

Celina Godwod, Zenon Kulka
Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami
Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

PSYCHOZY LEKOWE W STACJONARNYM LECZNICTWIE PSYCHIATRYCZNYM W 1996 ROKU – ROZPOWSZECHNIENIE, DIAGNOSTYKA I LECZENIE

WSTĘP

Na tle wzrostu rozpowszechnienia narkomanii w ostatnich trzech dekadach naszego stulecia, zwrócił uwagę klinicystów wzrost liczby chorych psychicznie nadużywających substancji psychoaktywnych. Są to osoby przeważnie w wieku 18-40 lat, tak zwani „młodzi dorośli”. Chorzy ci stwarzają problemy diagnostyczne i terapeutyczne (3). W tej grupie są tacy, którzy już w okresie trwania psychozy endogennej (najczęściej schizofrenii, rzadziej psychozy afektywnej) rozpoczynali eksperymenty ze środkami odurzającymi, jak również tacy, u których psychoza wystąpiła po raz pierwszy w okresie używania substancji psychoaktywnych i w miarę upływu czasu nabrała znamion psychozy nawracającej, którą diagnozowano zmiennie, raz jako endogenną, raz jako egzogenną. Powrót do używania substancji psychoaktywnych w okresie remisji powodował ponowne wystąpienie psychozy, co niejednokrotnie pociągało za sobą zmianę rozpoznania z psychozy endogennej na egzogenną (1, 3). Pacjenci ci określani są jako chorzy z podwójną diagnozą: psychoza lekowa lub endogenna i uzależnienie od leków.

Stosunkowo niewiele jest prac badawczych poświęconych wyżej wymienionym zagadnieniom. Autorzy stwierdzają, że wnikliwa analiza obrazu klinicznego, przebiegu choroby, okresów remisji oraz rodzaju używanych substancji uzależniających może pomóc w diagnostyce tej grupy chorób. Nie ma jednak zgodności w ocenie

Praca wykonana w ramach zadań statutowych Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie (temat nr 19/99).

tego typu zjawiska. Sceptycy są zdania, że na obecnym etapie wiedzy jednoznaczne rozstrzygnięcia co do charakteru psychozy egzo- czy endogenna są mało prawdopodobne.

Związek między przyjmowaniem i uzależnieniem od substancji chemicznych a chorobami psychicznymi nie jest dostatecznie poznany. Uważa się, że u niektórych osób istnieją genetyczne predyspozycje do wystąpienia choroby psychicznej endogennej (4). U tych osób przyjmowanie niektórych substancji psychoaktywnych może doprowadzić do uruchomienia choroby (tak zwana reakcja „spustowa”) (8). Jednak uwarunkowania genetyczne chorób psychicznych nie są również ostatecznie wyjaśnione. Mimo to niektórzy autorzy uważają, że nie ma tzw. psychoz lekowych o przewlekłym przebiegu, czyli egzogennych i że w rzeczywistości mamy do czynienia z psychozami endogennymi (3). Przemawiać mają za tym: często powolny, początkowo skryty rozwój choroby psychicznej i sięganie po środki psychoaktywne w celach „terapeutycznych”, niemożność ustalenia, co było pierwsze – nadużywanie substancji psychoaktywnych czy objawy choroby psychicznej. Niewyjaśniony pozostaje problem wpływu poszczególnych substancji psychoaktywnych oraz częstość ich używania na wystąpienie i obraz kliniczny choroby psychicznej, a także na czas trwania epizodów psychotycznych i remisji.

Jak zwracają uwagę niektórzy autorzy, w stosunku do tego typu pacjentów opieka terapeutyczno-rehabilitacyjna jest zawężona. W okresie ostrej psychozy chorzy trafiają do oddziałów psychiatrycznych, gdzie dostarczanie z zewnątrz środków uzależniających jest dość łatwe, co powoduje niejednokrotnie nieoczekiwane okresy pogorszenia i przedłużony czas leczenia (1, 8). W okresie remisji są oni przerzucani między poradniami zdrowia psychicznego a poradniami uzależnień. Pacjenci ci również nie mieszczą się w programach wyspecjalizowanych ośrodków rehabilitacyjnych dla narkomanów ani dla przewlekle chorych psychicznie.

