

Metody leczenia proponowane pacjentom na poszczególnych etapach „drogi” do psychiatrii

Methods of treatment in different stages of the pathway to psychiatric care

Tomasz Pawłowski, Piotr Baranowski, Krzysztof Małyszczak, Andrzej Kiejna

Z Katedry i Kliniki Psychiatrii AM we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Kiejna

Summary

Aim: The aim of this study was to analyse the treatment methods at the different stages of the pathway to psychiatric care.

Method: In a period of two months all patients age 15 and over who applied to the Psychiatric Service in the Ząbkowice catchment area and Psie-Pole catchment area were assessed by psychiatrists for their eligibility to enter the study. Those who had fulfilled the entry criteria were interviewed using a Polish version of WHO's encounter form (EF) by the mental health professionals during their initial interview.

Results: A total of 228 patients (105 men and 123 women) were seen. Encounter forms were completed on 200 people. 28 patients refused to answer some of the questions. There were significant differences in treatments offered to patients by hospital doctors and medical specialists, general practitioners (GP's) and psychiatrists. Our data show that sedative/hypnotics are the main psychotropic drugs prescribed by GP's. The small percentage of antidepressant (10 % of all psychotropic drugs) used by GP's and medical specialists was noteworthy. They didn't decide to prescribe neuroleptics to their patients.

Conclusions: The study revealed that GP's, hospital doctor & medical specialists prescribed antidepressant and neuroleptics far too rarely and GPs far too often prescribed

sedative/hypnotics. This can indicate that they have difficulties in diagnosing of mental disorders as well as poor knowledge concerning indications relating the use of psychotropic drugs.

Słowa klucze: „droga” do psychiatrii, metody leczenia

Key words: pathway to psychiatric care, treatment methods

Wstęp

Dane na temat rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych, pochodzące z badań Epidemiological Catchment Area [1] i National Comorbidity Study [2], wskazują, iż u około 21% populacji Stanów Zjednoczonych, w wieku od 18 do 54 lat, w ciągu roku występują zaburzenia psychiczne, zdiagnozowane według kryteriów DSM-III [3] i DSM-III-R [4]. Osoby te szukają pomocy w różnych, często nie mających związku z psychiatrią, instytucjach. Na podstawie badań epidemiologicznych, prowadzonych w populacji pacjentów zwracających się o pomoc do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), szacuje się, iż od 25% do 30% z nich spełnia kryteria wystarczające do rozpoznania zaburzeń psychicznych [5, 6], jednak lekarze POZ diagnozują zaburzenia psychiczne tylko u około 50% do 60% osób spełniających ww. kryteria. Z grupy osób zdiagnozowanych przez lekarzy POZ jako osoby chore, do psychiatrii kierowanych jest od 12% do 17% [7, 8, 9, 10]. Pozostali są leczeni bez udziału lekarzy psychiatrów.

Trafne zdiagnozowanie zaburzenia psychicznego nie zawsze jest czynnikiem wystarczającym do wdrożenia odpowiedniego leczenia. Dlatego też autorzy postanowili przeanalizować metody leczenia proponowane pacjentom, którzy zgłosili się do psychiatrów, we wszystkich wcześniejszych instytucjach, w których poszukiwali oni pomocy.

Material i metody

Badanie zostało przeprowadzone w ciągu dwóch miesięcy we wszystkich „instytucjach psychiatrycznych” na obszarze powiatu ząbkowickiego oraz dzielnicy Psie-Pole we Wrocławiu.

Przez „instytucję psychiatryczną” rozumiano psychiatrów, praktykujących w ramach kontraktu z kasą chorych, a więc oferujących swoją pomoc bezpłatnie.

Kryteria włączenia do badania spełniały osoby:

- w wieku powyżej 15 lat;
- mieszkające na objętych badaniami obszarach;
- które w czasie trwania badania zgłosiły się do „instytucji psychiatrycznej” z nowym epizodem zaburzenia.

Nowy epizod zaburzenia został zdefiniowany jako problem lub zaburzenie psychiczne, z powodu którego, w ciągu 1 roku od daty rozpoczęcia badania, pacjent nie zgłaszał się do psychiatry (oraz nie był leczony). W związku z tym obecna wizyta pacjenta może być:

- jego pierwszym kontaktem z psychiatrą;
- kolejnym, jeżeli pacjent był konsultowany psychiatrycznie dawniej niż rok od daty rozpoczęcia badania.

