

PIERWSZORAZOWE HOSPITALIZACJE Z POWODU PSYCHOZ ALKOHOLOWYCH W LATACH 1960, 1970, 1980 I 1988 – ROZPOWSZECHNIENIE, DIAGNOSTYKA I LECZENIE, A ŚREDNIE REJESTROWANE SPOŻYCIE ALKOHOLU

BADANIA NA MATERIALE SZPITALA DLA NERWOWO I PSYCHICZNIE
CHORYCH W PRUSZKOWIE

Zenon Kulka
Klinika Psychiatrii Sądowej
Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

WSTĘP

Zwiększenie spożycia napojów alkoholowych, zwłaszcza wysokoprocentowych, powoduje narastanie liczby ujemnych skutków zdrowotnych i społecznych. Wśród szkód zdrowotnych do najczęstszych należą: uzależnienie od alkoholu, psychozy alkoholowe, marskość wątroby i ostre zatrucia alkoholem, samobójstwa. Wieloletnie statystyki dotyczące powyższych szkód zdrowotnych i statystyki rejestrowanego spożycia napojów alkoholowych wykazują korelacje. Zwiększenie lub zmniejszenie spożycia napojów alkoholowych współwystępują ze zwiększeniem lub zmniejszeniem liczby szkód zdrowotnych. Wysoki wskaźnik korelacji wynoszący 0,97 (przy użyciu testu Pearsona) stwierdzono między rejestrowanym średnim spożyciem napojów alkoholowych na jednego mieszkańca w Polsce w przeliczeniu na alkohol 100% (tabele 1 i 2) a pierwszorazowymi przyjęciami do szpitali psychiatrycznych z powodu psychoz alkoholowych (tabela 3)(2).

TABELA 1

**Spożycie napojów alkoholowych w litrach (w przeliczeniu na alkohol 100%) na jednego mieszkańca Polski w
wybranych latach**

Rok	Spożycie napojów w litrach na jednego mieszkańca			Średnie spożycie alkoholu na 1 mieszkańca (w litrach 100% alkoholu)
	Wódka	Wino	Piwo	Ogółem
1960	6,0	4,5	22,8	3,8
1970	8,2	5,7	31,6	5,1
1980	14,8	10,1	30,4	8,4
1988	11,4	7,7	30,8	6,8

TABELA 2
Struktura spożycia napojów alkoholowych w Polsce w wybranych latach (w procentach)

Rok	Wódka	Wino	Piwo
1960	62,4	14,8	22,8
1970	63,1	13,7	23,2
1980	70,6	15,0	14,4
1988	67,5	14,2	18,3

TABELA 3
Wskaźnik liczby pacjentów hospitalizowanych psychiatrycznie z powodu psychoz alkoholowych na 100.000 mieszkańców

Rok	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
1960	2,0	3,8	0,2
1970	4,7	2,0	0,6
1980	12,3	23,2	2,0
1988	10,1	18,4	2,2

Współczynnik korelacji między średnim spożyciem napojów spirytusowych i psychozami alkoholowymi był taki sam, natomiast współczynnik korelacji między spożyciem piwa i wina a psychozami alkoholowymi był bardzo mały (6).

W latach 1956-80 wartość współczynnika korelacji między średnim spożyciem alkoholu a psychozami alkoholowymi była większa i wynosiła 0,983; ostrymi zatruciami alkoholem – 0,951; zgonami na marskość wątroby – 0,944; samobójstwami – 0,901 (2, 3). Tak więc w porównaniu z innymi wskaźnikami korelacji szkód zdrowotnych, związanych z nadużywaniem alkoholu, największą korelację wykazują psychozy alkoholowe (1).

W ostatniej dekadzie, w okresie transformacji społeczno-politycznej w kraju, obserwuje się wzrost spożycia alkoholu nierejestrowanego, co do wielkości którego nie ma obiektywnych danych. Wskaźniki rozpowszechnienia psychoz alkoholowych w oparciu o dane leczenia psychiatrycznego stacjonarnego wydają się bardziej czułe niż używane częściej wskaźniki zgonów z powodu marskości wątroby w oszacowaniu rzeczywistego spożycia napojów alkoholowych, zwłaszcza spirytusowych (3).

Znane badania duńskie Nielsena wykazały (za okres 1911-1961 r.) znaczną korelację między spożyciem napojów spirytusowych a rozpowszechnieniem majaczenia alkoholowego: zmniejszenie w ciągu kilku lat wskaźników zapadalności na majaczenie z 27,2 do 1,5 na 100.000 mieszkańców przy jednoczesnym zmniejszeniu spożycia napojów spirytusowych z 6,6l do ok. 2l *per capita*, jak również zmniejszenie spożycia napojów alkoholowych ogółem w przeliczeniu na 100% alkoholu w litrach na osobę na rok z 8,7l do ok. 2,5l.

Badania wykazały również korelację między ceną napojów alkoholowych, spożyciem alkoholu i rozpowszechnieniem majaczenia alkoholowego. Relatywnie wysokie ceny napojów spirytusowych i relatywnie niskie ceny piwa korelują z małym rozpowszechnieniem majaczenia alkoholowego i zgonów związanych bezpośrednio z nadużywaniem alkoholu (4). W tym kierunku poszła też polityka cenowa w Danii i w innych krajach skandynawskich.