Celem niniejszych badań była weryfikacja rozpowszechnienia psychoz lekowych (Nr St. 292) rozpoznawanych na podstawie kryteriów IX Rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (2, 7), z uwzględnieniem obrazu klinicznego i rodzaju używanych substancji psychoaktywnych wśród pacjentów leczonych w psychiatrycznych placówkach stacjonarnych w 1996 roku.

MATERIAŁ BADAWCZY I METODA

Za materiał badawczy posłużyły historie chorób pacjentów z rozpoznaniem psychozy lekowej (N. st. 292) leczonych w stacjonarnych placówkach psychiatrycznych w 1996 roku.

Z Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia IPiN uzyskano informacje identyfikujące 147 chorych (pierwsze litery imienia i nazwiska, data urodzenia, miejsce leczenia, data przyjęcia i wypisu, rozpoznanie choroby z numerem statystycznym 292). Na początku 1998 roku zwróciliśmy się z prośbą do kierowników 47 placówek, w których leczyli się ww. chorzy, o wypożyczenie historii chorób, z uwzględnieniem również historii chorób z wcześniejszych i późniejszych hospitalizacji.

Uzyskaliśmy informacje o 117 leczonych. Do analizy historii chorób przygotowano specjalny kwestionariusz, który składał się z kilku części i dotyczył danych społeczno-demograficznych, początku, przebiegu i rodzaju nadużywanych substancji psychoaktywnych, objawów zaburzeń psychicznych, nawrotów i remisji oraz leczenia. Jeśli chodzi o dane dotyczące obrazu choroby oraz oceny diagnostycznej, korzystano również z komentarzy do IX Rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-9), opracowanej przez IPN (2) oraz z komentarzy do ICD-10 (5, 6).

WYNIKI

Otrzymaliśmy historie chorób 117 osób (79,6%) spośród 147 leczonych w stacjonarnych placówkach psychiatrycznych w 1996 roku, z rozpoznaniem psychozy lekowej jako choroby zasadniczej lub współistniejącej. Z różnych powodów nie otrzymaliśmy historii chorób 30 leczonych. Kierownicy placówek informowali, że nastąpił błąd w diagnozie lub numerze statystycznym lub że historie choroby są niedostępne, gdyż chorzy byli w trakcie leczenia.

Po zapoznaniu się z przesłanymi historiami chorób 117 osób stwierdziliśmy, że w 48 przypadkach rozpoznanie psychozy lekowej nie jest zgodne z kryteriami diagnostycznymi IX Rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, która obowiązywała jeszcze w 1996 roku.

U 23 osób właściwym rozpoznaniem powinien być alkoholowy zespół abstynencyjny (nr 291), w przebiegu wieloletniego uzależnienia od alkoholu. Chorzy ci, po przerwaniu picia, zażywali głównie pochodne benzodiazepiny próbując zapobiec lub zmniejszyć objawy abstynencyjne. Jednak to alkohol a nie leki był przyczyną wystąpienia psychozy i hospitalizacji.

Wśród 14 chorych, u których w 1996 roku rozpoznano psychozę lekową, we wcześniejszych lub późniejszych pobytach pojawiały się rozpoznania schizofrenii paranoidalnej u 11 osób, zaś u 3 fazy depresyjnej choroby afektywnej, jedno lub dwubiegunowej. Niektórzy chorzy przed wystąpieniem pierwszych objawów psychozy endogennej, a niektórzy w okresach remisji używali incydentalnie substancji psychoaktywnych, głównie amfetaminy, halucynogenów i kanabinoli. Spowodowało to w tej grupie chorych rozpoznawanie psychozy lekowej, mimo klasycznych objawów schizofrenii lub depresji endogennej. U 5 osób brak było podstaw do rozpoznania psychozy lekowej ani też uzależnienia od substancji psychoaktywnej. Chorzy ci mieli wcześniej stwierdzone zaburzenia osobowości i nerwicowe, a do oddziałów psychiatrycznych trafili z powodu reakcji sytuacyjnych lub prób samobójczych, najczęściej po wzięciu leków uspokajających lub nasennych, jednak bez objawów psychotycznych. U pozostałych 6 osób, u których rozpoznano psychozę lekową, wystąpiły krótkotrwałe epizody psychotyczne, z tego u 4 chorych w podeszłym wieku i z poważnymi schorzeniami somatycznymi o obrazie psychozy starczej, a u 2 osób z niedorozwojem umysłowym, jako powikłanie przy stosowaniu leków, głównie neuroleptyków.

