

Rozpowszechnienie i wybrane uwarunkowania stosowania leków psychotropowych wśród mieszkańców Polski

Prevalence and determinants of psychotropic medication use in Poland

Agnieszka Pisarska¹, Jakub Stokwiszewski², Jacek Moskalewicz²

¹ Zakład Zdrowia Publicznego, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

² Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami,
Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Summary

Aim. The aim of the study was to assess the prevalence of psychotropic medication use among adult population in Poland in past 12 months, and to analyse the relationship between psychotropic medication use and sociodemographic factors as well as mental health disorders experienced by respondents.

Method. Composite International Diagnostic Instrument (WHO CIDI 3.0) was used in Polish survey of general population aged 18–64. Respondents were randomly selected from the population register. Ten thousand interviews were completed with a response rate of 50.4%.

Results. In the general population, psychotropic medicines were used by almost 5% of the respondents in the past 12 months. These medicines were used more often by women, respondents from the oldest age group, with low level of education, retirees, unemployed, singles and residents of small and large cities. Among those experiencing mental health problems in the past 12 months, psychotropic medications were taken by up to 17% of the respondents. Pharmacological treatment was most often endorsed by over 40% of persons with symptoms of major depression and any mood disorders, while approximately 25% of respondents with major depression confirmed antidepressant use. Gender differences were small and mostly insignificant.

Conclusions. The results indicate the need to improve access to mental health treatment and to better educate general practitioners (GPs) for appropriate diagnosing and treatment of mental health disorders.

Słowa kluczowe: dorośli, leki psychotropowe, zaburzenia zdrowia psychicznego

Key words: adults, psychotropic medication, mental health disorders

Wprowadzenie

Przyjmowanie leków jest kluczowym elementem w terapii zaburzeń zdrowia psychicznego. Badania prowadzone na całym świecie w ramach *World Mental Health Survey Initiative* (WMH) wskazują jednak, że wiele osób borykających się z poważnymi problemami zdrowia psychicznego, takimi jak zaburzenia lękowe, nastroju czy uzależnienia od substancji psychoaktywnych, nie otrzymuje odpowiedniego leczenia, w tym odpowiednich leków [1–4]. Badania te ujawniają ponadto zróżnicowane, w zależności od kraju, rozpowszechnienie przyjmowania leków określanych jako psychotropowe, tj. leków antydepresyjnych, uspokajających, antypsychotycznych i stabilizujących nastroj. Dane zebrane w latach 2001–2003 w populacji ogólnej sześciu krajów Europy (Belgia, Francja, Holandia, Hiszpania, Niemcy i Włochy) pokazały, że tego rodzaju leki przyjmowało w ostatnich 12 miesiącach przed badaniem około 12% respondentów, przy czym najniższy odsetek odnotowano w Niemczech (ok. 6%), najwyższy zaś we Francji (ok. 19%). Najpowszechniej używane były leki uspokajające, które stosowało około 10% badanych, a następnie leki antydepresyjne (3,7% badanych). Leki przeciwpsychotyczne przyjmowało w ostatnim roku przed badaniem jedynie około 1% respondentów [1]. Co więcej, według danych europejskich około 33% respondentów doświadczających problemów zdrowia psychicznego stosowało w ostatnich 12 miesiącach przynajmniej jeden z leków psychotropowych. Leki przeciwdepresyjne przyjmowało jednak tylko 21,2% osób, u których zdiagnozowano depresję [1].

Badania spoza Europy przynoszą podobne rezultaty. Według danych z Izraela leki psychotropowe przyjmowało w ostatnim roku około 7% badanych z generalnej populacji, najpowszechniej zaś używane były leki uspokajające. Spośród osób doświadczających problemów zdrowia psychicznego leki psychotropowe przyjmowało 19,6% respondentów [4]. Podobnie badania przeprowadzone w Brazylii (São Paulo) pokazały, że w ostatnim roku leki psychotropowe przyjmowało około 6% respondentów z populacji ogólnej. W wypadku osób, które potwierdziły doświadczanie zaburzeń psychicznych w ostatnim roku przed badaniem (w tym zaburzeń lękowych, nastroju, kontroli impulsów oraz problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych), stosowanie leków psychotropowych potwierdziło około 14% uczestników badań [3].

Kobiety bez względu na wiek znacznie częściej niż mężczyźni stosują leki i dotyczy to zarówno farmaceutyków przyjmowanych z zalecenia lekarza, jak i tych, które są dostępne bez recepty [1, 2, 5, 6]. W literaturze przedmiotu można znaleźć następujące wyjaśnienia różnic między kobietami a mężczyznami w częstości przyjmowania leków. Przede wszystkim rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych i lękowych jest wyższe wśród kobiet niż wśród mężczyzn [1, 5, 7, 8]. Z kolei wśród mężczyzn częściej występują uzależnienia oraz zaburzenia kontroli impulsów [2], a zaburzenia depresyjne i lękowe częściej są leczone z wykorzystaniem farmakoterapii niż problemy z używaniem substancji psychoaktywnych czy inne zaburzenia eksternalizacyjne, w konsekwencji leki psychotropowe stosuje więcej kobiet niż mężczyzn [2]. Istotne znaczenie mają również czynniki pozamedyczne, czyli przekaz kulturowy, zgodnie

z którym mężczyźni – w przeciwieństwie do kobiety – nie wypada uskarżać się na złe samopoczucie [8]. Z tego względu kobiety są bardziej skłonne przyznawać się do dolegliwości – zarówno psychicznych, jak i somatycznych – oraz szukać pomocy medycznej, nawet w wypadku łagodnych chorób czy przejściowych dolegliwości [5, 8]. Ponadto recepty na leki psychotropowe są częściej wypisywane przez lekarzy pierwszego kontaktu niż przez specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego [2, 9]. Lekarze pierwszego kontaktu są także mniej skłonni zalecać nefarmakologiczne metody leczenia, takie jak psychoterapia, a kobiety częściej niż mężczyźni zgłaszają się ze swoimi problemami zdrowotnymi właśnie do tych lekarzy [2].

