

PSYCHOZY LEKOWE W STACJONARNYM LECZNICTWIE PSYCHIATRYCZNYM W LATACH 1996 i 1998 – ROZPOWSZECHNIENIE, DIAGNOSTYKA I LECZENIE

Celina Godwod, Zenon Kulka

Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami Instytutu Psychiatrii i Neurologii
w Warszawie

WSTĘP

Wśród narastającej w latach 90. z roku na rok liczby osób leczących się w stacjonarnym leczeniu psychiatrycznym w związku z nadużywaniem substancji psychoaktywnych znaczny odsetek stanowią chorzy z zaburzeniami psychotycznymi lekowymi.

Liczby tych osób są niewielkie, oscylujące około 100 rocznie (1,10). Również wśród liczby osób przyjętych po raz pierwszy w tym okresie, a także liczby przyjęć nie obserwuje się określonych trendów. Można więc sądzić, że do 1996 roku zjawisko psychoz lekowych odznaczało się pewną stabilizacją. Podczas gdy rozpowszechnienie narkomanii miało charakter postępujący, o czym świadczy wzrost wskaźników przyjęć na 100 tys. mieszkańców z 9,2 w 1991 roku do 12,35 w 1996 roku (9). Od 1997 roku, kiedy to wprowadzono nową klasyfikację dla celów epidemiologicznych (ICD-X), w okresie dwuletniego jej stosowania zanotowano istotny wzrost liczby osób przyjętych z powodu nadużywania i uzależnienia od różnych substancji psychoaktywnych: wskaźnik na 100 tys. mieszkańców w 1997 roku wynosił 13,81, a w 1998 roku 15,78 (8). Dość gwałtownie wzrosły również liczby osób leczonych z powodu psychoz lekowych (7) (Tabela A).

TABELA A

Pacjenci leczeni stacjonarnie ogółem i po raz pierwszy oraz przyjęcia z powodu psychoz polekowych w latach 1992-1996 (ICD-IX, nr stat. 292) oraz w latach 1997-1998 (ICD-X, nr stat. F11-F16 i F18-F19).

Lata	leczeni ogółem (osoby)	w tym po raz pierwszy	przyjęcia ogółem
1992	81*	51	89

1993	71*	46	78
1994	109*	72	126
1995	102*	53	120
1996	97*	67	124
1997	117	73	168
1998	162	105	216

*/ bez osób z rozpoznaniem choroby współistniejącej nr stat. 292.

W odróżnieniu od obowiązującej do 1996 roku klasyfikacji ICD-IX (6) dla celów epidemiologicznych, której punktem wyjścia były rodzaje zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych w celach niemedycznych: nadużywanie (nr stat. 305) uzależnienie (nr stat. 304) oraz psychozy lekowe (nr stat. 292), nowa klasyfikacja ICD-X (4), obowiązująca od 1997 roku, kładzie nacisk na rodzaj używanej substancji – po literze F dwucyfrowe kody od 11-19, a trzeci kod cyfrowy określający bliżej zaburzenia psychiczne od .0 do .9 określa rodzaj zaburzeń spowodowanych ich używaniem. Dla celów badawczych i analizy klinicznej autorzy ICD-X zalecają używanie czwartego kodu cyfrowego. Nowa klasyfikacja jest bardziej przejrzysta, daje większe możliwości precyzyjnego określenia skutków nadużywania substancji psychoaktywnych. Nie jest ona jednak doskonała, jak chociażby możliwość używania kodu F19 dla zaburzeń psychicznych i zachowania, spowodowanych użyciem kilku substancji lub innych nieokreślonych. Wprawdzie autorzy klasyfikacji wyjaśniają, że używanie tego kodu powinno być rzadkie i dotyczyć wyłącznie substancji, które trudno zidentyfikować lub też, gdy używane substancje są różne, stosowane zmiennie i trudno jest ustalić, od której osoba nadużywająca jest uzależniona. W innych przypadkach używania więcej niż jednej substancji należy brać pod uwagę substancję używaną systematycznie w najdłuższym ostatnio okresie. Ponieważ wielu pacjentów nadużywa jednocześnie kilku substancji psychoaktywnych, autorzy wprowadzili pojęcie substancji podstawowej, która powinna być kodowana odpowiednim numerem. Tymczasem niektórzy klinicyści używają kodu F19 zbyt szeroko (u ponad 30% hospitalizowanych psychiatrycznie) niemal automatycznie u osób używających kilku substancji psychoaktywnych, chociaż stosunkowo łatwo wskazać substancję podstawową odpowiedzialną za główne zaburzenia psychiczne (5).