Ostatecznie z nadesłanych historii chorób 117 osób, tylko u 69 chorych (58,9%), rozpoznanie psychozy lekowej wydawało się być zgodne z kryteriami diagnostycz-

nymi IX Rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (2). Do dalszej analizy posłużyła ta właśnie grupa chorych.

Charakterystyka socjodemograficzna

Wśród 69 chorych leczonych z powodu psychoz lekowych było 38 mężczyzn (55,1%) i 31 kobiet (44,9%), w wieku od 17 do 77 lat. Jedną trzecią stanowili chorzy do 24 roku życia, a prawie dwie trzecie nie ukończyło 40 lat (Tabela 1.).

TABELA 1

Kategorie wieku	N = 69	%
Od 17 do 24 roku życia	24	34,8
Od 25 do 39 roku życia	17	24,6
Od 40 do 55 roku życia	18	26,1
Powyżej 55 roku życia	10	14,1

Zdecydowana większość, bo 56 osób (81,2%) była mieszkańcami miast. Ponad jedna czwarta chorych (18 osób) pochodziła z województwa warszawskiego, od 7 do 3 osób – razem 26 chorych (37,8%) z województw: wrocławskiego, szczecińskiego, poznańskiego, gdańskiego i bydgoskiego. Pozostałych 25 (36,2%) osób zamieszkiwało w 20 województwach.

Wśród badanych największą grupę stanowiły osoby stanu wolnego – 66,6%, a tylko 31,9% pozostawała w związkach małżeńskich (Tabela 2).

TABELA 2

Stan cywilny	N=69	%
Kawaler/panna	35	50,7
Żonaty/zamężna	22	31,9
Wdowiec/wdowa	5	7,2
Rozwiedzeni	6	8,7
Brak danych	1	1,4

Grupa badana charakteryzowała się stosunkowo niskim poziomem wykształcenia. Ponad dwie trzecie badanych posiadało wykształcenie podstawowe lub zasadnicze zawodowe, jedna czwarta średnie. Tylko dwie osoby posiadały wykształcenie wyższe (Tabela 3).

TABELA 3

Wykształcenie	N = 69	%
Podstawowe	23	33,3
Zasadnicze	24	34,8
Średnie	17	24,6
Wyższe	2	2,9
Brak danych	3	4,3

Chociaż przeważająca większość osób była w wieku produkcyjnym, to tylko 18,8% utrzymywało się z pracy. Wśród pozostałych, ponad jedna trzecia była rencistami lub emerytami, a na utrzymaniu rodziny było aż 29% badanych (Tabela 4).

TABELA 4

Źródło utrzymania	N = 69	%
Praca w pełnym wymiarze godzin	13	18,8
Na utrzymaniu rodziny	20	29,0
Renta	22	31,9
Emerytura	3	4,3
Opieka społeczna	4	5,8
Brak danych	7	10,1

Tylko nieco ponad jedna trzecia osób badanych zamieszkiwała z własną rodziną. Dominującą grupę (46,4%) stanowiły osoby zamieszkujące z rodzicami lub dalszą rodziną (Tabela 5).

TABELA 5

Z kim mieszka	N=69	%
Samotnie	7	10,1
Z własną rodziną	25	36,2
Z rodzicami lub dalszą rodziną	32	46,4
Bezdomni	3	4,3
Brak danych	2	2,9

Grupa badana charakteryzowała się niskim stopniem socjalizacji; wysokim wskaźnikiem osób samotnych, niskim poziomem wykształcenia oraz małą aktywnością zawodową i wysokim wskaźnikiem inwalidyzacji.

W większości historii chorób nie było wywiadów obiektywnych, danych o rozwoju w dzieciństwie, problemach w okresie dojrzewania i funkcjonowaniu w życiu dorosłym, co w znacznej mierze ograniczyło analizę socjodemograficzną.

Dane dotyczące aktualnej hospitalizacji: obrazu psychopatologicznego, substancji psychoaktywnych, uzależnienia oraz leczenia

Do oddziałów i szpitali psychiatrycznych chorzy z psychozami lekowymi najczęściej byli kierowani przez pogotowie ratunkowe (30,4%), poradnie zdrowia psychicznego (24,6%), szpitale o innym profilu niż psychiatryczny (18,8%). Bez skierowania zgłosiło się 13,0% pacjentów. Tylko 2 pacjentów (2,9%) zostało skierowanych przez poradnie uzależnień (Tabela 6).