Co więcej, wśród kobiet znacznie bardziej niż wśród mężczyzn powszechne jest samoleczenie problemów zdrowia psychicznego za pomocą leków dostępnych bez recepty [10, 11]. Wcześniejsze badania wskazywały natomiast na odwrotną zależność między piciem alkoholu a przyjmowaniem dostępnych na receptę leków wpływających na nastrój [1]. Mężczyźni częściej niż kobiety piją alkohol i go nadużywają, dowiedziono również, że mężczyźni są bardziej skłonni sięgać po alkohol i/lub nielegalne substancje psychoaktywne jako metody samoleczenia dolegliwości natury psychicznej, takich jak zaburzenia nastroju czy lękowe [12].

Czynnikiem sprzyjającym przyjmowaniu leków jest wiek. Potwierdzają to również badania *World Mental Health Survey Initiative* [1–4]. Na przykład w badaniach, w których analizowano różnice w rozpowszechnieniu stosowania leków psychotropowych między kobietami a mężczyznami, uczestnikami projektu WMH z 10 krajów europejskich, stwierdzono, że bez względu na płeć starszy wiek był istotnym czynnikiem ryzyka przyjmowania takich farmaceutyków [2].

Dane dotyczące innych wymiarów socjoekonomicznych są natomiast niejednoznaczne [1–3, 13]. Badania prowadzone w latach 80. XX wieku w USA wskazywały na większe rozpowszechnienie przyjmowania leków psychotropowych wśród osób o wyższym statusie socjoekonomicznym – choć wpływ tego czynnika był umiarkowany w porównaniu ze stanem zdrowia, wiekiem i płcią osób badanych [14]. Warto jednak podkreślić, że przytaczane tu badanie wskazujące na związek wysokiego statusu ze stosowaniem leków pochodzą sprzed czterech dekad. W tym czasie dokonały się istotne zmiany w świadomości dotyczącej wpływu stylu życia na zdrowie.

Bardziej współczesne badania prowadzone w ramach *World Mental Health Survey Initiative* potwierdzają, że leki psychotropowe częściej stosują osoby gorzej wykształcone [1, 3, 4]. Na przykład w przytaczanych powyżej badaniach Alonso i wsp. [1], prowadzonych w sześciu krajach europejskich, stwierdzono, że niższe wykształcenie uczestników badań było powiązane z częstszym przyjmowaniem leków psychotropowych. Istnieją również doniesienia, których autorzy wskazują na możliwy związek między stosowaniem leków psychotropowych a statusem bezrobotnego (brakiem stałej płatnej pracy) – szczególnie wśród mężczyzn [2, 5].

Cel badań

Celem zaprezentowanych tu badań była ocena rozpowszechnienia przyjmowania leków psychotropowych wśród dorosłych Polaków, a także związku między stoso-

waniem tych leków a zmiennymi socjodemograficznymi oraz doświadczanymi przez respondentów zaburzeniami zdrowia psychicznego.

Charakterystyka badań EZOP I

Dane wykorzystane w niniejszych analizach pochodzą z realizowanego w latach 2010–2012 projektu „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej. EZOP I – Polska”. EZOP to pierwsze ogólnopolskie badanie stanu zdrowia psychicznego dorosłych Polaków. W projekcie wykorzystana została metodologia opracowana i przetestowana w ramach *World Mental Health Survey Initiative* [15]. Metodologia ta umożliwia planowanie i realizację badań epidemiologicznych dotyczących zdrowia psychicznego oraz używania substancji psychoaktywnych. Instytucje, które podejmują się prowadzenia badań z wykorzystaniem tego podejścia, muszą spełnić bardzo rygorystyczne wymagania dotyczące adaptacji narzędzia badawczego, doboru próby, procedur badań terenowych oraz analizy wyników. Dzięki temu zebrany materiał badawczy daje możliwość dokonywania porównań międzykulturowych, co ma ogromne znaczenie poznawcze oraz praktyczne, ponieważ pozwala pełniej korzystać z doświadczeń innych społeczeństw w zakresie ochrony zdrowia psychicznego [16, 17].

Material i metody

Oprócz obszernego raportu z badań EZOP I [16] na łamach „Psychiatrii Polskiej” opublikowany został też pogłębiony opis zastosowanej w nich metodologii [17]. Poniżej zamieszczono więc zwięzłą charakterystykę tych badań.

Osoby badane

Badania zostały przeprowadzone na losowej próbie reprezentatywnej dla ogółu mieszkańców Polski w wieku 18–64 lat. Poszczególni uczestnicy byli dobierani metodą losowania systematycznego w ramach wyróżnionych warstw, w których uwzględniono wielkość miejscowości, województwo, gminę (w wypadku obszarów wiejskich) oraz płeć i wiek respondentów. Do badań wylosowano 24 tysiące osób, przyjmując założenie, że poziom realizacji wywiadów (czyli *response rate*) wyniesie około 50%. Ostatecznie przeprowadzono 10 081 wywiadów, co stanowi 50,4% realizacji próby [16, 17].

Procedura badania

Badania przeprowadzono z wykorzystaniem metody wywiadu indywidualnego wspomaganego komputerowo CAPI (*Computer-Assisted Personal Interview*). Wywiady składały się z dwóch części. W pierwszej zadawano pytania z tzw. sekcji przesiewowej dotyczącej podstawowych danych socjodemograficznych oraz doświadczania objawów zaburzeń nastroju, różnego rodzaju leków, a także sytuacji, w których osobie

badanej trudno było zapanować nad emocjami. Wynik tej części decyduje o dalszym przebiegu wywiadu. Twierdzące odpowiedzi na pytania w pierwszej sekcji automatycznie prowadzą do drugiej części, czyli określonej sekcji diagnostycznej. Respondentom spełniającym kryteria przynajmniej jednego zaburzenia zadawane są ponadto pytania z rozszerzonej sekcji socjodemograficznej [16, 17].