Polska zaliczana jest do krajów o średnim spożyciu napojów alkoholowych w przeliczeniu na alkohol 100% w litrach na jednego mieszkańca. Natomiast struktura spożycia napojów alkoholowych jest niekorzystna: znaczny udział napojów spirytusowych do lat dziewięćdziesiątych, tj. powyżej 60% i wysokie wskaźniki rozpowszechnienia psychoz alkoholowych plasują nas pod tym względem w czołówce krajów publikujących te dane statystyczne. Dynamika wzrostu średnich cen napojów alkoholowych we

wszystkich ich rodzajach jest podobna, co w Polsce nie sprzyja zmianom tradycji sięgania najczęściej po napoje alkoholowe spirytusowe.

CEL BADAŃ

Celem badań była analiza socjodemograficzna i kliniczna pierwszorazowych hospitalizacji osób z powodu psychoz alkoholowych, w szczególności majaczenia alkoholowego w latach: 1960, 1970, 1980 i 1988 w Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Pruszkowie oraz ocena korelacji pomiędzy pierwszorazowymi hospitalizacjami z powodu majaczenia alkoholowego i innych psychoz alkoholowych, a rejestrowanym średnim spożyciem napojów alkoholowych w przeliczeniu na 100% alkohol *per capita* w czterech ww. przedziałach czasowych.

MATERIAŁ I METODA

Do badań posłużyły historie chorób osób z rejonu przyjęciowego Szpitala w Pruszkowie hospitalizowanych po raz pierwszy z powodu psychoz alkoholowych w latach 1960, 1970, 1980 i 1988. Mimo zmian w podziale administracyjnym kraju w roku 1975, rejon przyjęciowy szpitala do 1988 roku nie uległ zmianie. Powodem, dla którego do analizy wzięto hospitalizacje w 1988, a nie 1990 roku był fakt, iż na skutek transformacji ustrojowej na przełomie lat 80. i 90. nastąpił niekontrolowany import alkoholu i statystyki rejestrowanego spożycia napojów alkoholowych stały się niewiarygodne. Na jednego mieszkańca województwa warszawskiego, którego część stanowiła rejon Szpitala w Pruszkowie, rejestrowane spożycie napojów alkoholowych w przeliczeniu na 100% alkohol wynosiło: w 1960 roku 3,8 litra, w 1970 roku 5,1 litra, w 1980 roku 8,4 litra i w 1988 roku 8,0 litra, a odsetek pierwszorazowych przyjęć z powodu psychoz alkoholowych wśród ogółu przyjętych w tych latach wynosił odpowiednio: 8,6, 9,3, 5,3, 6,8 (tabela 4).

TABELA 4

Odsetki pacjentów hospitalizowanych z powodu psychoz alkoholowych w stosunku do ogółu hospitalizowanych psychiatrycznie w Szpitalu Psychiatrycznym w Pruszkowie

Rok	Hospitalizowani ogółem	Hospitalizowani z powodu psychoz alkoholowych	% ogółu przyjętych
1960	590	51	8,6
1970	1525	142	9,3
1980	4389	234	5,3
1988	3817	263	6,8

W badaniach został użyty specjalnie skonstruowany kwestionariusz składający się z części socjodemograficznej i części klinicznej.

Do analizy statystycznej różnic rozkładów użyto testu χ^2 , różnic między średnimi jednoczynnikowej analizy wariancji lub – w przypadku, gdy dane nie spełniały warunków dla testów parametrycznych – testu Kruskala Wallisa, a do pomiaru współczynnika korelacji testu Pearsona. Istotność statystyczną przyjęto na poziomie $p < 0,05$.

WYNIKI I ICH OMÓWIENIE

A. Część socjodemograficzna

We wszystkich czterech badanych latach zdecydowaną większość osób hospitalizowanych po raz pierwszy z powodu psychoz alkoholowych stanowili mężczyźni. Mimo że systematycznie zwiększał się udział kobiet od 7,8% w 1960 r. do 12,2% w 1988 r., różnice nie były statystycznie istotne (tabela 5).

TABELA 5
Liczba hospitalizowanych z powodu psychoz alkoholowych w rozbiciu na płeć w badanych latach

Płeć		Rok hospitalizacji				Razem
		1960	1970	1980	1988	
Mężczyźni	n	47	135	208	231	621
	%	92,2	95,1	88,9	87,8	90,0
Kobiety	n	4	7	26	32	69
	%	7,8	4,9	11,1	12,2	10,0
Razem	n	51	142	234	263	690
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

TABELA 6
Wiek osób hospitalizowanych z powodu psychoz alkoholowych w badanych latach

Kategorie wiekowe		Rok hospitalizacji				Ogółem
		1960	1970	1980	1988	
do 24 lat	n		4	13	5	22
	%		2,8	5,6	1,9	3,2
25 do 29 lat	n	9	8	47	26	90
	%	17,6	5,6	20,1	9,9	13,0
30 do 39 lat	n	23	52	85	129	289
	%	45,1	36,6	36,3	49,0	41,9
40 do 49 lat	n	13	53	62	70	198
	%	25,5	37,3	26,5	26,6	28,7
50 do 59 lat	n	6	18	22	30	76
	%	11,8	12,7	9,4	11,4	11,0
Ponad 60lat	n		7	5	3	15
	%		4,9	2,1	1,1	2,2
Ogółem	n	51	142	234	263	690
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Wszystkich badanych z uwagi na wiek podzielono na sześć kategorii i chociaż w czterech przedziałach czasowych liczebności w poszczególnych kategoriach wiekowych zmieniały się, to zawsze największą grupę stanowiły osoby między 30 a 39 rokiem życia, a łącznie z osobami między 40 a 49 rokiem życia stanowiły dwie trzecie badanych (tabela 6). Średni wiek badanych wynosił; w 1960 r. 38,0±8,20 lat, w 1970 r. 41,3±9,68 lat, w 1980 r. 36,9±9,53 lat, w 1988 r. 38,5±8,88 lat, a różnice między średnimi były statystycznie istotne ($p < 0,0001$, $F(3,686) = 6,84$, $df = 3$).