Wzrost liczby osób leczonych i wzrost przyjęć do stacjonarnych placówek psychiatrycznych w latach 1997 i 1998, przy jednoczesnym wzroście użytkowników amfetaminy, kanabinoli, halucynogenów oraz leków uspokajających i nasennych (Tabela B), może wskazywać na wzrost rozpowszechnienia psychoz lekowych wśród młodych ludzi w populacji generalnej. Wprowadzenie nowej klasyfikacji spowodowało zmiany w zbieraniu danych epidemiologicznych, co w konsekwencji spowodowało trudności związane ze śledzeniem na tej podstawie trendów epidemiologicznych. Nieporównywalność statystyk z okresu obowiązywania ICD-IX i ICD-X odnośnie do leczenia uzależnień wymaga ostrożności w interpretacji danych epidemiologicznych oraz odpowiednich badań porównawczych.

TABELA B

Pacjenci przyjęci do leczenia stacjonarnego psychiatrycznego w związku z nadużywaniem i uzależnieniem od niektórych substancji psychoaktywnych w latach 1995-1996 (ICD-IX, nr stat. 304, 305.2-9) oraz w latach 1997-1998 (ICD -X, nr. stat, F11- F16, F18, F19), wg niektórych typów nadużywanych substancji.

Lata	leki uspokajające i nasenne	amfetaminy	halucynogeny	kanabinoły
1995	67	92	4	19
1996	81	97	14	18
1997	449	206	70	70
1998	509	367	75	110

CEL BADAŃ

Celem pracy było porównanie i analiza przyczyn hospitalizacji osób nadużywających substancji psychoaktywnych w 1996 i 1998 roku oraz zmian, które zaszły w ciągu 2 lat w rodzaju substancji psychoaktywnych, których używanie spowodowało wystąpienie zaburzeń psychotycznych oraz prawidłowości rozpoznań psychoz lekowych w oparciu o kryteria diagnostyczne IX Rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-IX) – w 1996 roku i X Rewizji (ICD-X) w 1998 roku.

MATERIAŁ I METODA

Za materiał badawczy posłużyły historie chorób osób hospitalizowanych w stacjonarnych placówkach psychiatrycznych w 1996 roku (nr stat. 292) oraz w 1998 roku z rozpoznaniem zaburzeń psychotycznych spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (nr. statystyczne: F11.4 - F19.4, F15.5 - F19.5, F11.7 - F19.7). Dodatkowo do grupy osób z zaburzeniami psychotycznymi zaliczono chorych, którzy ulegli zatruciu substancjami psychoaktywnymi, a u których obok objawów somatycznych zatrucia wystąpił zespół majaczeniowy (nr. stat. F11.0 - F19.0). Z Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii otrzymaliśmy informacje dotyczące osób z wyżej wymienionymi rozpoznaniem (pierwsze litery imion i nazwisk, daty urodzenia, daty wypisów oraz numer statystyczny), a których historie chorób wypożyczyliśmy ze stacjonarnych placówek psychiatrycznych.

Spośród 147 osób hospitalizowanych w 1996 roku z powodu psychoz lekowych, otrzymaliśmy 117 historii chorób (79,6 %), natomiast na 162 osoby hospitalizowane w 1998 roku z powodu zaburzeń psychotycznych, otrzymaliśmy 104 historie chorób (64,2 %).

Po zapoznaniu się z przesłanymi historiami chorób do analizy, w której posługiwaliśmy się specjalnie skonstruowanym kwestionariuszem składającym się z części socjodemograficznej oraz klinicznej, zakwalifikowaliśmy historie chorób 69 osób (58,9%) hospitalizowanych w 1996 roku i 90 osób (86,5%) leczonych w 1998 roku. Przyczyną odrzucenia 48 (41,1%) historii chorób osób leczonych w 1996 roku, były błędy diagnostyczne (2). U 23 osób właściwym rozpoznaniem powinien być zespół majaczeniowy alkoholowy, gdyż były to osoby z wieloletnim uzależnieniem od alko-

holu, które przyjmowały benzodiazepiny próbując zapobiec wystąpieniu majaczenia alkoholowego. U 14 chorych we wcześniejszych hospitalizacjach rozpoznawano psychozę endogenną – schizofrenię lub depresję endogenną. Chorzy ci sporadycznie w okresie remisji przyjmowali substancje psychoaktywne, takie jak amfetamina, kanabinoles, halucynogeny, co było powodem rozpoznania psychozy lekowej mimo klasycznych objawów psychozy endogennej. U 11 osób nie stwierdziliśmy żadnych objawów psychotycznych, a właściwymi rozpoznaniem powinny być: zaburzenia osobowości lub nerwice oraz zespoły psychoorganiczne. Podobne błędy były przyczyną odrzucenia 14 (13,5%) historii chorób osób leczonych w 1998 roku, a prawidłowe rozpoznania powinny brzmieć: u 5 osób – majaczenie alkoholowe, u 5 – schizofrenia paranoidalna, a u 4 chorych zaburzenia osobowości lub nerwice oraz zespoły psychoorganiczne.