Ostatecznej diagnozy dokonuje algorytm dostarczony przez odpowiedni program dostępny zespołowi badawczemu. Przy czym ani respondent, ani ankieter nie mają dostępu do diagnozy postawionej przez CIDI. Podsumowując, opisana procedura umożliwia rozpoznawanie zaburzeń psychicznych w losowo dobranej próbie badawczej.

Oszacowanie rozpowszechnienia stosowania leków psychotropowych i zaburzeń zdrowia psychicznego

Kwestionariusz CIDI jest oparty na kryteriach DSM-IV oraz ICD-10. Umożliwia zidentyfikowanie rozpowszechnienia określonych zaburzeń psychicznych, ocenę ich nasilenia oraz oszacowanie, ile osób korzysta z opieki zdrowotnej.

W polskiej wersji kwestionariusza wykorzystano 32 oryginalne sekcje CIDI. Sekcje diagnostyczne dotyczyły następujących zaburzeń: depresja, mania, samobójstwa, neurastenia, lęk paniczny i uogólniony, fobie specyficzne, społeczna i agorafobia, zespół stresu pourazowego (PTSD), zaburzenia odżywiania, zaburzenia nawyków i popędów, zaburzenia związane z używaniem alkoholu i narkotyków, zespół nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD), zaburzenia opozycyjno-buntownicze oraz zaburzenia zachowania [16, 17].

Pytanie odnoszące się do leków dotyczyło stosowania w ostatnich 12 miesiącach farmaceutyków dostępnych z zalecenia lekarza i sformułowane było następująco: „Proszę spojrzeć na stronę 32 w pani/pana książeczce. Które spośród wymienionych leków zażywała pani/zażywał pan w ciągu ostatnich 12 miesięcy?”

- Leki nasenne (np. Stilnox lub Selofen)
- Leki przeciwdepresyjne (np. Bioxetin lub Zoloft)
- Leki uspokajające (np. Xanax lub Lorafen)
- Pochodne amfetaminy lub inne leki stymulujące (np. Concerta, Adderal)
- Leki przeciwpsychotyczne (np. Haloperydol, Rispolept)”.

Respondenci nie wybierali konkretnych leków, lecz wskazywali na całą grupę. Nazwy handlowe podane w nawiasach służyły tylko jako przykłady, które mogły pomóc respondentowi i ankieterowi zakwalifikować lek do odpowiedniej grupy.

Analizy statystyczne

Rozpowszechnienie przyjmowania leków psychotropowych w ostatnich 12 miesiącach zostało oszacowane z uwzględnieniem zmiennych socjodemograficznych. Do analizy zależności między stosowaniem leków psychotropowych a poszczególnymi zmiennymi socjodemograficznymi wykorzystano jednoczynnikową regresję logistycz-

ną. Do oceny zależności między stosowaniem leków a zaburzeniami psychicznymi z uwzględnieniem czynnika płci zastosowano wieloczynnikową analizę regresji. Wszystkie analizy przeprowadzono z użyciem programu IBM SPSS Statistics 21.

Wyniki

Charakterystyka socjodemograficzna osób badanych

Dane dotyczące osób badanych przedstawiono w tabeli 1. W badanej próbie odsetki kobiet (50,4%) i mężczyzn (49,6%) były bardzo zbliżone, przy czym kobiet było nieco więcej.

Spśród analizowanych kategorii wiekowych najliczniej reprezentowana była kategoria najstarsza, tj. osoby w wieku 50–64 lat, oraz najmłodsza (18–29 lat), ponieważ kategorie te obejmowały najszersze przedziały wiekowe – odpowiednio 31,0% (95% CI: 30,4–31,7) i 28% (95% CI: 27,4–28,7). Dwie pozostałe kategorie, które obejmowały po 10 roczników, to osoby w wieku 30–39 lat – 22,2% (95% CI: 21,7–22,8) oraz 40–49 lat – 18,7% (95% CI: 18,2–19,2).

Większość badanych miała co najmniej średnie wykształcenie, w tym średnim wykształceniem legitymowało się 38,3% badanych (95% CI: 37,5–39,2), wyższym zaś 16,7% (95% CI: 16,0–17,4). Również większość badanych pracowała zawodowo (59,4%; 95% CI: 58,5–60,3). Podobnie większość stanowiły osoby pozostające w związkach małżeńskich (56,1%; 95% CI: 55,2–56,9). Większość respondentów mieszkała w miastach, przy czym najliczniejszą grupą były osoby z niewielkich miast – do 50 tysięcy mieszkańców (24,3; 95% CI: 23,7–25,0). Mieszkańcy wsi stanowili nieco ponad 1/3 badanych (37,8%; 95% CI: 37,2–38,5).

Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna osób badanych. Projekt EZOP I (N = 10 081)

Płeć	N	% (CI 95%)
mężczyźni	4883	49,6 (48,9–50,3)
kobiety	5198	50,4 (49,7–51,1)
Wiek		
18–29	2895	28,1 (27,4–28,7)
30–39	2119	22,2 (21,7–22,8)
40–49	1874	18,7 (18,2–19,2)
50–64	3193	31,0 (30,4–31,7)
Wykształcenie		
licencjat i wyższe	1621	16,7 (16,0–17,4)
średnie	3837	38,3 (37,5–39,2)
zasadnicze zawodowe	3280	32,3 (31,4–33,2)