Od wszystkich pacjentów włączonych do badania, którzy wyrazili pisemną zgodę, lekarz psychiatra zebrał wywiad na podstawie Kwestionariusza Badania. Jest to adaptowany do warunków polskich kwestionariusz opracowany pod kierunkiem D. Goldberga. Został on skonstruowany w celu zebrania danych na temat instytucji, w których pacjent poszukiwał pomocy przed wizytą u psychiatry.

Droga pacjenta rozpoczyna się w momencie pojawienia się problemu/zaburzenia, z powodu którego zwraca się on o pomoc do właściwych w jego mniemaniu osób lub instytucji. Może ona przebiegać przez dużą liczbę odpowiednich instytucji, kończąc się wizytą u psychiatry. Należy zwrócić uwagę na fakt, iż inne problemy/objawy chorobowe mogą być

zgłaszane w różnych instytucjach, np. ból brzucha może być objawem najważniejszym w kontakcie z internistą, podczas gdy objawy psychopatologiczne mogą być najbardziej eksponowane w kontakcie z psychiatrą. Objawy chorobowe mogą także okresowo ustępować pod wpływem wdrożonego w tych instytucjach leczenia.

Jeżeli w jakimś okresie pacjent nie był leczony i nie zwracał się o pomoc, a pierwotne dolegliwości ustąpiły, wtedy taki epizod poszukiwania pomocy uważała się za zakończony i nie był on uwzględniany podczas wypełniania formularza.

Do analizy statystycznej użyto Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, wersja 10.1.4. Licencja nr 7487835). Związki pomiędzy różnymi cechami demograficznymi badano za pomocą testu niezależności χ^2 oraz testu Fishera.

Wyniki

Kryteria włączenia do badania spełniło 228 osób, w tym 105 mężczyzn i 123 kobiety. Kompletne kwestionariusze wypełniono dla 200 osób, natomiast w 28 przypadkach nie uzyskano odpowiedzi na wszystkie postawione pytania. Średni wiek pacjentów wynosił 45 lat (zakres 16–89 lat). Mężczyźni włączeni do badania byli istotnie statystycznie młodsi niż kobiety (odpowiednio 41 lat i 47 lat; test Manna U-Whitneya: $p < 0,05$). 30% badanych osób miało w przeszłości kontakt z psychiatrą.

Dla 88% pacjentów pierwszą na drodze do „instytucji psychiatrycznej” był lekarz. Dla 39% badanych był to lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, dla 23% lekarz specjalista (lekarze ze specjalizacją, praktykujący w opiece ambulatoryjnej lub szpitalnej). Bezpośrednio do „instytucji psychiatrycznej” zgłosiło się 23% badanych. Dwie główne „instytucje”, które udzielały osobom badanym pomocy to lekarze POZ i lekarze specjaliści. Większość badanych (65%) trafiła do psychiatry po bezpośredniej wizycie u tych lekarzy. Tylko w 10% przypadków

ostatnią instytucją poprzedzającą wizytę u psychiatry była instytucja niemedyczna. Rysunek 1 przedstawia drogi, którymi kierowali się pacjenci w poszukiwaniu pomocy. Szczegółowy opis i omówienie wyznaczonych dróg do psychiatry na poszczególnych obszarach objętych badaniem został zawarty w osobnych publikacjach [11, 12].

Analiza postawionych rozpoznań klinicznych dla 200 badanych osób wykazała, iż najczęściej lekarze psychiatry rozpoznawali zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną (u 37,5% badanych osób), oraz zaburzenia nastroju (u 18,5%). Osoby, którym postawiono te dwa rozpoznania, stanowiły więcej niż połowę badanej populacji. Szczegółowa analiza pokazuje, iż w grupie zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną, przeważali pacjenci z rozpoznaniem zaburzeń adaptacyjnych oraz zaburzeń występujących pod postacią somatyczną. Natomiast większość osób z rozpoznaniem zaburzeń nastroju to osoby z łagodnym lub umiarkowanym epizodem depresyjnym. U 16,5% pacjentów rozpoznano organiczne zaburzenia psychiczne (najczęściej powoływano się na kategorię diagnostyczną F 07.2 „zespół po wstrząśnieniu mózgu”, a w następnej kolejności na: F 07.9 „nieokreślone organiczne zaburzenia osobowości i zachowania spowodowane chorobą, uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu”). W 9,5% przypadków nie postawiono rozpoznania klinicznego zawartego w rozdziale V ICD–10 [13]. Większość z tych osób otrzymała rozpoznanie z rozdziału XXI ICD-10: Z 03.2 (obserwacja w kierunku podejrzanego zaburzenia psychicznego) lub Z 02.7 (wydanie zaświadczenia lekarskiego).