WYNIKI

CHARAKTERYSTYKA SOCJODEMOGRAFICZNA BADANYCH GRUP

Wśród 69 chorych leczonych z powodu psychoz lekowych w 1996 roku było 38 mężczyzn (55,1%) i 31 kobiet (44,9%), natomiast wśród 90 chorych z zaburzeniami psychotycznymi polekowymi w 1998 roku było 78 mężczyzn (84,4%), a tylko 14 kobiet (15,6%). W obu grupach zdecydowaną większość stanowili mieszkańcy miast, w 1996 roku 81,2%, a w 1998 roku 94,4%. W grupie pacjentów leczonych w 1996 roku tylko około jedna trzecia miała mniej niż 25 lat, podczas gdy w 1998 roku takich chorych było blisko dwie trzecie. Odwrotnie przedstawiały się proporcje wśród chorych mających powyżej 40 lat, a podobnie w kategorii wiekowej między 25 a 40 rokiem życia (Tabela 1).

TABELA 1
Wiek pacjentów z podziałem na kategorie

Kategorie wieku	1996 r.		1998 r.	
	N	%	N	%
poniżej 25 roku życia	24	34,8	54	60,8
od 25 do 40 roku życia	17	24,6	24	26,7
powyżej 40 roku życia	28	40,2	12	13,3
Razem	69	100,0	90	100,0

Najwięcej w obu grupach było osób stanu wolnego: w 1996 roku 35 (50,7%), a w 1998 roku 72 osoby (80,0%), natomiast w związkach małżeńskich pozostawało odpowiednio 22 (31,9%) i 9 (10,0%) osób (Tabela 2).

TABELA 2
Stan cywilny pacjentów.

Stan cywilny	1996 r.		1998 r.	
	N	%	N	%
kawaler/panna	35	50,7	72	80,0

żonaty/zamężna	22	31,9	9	10,0
wdowiec/wdowa	5	7,2	3	3,3
rozwidzeni	6	8,7	5	5,6
brak danych	1	1,4	1	1,1
Razem	69	100,0	90	100,0

Obie badane grupy charakteryzowały się stosunkowo niskim poziomem wykształcenia. Wykształcenie podstawowe lub zasadnicze zawodowe w grupie z 1996 roku miało 47 osób (68,1%), a w grupie z 1998 roku 67 osób (74,5%) (Tabela 3).

TABELA 3
Poziom wykształcenia pacjentów.

Wykształcenie	1996 r.		1998 r.	
	N	%	N	%
podstawowe	23	33,3	44	48,9
zasadnicze zawodowe	24	34,8	23	25,6
średnie	17	24,6	20	22,2
wyższe	2	2,9	3	3,3
brak danych	3	4,3	0	0,0
Razem	69	100,0	90	100,0

W obu badanych grupach dominowały osoby pozostające na utrzymaniu rodziny, w 1996 roku 20 (29,0%), a w 1998 roku 43 (47,8%), natomiast z pracy utrzymywało się odpowiednio 13 (18,8%) i 23 (25,5%) pacjentów (Tabela 4).

TABELA 4
Źródła utrzymania pacjentów.

Źródło utrzymania	1996 r.		1998 r.	
	N	%	N	%
praca	13	18,8	23	25,5
na utrzymaniu rodziny	20	29,0	43	47,8
renta lub emerytura	25	36,2	10	11,1
opieka społeczna	4	5,8	9	10,0
brak danych	7	10,1	5	5,6
Razem	69	100,0	90	100,0

Najwięcej osób zamieszkiwało z rodzicami lub z dalszą rodziną: w 1996 roku 32 (46,4%), a w 1998 roku 67 (74,4%), natomiast z własną rodziną odpowiednio 25 (36,2%) i 12 (13,7%) pacjentów (Tabela 5).

TABELA 5
Zamieszkiwanie pacjentów.

Z kim mieszka	1996 r.		1998 r.	
	N	%	N	%
samotnie	23	33,3	44	48,9
z własną rodziną	25	36,2	12	13,7
z rodzicami lub dalszą rodziną	32	46,4	67	74,4
bezdomni	3	4,3	3	3,3
brak danych	2	2,9	1	1,1
Razem	69	100,0	90	100,0

DANE KLINICZNE

Do stacjonarnych placówek psychiatrycznych chorzy z zaburzeniami psychotycznymi spowodowanymi użytkowaniem substancji psychoaktywnych najczęściej kierowani byli przez pogotowie ratunkowe: w 1996 roku 30,4%, a w 1998 roku 32,2% oraz poradnie zdrowia psychicznego, odpowiednio 26,6% i 22,2% (Tabela 6).