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

do gimnazjum	1283	12,1 (11,5–12,8)
Sytuacja zawodowa		
pracujący	5881	59,4 (58,5–60,3)
student	734	7,2 (6,7–7,7)
prowadzi dom	574	5,5 (5,1–6,0)
emeryt	949	9,0 (8,5–9,5)
inne, w tym bezrobotny i rencista	1943	18,9 (18,4–19,4)
Stan cywilny		
żonaty/zamężna	5643	56,1 (55,2–56,9)
w stałym związku	939	9,6 (9,1–10,1)
rozwódziona/w separacji	576	5,9 (5,4–6,3)
wdowiec/wdowa	514	4,8 (4,5–5,2)
kawaler/panna	2384	23,4 (22,7–24,1)
Miejsce zamieszkania		
wieś	4287	37,8 (37,2–38,5)
miasto do 50 tys.	2387	24,3 (23,7–25,0)
miasto 50–200 tys.	1587	16,8 (16,2–17,3)
miasto ponad 200 tys.	1820	21,1 (20,6–21,6)

Przyjmowanie leków psychotropowych a zmienne socjodemograficzne

Zdecydowana większość respondentów (ponad 95%) nie przyjmowała w ostatnich 12 miesiącach wymienionych w ankiecie rodzajów leków. Najwięcej uczestników badań stosowało leki uspokajające (2,9%), nasenne (2,2%) oraz przeciwdepresyjne (1,5%) (tab. 2). Używanie leków przeciwpsychotycznych potwierdziło 0,5% badanych zaś pochodnych amfetaminy lub innych leków stymulujących 0,1% respondentów. Ogólnie którykolwiek z leków przyjmowało w ostatnim roku 4,8% badanych. Lek stosuje znacząco więcej kobiet niż mężczyzn, istotne różnice stwierdzono w wypadku leków nasennych (OR = 2,1; CI 95%: 1,6–2,8), przeciwdepresyjnych (OR = 1,5; 95% CI: 1,1–2,1) oraz uspokajających (OR = 1,8; 95% CI: 1,4–2,3). Nie było natomiast istotnych różnic między kobietami i mężczyznami w używaniu leków stymulujących i przeciwpsychotycznych.

Tabela 2. Przyjmowanie w ostatnich 12 miesiącach leków psychotropowych z poszczególnych grup według płci. Projekt EZOP I (N = 10 081)

Grupy leków	N (%)	Porównanie według płci OR (95% CI)
Leki uspokajające	287 (2,9)	1,8 (1,4–2,3)
Leki nasenne	217 (2,2)	2,1 (1,6–2,8)
Leki przeciwdepresyjne	149 (1,5)	1,5 (1,1–2,1)
Leki przeciwpsychotyczne	46 (0,5)	1,4 (0,8–2,5)
Pochodne amfetaminy lub inne leki stymulujące	14 (0,1)	2,3 (0,8–7,2)
Przynajmniej jeden z wymienionych leków	480 (4,8)	1,9 (1,6–2,4)

W tabeli 3 zaprezentowano wyniki analiz dotyczących związków między przyjmowaniem przez respondentów z populacji generalnej przynajmniej jednego z wymienionych leków psychotropowych a zmiennymi socjodemograficznymi. Zgodnie z oczekiwaniami prawdopodobieństwo stosowania leków psychotropowych rośnie wraz z wiekiem, najwyższe okazało się wśród osób z najstarszej kategorii wiekowej, tj. 50–64 lat (OR = 3,6; 95% CI: 2,8–4,9). Osoby, które ukończyły co najwyżej gimnazjum, były bardziej skłonne przyjmować leki, w porównaniu z uczestnikami legitymującymi się wyższym wykształceniem (OR = 1,7; 95% CI: 1,3–2,5). W zestawieniu z osobami pracującymi leki psychotropowe były także bardziej skłonne stosować osoby prowadzące dom (OR = 1,5; 95% CI: 1,0–2,2), osoby na emeryturze (OR = 2,9; 95% CI: 2,2–3,8) oraz rencie i osoby bezrobotne (OR = 2,0; 95% CI: 1,6–2,5). Istotne znaczenie miał również stan cywilny – w porównaniu z osobami pozostającymi w związku małżeńskim leki psychotropowe były bardziej skłonne przyjmować osoby rozwiedzione (OR = 1,8; 95% CI: 1,3–2,4) oraz wdowy/wdowcy (OR = 2,1; 95% CI: 1,5–2,9). Wreszcie w porównaniu z mieszkańcami wsi stosowanie omawianych leków było bardziej powszechne wśród mieszkańców małych miast – do 50 tysięcy mieszkańców (OR = 1,3; 95% CI: 1,0–1,7) oraz dużych miast (OR = 1,5; 95% CI: = 1,2–1,9).

Tabela 3. Przyjmowanie leków psychotropowych (przynajmniej jeden z wymienionych) w ostatnich 12 miesiącach a zmienne socjodemograficzne. Projekt EZOP I (N = 10 081)

Płeć	N (%)	OR (95% CI)
mężczyźni	165 (3,3)	1
kobiety	315 (6,2)	1,9 (1,6–2,4)
Wiek		
18–29	62 (2,2)	–
30–39	79 (3,6)	1,6 (1,2–2,3)

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

40–49	101 (5,4)	2,5 (1,8–3,5)
50–64	237 (7,6)	3,6 (2,7–4,8)
Wykształcenie		
licencjat i wyższe	67 (4,0)	–
średnie	189 (4,9)	1,3 (0,9–1,7)
zasadnicze zawodowe	140 (4,3)	1,1 (0,8–1,5)
do gimnazjum	82 (6,7)	1,7 (1,3–2,4)
Sytuacja zawodowa		
pracujący	217 (3,6)	–
student	8 (1,1)	0,3 (0,2–0,6)
prowadzi dom	30 (5,4)	1,5 (1,0–2,2)
emeryt	89 (9,9)	2,9 (2,2–3,8)
inne, w tym bezrobotny i rencista	136 (7,1)	2,0 (1,6–2,5)
Stan cywilny		
żonaty/zamężna	268 (4,7)	–
w stałym związku	47 (4,8)	1,0 (0,7–1,4)
rozwódziona/w separacji	48 (8,0)	1,8 (1,3–2,4)
wdowiec/wdowa	47 (9,6)	2,1 (1,5–2,9)
kawaler/panna	71 (3,0)	0,6 (0,5–0,8)
Miejsce zamieszkania		
wieś	151 (4,0)	–
miasta do 50 tys.	126 (5,2)	1,3 (1,0–1,7)
miasta 50–200 tys.	79 (4,7)	1,2 (0,9–1,6)
miasta ponad 200 tys.	124 (5,8)	1,5 (1,2–1,9)