Zdecydowana większość aktualnych hospitalizacji to hospitalizacje pierwszorazowe – 50 osób (72,5%). Dla pozostałych chorych (27,5%) były to kolejne hospitalizacje. Z reguły brak było informacji dotyczących obrazu klinicznego i leczenia między poszczególnymi hospitalizacjami.

TABELA 6

Skierowania	N=69	%
Bez skierowania	9	13,0
Pogotowie ratunkowe	21	30,4
Poradnie zdrowia psychicznego	17	24,6
Poradnie uzależnień	2	2,9
Poradnie odwykowe	1	1,4
Szpital psychiatryczny (oddział detoksykacyjny)	4	5,8
Inna poradnia	2	2,9
Inny szpital	13	18,8

U blisko połowy (49,3%) bezpośrednią i główną przyczyną hospitalizacji było wystąpienie psychozy o obrazie zespołu omamowo-urojeniowego. W pozostałych przypadkach w chwili przyjęcia do szpitala głównym powodem było zatrucie lekami (23,3%), lub objawy zespołu abstynencyjnego (27,5%).

Dodatkowymi objawami stwierdzonymi w chwili przyjęcia do szpitala, a które uzasadniały konieczność hospitalizacji, były zaburzenia przytomności (50,7%), objawy obniżonego nastroju, niekiedy z myślami samobójczymi (40,5%), nasilone pobudzenie psychoruchowe, niepokój i lęk (43,6%).

Zaburzenia przytomności stwierdzano głównie w zatruciach i zespołach abstynencyjnych. Natomiast objawy depresyjne, pobudzenie, niepokój i lęk towarzyszyły głównie psychozom omamowo-urojeniowym.

Rozpoznanie psychoz lekowych wiązało się zgodnie z IX Rewizją z bliższym określeniem rodzaju psychozy, czyli podaniem czwartej cyfry numeru statystycznego. Najczęściej rozpoznawano stany paranoidalne i omamowe wywołane przez leki (środki) – nr 292.1 (42,0%) i zespoły abstynencyjne lekowe z zaburzeniami przytomności – nr 292.0 (34,8%). Pozostałe dotyczyły psychoz wywołanych: patologicznym zatruciem lekami – nr 292.2 (8,7%), nadużyciem innych środków psychoaktywnych (10,1%) – nr 292,8 lub psychozą bez bliższego określenia – nr 292.9 (4,3%) (Tabela 7).

TABELA 7

Bliższe określenie psychozy lekowej	N=69	%
Zespoły abstynencyjne (292.0)	24	34,8
Stany paranoidalne i omamowe (292.1)	29	42,0
Patologiczne zatrucie lekowe (292.2)	6	8,7
Inne zaburzenia psychotyczne (292.8)	7	10,1
Psychozy polekowe BNO (292.9)	3	4,3

Dwie trzecie chorych podało, że ostatni raz substancję psychoaktywną wzięli 1 do 2 dni przed hospitalizacją, 30% w przedziale czasowym od 3 dni do 14 dni, a tylko 2 osoby przed więcej niż 14 dniami.

U 11 osób rozpoznano psychozę lekową, która wystąpiła w trakcie brania leków niepsychotropowych – głównie hormonów sterydowych. Pozostałych 58 osób przy-

mowało w ciągu ostatniego miesiąca przed aktualną hospitalizacją jedną substancję psychoaktywną, w tym 22 osoby używało dwóch, a 11 trzech substancji, natomiast uzależnienie można było stwierdzić w 52 osób, w tym u 31 od więcej niż jednej substancji.

Najwięcej, bo 19 osób jako podstawową substancję psychoaktywną używało leków uspokajających lub nasennych (12 benzodiazepin, a 7 barbituranów), nieco mniej – 15 osób – używało amfetamin, po 7 osób opiaty i lotne substancje organiczne (rozpuszczalniki, kleje), 4 osoby – kanabinoły, 1 – halucynogeny, a 5 chorych inne substancje psychoaktywne (Tabela 8).