We wszystkich czterech latach osoby pozostające w związkach małżeńskich stanowiły najliczniejszą grupę, jednak z upływem lat malejąca, natomiast zwiększała się liczba osób stanu wolnego i rozwiedzionych, a różnice były statystycznie istotne ($p < 0,0001$) (tabela 7).

TABELA 7
Stan cywilny hospitalizowanych z powodu psychoz alkoholowych w badanych latach

Stan cywilny		Rok hospitalizacji				Razem
		1960	1970	1980	1988	
Kawaler/panna	n	10	29	75	73	187
	%	19,6	20,4	32,1	27,8	27,1
Żonaty/zamężna	n	36	98	112	131	377
	%	70,6	69,0	47,9	49,8	54,6
Wdowiec/wdowa	n	1	6	3	7	17
	%	2,0	4,2	1,3	2,7	2,5
Rozwiedziony/rozwiedziona	n	3	9	39	45	96
	%	5,9	6,3	16,7	17,1	13,9
Brak danych	n	1		5	7	13
	%	2,0		2,1	2,7	1,9
Razem	n	51	142	234	263	690
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

TABELA 8
Wykształcenie hospitalizowanych z powodu psychoz alkoholowych w badanych latach

Wykształcenie		Rok hospitalizacji				Razem
		1960	1970	1980	1988	
Podstawowe	N	36	89	135	93	353
	%	70,6	62,7	57,7	35,4	51,2
Zasadnicze zawodowe	N		21	62	110	193
	%		14,8	26,5	41,8	28,0
Średnie	N	11	18	21	22	72
	%	21,6	12,7	9,0	8,4	10,4
Wyższe	N		4	1	4	9
	%		2,8	,4	1,5	1,3
Brak danych	N	4	10	15	34	63
	%	7,8	7,0	6,4	12,9	9,1
Razem	N	51	142	234	263	690
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

TABELA 9
Miejsce zamieszkania leczonych z powodu psychoz alkoholowych w badanych latach

Miejsce zamieszkania		Rok hospitalizacji				Razem
		1960	1970	1980	1988	
wieś	n	5	23	79	81	188
	%	9,8	16,2	33,8	30,8	27,2
miasto	n	46	119	155	182	502
	%	90,2	83,8	66,2	69,2	72,8
razem	n	51	142	234	263	690
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

TABELA 10
Podstawowe źródło utrzymania leczonych z powodu psychoz alkoholowych w badanych latach

Źródło utrzymania		Rok hospitalizacji				Razem
		1960	1970	1980	1988	
praca stała	n	37	103	156	168	464
	%	72,5	72,5	66,7	63,9	67,2
praca dorywcza	n	3	3	10	9	25
	%	5,9	2,1	4,3	3,4	3,6
renta/emerytura	n	1	17	18	31	67
	%	2,0	12,0	7,7	11,8	9,7
na utrzymaniu rodziny	n	9	15	31	39	94
	%	17,6	10,6	13,2	14,8	13,6
pomoc społeczna	n			2	1	3
	%			0,9	0,4	0,4
inne	n		2	6	1	9
	%		1,4	2,6	0,4	1,3
brak danych	n	1	2	11	14	28
	%	2,0	1,4	4,7	5,3	4,1
razem	n	51	142	234	263	690
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Wśród badanych we wszystkich przedziałach czasowych najwięcej było osób z wykształceniem podstawowym, a następnie zasadniczym zawodowym – łącznie około 80%.

W latach 80. malała liczba osób z ukończoną jedynie szkołą podstawową, zwiększała się po ukończeniu zasadniczych szkół zawodowych, a różnice były statystycznie istotne ($p < 0,0001$) (tabela 4). Mimo, że osoby ze średnim lub wyższym wykształceniem stanowiły około 12% badanych (w 8% brak było danych dotyczących wykształcenia) to tylko 6% było pracownikami umysłowymi (tabela 8).

Na przestrzeni 38 lat wśród hospitalizowanych po raz pierwszy o 20% zwiększył się odsetek osób zamieszkałych na wsi, zmniejszył się natomiast zamieszkałych w miastach, a różnice były statystycznie znamienne ($p < 0,0001$) (tabela 9).

Do 1975 roku rejon przyjęciowy Szpitala w Pruszkowie obejmował część dawnego, dużego województwa warszawskiego, a po nowym podziale administracyjnym kraju w rejonie szpitala, poza częścią nowego województwa warszawskiego, skąd pochodziło dwie trzecie hospitalizowanych w 1980 i 1988 roku, znalazły się części nowo powstałych przyległych czterech województw: siedleckiego, skierniewickiego, ciechanowskiego i

ostrołęckiego. Mimo że liczba osób, których podstawowym źródłem utrzymania była stała praca, w ciągu 38 lat zmniejszyła się o 10%, a o taki sam procent zwiększyła się liczba emerytów i rencistów, to różnice nie były statystycznie istotne (tabela 10).