Przyjmowanie leków psychotropowych a diagnoza zdrowia psychicznego oraz płeć

W tabeli 4 zaprezentowano wyniki analiz dotyczących przyjmowania leków nasennych, przeciwdepresyjnych, uspokajających i przeciwpsychotycznych w zależności od stwierdzonych zaburzeń zdrowia psychicznego. Pochodnych amfetaminy oraz innych leków stymulujących nie uwzględniono w analizach ze względu na niewielkie rozpowszechnienie tych farmaceutyków.

Około 17% osób, u których w ostatnich 12 miesiącach wystąpiły symptomy któregośkolwiek z zaburzeń psychicznych, stosowało w tym czasie leki psychotropowe. Wśród tych respondentów najbardziej rozpowszechnione były leki uspokajające (10,9%), następnie leki nasenne (8,1%) oraz przeciwdepresyjne (7,8%). Stosunkowo niewielu uczestników badań przyjmowało leki przeciwpsychotyczne (1,9%). Kobiety doświadczające zaburzeń zdrowia psychicznego były bardziej niż mężczyźni skłonne przyjmować leki psychotropowe (ogólnie) (OR = 1,7; 95% CI: 1,0–2,9) oraz nasenne (OR = 2,0; 95% CI: 1,0–4,2). W wypadku pozostałych leków prawdopodobieństwo ich używania było nieco wyższe u kobiet, nie stwierdzono tu jednak istotnych statystycznie różnic między kobietami i mężczyznami.

Dalsze analizy dotyczyły zaburzeń, które okazały się najbardziej rozpowszechnione wśród badanych, tj. zaburzeń lękowych, depresji i zaburzeń nastroju ogólnie oraz problemowego picia i uzależnienia od alkoholu. Około 18% respondentów z zaburzeniami lękowymi przyjmowało w ostatnim roku leki psychotropowe, najczęściej były to leki uspokajające (11,8%), a następnie leki nasenne (9,2%) oraz przeciwdepresyjne (9,2%). Nie stwierdzono tu istotnych różnic między kobietami a mężczyznami, choć prawdopodobieństwo przyjmowania leków nasennych i uspokajających było nieco wyższe u kobiet, leków przeciwdepresyjnych zaś u mężczyzn z zaburzeniami lękowymi.

Leki psychotropowe stosowało natomiast około 44% badanych doświadczających depresji. Osoby te najczęściej przyjmowały leki przeciwdepresyjne (24,8%) i uspokajające (24,3%), nieco rzadziej nasenne (22,1%). Wśród osób, u których stwierdzono zaburzenia nastroju, najbardziej rozpowszechnione były leki uspokajające (24,8%), następnie przeciwdepresyjne (22,7%) oraz nasenne (21,6%). Również w tych analizach nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic między kobietami i mężczyznami, choć prawdopodobieństwo przyjmowania leków psychotropowych było wyższe u kobiet z symptomami depresji oraz zaburzeń nastroju ogółem (wynik na granicy istotności statystycznej; $p = 0,058$).

Respondenci z symptomami problemowego picia lub uzależnienia od alkoholu najczęściej stosowali leki uspokajające (8,2%), nie odnotowano tu istotnych statystycznie różnic między kobietami a mężczyznami.

Tabela 4. Rozpowszechnienie przyjmowania leków psychotropowych w ostatnich 12 miesiącach według płci, w podziale na kategorie zaburzeń psychicznych. Projekt EZOPI (N = 10 081)

	Przynajmniej jeden z leków psychotropowych		Leki uspokajające		Leki nasenne		Leki przeciwddepresyjne		Leki przeciwpsychotyczne	
	N (%)	Porównanie według płci OR (95% CI)	N (%)	Porównanie według płci OR (95% CI)	N (%)	Porównanie według płci OR (95% CI)	N (%)	Porównanie według płci OR (95% CI)	N (%)	Porównanie według płci OR (95% CI)
Brak zaburzeń w ostatnich 12 miesiącach	146 (4,1)	1,6 (1,2-2,3)	88 (2,5)	1,8 (1,2-2,8)	57 (1,6)	1,5 (0,9-2,6)	39 (1,1)	0,9 (0,5-1,8)	14 (0,4)	1,4 (0,5-3,9)
Jakiegokolwiek z zaburzeń w ostatnich 12 miesiącach	73 (17,3)	1,7 (1,0-2,9)	46 (10,9)	1,6 (0,8-2,9)	34 (8,1)	2,0 (1,0-4,2)	33 (7,8)	1,6 (0,8-3,4)	8 (1,9)	0,9 (0,2-3,6)
Zaburzenia lękowe	77 (17,7)	1,7 (0,9-2,9)	52 (11,8)	1,3 (0,7-2,6)	40 (9,2)	2,2 (0,9-5,2)	40 (9,2)	0,9 (0,5-1,8)	8 (1,9)	0,6 (0,2-2,4)
Depresja	54 (43,6)	1,9 (0,9-4,2)	30 (24,3)	2,5 (0,9-6,9)	27 (22,1)	2,1 (0,7-5,8)	31 (24,8)	1,9 (0,7-5,0)	6 (5,2)	0,8 (0,2-4,4)
Zaburzenia nastroju (ogólnie)	66 (41,6)	1,9 (1,0-3,8)	39 (24,8)	1,7 (0,8-3,7)	34 (21,6)	1,6 (0,7-3,6)	36 (22,7)	1,6 (0,7-3,7)	8 (5,3)	0,8 (0,2-3,1)
Problemowy alkohol	16 (11,0)	2,5 (0,6-10,0)	12 (8,2)	1,7 (0,3-9,7)	7 (4,8)	4,9 (0,9-28,0)	5 (3,4)	4,3 (0,5-35,0)	1 (0,7)	-