Z 200 osób populacji badanej 23% (46 osób) zdecydowało się w związku ze swoimi problemami/objawami na bezpośrednią wizytę w „instytucji psychiatrycznej”. Pozostali, czyli 154 osoby odwiedziły przynajmniej jedną instytucję przed zwróceniem się o pomoc do psychiatry. 40% badanych odwiedziło jedną, 21% dwie, a 10% trzy instytucje. 6% badanych poszukiwało pomocy w czterech i więcej instytucjach (odpowiednio 3% badanych w czterech,

2% w pięciu i 1% w sześciu). Szczegółowa analiza pokazuje, iż osoby te w sumie zwróciły się o pomoc do 280 osób/institucji. Warto wyjaśnić, że wielokrotne wizyty np. u tego samego lekarza POZ liczą się jako odwiedzenie jednej instytucji, natomiast jeżeli pacjent poszukiwał pomocy u 4 różnych lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, zostało to zakwalifikowane jako odwiedzenie 4 różnych instytucji, gdyż w każdej z nich mogła być zaproponowana inna metoda leczenia.

Z 280 instytucji, do których pacjenci zwracali się o pomoc, 100 przypada na lekarzy POZ, natomiast 119 na lekarzy specjalistów. Razem stanowią one 78% wszystkich odwiedzonych instytucji (219/280). Pozostałe 22% to: Zakład Ubezpieczeń Społecznych, pogotowie ratunkowe, księża, sąd, policja, pracownicy socjalni oraz osoby praktykujące medycynę alternatywną (zielarstwo, akupunktura itp.).

W 30,4% instytucji nie zaproponowano osobom badanym żadnej formy leczenia, natomiast w prawie 70% zalecono leczenie (tabela 1). W większości instytucji była to terapia lekami działającymi na ośrodkowy układ nerwowy (OUN). Wyszczególniona w tabeli kategoria: leki na „nerwy”, określa przypadki, w których pacjent nie potrafił sobie przypomnieć, jaki lek został mu zalecony, ale pamiętał, że miał on oddziaływać na OUN.

Drugim najczęściej wdrażanym sposobem leczenia było leczenie ukierunkowane na objawy somatyczne – zaproponowano go w 18,2% instytucji. Zabiegi diagnostyczno-terapeutyczne, takie jak np.: gastroscopia, płukanie żołądka czy intubacja zastosowano w 4,3% instytucji.

Tabela 1

Analiza metod leczenia zaproponowanych pacjentom przez lekarzy POZ, lekarzy specjalistów oraz psychiatrów (tabela 2) wykazała istotne statystycznie różnice ($p < 0,001$). Dla umożliwienia dokonania porównań danych procentowych nie uwzględniono pacjentów którzy bezpośrednio zgłosili się do psychiatry (46 osób). Lekarze POZ 30% swoich pacjentów nie

zapropowowali żadnej formy leczenia, wobec 51% podjęli leczenie lekami działającymi na OUN, natomiast w 15% przypadków leczyli objawy somatyczne. Metody leczenia określone jako inne (4%), to głównie homeopatia, ziołolecznictwo i akupunktura. Lekarze specjaliści nie zastosowali żadnego leczenia u 20% pacjentów, 29% pacjentów zaproponowali leczenie objawów somatycznych, a u 42% zastosowali leki psychotropowe. Pod pojęciem „inne” metody leczenia (9%) rozumiano przede wszystkim zabiegi diagnostyczno-terapeutyczne. Sposób leczenia pacjentów zmieniał się w znacznym stopniu po ich dotarciu do lekarzy psychiatrów. 12% pacjentów nie zaproponowali oni żadnego leczenia, natomiast w 85% przypadków zalecili leki psychotropowe. Leczenie objawów somatycznych podjęto u 1% osób badanych. Terapia poznawcza-behawioralna została wdrożona w 2% przypadków (w tabeli ujęte jako inne).