B. Część kliniczna

Poza pięciokrotnym zwiększeniem liczby pierwszorazowych hospitalizacji psychiatrycznych w ciągu 38 lat występowały statystycznie znamienne różnice ($p < 0,0001$) w rozpoznawaniu poszczególnych psychoz alkoholowych. Zawsze zdecydowaną większość stanowiły majaczenia alkoholowe, a ich udział w całości psychoz alkoholowych zwiększył się od 1970 roku z 71% do 94% w 1988 roku, w tym u mężczyzn z 85% do 94%, a u kobiet z 75% do 90% (tabela 11). W tym samym czasie o 14% zmniejszyła się liczba rozpoznawanych halucynoz alkoholowych. Pozostałe psychozy alkoholowe: psychoza Korsakowa, paranoja alkoholowa oraz inne psychozy alkoholowe zawsze stanowiły niewielki procent ogółu pierwszorazowych hospitalizacji psychoz alkoholowych (tabela 11 i 12).

TABELA 11
Rozpoznanie końcowe psychoz alkoholowych w badanych latach

Rozpoznanie końcowe		Rok hospitalizacji				Razem
		1960	1970	1980	1988	
Majaczenie alkoholowe	n	43	101	217	247	608
	%	84,4	71,1	92,7	93,9	88,4
Psychoza Korsakowa	n		2		1	3
	%		1,4		0,4	0,4
Halucynoz alkoholowa	n	5	24	13	8	50
	%	9,8	16,9	5,6	3,0	7,2
Paranoja alkoholowa	n	3	5	2	2	12
	%	5,9	3,5	0,9	0,8	1,7
Inna psychoza alkoholowa	n		10	2	5	17
	%		7,0	0,9	1,9	2,5
Razem	n	51	142	234	263	690
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

TABELA 12
Pierwszorazowe hospitalizacje z powodu psychoz alkoholowych wg płci i rodzaju psychozy w badanych latach

Mężczyźni						
Rok	Ogółem n = 100%	Majaczenie n %	Halucynoz n %	Psychoza Korsakowa n %	Paranoja alkoholowa n %	Inne psychozy n %
1960	47	40 85,1	4 8,5	0	3 6,4	0
1970	135	96 71,1	23 17,0	2 1,5	5 3,7	9 6,7
1980	208	193 92,8	11 5,3	0	2 0,9	2 0,9
1988	231	218 94,4	6 2,7	1 0,4	2 0,8	4 1,7
Kobiety						
1960	4	3 75,0	1 25,0	0	0	0
1970	7	5 71,4	1 14,3	0	0	1 14,3
1980	26	24 92,3	2 7,7	0	0	0
1988	32	29 90,6	2 6,3	0	0	1 3,1

Systematycznie skracał się czas hospitalizacji psychoz alkoholowych, a w szczególności majaczeń alkoholowych; z 18 dni w 1960 roku do 9 dni w 1988 roku, natomiast halucynoz alkoholowych odpowiednio z 71 dni do 18 dni. Pozostałe psychozy alkoholowe, które stanowiły jedynie kilka procent ogółu psychoz, wymagały z reguły znacznie dłuższych hospitalizacji (tabela 13). Średni czas hospitalizacji wszystkich psychoz alkoholowych w czterech badanych przedziałach czasowych wynosił odpowiednio 30, 25, 13 i 9 dni. A różnice były statystycznie istotne ($F=34,804$, $df=3$, $p<0,0001$). Wpływ na czas trwania hospitalizacji miały również towarzyszące choroby somatyczne i urazy.

TABELA 13
Średni czas hospitalizacji psychoz alkoholowych w badanych latach (w dniach)

Rozpoznanie końcowe	Rok hospitalizacji											
	1960			1980			1980			1988		
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Majaczenie alkoholowe	43	18	15,1	101	22	23,0	217	13	13,4	243	9	6,1
Psychoza Korsakowa	0	0	0	2	17	3,5	0	0	0	1	143	0
Halucynoz alkoholowa	5	71	50,1	24	29	18,8	13	21	15,5	8	18	9,5
Paranoja alkoholowa	8	140	52,5	5	57	19,9	2	13	6,4	2	32	37,5
Inna psychoza alkoholowa	0	0	0	10	36	23,9	2	10	7,1	5	9	8,1

Objawy psychotyczne w majaczeniu alkoholowym ustępowały najczęściej po dwóch, trzech dniach, natomiast w halucynozie o ostrym przebiegu i obrazie psychopatologicznym zbliżonym do majaczenia alkoholowego utrzymywały się do tygodnia. U części osób halucynozą przybierała postać przewlekłą, a wówczas objawy psychotyczne ustępowały po kilku tygodniach leczenia.

Osoby, które trafiły do szpitala z powodu psychozy alkoholowej, a szczególnie majaczenia lub halucynozy, z reguły miały za sobą kilkumiesięczne ciągi picia, w 1960 roku trwały średnio około dwa miesiące, a w latach: 1970, 1980 i 1988 blisko cztery miesiące. Wystąpienie objawów psychotycznych następowało najczęściej po jednym lub dwóch dniach abstynencji, często spowodowanej chorobą somatyczną lub urazem i pobytem w szpitalu o profilu somatycznym (119 osób), skąd po wystąpieniu psychozy alkoholowej osoby te kierowano do Szpitala w Pruszkowie.