Dyskusja

Rozpowszechnienie leków psychotropowych w populacji ogólnej

Przeprowadzone badania wskazują, że farmaceutyki psychotropowe stosowało w ostatnich 12 miesiącach przed badaniem nieco poniżej 5% dorosłych Polaków w wieku produkcyjnym. W przytoczonych we *Wprowadzeniu* badaniach europejskich zrealizowanych w ramach *World Mental Health Survey Initiative* w sześciu krajach europejskich stwierdzono natomiast, że leki psychotropowe przyjmowało około 12% respondentów, ale odsetki te były zróżnicowane i wynosiły od około 6% w Niemczech i 7,4% w Holandii po około 19% we Francji [1]. Polska należy więc do krajów Europy o stosunkowo niewielkim rozpowszechnieniu przyjmowania leków psychotropowych w ogólnej populacji i podobnie jak w innych krajach najczęściej badanych potwierdzało używanie leków uspokajających.

Stosowanie leków psychotropowych w populacji ogólnej a zmienne socjodemograficzne

Zgodnie z oczekiwaniami leki psychotropowe stosowały częściej kobiety niż mężczyźni. Istotnych różnic między płciami nie stwierdzono tylko w wypadku leków przeciwpsychotycznych, farmaceutyki te – podobnie jak w innych krajach, w których realizowano badania według metodologii WMH – stosowało jednak niewielu badanych [1–4].

Leki psychotropowe najczęściej przyjmowali najstarsi respondenci, tj. osoby pomiędzy 50. a 64. rokiem życia. Ten wynik również nie jest zaskakujący, potwierdzają to bowiem inne badania prowadzone w ramach WMH [1, 3, 4], a także liczne inne badania wskazujące, że używanie leków psychotropowych rośnie wraz z wiekiem [por. 18]. Osoby starsze mogą bowiem doświadczać problemów emocjonalnych i zaburzeń zdrowia psychicznego spowodowanych ograniczeniem kontaktów społecznych po śmierci współmałżonków, rodzeństwa czy bliskich znajomych, a zarazem ograniczeniem autonomii wynikającej z coraz mniejszej sprawności psychofizycznej [19].

Poza wspomnianymi wyżej problemami zdrowia psychicznego czynnikiem zwiększającym ryzyko przyjmowania leków może być też osamotnienie, co potwierdziły badania przeprowadzone wśród osób w wieku od 55 do 84 lat, w których wykazano związek między poczuciem bycia samotnym a stosowaniem leków psychotropowych [20]. Samotność może także wyjaśniać wyniki prezentowanych tu badań, które wskazują, że w porównaniu z osobami będącymi w formalnych lub nieformalnych związkach osoby rozwiedzione oraz owdowiałe były bardziej skłonne przyjmować leki psychotropowe.

Zalecanie leków psychotropowych osobom starszym może być w pełni uzasadnione. Należy jednak pamiętać, że związane z wiekiem zmiany fizjologiczne wpływają na farmakokinetykę i farmakodynamikę leków, co zwiększa ryzyko wystąpienia działań ubocznych [19, 21]. Ponadto osoby starsze stosują również leki na inne dolegliwości, a przyjmowanie wielu różnych farmaceutyków zwiększa ryzyko interakcji i wynikających z tego negatywnych konsekwencji dla zdrowia [21]. Przyjmowanie leków

psychotropowych, w tym benzodiazepin, leków przeciwdepresyjnych i przeciwpsychotycznych, zwiększa też ryzyko upadków, a przez to złamań i związanych z tym komplikacji [21].

Leki psychotropowe były bardziej rozpowszechnione wśród emerytów, z zatem wśród osób z najstarszej grupy wiekowej, które są zarazem najbardziej narażone na ryzyko społecznej izolacji wywołującej poczucie samotności. Leki psychotropowe częściej stosowały także osoby z kategorii „inna sytuacja zawodowa, bezrobotni i renciści”. Podobnie w badaniach, które przeprowadzili Boyd i wsp. [2], osoby z kategorii „inne” oraz bezrobotni, zwłaszcza mężczyźni, byli bardziej skłonni przyjmować leki psychotropowe. Jak dowodzą autorzy przywołanego artykułu, do tej grupy badanych należą osoby pracujące w niepełnym wymiarze godzin albo prekariusze, czyli pracownicy zatrudnieni na umowach zwanych w Polsce „śmieciovymi”, a taki status łączy się z zagrożeniem utratą pracy i związanymi z tym obawami [2]. Badania potwierdzają zaś, że bez względu na poziom wsparcia społecznego mężczyźni doświadczający napięcia wynikającego z niepewności zatrudnienia używają benzodiazepin istotnie częściej niż kobiety w tej samej sytuacji zawodowej [2]. Ponadto, jak wskazują dane z krajów Unii Europejskiej, w tym z Polski, szczególnie zagrożone bezrobociem są osoby z najniższym wykształceniem [22], co do pewnego stopnia wyjaśnia, dlaczego leki psychotropowe były najbardziej rozpowszechnione wśród respondentów badania EZOP, którzy legitymowali się co najwyżej ukończonym gimnazjum.

Podsumowując, badania potwierdziły, że pogorszony status socjoekonomiczny (m.in. brak zatrudnienia i niskie wykształcenie) wiąże się z przyjmowaniem leków psychotropowych, co w literaturze przedmiotu wyjaśnia się tym, że osoby o niskim statusie socjoekonomicznym nie dysponują dostatecznym wsparciem społecznym, a zarazem doświadczają wyższego poziomu dystresu psychologicznego. Z kolei osoby o wyższym statusie cechuje pozytywna postawa wobec zdrowego stylu życia, co przekłada się na dbałość o wypoczynek i aktywność fizyczną. Osoby te są także bardziej skłonne podejmować działania zapobiegające zaburzeniom oraz korzystać z medycyny alternatywnej, niż stosować farmaceutyki [4].