TABELA 6
Skierowania do stacjonarnych placówek psychiatrycznych w latach 1996 i 1998

Skierowania	1996 r.		1998 r.	
	N	%	N	%
bez skierowania	9	13,0	16	17,8
pogotowie ratunkowe	21	30,4	29	32,2
poradnie zdrowia psychicznego	17	24,6	20	22,2
poradnie uzależnień	2	2,6	6	6,7
poradnie odwykowe	1	1,4	2	2,2
oddziały detoksykacyjne lub inny szpital	17	24,6	12	13,3
inne poradnie	2	2,9	5	5,5
Razem	69	100,0	90	100,0

Dla zdecydowanej większości pacjentów w obu grupach, aktualna hospitalizacja była pierwszą. W 1996 roku – 72,5%, a w 1998 roku – 66,7%. Dla pozostałych chorych była to kolejna hospitalizacja – odpowiednio 27,5% i 32,2% (Tabela 7).

TABELA 7
Pierwszorazowe i kolejne hospitalizacje psychiatryczne.

Aktualna hospitalizacja	1996 r.		1998 r.	
	N	%	N	%

Psychozy lekowe w stacjonarnym leczeniu psychiatrycznym w 1996 i 1998 roku –

pierwsza	50	72,5	60	66,7
druga	6	8,7	8	8,9
trzecia	7	10,1	6	6,7
więcej niż trzecia	6	8,4	15	16,6
brak danych	0	0,0	1	1,1
Razem	69	100,0	90	100,0

W obu grupach bezpośrednią i główną przyczyną hospitalizacji był zespół omamowo-urojeniowy: w 1996 roku – 49,3%, a w 1998 roku – 77,8%, a następnie zespół abstynencyjny polekowy – odpowiednio – 27,5% i 22,2%, zaś ostre zatrucie lekami 22,2% i 10,0% (Tabela 8).

TABELA 8
Główna przyczyna hospitalizacji psychiatrycznych z powodu psychoz lekowych.

Rodzaj zespołu	1996 r.		1998 r.	
	N	%	N	%
zespół omamowo-urojeniowy	34	49,3	70	77,8
zespół abstynencyjny	19	27,5	11	12,1
ostre zatrucie	16	23,2	9	10,0
Razem	69	100,0	90	100,0

Dodatkowymi objawami, które były przyczyną przyjęcia do szpitala: zaburzenia przytomności – w 1996 u 50% chorych, a w 1998 roku u 35,6%, objawy depresyjne odpowiednio – 40,5% i 51,1% oraz pobudzenie, lęk i agresja – 43,2% i 46,7% (Tabela 9).

TABELA 9
Dodatkowe przyczyny hospitalizacji z powodu psychoz lekowych.

Objawy dodatkowe	1996 r.		1998 r.	
	N	%	N	%
zaburzenia przytomności	35	50,7	32	35,6
objawy depresyjne	28	40,5	28	51,1
pobudzenie, lęk, agresja	37	43,6	42	46,7

* – procenty nie sumują się do 100

Zaburzenia przytomności stwierdzano przeważnie w ostrych zatruciach lekami i zespołach abstynencyjnych, natomiast objawy depresyjne oraz pobudzenie, lęk i agresja towarzyszyły najczęściej zespołom omamowo-urojeniowym.

Bliższe określenie rozpoznania psychozy lekowej wiązało się z podaniem 4 kodu numeru statystycznego. W 1996 roku (Tabela 10), podobnie jak w 1998 roku (Tabela 11), najczęściej rozpoznawane były zaburzenia psychotyczne o obrazie zespołu omamowo-urojeniowego oraz w przebiegu zespołu abstynencyjnego.

TABELA 10
Rozpoznania psychoz lekowych w 1996 roku wg ICD-IX.

Bliższe określenia psychozy lekowej – 1996 r	N	%
zespół abstynencyjny (292.0)	24	34,8
zespół omamowo-urojeniowy (291.1)	29	42,0
patologiczne zatrucie lekowe (292.2)	6	8,7
inne zaburzenia psychotyczne (292.8)	7	10,2
psychozy lekowe bez bliższego określenia (292.9)	3	4,3
Razem	69	100,0

TABELA 11
Rozpoznania psychoz lekowych w 1998 roku wg ICD-X.

Bliższe określenie zaburzeń psychotycznych – 1998 r	N	%
ostre zatrucia Fxx.0	8	8,9
zespół uzależnienia Fxx.2	4	4,4
zespół abstynencyjny bez majaczenia Fxx.3	2	2,2
zespół abstynencyjny z majaczeniem Fxx.4	12	13,3
zaburzenia psychotyczne Fxx.5	58	64,4
późne zaburzenia psychotyczne Fxx.7	1	1,1
zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania Fxx.8	4	4,4
zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania bez bliższego określenia Fxx.9	1	1,1
Razem	90	100,0

X Rewizja (ICD-X) pozwalała, w przeciwieństwie do IX Rewizji (ICD-IX) na ujmowanie w statystykach rodzaju substancji, które spowodowały zaburzenia psychotyczne. Mimo że w większości analizowanych historii chorób osób, które brały kilka substancji psychoaktywnych, z łatwością można było ustalić substancję podstawową odpowiedzialną za objawy psychotyczne, u blisko połowy (44,5%) figurował numer statystyczny F19, który autorzy ICD-X zarezerwowali dla sytuacji, w których nie można ustalić substancji podstawowej (Tabela 12).