Spśród osób hospitalizowanych z powodu psychoz alkoholowych znacznemu odsetkowi (od 33% u 1970 roku do 15% w latach 1960 i 1988) towarzyszyły choroby somatyczne: najczęściej zapalenie płuc, gruźlica i urazy, a różnice w poszczególnych latach były statystycznie istotne ($p < 0,0001$) (tabela 14).

TABELA 14

Współistniejące choroby somatyczne u hospitalizowanych z powodu psychoz alkoholowych

Współistniejące choroby somatyczne		Rok hospitalizacji				Razem
		1960	1970	1980	1988	
gruźlica	N	2	14	10	5	31
	%	3,9	9,9	4,3	1,9	4,5
zapalenie płuc	N	3	15	7	10	35
	%	5,9	10,6	3,0	3,8	5,1
inne choroby infekcyjne	n	1	3	5	5	14
	%	2,0	2,1	2,1	1,9	2,0
choroby wątroby	n		9	6	2	17
	%		6,3	2,6	0,8	2,5
choroby trzustki	n		4	3	2	9
	%		2,8	1,3	0,8	1,3
choroby wrzodowe	n		1	5	2	8
	%		0,7	2,1	0,8	1,2
cukrzyca	n		2	3	3	8
	%		1,4	1,3	1,1	1,2
urazy	n	2	5	12	12	31
	%	3,9	3,5	5,1	4,6	4,5
nie dotyczy	n	43	89	183	222	537
	%	84,3	62,7	78,2	84,4	77,8
Razem	n	51	142	234	263	690
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Chociaż w poszczególnych latach były statystycznie istotne różnice ($p < 0,0001$) jeśli chodzi o skierowania do szpitala, to najczęściej z powodu psychoz alkoholowych pacjenci byli kierowani przez (średnie z czterech lat): pogotowie ratunkowe 33,2%, poradnie zdrowia psychicznego 25,4% oraz z innych szpitali o profilu somatycznym 17,2% (tabela 15).

We wszystkich czterech okresach czasowych osoby po raz pierwszy hospitalizowane z powodu psychoz alkoholowych miały długi czas trwania uzależnienia od alkoholu; od 5 do 10 lat średnio około 39%, a ponad 10 lat średnio 33%. Osoby uzależnione krócej niż 2 lata stanowiły 10%, a od 2 do 5 lat 22% hospitalizowanych. Z upływem czasu zwiększał się procent pacjentów z krótszym stażem uzależnienia, a zmniejszał z dłuższym, a różnice były statystycznie istotne ($p < 0,0001$) (tabela 16). Wśród leczonych z powodu majaczenia osoby uzależnione od alkoholu krócej niż 5 lat stanowiły jedną trzecią, a ponad 5 lat –

TABELA 15
Instytucje kierujące do szpitala osoby z psychozami alkoholowymi

Skierowani przez		Rok hospitalizacji				Razem
		1960	1970	1980	1988	
bez skierowania	n	6	5	15	24	51
	%	11,8	3,5	10,0	9,1	8,1
pogotowie ratunkowe	n	16	56	85	72	229
	%	31,4	39,4	36,3	27,4	33,2
poradnia odwykowa	n	1	3	7	13	24
	%	2,0	2,1	3,0	4,9	3,5
poradnia uzależnień	n	1				1
	%	2,0				0,1
PZP	n	18	44	65	48	175
	%	35,3	31,0	27,8	18,4	25,4
inny lekarz	n	3	10	12	50	75
	%	5,9	7,0	5,1	19,0	10,9
szpital psychiatryczny	n				5	5
	%				1,9	0,7
inny szpital	n	6	23	41	49	119
	%	11,8	16,2	17,5	18,6	17,2
sąd, policja	n				1	1
	%				0,4	0,1
inne	n			6		6
	%			2,6		0,9
Razem	n	51	142	234	263	690
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

dwie trzecie, natomiast z powodu halucynozy odpowiednio jedną czwartą i trzy czwarte. W pozostałych psychozach czas trwania uzależnienia od alkoholu z reguły był znacznie dłuższy (tabela 17).

TABELA 16
Długość uzależnienia od alkoholu u osób hospitalizowanych z powodu psychoz alkoholowych w badanych latach

Długość uzależnienia		Rok hospitalizacji				Razem
		1960	1970	1980	1988	
mniej niż 2 lata	n	4	4	22	38	68
	%	7,8	2,8	9,4	14,4	9,9
2 do 5 lat	n	5	26	58	61	150
	%	9,8	18,3	24,8	23,2	21,7
5 do 10 lat	n	21	45	71	65	202
	%	41,2	31,7	30,3	24,7	29,3
10 i więcej lat	n	19	60	59	92	230
	%	37,3	42,3	25,2	35,0	33,3
brak danych	n	2	7	24	7	40
	%	3,9	4,9	10,3	2,7	5,8
Razem	n	51	142	234	263	690
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

TABELA 17
Długość uzależnienia przed hospitalizacją z powodu psychoz alkoholowych