TABELA 8

Rodzaj substancji psychoaktywnej	Substancja podstawowa		Druga substancja		Trzecia substancja	
	N=58	%	N=22	%	N=11	%
1. opiaty	7	10,1	1	1,4	0	0
2. kanabinoły	4	5,8	6	8,7	2	2,9
3. leki uspokajające i nasenne	19	27,5	9	13,0	3	4,3
4. amfetamina	15	21,7	4	5,8	0	0
5. halucynogeny	1	1,4	1	1,4	2	2,9
6. lotne rozpuszczalniki organiczne	7	10,1	0	0	3	4,3
7. inne substancje psychoaktywne	5	7,2	1	1,4	1	1,4

Aż 39 chorych podało, że w ostatnim miesiącu przed aktualną hospitalizacją używało codziennie substancji psychoaktywnej podstawowej, kilka razy w tygodniu 6 badanych, kilka razy w miesiącu 4 osoby. W 9 przypadkach brak było danych na ten temat.

Przed ukończeniem 20 lat substancje psychoaktywne zaczęło brać 35 chorych, między 20 a 40 rokiem życia 14 osób, a po 40 roku życia tylko 2 osoby.

Z 58 osób używających w ostatnim miesiącu przed hospitalizacją substancji psychoaktywnych, nie dłużej niż rok systematycznie brało substancję podstawową 10 osób, 4 osoby również drugą, a 1 także trzecią. Od 1 do 2 lat brało substancję podstawową 12 osób, 5 również drugą, a 1 trzecią. Powyżej 2 lat przyjmowało substancję podstawową uzależniającą 20 osób, w tym również 3 osoby brały dwie substancje. Odnośnie do 16 osób nie znaleźliśmy w historiach chorób informacji dotyczących czasu używania systematycznego substancji psychoaktywnych.

Spośród 69 osób z psychozami lekowymi u dwóch trzecich zaburzenia psychotyczne trwały z reguły kilka dni, jednak nie dłużej niż dwa tygodnie, u jednej czwartej nie dłużej niż 30 dni, a u siedmiu osób dłużej niż 30 dni (Tabela 9).

TABELA 9

Liczba dni	N=69	%
1 do 14 dni	46	66,7
15 do 30 dni	16	23,2
31 do 90 dni	6	10,7
91 dni i dłużej	1	1,4

W trakcie leczenia stosowano neuroleptyki (najczęściej pernazynę i haloperidol), leki przeciwdepresyjne (np. lerivon) i aksjolityki, a gdy były wskazania płyny, elektrolity i witaminy. Do rzadkości należało badanie moczu lub osocza na obecność substancji psychoaktywnych. Po wypisie pacjenci z reguły kierowani byli do dalszego leczenia w poradniach zdrowia psychicznego, a tylko nieliczni do ośrodków rehabilitacyjnych

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Z danych statystycznych wiadomo, że w Polsce w 1996 roku spośród 5474 osób hospitalizowanych w placówkach psychiatrycznych z powodu uzależnienia lekowego, u 2,26% (124 osoby) rozpoznano psychozę lekową jako chorobę zasadniczą. Natomiast wśród 9317 osób leczonych w ambulatoryjnych placówkach psychiatrycznych z powodu uzależnienia lekowego 11,6% (1082 osoby) stanowili chorzy z rozpoznaniem psychozy lekowej (9).

Ponieważ osoby z rozpoznaniem psychozy lekowej są włączane do statystyki jako uzależnione lekowo, podobnie jak psychozy alkoholowe do ogólnej liczby uzależnionych od alkoholu, chcieliśmy zbadać, czy rzeczywiście wszyscy z rozpoznaniem psychozy lekowej leczeni stacjonarnie są uzależnieni od leków. W przypadku psychoz alkoholowych takie włączanie jest uzasadnione, ponieważ w zasadzie nie ma psychoz alkoholowych bez uzależnienia od alkoholu. Zastanawiająca jest znaczna różnica między wskaźnikiem psychoz lekowych wśród chorych uzależnionych lekowo leczonych ambulatoryjnie i stacjonarnie.

W naszych badaniach uwzględniliśmy również te osoby, u których rozpoznano psychozę lekową jako chorobę współistniejącą (23 osoby), co dało łączną liczbę 147 osób, u których trakcie hospitalizacji psychiatrycznej w 1996 roku pojawiło się rozpoznanie psychoza lekowa (nr 292).