TABELA 12
Rozpoznania psychoz lekowych w 1998 roku w zależności od rodzaju substancji psychoaktywnej

Rozpoznania wg rodzajów substancji psychoaktywnej – 1998 r (ICD-X)	N	%
opiaty – F11	0	0,0
kanabinole – F12 (.5)	2	2,2
leki uspokajające i nasenne – F13 (.0,.3,4,.5)	11	12,2
amfetaminy – F15 (.1,.2,.4,.5)	26	28,9
halucynogeny – F16 (.0,.1,.3,.5)	8	8,9
lotne rozpuszczalniki organiczne – F18 (.5)	3	3,3

Psychozy lekowe w stacjonarnym leczeniu psychiatrycznym w 1996 i 1998 roku –

zaburzenia psychotyczne spowodowane użyciem kilku substancji psychoaktywnych – F19 (.0.,.2.,.4.,.5.,.7.,.8.,.9)	40	44,5
Razem	90	100,0

W obu badanych grupach u zdecydowanej większości osób zaburzenia psychotyczne trwały od kilku do kilkunastu dni: w 1996 roku u 66,7%, a w 1998 roku 77,7% osób, leczonych głównie neuroleptykami – pernazyną lub haloperidolem (Tabela 13).

TABELA 13
Czas trwania psychoz lekowych.

Czas trwania zaburzeń psychotycznych	1996 r.		1998 r.	
	N	%	N	%
do 14 dni	46	66,7	70	77,8
od 15 dni do 30 dni	16	23,2	11	12,2
od 31 do 90 dni	6	10,7	5	5,5
powyżej 90 dni	1	1,4	1	1,1
brak danych	0	0,0	3	3,3
Razem	69	100,0	90	100,0

W obu badanych grupach 2/3 pacjentów podawało, że ostatni raz przed hospitalizacją, substancję psychoaktywną przyjęło na 1 - 2 dni, a 1/3 w przedziale czasowym między 3 a 14 dniami (Tabela 14).

TABELA 14
Ostatnie użycie substancji psychoaktywnych przed hospitalizacją.

Ostatnie użycie leków przed hospitalizacją	1996 r.		1998 r.	
	N	%	N	%
do 2 dni	46	66,3	56	62,2
od 3 dni do 14 dni	21	30,3	28	31,1
więcej niż 14 dni	2	3,4	3	3,3
brak danych	0	0,0	3	3,3
Razem	69	100,0	90	100,0

W 1996 roku spośród 69 osób u 11 zaburzenia psychotyczne wystąpiły w trakcie brania leków niepsychotropowych – głównie hormonów sterydowych. Pozostałych 58 pacjentów przyjmowało przed hospitalizacją co najmniej jedną substancję psychoaktywną, 22 osoby (37,9%) dwie, a 11 (18,9%) trzy substancje. Podobne proporcje kształtowały się wśród pacjentów hospitalizowanych w 1998 roku (Tabela 15). W 1996 roku substancją podstawową były leki uspokajające lub nasenne u 27,5% pacjentów, na drugim miejscu amfetaminy u 21,7%, a na trzecim miejscu u 10,1% chorych znalazły się opiaty i lotne rozpuszczalniki organiczne.

Sytuacja zmieniła się radykalnie w 1998 roku, kiedy to 52,2% pacjentów, jako substancje podstawową przyjmowało amfetaminę, 15,5% halucynogeny, a 8,9% kanabinoły.

TABELA 15
Rodzaj ostatnio używanych substancji psychoaktywnych; podstawowej, drugiej i trzeciej.

Rodzaj substancji psychoaktywnej	substancja podstawowa				druga substancja				trzecia substancja			
	1996 r.		1998 r.		1996 r.		1998 r.		1996 r.		1998 r.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
opiaty	7	10,1	4	4,4	1	1,4	3	3,3	0	0,0	1	1,1
kanabinoły	4	5,8	8	8,9	6	8,7	16	17,8	2	2,9	1	1,1
leki uspokajające i nasenne	19	27,5	11	12,9	9	13,0	8	8,9	3	4,3	0	0,0
amfetaminy	15	21,7	47	52,2	4	5,8	3	3,3	0	0,0	1	1,1
halucynogeny	1	1,4	14	15,5	1	1,4	3	3,3	2	2,9	2	2,2
rozpuszczalniki	7	10,1	3	3,3	0	0,0	0	0,0	3	4,3	3	3,3
inne substancje	5	7,2	3	3,3	1	1,4	0	0,0	1	1,4	3	3,3
Razem	58	100	98	100	22	37,9	33	36,6	11	18,9	11	12,2

Po wprowadzeniu w 1997 roku X Rewizji (ICD-X) ze statystyki zaburzeń psychicznych wyłączone zostały powikłania psychotyczne spowodowane substancjami innymi niż psychoaktywne.