Długość uzależnienia		Rozpoznanie końcowe					Ogółem
		Majaczenie alkoholowe	Psychoza Korsakowa	Halucynozą alkoholową	Paranoja alkoholowa	Inne psychozy alkoholowe	
Mniej niż 2 lata	n	64		4			68
	%	11,1		8,9			10,5
2 do 5 lat	n	138		8	1	3	150
	%	24,0		17,8	9,1	20,0	23,1
5 do 10 lat	n	176		13	3	10	202
	%	30,6		28,9	27,3	66,7	31,1
Ponad 10 lat	n	198	3	20	7	2	230
	%	34,4	100,0	44,4	63,6	13,3	35,4
Ogółem	n	576	3	45	11	15	650
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Spośród 690 osób hospitalizowanych po raz pierwszy z powodu psychoz alkoholowych w czterech badanych przedziałach czasowych u 608 (84%) rozpoznano majaczenie alkoholowe, w tym 519 (85%) pacjentów miało zaburzoną orientację allopsychiczną, 131 (21%) orientację autopsychiczną, 597 (98%) omamy wzrokowe, 534 (88%) omamy słuchowe, a u wszystkich występował lęk, niepokój i zaburzenia snu. Tylko u połowy pacjentów z majaczeniem alkoholowym odnotowano w historiach chorób drżenia, u jednej trzeciej – wzmoczoną potliwość, a u jednej dziesiątej podwyższoną temperaturę. U 16% osób występowały również inne omamy – głównie czuciowe, u 36% majaczących pacjentów doznaniem omamowym towarzyszyły interpretacje urojeniowe lub urojenia (głównie prześladowcze), u 7% obniżony nastrój, a u 12% miała miejsce autoagresja lub zachowania agresywne. Przed przyjęciem lub w trakcie pobytu w szpitalu u 57 osób (11%) wystąpiły napady drgawkowe.

Halucynozę alkoholową rozpoznano u 50 osób (7%), które miały omamy słuchowe słowne o treści najczęściej obraźliwej, natomiast omamy wzrokowe wystąpiły u 14 (28%) osób, a objawom tym towarzyszyły zawsze urojenia prześladowcze lub interpretacje urojeniowe, lęk (u 92%), niepokój (u 90%), zaburzenia snu (u 84%). Żadna osoba nie miała zaburzeń orientacji autopsychicznej, a tylko u 4 (8%) osób stwierdzono zaburzenia orientacji allopsychicznej.

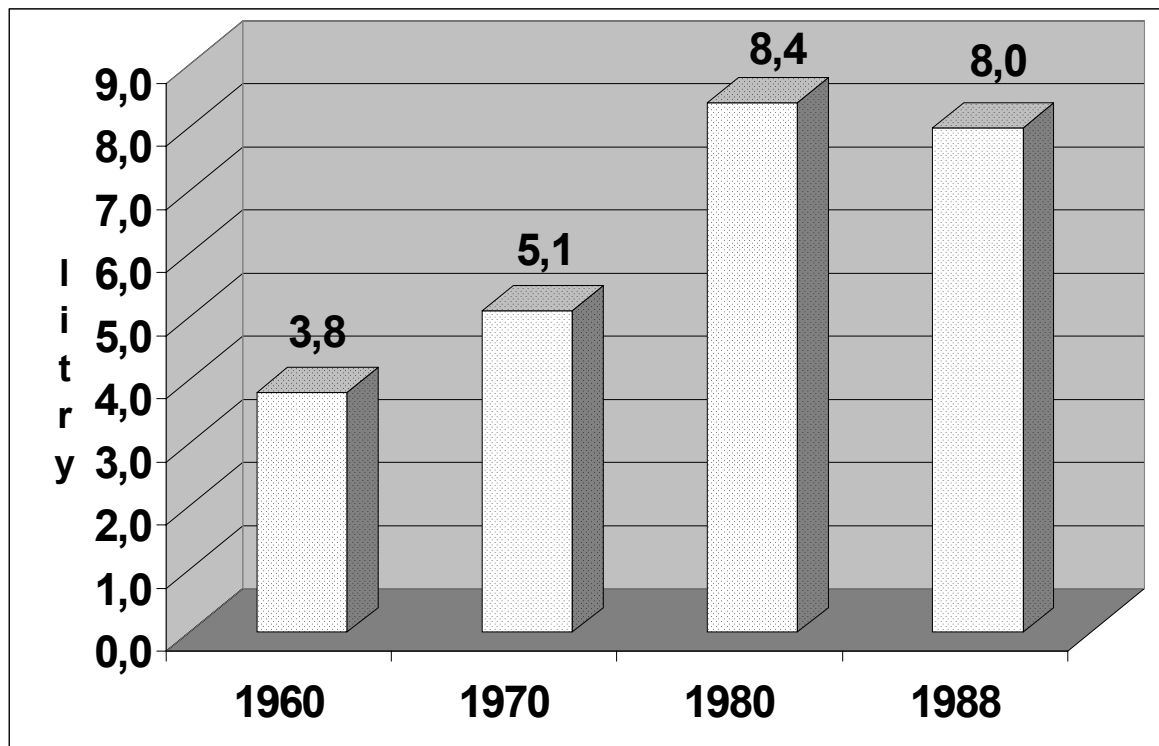
W czterech badanych latach hospitalizowano 4 osoby z psychozą Korsakowa, u których występowały zaburzenia orientacji allopsychicznej, zaburzenia pamięci z konfabulacjami, omamy słuchowe, lęk, niepokój, zaburzenia snu oraz osłabienie funkcji intelektualnych.

U 12 osób, u których rozpoznano paranoję alkoholową, dominowały urojenia niewiary małżeńskiej, niepokój, zaburzenia snu i zachowania agresywne.