Wreszcie mieszkańcy wsi, zwłaszcza w porównaniu z mieszkańcami małych i dużych miast, byli mniej skłonni przyjmować leki psychotropowe, co jest związane z lepszą dostępnością do psychiatrycznej opieki zdrowotnej w miastach [23] oraz z tym, że mieszkańcy Polski zamieszkujący małe gminy generalnie rzadziej korzystają z porad lekarskich [24].

Stosowanie leków psychotropowych wśród osób doświadczających zaburzeń zdrowia psychicznego

Przeprowadzone analizy wskazują, że większość osób, które doświadczały w ostatnim roku poważnych problemów zdrowia psychicznego, nie przyjmowała w tym czasie leków psychotropowych, leki te stosowało bowiem około 17% badanych ze stwierdzonymi zaburzeniami. W porównywalnych badaniach europejskich około 1/3 respondentów (32,6%) przyjmowało w ostatnich 12 miesiącach przynajmniej jeden z uwzględnionych w ankiecie leków psychotropowych [1]. Sugeruje to, że leczenie

farmakologiczne jest w Polsce rzadziej zalecane, przynajmniej w zestawieniu z bardziej zasobnymi krajami Europy.

W prezentowanych tu badaniach stwierdzono, że leczenie farmakologiczne, czyli przyjmowanie przynajmniej jednego z wymienionych leków psychotropowych, najczęściej potwierdzały osoby, u których zdiagnozowano depresję (ok. 44%) oraz ogólnie zaburzenia nastroju (ok. 42%). Leki przeciwdepresyjne stosowało około ¼ (24,8%) badanych z depresją, ale prawie tak samo często osoby te przyjmowały leki uspokajające i nasenne. Zbliżone wyniki uzyskano w przytaczanych wyżej badaniach europejskich, w których spośród osób cierpiących na depresję używanie jakichkolwiek leków psychotropowych potwierdziło około 43%, przyjmowanie leków przeciwdepresyjnych około 21%, a stosowanie leków uspokajających 32,5% badanych [1].

Według autorów cytowanego badania wyniki te nasuwają wątpliwości co do adekwatności obecnych metod leczenia depresji, gdzie niedostateczne korzystanie z leków przeciwdepresyjnych łączy się z zalecaniem farmaceutyków niespecyficznych, takich jak leki uspokajające [1]. Co więcej, leczenie depresji lekami na uspokojenie (benzodiazepinami) niesie ryzyko nasilenia depresji oraz uzależnienia, szczególnie przy długotrwałym używaniu tych leków [18, 25]. W tym kontekście warto też zwrócić uwagę, że w prezentowanych tu analizach około 25% badanych doświadczających ogólnie zaburzeń nastroju potwierdzało przyjmowanie leków uspokajających.

Osoby doświadczające zaburzeń lękowych rzadziej zgłaszały korzystanie z leków niż osoby z depresją i ogólnie zaburzeniami nastroju. Podobnie respondenci, u których stwierdzono problemy z używaniem alkoholu. Nie jest to zaskakujące, zważywszy na to, że zasadniczą metodą leczenia uzależnienia od alkoholu jest psychoterapia, a farmakoterapia stosowana jest tu jako metoda wspomagająca [26]. W wypadku osób, które nadużywają alkoholu, jest to w pełni uzasadnione. Wiadomo bowiem, że łączenie leków psychotropowych nawet z niewielkimi dawkami alkoholu jest bardzo ryzykowne, ponieważ może wywoływać efekt synergiczny. Alkohol wzmacnia ponadto uspokajające działanie leków przeciwdepresyjnych, benzodiazepin oraz leków nasennych [19].

Analiza różnic w przyjmowaniu leków psychotropowych między kobietami i mężczyznami, u których zdiagnozowano którykolwiek z problemów zdrowia psychicznego, wskazuje nieliczne istotne statystycznie różnice, z wyjątkiem leków psychotropowych łącznie oraz leków nasennych (były one bardziej rozpowszechnione wśród kobiet). Wyniki te są po części zgodne z danymi z międzynarodowych badań prowadzonych z wykorzystaniem metodologii WMH, w których stwierdzono „pewne istotne różnice pomiędzy płciami w przyjmowaniu leków psychotropowych jedynie wśród osób doświadczających w ostatnich 12 miesiącach zaburzeń nastroju i prawie żadnych wśród badanych z zaburzeniami lękowymi” [2, s. 785]. Jak dowodzą autorzy tych badań, częstość używania leków zależy od stopnia nasilenia symptomów choroby, a w wypadku, gdy symptomy są nasilone, nie odnotowuje się tu różnic między kobietami i mężczyznami [2]. Na przykład w badaniach amerykańskich podwyższony poziom depresji był skorelowany z częstszym używaniem leków przeciwdepresyjnych w takim samym stopniu u kobiet, jak i u mężczyzn [2].

Ograniczenia badań

Połowa (50,4%) wylosowanych osób wzięła udział w badaniach. Niewykluczone, że bardziej skłonne do odmowy udziału w badaniu są osoby, które doświadczają problemów zdrowia psychicznego. Należy bowiem pamiętać, że choroba psychiczna łączy się nadal ze stygmatyzacją, co skłania do ukrywania tych problemów zdrowotnych nie tylko przed osobami postronnymi, takimi jak ankieterzy, ale także przed najbliższym otoczeniem [4, 27]. Co więcej, osoby z poważnymi zaburzeniami zdrowia mogą być trudniej dostępne ze względu na pogorszone samopoczucie lub dlatego, że przebywają w placówkach leczenia psychiatrycznego.