W obu badanych grupach 2/3 osób uzależnionych substancją podstawową brało codziennie lub kilka razy w tygodniu. Jeżeli chodzi o czas trwania uzależnienia, to obie grupy znacząco różniły się. W 1996 roku ze stażem uzależnienia od substancji podstawowej do 1 roku było 17,2%, a w 1998 roku 30,0% pacjentów. Różnica prawdopodobnie spowodowana jest tym, iż grupa badana z 1998 roku była znacznie młodszą. W pozostałych dwóch kategoriach wiekowych proporcje były zbliżone (Tabela 16).

TABELA 16
Czas trwania uzależnienia od substancji psychoaktywnych.

Czas trwania uzależnienia	substancja podstawowa				druga substancja				trzecia substancja			
	1996 r.		1998 r.		1996 r.		1998 r.		1996 r.		1998 r.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
do 1 roku	10	17,2	27	30,0	4	5,8	15	16,7	1	1,4	6	6,7
od 1 do 2 lat	12	20,7	16	17,8	5	7,2	13	14,4	1	1,4	5	5,6
powyżej 2 lat	20	34,5	31	34,5	3	4,4	16	17,8	0	0,0	8	8,9
brak danych	16	27,6	4	4,4	10	11,4	2	2,2	9	12,9	0	0,0

Razem	58	100	78	100	22	37,9	46	51,1	11	18,9	19	21,1
-------	----	-----	----	-----	----	------	----	------	----	------	----	------

W obu badanych grupach podobny procent – około 60% pacjentów – pierwszy kontakt z substancjami psychoaktywnymi miał przed ukończeniem 20 r.ż., natomiast w drugiej grupie (1998 rok), więcej osób miało pierwszy kontakt w trzeciej lub czwartej dekadzie życia (Tabela 17).

TABELA 17
Wiek pierwszego kontaktu z substancjami psychoaktywnymi.

Pierwszy kontakt z substancjami	1996 r.		1998 r.	
	N	%	N	%
przed 20 r.ż.	35	60,3	56	60,2
między 20 a 40 r.ż.	2	3,4	19	21,1
po 40 r.ż.	7	12,1	10	11,1
brak danych	14	24,1	5	5,6
Razem	58	100,0	90	100,0

Wśród pacjentów hospitalizowanych w 1996 roku najczęściej pierwszą substancją, po jaką sięgali w życiu, były leki uspokajające i nasenne lub kanabinole, a w 1998 roku amfetamina i kanabinole.

Na przestrzeni dwóch lat, praktycznie nie zmienił się sposób używania substancji psychoaktywnych. W obu grupach około 20% osób przyjmowało je w iniekcjach – opiaty i amfetaminę, około połowy doustnie – leki uspokajające i nasenne oraz amfetaminę i halucynogeny (Tabela 18).

TABELA 18
Drogi przyjmowania podstawowych substancji psychoaktywnych.

Drogi przyjmowania substancji	1996 r.		1998 r.	
	N	%	N	%
w iniekcjach	11	18,9	18	20,0
palenie	6	10,3	10	11,1
doustnie	28	48,3	47	52,2
wąchanie	7	12,1	3	3,3
brak danych	6	10,3	12	13,3
Razem	58	100,0	90	100,0

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Wzrost o ponad 15% hospitalizacji psychiatrycznych z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych w ciągu 2 lat –

między 1996 a 1998 rokiem koresponduje ze wzrostem zjawiska narkomanii w Polsce w ostatniej dekadzie (7,8,9).

Porównanie obu badanych grup wykazało, że w 1998 roku było hospitalizowanych zdecydowanie więcej mężczyzn niż w 1996 roku (wzrost o 29%). Obniżył się również wiek hospitalizowanych pacjentów. Poniżej 25 roku życia w 1996 roku było 35%, a w 1998 r 60% chorych. Większy odsetek młodych osób w grupie hospitalizowanych w 1998 roku prawdopodobnie był powodem, że zdecydowanie więcej chorych było stanu wolnego (odpowiednio 50% i 80%), zamieszkiwało z rodzicami (odpowiednio 46% i 74%) oraz pozostawało na utrzymaniu rodziców (odpowiednio 29% i 48%). W obu badanych grupach dwie trzecie pacjentów charakteryzowało się niskim poziomem wykształcenia – podstawowym lub zasadniczym zawodowym. Nie stwierdzono istotnych różnic między obiema grupami, jeśli chodzi o skierowania do szpitala. Około jednej czwartej chorych kierowało na leczenie pogotowie ratunkowe, a około jednej szóstej pacjentów trafiało na leczenie bez skierowania. Wskazuje to na nagły początek i ostry przebieg zaburzeń psychotycznych spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych, najczęściej o obrazie zespołu omamowo-urojeniowego lub zespołu abstynencyjnego z zaburzeniami świadomości. W obu badanych grupach u jednej trzeciej osób stwierdzano zaburzenia przytomności, a blisko połowa była pobudzona psychoruchowo, w lęku oraz przejawiała zachowania agresywne. Nie zmieniły się również proporcje hospitalizacji pierwszorazowych do kolejnych – około dwie trzecie stanowiły hospitalizacje pierwszorazowe, a jedną trzecią kolejne. W zdecydowanej większości w obu badanych grupach zaburzenia psychotyczne spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych były krótkotrwałe, kilku lub kilkunastodniowe, a czas, jaki upłynął od ostatniego użycia substancji psychoaktywnej do wystąpienia zaburzeń psychotycznych i hospitalizacji, najczęściej nie przekraczał kilku dni. Prawie dwukrotnie więcej osób było w grupie z 1998 roku, które systematycznie przyjmowały substancje nie dłużej niż rok. W obu badanych grupach proporcje, jeśli chodzi o zjawisko politoksykomanii, były podobne. Dwóch lub trzech substancji przyjmowanych równocześnie używała około jedna trzecia chorych. Nie było również różnic w obu badanych grupach, jeśli chodzi o sposób przyjmowania substancji odurzających, który zależał głównie od ich rodzaju.