Tabela 2

Właściwa interpretacja danych zawartych w tabeli 2 jest możliwa po dokładnej analizie postawionych rozpoznań klinicznych w omawianych subpopulacjach pacjentów (tabela 3). Tabela 3 odzwierciedla liczebność pacjentów z poszczególnymi kategoriami diagnostycznymi u lekarzy POZ, lekarzy specjalistów oraz u psychiatrów. Wskazuje ona, jakie istnieją różnice w wyborze przez pacjentów instytucji udzielających im pomocy ze względu na rodzaj zaburzenia psychicznego. Należy jednak pamiętać, iż rozpoznania kliniczne nie zostały postawione w poszczególnych instytucjach, ale przez lekarzy psychiatrów po dotarciu do nich pacjentów.

Pacjenci z zaburzeniami organicznymi stanowili aż 24% szukających pomocy u lekarzy specjalistów, podczas gdy tylko 10% trafiających do lekarzy POZ. Warto zauważyć, iż lekarzy POZ statystycznie częściej niż lekarzy specjalistów wybierali pacjenci z zaburzeniami nastroju (24% i 14%).

Tabela 3

Tabela 4 zawiera dokładną analizę kategorii: leki psychotropowe, wyszczególnionej w tabeli 2. Zestawiono tutaj grupy leków psychotropowych zalecanych pacjentom przez poszczególnych lekarzy. Zwraca uwagę fakt, iż wśród zalecanych przez lekarzy POZ leków psychotropowych na pierwszym miejscu znajdowały się leki uspokajająco-nasenne, natomiast tylko u 4% pacjentów, którzy zgłosili się do lekarzy specjalistów, i u 5% badanych, którzy trafili do lekarzy POZ, włączono leki przeciwdepresyjne. Żadna z wyżej wymienionych grup lekarzy nie zdecydowała się na zastosowanie neuroleptyków, natomiast psychiatrzy u 8% pacjentów zastosowali leki psychotropowe należące do tej kategorii.

Omówienie wyników

Większość osób badanych miała wdrożone leczenie przed wizytą u psychiatry. W 41,4% instytucji główną metodą leczenia zaproponowaną pacjentom była farmakoterapia lekami psychotropowymi. Jeżeli uwzględni się tylko te instytucje, które zaproponowały osobom badanym leczenie, to 60% z nich zaleciło leki psychotropowe. Niepokojący jest fakt, że najczęściej stosowano leki uspokajająco-nasenne, natomiast leki przeciwdepresyjne zalecano sporadycznie, pomimo iż zaburzenia nastroju (głównie epizody depresyjne) rozpoznano u 18% osób szukających pomocy w instytucjach niepsychiatrycznych (N=154; tabela 3).

Analiza metod leczenia wdrożonych w poszczególnych instytucjach (tabela 2) ukazuje statystycznie istotną ($p < 0,001$) dysproporcję w sposobach leczenia proponowanych pacjentom przez lekarzy POZ, lekarzy specjalistów oraz psychiatrów. Przede wszystkim dotyczy ona leczenia objawów somatycznych. Różnica pomiędzy lekarzami specjalistami a lekarzami POZ w wyborze metody leczenia może być uzasadniona różnym występowaniem organicznych zaburzeń psychicznych w tych subpopulacjach pacjentów (tabela 3: 10% i 23% pacjentów z tym rozpoznaniem). Należy tutaj przypomnieć, iż najczęściej rozpoznawano „zespół po

wstrząśnieniu mózgu”, wymagający wdrożenia leczenia ukierunkowanego na objawy somatyczne na wcześniejszych etapach poszukiwania pomocy. Natomiast różnica pomiędzy specjalistami i lekarzami POZ a psychiatrami w wyborze metody leczenia nie może być już w ten sposób interpretowana. Wynika ona najprawdopodobniej z faktu, iż pacjenci obawiają się choroby psychicznej i w związku z tym skłonni są interpretować swoje objawy w kategoriach niespecyficznych zaburzeń somatycznych [14, 15, 16]. Uważają oni, że lekarze oczekują, iż będą zgłaszali objawy somatyczne, dlatego też starają się sprostać tym oczekiwaniom. Objawy te często mieszczą się w obrazie zaburzeń afektywnych i nerwicowych. W związku z tym pacjenci wybierają je spośród innych objawów, aby zaprezentować je swojemu lekarzowi. Stają się one pewnego rodzaju przepustką do jego gabinetu. Jest to zrozumiałe, ponieważ objawy te mogą być związane z chorobami somatycznymi, których obecność pacjenci chcą wykluczyć.