W grupie 15 osób rozpoznano inne psychozy alkoholowe, w których na plan pierwszy wysuwały się objawy depresyjne, paranoidalne, głównie urojenia prześladowcze i ksobne, zaburzenia snu, lęk, niepokój, a u 8 również omamy słuchowe.

Wszystkim pacjentom z rozpoznaniem majaczenia alkoholowego i halucynozą alkoholową podawano w kroplówkach glukozę, płyny wieloelektrolitowe i witaminy. W 1960 roku podstawowym lekiem w leczeniu psychoz alkoholowych były neuroleptyki (u 71% chorych), często w użyciu był kłometiazol (u 35%), natomiast benzodiazepiny zastosowano zaledwie u 2% osób. W trakcie pobytu zmieniano leczenie, stąd procenty nie sumują się do 100. W 1970 roku już u ponad połowy chorych (54%) zastosowano benzodiazepiny, u nieco ponad połowy (52%) podawano neuroleptyki, a stosowanie kłometiazolu było znacznie rzadsze (u 22%). W 1980 roku już u dwóch trzecich pacjentów stosowano benzodiazepiny, neuroleptyki u jednej trzeciej, natomiast częściej niż 10 lat wcześniej podawano kłometiazol (u 38%). W 1988 roku kłometiazol wyraźnie wychodził już z użycia (u 8%), dominowało leczenie benzodiazepinami (84%), a neuroleptyki podawano połowie pacjentów.

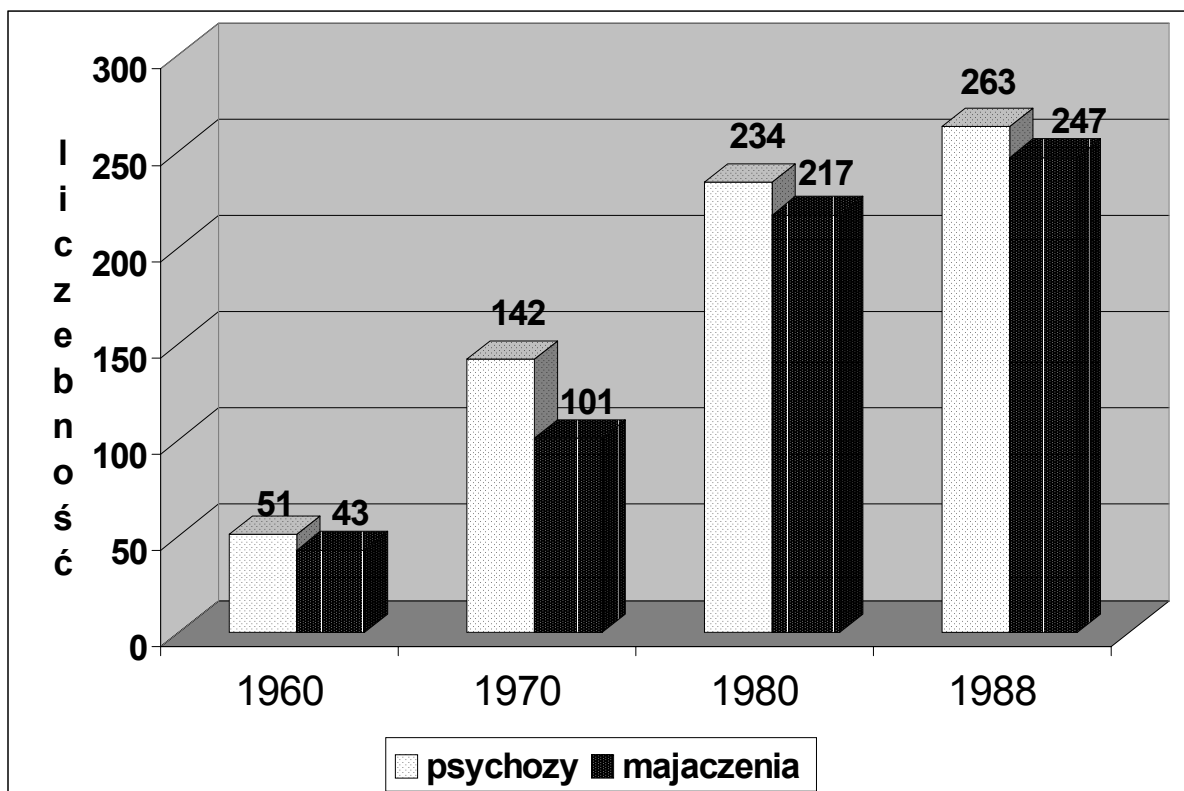
W badanych czterech latach na 690 hospitalizowanych z powodu psychoz alkoholowych zmarło 17 osób (2,3%), a bezpośrednimi przyczynami były: urazy czaszkowo-mózgowe, choroby infekcyjne (głównie płuc), które powodowały wystąpienie niewydolności krążeniowo-oddechowej.



Po zakończeniu leczenia szpitalnego we wszystkich czterech badanych latach ponad 80% pacjentów zalecano dalsze leczenie w poradniach odwykowych, około 10% w poradniach zdrowia psychicznego. Pozostali wracali do szpitali o profilu somatycznym celem kontynuowania przerwanej psychozy leczenia, a tylko kilka osób skierowano na leczenie odwykowe do oddziałów psychoterapeutycznych.

Średnie rejestrowane spożycie napojów alkoholowych w przeliczeniu na 100% alkohol per capita w województwie warszawskim, którego część stanowiła rejon Szpitala w Pruszkowie, wynosiła: w 1960 roku 3,8 litra, w 1970 roku 5,1 litra, w 1980 roku 8,4 litra, a w 1988 roku 8,0 litrów (rycina 1).