Zdecydowane zmiany w ciągu dwóch lat zaszły, jeśli chodzi o rodzaj nadużywanych substancji psychoaktywnych, które były przyczyną zaburzeń psychotycznych i hospitalizacji psychiatrycznych. W 1996 roku substancją podstawową będącą przyczyną psychoz lekowych, najczęściej były leki uspokajające i nasenne (27,5%), a na drugim miejscu amfetaminy (22%). Natomiast w 1998 roku substancją podstawową, która spowodowała wystąpienie psychozy u ponad połowy chorych (52%), była amfetamina, na drugim miejscu halucynogeny (15,5%), a dopiero na trzecim leki uspokajające i nasenne (13%). Jako drugą najczęściej równocześnie przyjmowaną substancją obok substancji podstawowej w 1998 roku były kanabinoły (18%), a po nich leki uspokajające i nasenne (9%), podczas gdy w 1996 roku było na odwrót – leki uspokajające i nasenne 13%, a kanabinoły 9%. Powyższe dane korespondują z wynikami badań dotyczącymi rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych w Polsce, które wskazują na zmiany na scenie lekowej w ostatnich latach (9). Coraz więcej

osób, szczególnie młodych, sięga po amfetaminę, halucynogeny (LSD, grzyby) i kanabinole (marihuana, haszysz).

Porównując poprawność rozpoznań zaburzeń psychotycznych w 1996 r. (59%) i w 1998 r. (86,5%), można stwierdzić, że trafność diagnozowania uległa zasadniczej poprawie. Wydaje się, że wpłynęła na to zmiana X Rewizji (ICD-X) kryteriów rozpoznawania psychoz lekowych oraz zaliczenie do zaburzeń psychotycznych zespołów abstynencyjnych z majaczeniem. Mimo iż X Rewizja (ICD-X) w przeciwieństwie do IX Rewizji (ICD IX) pozwala na wskazanie substancji podstawowej psychoaktywnej przyjmowanej systematycznie, która była główną przyczyną zaburzeń psychotycznych, to w 1998 roku aż u 44,5% osób rozpoznano zaburzenia psychotyczne bez wskazania substancji podstawowej (F19), mimo iż w większości analizowanych historii chorób można było z łatwością uzyskać informację na ten temat.

WNIOSKI

1. Wzrost liczby hospitalizacji w ciągu dwóch lat z powodu zaburzeń psychotycznych spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych odzwierciedla systematyczne narastanie w ostatniej dekadzie zjawiska narkomanii w Polsce.
2. Zwiększenie liczby zaburzeń psychotycznych spowodowanych amfetaminą, jak również halucynogenami i kanabinolami koresponduje ze zwiększonym rozpowszechnieniem używania tych substancji w ostatniej dekadzie.
3. Do stacjonarnych placówek psychiatrycznych z powodu zaburzeń psychotycznych wywołanych używaniem substancji odurzających trafia coraz więcej młodych osób, głównie mężczyzn niepracujących, będących na utrzymaniu rodziny. W większości są to hospitalizacje pierwszorazowe.
4. Nie zaobserwowano istotnych różnic na przestrzeni 2 lat, jeśli chodzi o obraz psychopatologiczny psychoz lekowych. Dominują nadal zespoły omamowiu-rojeniowe z komponentą lękową i pobudzeniem psychoruchowym. Nieco rzadziej występują zespoły abstynencyjne z zaburzeniami przytomności.
5. Nie zaobserwowano różnic w obu badanych grupach, jeśli chodzi o zjawisko politoksykomanii. Nadal około jednej trzeciej chorych hospitalizowanych stanowią osoby przyjmujące równocześnie więcej niż jedną substancję psychoaktywną.
6. Zmiana kryteriów diagnostycznych psychoz lekowych w X Rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-X) zdecydowanie poprawiła trafność ich rozpoznania. Jednak zbyt często rozpoznawane są zaburzenia psychotyczne spowodowane używaniem kilku substancji (nr. stat. F19), mimo że w większości przypadków stosunkowo łatwo ustalić podstawową substancję psychoaktywną, która była odpowiedzialna za wystąpienie zaburzeń psychotycznych. Powoduje to skrzywienie statystyki dotyczącej rodzaju substancji, których używanie było powodem wystąpienia zaburzeń psychotycznych i hospitalizacji psychiatrycznych.