Analiza danych zawartych w tabeli 3 wskazuje na różnice w wyborze przez pacjentów instytucji udzielających im pomocy ze względu na rodzaj zaburzenia psychicznego. Fakt, iż pacjenci z zaburzeniami organicznymi statystycznie częściej szukali pomocy u lekarzy specjalistów niż u lekarzy POZ, wynika najprawdopodobniej z charakteru tych zaburzeń (F07.2 i F07.9). Lekarze specjaliści w tym wypadku to głównie neurologi. Natomiast wybór lekarzy POZ, jako głównej „instytucji” na drodze do psychiatrii dla osób z rozpoznaniem zaburzeń nastroju, oraz jednocześnie zbyt rzadkie (5% tabela 4) zalecanie przez nich leków przeciwdepresyjnych potwierdza wyniki otrzymane przez innych autorów [17, 18, 19]. Świadczyć to może zarówno o trudnościach w diagnostyce zaburzeń nastroju w wyżej wymienionych instytucjach, jak i o braku znajomości wskazań do stosowania ww. leków. Wskazuje także na konieczność i celowość prowadzenia szkoleń z zakresu diagnostyki i terapii zaburzeń nastroju wśród tej grupy lekarzy.

Komentarz [TP1]: Vazquez-Barquero JL, Diez Manrique JF, Pena C, Arenal Gonzales A, Cuesta MJ, Artal JA. Patterns of psychotropic drug use in a Spanish rural community. *British Journal of Psychiatry* 1989; 155: 633-641.

Analizując kategorie leków psychotropowych zalecanych pacjentom przez poszczególne instytucje w połączeniu z postawionymi przez psychiatrów rozpoznaniem klinicznymi (tabela 3) zwraca uwagę brak stosowania neuroleptyków. Prawdopodobnie wynika to z obawy lekarzy POZ i lekarzy specjalistów, związanej z ich małym doświadczeniem klinicznym, w stosowaniu tej grupy leków. Zauważono również zbyt rzadkie stosowanie leków przeciwdepresyjnych przez lekarzy specjalistów. Przyczyny tego zjawiska mogą być podobne, jak w przypadku lekarzy POZ.

Interpretacja zastosowania leków uspokajająco-nasennych u 43% pacjentów zgłaszających się po pomoc do lekarzy POZ, przy rozpowszechnieniu zaburzeń nerwicowych w tej grupie pacjentów na poziomie 48%, nie budzi wątpliwości przy pobieżnej analizie. Równocześnie zastosowanie przez psychiatrów leków z tej grupy u 35% pacjentów, przy rozpowszechnieniu zaburzeń nerwicowych na poziomie 39%, mogłoby utwierdzać w zasadności stosowania leków tej grupy przez lekarzy POZ, gdyby nie jeden fakt. Mianowicie, leki uspokajająco-nasenne stanowią aż 84% (43/51 – tabela 4) wszystkich leków psychotropowych przepisanych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Odpowiednio stanowią one tylko 44% (22/50) leków zalecanych przez lekarzy specjalistów oraz 41% (54/131) przez psychiatrów. Tak duża dysproporcja może sugerować nadużywanie stosowania leków tej grupy przez lekarzy POZ. W celu weryfikacji tej hipotezy prześledzono wszystkie przypadki zastosowania leków z tej grupy przez lekarzy POZ. Na 43 pacjentów, u których zastosowano leki z tej grupy, u 25 rozpoznano zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną, natomiast u 12 epizod depresji łagodny lub umiarkowany. Po 3 pacjentów leczonych lekami uspokajająco-nasennymi miało rozpoznane organiczne zaburzenia psychiczne oraz zaburzenia osobowości. Porównanie tych danych z rozpoznaniem klinicznymi zawartymi w tabeli 3 pokazuje, iż tę metodę leczenia zastosowano u 50% (12/24) pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń nastroju. Co

więcej, stosowanie leków uspokajająco-nasennych przez lekarzy POZ okazało się główną metodą leczenia zaproponowaną pacjentom z tym rozpoznaniem. W dalszej kolejności 29% (7/24) pacjentów nie zaproponowano żadnej formy leczenia a u 12% (3/24) skupiono się na leczeniu objawów somatycznych. U żadnej osoby z rozpoznaniem zaburzeń nastroju lekarze POZ nie włączyli leków przeciwdepresyjnych.