Uzyskaliśmy dokumentację medyczną dotyczącą 117 osób, z czego po szczegółowym zapoznaniu się z historiami chorób stwierdziliśmy, że u 48 osób rozpoznanie psychozy lekowej nie znajdowało uzasadnienia, zgodnie z kryteriami diagnostycznymi IX Rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób. Były to osoby uzależnione od alkoholu, chore na psychozy endogenne – schizofrenię lub depresję, a także z zaburzeniami nerwicowymi i osobowości oraz ze zmianami organicznymi w ośrodkowym układzie nerwowym, które nie były uzależnione od leków, a incydentalnie przyjmowane substancje psychoaktywne nie miały istotnego wpływu na obraz kliniczny choroby zasadniczej.

U pozostałych 69 osób rozpoznanie psychozy lekowej znajdowało uzasadnienie w dokumentacji leczniczej, z czego u 11 osób psychoza lekowa wystąpiła w trakcie zażywania leków niepsychotropowych, a u 5 osób, które trafiły do szpitala z powodu użycia substancji psychoaktywnych, nie było podstaw do stwierdzenia uzależnienia. Wydaje się zatem, że nie ma uzasadnienia automatyczne zaliczanie osób z rozpoznaniem psychozy lekowej do grupy osób uzależnionych lekowo. Część błędów diagnostycznych wiązała się z niedoskonałością IX Rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji

Chorób. W kilkunastu przypadkach lekarze mieli również trudności interpretacyjne odnośnie do 4 cyfry numeru statystycznego 292 – psychoza lekowa. Szczególnie dotyczyło to diagnostyki różnicowej pomiędzy zespołem abstynencyjnym (nr 292.0), a zespołem omamowo-urojeniowym (nr 292.1), w przypadkach nadużywania substancji psychoaktywnej (np. amfetaminy, halucynogenów, kanabinoli lub lotnych substancji organicznych), jeśli występowały również zaburzenia przytomności. Jednocześnie niektóre przypadki zatruc lekami, np. w celach samobójczych, z zaburzeniami przytomności i słabo wyrażonym zespołem omamowo-urojeniowym, zaliczano do zespołów abstynencyjnych (nr 292.0). U 11 osób, hospitalizowanych po raz pierwszy, u których rozpoznano psychozę lekową omamowo-urojeniową (nr 292.1), w następnych hospitalizacjach stawiano diagnozę – psychoza endogenna. Wśród 53 osób, u których stwierdzono uzależnienie lekowe, blisko 40% było uzależnionych od więcej niż jednej substancji psychoaktywnej. Świadczy to o dość częstym zjawisku politoksykomanii wśród uzależnionych. Najwięcej osób było uzależnionych od leków uspokajających i nasennych (benzodiazepin, barbituranów), u których powodem hospitalizacji były najczęściej zespoły abstynencyjne z zaburzeniami przytomności oraz od amfetaminy, której nadużywanie najczęściej powodowało wystąpienie psychozy omamowo-urojeniowej. Powodem kierowania większości chorych, po wypisie, do ambulatoryjnego leczenia psychiatrycznego był brak odpowiedniej oferty terapeutycznej w ośrodkach rehabilitacyjnych dla tego typu pacjentów.

WNIOSKI

1. Wśród osób hospitalizowanych w placówkach psychiatrycznych w 1996 roku z rozpoznaniem psychozy lekowej, tylko u nieco ponad połowy rozpoznanie było zgodne z kryteriami IX Rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób. Najczęściej psychozy błędnie były rozpoznawane po incydentalnym użyciu substancji psychoaktywnych u osób uzależnionych od alkoholu, chorych na psychozy endogenne lub mających inne zaburzenia psychiczne.

2. Ponieważ nie wszystkie osoby z rozpoznaniem psychozy lekowej były uzależnione od substancji psychoaktywnych, automatyczne włączanie ich do statystyki osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych nie jest uzasadnione.

3. Blisko połowa osób, u których wystąpiła psychoza lekowa, przed hospitalizacją używała więcej niż jednej substancji psychoaktywnej, najczęściej leków uspokajających i nasennych oraz amfetaminy.

4. IX Rewizja Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób do psychoz lekowych zaliczała niesłusznie, jak wykazała praktyka, lekki zespół abstynencyjny bez objawów psychotycznych. W badanym materiale z reguły rozpoznawano psychozę lekową, gdy zespołowi abstynencyjnemu towarzyszyły zaburzenia przytomności. Natomiast niejasność kryteriów IX Rewizji odnośnie do różnicowania między zespołem omamowo-urojeniowym a zespołem abstynencyjnym z zaburzeniami przytomności była często przyczyną trudności diagnostycznych.