W tych samych latach w Szpitalu w Pruszkowie liczba pierwszorazowych hospitalizacji z powodu psychoz alkoholowych wynosiła odpowiednio 51, 142, 234, i 263 osób, w tym majaczeń alkoholowych 43, 101, 217 i 247 osób (rycina 2).



Współczynnik korelacji Pearsona między spożyciem czystego alkoholu a pierwszorazowymi hospitalizacjami psychoz alkoholowych w rejonie Szpitala w Pruszkowie w latach 1960, 1970, 1980 i 1988 wyniósł 0,948 przy $p < 0,05$, natomiast majaczeniami alkoholowymi 0,961 przy $p < 0,03$.

WNIOSKI

1. Choć w Polsce jak i w rejonie Szpitala Psychiatrycznego w Pruszkowie od 1960 do 1988 roku zarówno spożycie alkoholu, jak i liczba pierwszorazowych hospitalizacji z powodu psychoz alkoholowych zwiększyła się pięciokrotnie, to odsetek pierwszorazowych hospitalizacji z powodu psychoz alkoholowych pozostał na podobnym poziomie w stosunku do ogółu pierwszorazowych hospitalizacji psychiatrycznych.

2. Na przestrzeni 38 lat wśród pierwszorazowych hospitalizacji z powodu psychoz alkoholowych znacząco zwiększył się odsetek przyjęć spowodowanych majaczeniem alkoholowym (z 84% do 94%) i chociaż zawsze dominowali mężczyźni (odpowiednio od 92% do 88%), to odsetek kobiet zwiększył się w tym czasie do 12%.

3. Średnie rejestrowane spożycie czystego alkoholu *per capita* silniej koreluje z liczbą pierwszorazowych hospitalizacji psychiatrycznych z powodu majaczenia alkoholowego niż ogółem pierwszorazowych hospitalizacji z powodu wszystkich psychoz alkoholowych, to liczba hospitalizacji z powodu majaczenia alkoholowe lepiej nadaje się do szacowania średniej wielkości spożycia czystego alkoholu *per capita*.

STRESZCZENIE

Pierwszorazowe hospitalizacje z powodu psychoz alkoholowych od wielu lat stanowią podstawę do szacowania spożycia alkoholu w Polsce. Celem badań była ocena rozpowszechnienia, diagnozowania i

leczenia osób z pierwszorazowymi psychozami alkoholowymi leczonych w latach 1960, 1970, 1980 i 1988 w Szpitalu Psychiatrycznym w Pruszkowie oraz ich korelacji ze średnim rejestrowanym spożyciem alkoholu w przeliczeniu na 100% alkohol *per capita*. Za pomocą specjalnie skonstruowanego kwestionariusza składającego się z części socjodemograficznej i klinicznej przeanalizowano 690 historii chorób osób leczonych latach 1960 (n=51), 1970 (n=142), 1980 (n=234), 1988 (n=263). W badanych latach spożycie czystego alkoholu odpowiednio wynosiło: 3,8, 5,1, 8,4 i 8,0 litra czystego alkoholu, a rejon przyjęciowy szpitala nie uległ istotnym zmianom. Główną przyczyną pierwszorazowych przyjęć zawsze było majaczenie alkoholowe, a w ciągu 38 lat odsetek hospitalizowanych z powodu majaczenia zwiększył się z 84 % do 94% ogółu przyjęć spowodowanych psychozami alkoholowymi. Procentowy udział pozostałych psychoz alkoholowych wynosił zwykle kilka procent, z tym że rozpoznawanie halucynozy alkoholowej z upływem lat było coraz rzadsze. Wśród hospitalizowanych dominowali mężczyźni (90%) w wieku od 30 do 49 lat, z wykształceniem podstawowym lub zawodowym, pracujący fizycznie. Średnie spożycie alkoholu silniej koreluje z liczbą pierwszorazowych hospitalizacji z powodu majaczenia alkoholowego niż z liczbą hospitalizowanych z powodu wszystkich psychoz alkoholowych i to one raczej powinny służyć do szacowania wielkości spożycia alkoholu.

Słowa kluczowe: średnie spożycie alkoholu, psychozy alkoholowe, majaczenie alkoholowe, diagnostyka, leczenie.

PIŚMIENNICTWO

1. Wald I., Kulisiewicz T., Morawski J., Bogusławski A.: *Raport o problemach polityki w zakresie alkoholu*. Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa 1981.
2. Wald I., Morawski J., Moskalewicz J., Szydłowska T.: *II Raport o polityce wobec alkoholu*. Zespół Ekspertów Komisji do spraw przeciwdziałania alkoholizmowi przy Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszawa 1990.
3. Moskalewicz J., Wiszejko D.: *Zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem*. Alkoholizm i Narkomania. 1999, nr 2(35) 149-163.
4. Nielsen J.: *Delirium tremens in Copenhagen*. Acta Psychiatr. Scand. 1965, 41, supl. 187
5. Godwod-Sikorska C.: *Halucynozy alkoholowa a schizofrenia*. Społeczny Komitet Przeciwalkoholowy, Warszawa 1965.
6. Wald I., Jaroszewski Z.: *Alcohol consumption and alcohol psychoses in Poland*. J. Stud. Alcohol. 1983, 44, 1040-1048.