M: Primena epidemiološkog metoda u socijalnoj psihijatriji, u: Munjiza M: Afektivne psihoze u urbanoj sredini, III izmenjeno i dopunjeno izdanje, GIP Kultura, Beograd, 24-29, 1992.,
- 7) MacMahon, B. i Pugh TP :Epidemiologija; Principi i metode ( prevod), Naučna knjiga, Beograd, 1971.,
- 8) Morton NE: Outline of Genetic Epidemiology, New York, Karger, 1982.,
- 9) Reiger, D.A. and Kaleber A :(Eds): The Epidemiologic catchment Area (ECA) Program-Studying the Prevalence and Incidence of Psychopathology, In: (Eds): Tusang M.T.: Textbook in Psychiatric Epidemiology, John Wiley and Sons, Inc., 135- 156, 1995.,
- 10) Sohm ED (Ed): Glossary of Evaluation Terms, Geneva: United Nations, 1978.,
- 11) William W. Eaton et al : Problems in the Definition and Measurement of Prevalence and Incidence of Psychiatric Disorders, In: (Eds): William W. Eaton and Larry G Kessler (Eds): Epidemiologic Field Methods in Psychiatry, Academic Press, Inc., 311-326., 1985.,
- 12) Wittchen HU, Essau CA: Assessment of Symptoms and Psychosocial Disabilities in primary care, In: Sartorius N, Goldberg D, Girolamo D et al (Eds): Psychosocial Disorders in general Medical settings, Hogrefe & Huber Publishers and WHO, 111-136, 1990.,
- 13) Cooper, B and Morpan H.G.(Eds): Epidemiological Psychiatry, Charles C. Thomas AS Publisher, London, 1973.,
- 14) Tusang, M.T., Tohen, M. and Zahner G.E (Eds): Tekstbook in Psychiatric Epidemiology, John Wiley and Sons, Inc. 1995.,
- 15) Tsuang MT, Tohen M and Zahner GEP: Tekstbook in Psychiatric Epidemiology, Harvard Institute of Psychiatric Epidemiology and genetics, 1995.,
- 16) Uglešić, B i Palmović, R.: Psihijatrijska epidemiologija, u: Muičević, V (ur), Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 1995. 73-79.,
- 17) Uglešić B: Epidemiologija u socijalnoj psihijatriji, Soc psihijat, Zagreb, 25:101-104, 1997.,

- 18) Folnegović-Šmalc V, Folnegović Z: Epidemiologija duševnih bolesti, Medicus,Zagreb, Vol.7, 1:15-18,1998.,
- 19) World Health Organization: Report of the International Pilot Study of Schizophrenia, Geneva,Svizerland, vol. 1, WHO; 1973.,
- 20) Wing JK, bebbington P and Robins LN (Eds): What is Case?; The problem of Definition in Psychiatry Community Surveys, Grant Melnty Ltd, 1981.,
- 21) Last M. Džon i Zoran Radovanović ( ur): Epidemiološki rečnik, Naučna knjiga, Beograd,1991.,
- 22) Barker DJP, Rose G: Epidemiology in Medical Practice, 2nd ed, Edinburgh; Churchill Livingstone, 1979.,
- 23) Munjiza M: Mentalno zdravlje i poremećaji u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, u:XXVI Konferencija opše medicine Srbije sa međunarodnim uučešćem, Zlatibor 1.do 6. lo.2005.godine, Sprsko lekarsko društvo ( Sekcija opšte medicine) Beograd, Zbornik sažetaka (Books of abstracts), 94-95.
24. Regler DA and Burke JD:Quantitative and Experimental Methods in Psychiatry (EPIDEMIOLOGY), In: Kaplan HI and Sadock BJ (Eds.): Comprehensive Tekstbook of Psychiastry, Sixth edition,Vol.1, Williams &Wikins, Baltiomre, 1995, 377-397.,
25. Blazer DG, Kesler RC, McGonagle KA et al: The prevalence and disturbance of major depression in a national community sample, Ze National Comorbidity Survey,Am J Psychiatry, 151:979, 1994.,
26. Cross-National Collaborative Group: The changing rate of major depression: Cross.national comparasions, JAMA, 268:3098,1992.,
27. Robins LN, Regier DA (Eds.):Psychiatric Disorders in America, Free Press, New York, 1990.,
28. Witchen HU, Robins LN, Cortler LB, Sartorius N, Burke JD and regier DA: Cross-cultural feasibilita reliabilita, and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI),, Br J psychiatry, 159:645,1991.,