Interpretacja wyników uzyskanych przez autorów powinna uwzględniać ograniczenia metodologiczne badania. Rozpoznania kliniczne zostały postawione przez psychiatrów, natomiast nie są znane rozpoznania stawiane pacjentom na poszczególnych etapach ich drogi do psychiatrii. Dlatego też nie można jednoznacznie powiedzieć, czy przyczyna nieodpowiedniego zastosowania leków psychotropowych wynikała z błędów diagnostycznych, czy też z nieznamości wskazań do stosowania odpowiednich grup leków psychotropowych.

Wnioski

Wykazano zbyt rzadkie stosowanie leków przeciwdepresyjnych i neuroleptyków przez lekarzy POZ oraz lekarzy specjalistów, a także relatywnie częste zalecanie leków uspokajająco-nasennych przez lekarzy POZ. Wynikać to może zarówno z trudności w diagnozowaniu zaburzeń psychicznych, jak i z braku dostatecznej znajomości wskazań do stosowania odpowiednich grup leków psychotropowych.

Piśmiennictwo:

1. Robins LN, Locke BZ, Regier DA. An overview of psychiatric disorders in America. W: Robins LN, Regier DA, red. Psychiatric disorders in America. New York: Free Press; 1991, s. 285–308.

2. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatry* 1994; 51: 8–19.
3. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1980.
4. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3th ed., revised. Washington DC: American Psychiatric Association; 1987.
5. Shepherd M. Mental disorder and primary care in the United Kingdom. *J. Public. Health Policy* 1983; 4: 83–88.
6. Burvill PW. The epidemiology of psychological disorders in general medical settings. W: Sartorius N, Goldberg D, de Giralomo G, Costa e Silva JA, Lecrubier Y, Wittchen HU, red. *Psychological disorders in general medical settings*. Toronto: Huber; 1990, s. 9–20.
7. Goldberg DP, Huxley P. *Mental illness in the community: The pathway to psychiatric care*. London: Tavistock; 1980.
8. Commander MJ, Dharan SP, Odell SM, Surtees PG. Access to mental health care in an inner-city health district. I: Pathways into and within specialist psychiatric services. *Brit. J. Psychiatry* 1997; 170: 312–316.
9. Commander MJ, Dharan SP, Odell SM, Surtees PG. Access to mental health care in an inner-city health district. II: Association with demographic factors. *Brit. J. Psychiatry* 1997; 170: 317–320.
10. Tansella M, Williams P. The spectrum of psychiatric morbidity in a defined geographical area. *Psychol. Med.* 1989; 19: 765–770.

11. Pawłowski T, Kiejna A. Drogi pacjentów do instytucji psychiatrycznej. I: Obszar badawczy „Ząbkowice”. *Psychiatr. Pol.* 2003; 37:1049–1061.
12. Pawłowski T, Kiejna A. Drogi pacjentów do instytucji psychiatrycznej. II: Obszar badawczy „Psie-Pole”. *Psychiatr. Pol.* 2003; 37:1063–1071.
13. The ICD-10. Classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO; 1992.
14. Lipowski ZJ. Somatization: the experience and communication of psychological distress as somatic symptoms. *Psychother. Psychosom.* 1987; 47: 160–167.
15. Goldberg DP, Bridges K. Somatic presentations of psychiatric illness in primary care settings. *J. Psychosom. Res.* 1988; 32: 137–144.
16. Swartz M, Landerman R, Blazer D, George L. Somatization symptoms in the community: a rural/urban comparison. *Psychosom.* 1989; 30: 44–53.
17. Balestrieri M, Paltrinieri E, Bellantuono C. Who prescribes antidepressant drugs? A survey of a sample of pharmacies in Verona, Italy. *Hum. Psychopharmacol.* 1992; 7: 193–198.
18. Kiliç C, Rezaki M, Ustün TB, Gater RA. Pathways to psychiatric care in Ankara. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 1994; 29: 131–136.
19. Vazquez-Barquero JL, Diez Manrique JF, Pena C, Arenal Gonzales A, Cuesta MJ, Artal JA. Patterns of psychotropic drug use in a Spanish rural community. *Brit. J. Psychiatry* 1989; 155: 633–641.

Adres:

Tomasz Pawłowski

Klinika Psychiatrii AM

50-367 Wrocław, ul. Pasteura 10

Otrzymano: 2.09.2003

Zrecenzowano: 17.11.2003

Przyjęto do druku: 20.02.2004