STRESZCZENIE

Celem pracy była ocena rozpowszechnienia, diagnozowania i leczenia psychoz lekowych u osób hospitalizowanych w placówkach psychiatrycznych w 1996 roku – ostatnim roku obowiązywania w Polsce IX Rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-9). Spośród 147 osób hospitalizowanych w 47 placówkach psychiatrycznych z rozpoznaniem psychoza lekowa jako choroba zasadnicza lub współistniejąca otrzymaliśmy dokumentację leczniczą 117 chorych, która posłużyła do badań. W wyniku analizy dokumentacji stwierdziliśmy, że tylko u nieco ponad połowy rozpoznanie psychozy lekowej było zgodne z kryteriami ICD-9. Najczęściej błędy diagnostyczne polegały na rozpoznawaniu psychozy lekowej po incydentalnym użyciu substancji psychoaktywnej przez osoby uzależnione od alkoholu i chorych na psychozy endogenne. Blisko połowa osób, u których wystąpiła psychoza lekowa, używała przed hospitalizacją więcej niż jedną substancję psychoaktywną, najczęściej leków uspokajających i nasennych oraz amfetaminy. Najwięcej trudności sprawiało różnicowanie między zespołem omamowo-urojeniowym a zespołem abstynencyjnym z zaburzeniami przytomności, co było spowodowane niejasnymi kryteriami dotyczącymi psychoz lekowych w ICD-9.

Słowa kluczowe: psychozy lekowe, hospitalizacja, rozpowszechnienie, diagnostyka, leczenie.

Celina Godwod, Zenon Kulka

Drug psychoses in inpatient psychiatric care in 1996: prevalence, diagnostics and treatment

SUMMARY

The aim of the study was to evaluate the prevalence, diagnostics and treatment of drug psychoses in patients hospitalised in psychiatric facilities in 1996, i.e. in the last year in which the IX-th Revision of International Classification of Diseases (ICD-9) was in force in Poland. Drug psychosis was recognised in 147 cases as the main or concurrent condition in patients hospitalised in 47 facilities. Medical records were obtained on 117 cases analysed in the study. The diagnosis of drug psychosis was found to fulfil the ICD-9 criteria in slightly more than a half of the cases only. Diagnostic errors consisted most often in diagnosing drug psychosis after an incidental use of psychoactive substance by alcohol dependent individuals or by patients suffering from endogenous psychoses. Almost 50% of those with drug psychosis admitted to using more than one psychoactive substance prior to their hospitalisation, usually sedatives, somniferous drugs, or amphetamine. Differentiation between the hallucinatory-delusional syndrome and withdrawal syndrome with consciousness disturbance turned out to be most difficult due to unclear ICD-9 criteria for drug psychoses.

Key words: drug psychosis, hospitalisation, prevalence, diagnostics, treatment

PIŚMIENNICTWO

1. *Amphetamine – type stimulants. Programme on substance Abuse*. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, WHO, Genewa, 1997.
2. *Biuletyn Instytutu Psychoneurologicznego 1-2* (41-42), IX Rewizja MKChUiPZ – zaburzenia psychiczne, Warszawa, IPiN, 1983 r.
3. Cohen J., Levy S.J.: *Chorzy psychicznie nadużywający substancji psychoaktywnych (tłumaczenie)*, PARPA, Warszawa, 1998.
4. Galanter M., Kleber H.D.: *Textbook of Substance Abuse Treatment*. The American Psychiatric Press, 1994.
5. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w JCD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, IPiN, Kraków-Warszawa, 1998.
6. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w JCD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, IPiN, Kraków-Warszawa, 1998.
7. *Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów*, IX Rewizja – MZiOS, Warszawa, 1980, PZWL.
8. Werezńska-Bolińska T.: *Zaburzenia psychiczne, psychotyczne występujące w przebiegu lub w związku z nadużywaniem amfetaminy i jej pochodnych*. W: Serwis Informacyjny Narkomania Nr 1 (6), 1997.
9. Zakłady Psychiatrycznej oraz Neurologicznej Opieki Zdrowotnej. *Rocznik Statystyczny 1996*, IPiN, Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia, Warszawa, 1997.