STRESZCZENIE

W 1997 roku zaczęła obowiązywać w Polsce X Rewizja Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10, która w sposób znaczący różniła się od IX Rewizji ICD-IX,

jeśli chodzi o kryteria diagnostyczne dotyczące zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych. Celem pracy było poznanie wpływu zmiany kryteriów na diagnozowanie psychoz lekowych w psychiatrycznym leczeniu stacjonarnym, porównanie rozpowszechnienia psychoz lekowych leczonych stacjonarnie w 1996 i w 1998 roku, ich przyczyn, jeśli chodzi o rodzaj substancji, obrazu psychopatologicznego i leczenia. Przeanalizowano historie chorób ze szpitali psychiatrycznych osób leczonych w 1996 i 1998 roku z powodu psychoz lekowych i na jej podstawie wypełniano specjalnie skonstruowany kwestionariusz składający się z części socjodemograficznej i klinicznej.

W ciągu dwóch lat nastąpił 15% wzrost hospitalizacji psychiatrycznych psychoz lekowych, co koresponduje z systematycznym narastaniem w ostatniej dekadzie zjawiska narkomanii w Polsce. Szczególnie dotyczy to takich substancji, jak: amfetamina, kanabinole i halucynogeny. Coraz więcej hospitalizowanych jest z powodu psychoz lekowych osób młodych, głównie mężczyzn niepracujących, będących na utrzymaniu rodziny. W większości są to hospitalizacje pierwszorazowe. Nie zaobserwowano różnic, jeśli chodzi o obraz psychopatologiczny, dominowały krótkotrwałe zespoły omamowo-urojeniowe z komponentą lękową i pobudzeniem psychoruchowym. Nieco rzadziej występowały zespoły abstynencyjne z zaburzeniami przytomności. Nadal około jednej trzeciej to osoby używające więcej niż jedną substancję psychoaktywną. Zmiana kryteriów diagnostycznych w ICD-X zdecydowanie poprawiła trafność rozpoznania psychoz lekowych, jednak zbyt często rozpoznawane były zaburzenia psychiatryczne spowodowane używaniem kilku substancji (nr stat. F19), mimo że w większości przypadków łatwo było ustalić substancję podstawową, która odpowiadała za wystąpienie psychozy. Powoduje to skrzywienie statystyki dotyczącej rodzaju substancji, których używanie przyczynia się do wystąpienia zaburzeń psychiatrycznych i hospitalizacji.

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

PIŚMIENNICTWO

1. *Biuletyn Instytutu Psychoneurologicznego* 1-2 (41-42), IX Rewizja MKChUiPZ – zaburzenia psychiczne, Warszawa, IPIŃ, 1983 r.
2. Cohen J., Levy S.J.: *Chorzy psychicznie nadużywający substancji psychoaktywnych* (tłumaczenie), PARPA, Warszawa, 1998 r.
3. Godwod C., Kulka Z.: *Psychozy lekowe w stacjonarnym leczeniu psychiatrycznym w 1996 roku - rozpowszechnienie, diagnostyka i leczenie*. W: *Alkoholizm i Narkomania*, 4/37/1999 r.
4. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne "Vesalius", IPIŃ, Kraków-Warszawa, 1998 r.

5. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne "Vesalius", IPiN, Kraków-Warszawa, 1998 r.
6. *Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów, IX Rewizja* - MziOS, Warszawa, PZWL, 1980 r.
7. Sierosławski J.: Narkomania w 1988 roku w Polsce. Dane stacjonarnego leczenia psychiatrycznego. W: *Serwis Informacyjny Narkomania*, nr 1/2000 – maszynopis w przygotowaniu do druku.
8. Sierosławski J.: Rozpowszechnienie narkomanii w Polsce. Dane stacjonarnego leczenia psychiatrycznego z 1997 roku. W: *Serwis Informacyjny Narkomania*, nr 1/10), 1999 r.
9. Sierosławski J.: *Ograniczenie substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych*. W: *Alkoholizm i Narkomania*, 2/35/1999 r.
10. Zakłady Psychiatrycznej oraz Neurologicznej Opieki Zdrowotnej. *Roczniki statystyczne IPN za lata: 1992-97*, IPiN ZOOZ, Warszawa, 93-98.