Informacje o przyjmowanych lekach pochodziły od samych badanych. Tak więc, mimo że respondenci oraz ankieterzy dysponowali książeczkami zawierającymi przykłady nazw handlowych leków psychotropowych, uczestnicy mogli mieć trudności z przypomnieniem sobie nazw leków stosowanych w ostatnim roku, szczególnie jeśli przyjmowali te farmaceutyki kilka miesięcy przed wywiadem. Badania wskazują bowiem, że mniej więcej połowa osób, którym zalecono leki psychotropowe, zaprzestaje ich używania w pierwszym roku leczenia [2]. Problem ten dotyczy zwłaszcza kobiet znajdujących się w trudnej sytuacji społecznej i ekonomicznej [2].

Osoby badane były pytane o grupy przyjmowanych leków, nie zaś o konkretne nazwy stosowanych farmaceutyków, nie jest więc możliwe zaprezentowanie danych dotyczących leków najpowszechniej używanych w poszczególnych grupach. W projekcie nie uwzględniono także leków uspokajających i nasennych oraz przeciwdepresyjnych, które są dostępne bez recepty (OTC) i szeroko reklamowane. Według danych Centrum Badania Opinii Publicznej leki OTC oraz suplementy diety stosuje zdecydowana większość dorosłych Polaków (89%). Najbardziej rozpowszechnione są środki przeciwbólowe i przeciwzapalne, a także łagodzące objawy przeziębienia lub grypy. Niemniej 13% uczestników tych badań stosowało w ostatnim roku przynajmniej 1–2 razy leki uspokajające i nasenne [11].

Wnioski

Wyniki badań wskazują na niewielkie rozpowszechnienie stosowania leków psychotropowych wśród dorosłych mieszkańców Polski w porównaniu z większością rozwiniętych krajów europejskich. Co więcej, większość osób, które doświadczają problemów zdrowia psychicznego, nie korzysta z leczenia farmakologicznego. Dotyczy to szczególnie zaburzeń lękowych. Z kolei część pacjentów, którzy otrzymują leki, jest prawdopodobnie leczona nieprawidłowo, np. z zastosowaniem benzodiazepin, co może po dłuższym okresie prowadzić do pogłębienia zaburzeń oraz do uzależnienia. Dostępność leczenia psychiatrycznego jest bardzo ograniczona, zwłaszcza do placówek leczenia ambulatoryjnego. Aby można było mówić o poprawie w tym zakresie, konieczne jest stałe szkolenie zarówno specjalistów – psychiatrów, jak i lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, co postulują także badacze w innych krajach [18]. Należy również zapewnić ciągłość opieki między specjalistycznym leczeniem psychiatrycznym i podstawową opieką zdrowotną, jako że dostępność do leczenia

psychiatrycznego jest nadal ograniczona, brakuje szczególnie placówek leczenia ambulatoryjnego. Niezbędne są też zdecydowane i szeroko zakrojone działania na rzecz promocji zdrowia psychicznego. Jak pisali autorzy raportu z badania EZOP I: „Ochrona zdrowia [...] nie jest w stanie w sposób decydujący wpłynąć na stan zdrowia psychicznego ludności. [...] jej wpływ na źródła niezadowolającej kondycji psychicznej jest ograniczony. Potrzebne są zdecydowane działania na rzecz promocji zdrowia psychicznego” [28, s. 276].

Piśmiennictwo

1. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H i wsp. *Psychotropic drug utilization in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project*. Acta Psychiatr. Scand. Suppl. 2004; (420): 55–64. doi: 10.1111/j.1600-0047.2004.00331.x. PMID: 15128388.
2. Boyd A, Van de Velde S, Pivette M, Ten Have M, Florescu S, O’Neill S i wsp. *Gender differences in psychotropic use across Europe: Results from a large cross-sectional, population-based study*. Eur Psychiatry 2015; 30(6): 778–788. doi: 10.1016/j.eurpsy.2015.05.001. Epub 2015 Jun 4. PMID: 26052073.
3. Campanha AM, Siu ER, Milhoreanca IA, Viana MC, Wang Y-P, Andrade LH. *Use of psychotropic medications in São Paulo Metropolitan Area, Brazil: Pattern of healthcare provision to general population*. Pharmacoeconomics and Drug Safety. 2015; 24(11): 1207–1214.
4. Grinshpoon A, Marom E, Weizman A, Ponizovsky AM. *Psychotropic drug use in Israel: Results from the national health survey*. Prim. Care Companion J. Clin. Psychiatry 2007; 9(5): 356–363. doi: 10.4088/pcc.v09n0504.
5. Estancial Fernandes CS, de Azevedo RCS, Goldbaum M, Barros MBA. *Psychotropic use patterns: Are there differences between men and women?* PLoS One 2018; 13(11): e0207921. PMID: 30475871; PMCID: PMC6257918.
6. Pisarska A, Ostaszewski K. *Medicine use among Warsaw ninth-grade students*. Drugs: Educ. Prev. Policy 2011; 18(5): 361–370.
7. Ottová-Jordan V, Smith OR, Augustine L, Gobina I, Rathmann K, Torsheim T i wsp. *Trends in health complaints from 2002 to 2010 in 34 countries and their association with health behaviours and social context factors at individual and macro-level*. Eur. J. Public Health 2015; 25(Suppl 2): 83–89. doi: 10.1093/eurpub/ckv033.
8. Wool CA, Barsky AJ. *Do women somatize more than men? Gender differences in somatization*. Psychosomatics 1994; 35(5): 445–452. doi: 10.1016/S0033-3182(94)71738-2.
9. Gołda A, Dymek J, Pelka P, Skowron A. *Jak polscy pacjenci stosują psychotropowe leki nasenne i przeciwłękowe: raport cząstkowy z badania kwestionariuszowego prowadzonego w aptekach ogólnodostępnych*. Farmacja Polska 2018; 74(5): 267–273.
10. Pisarska A. *Samoleczenie się 15-letniej młodzieży*. W: Ostaszewski K i wsp. red. *Monitorowanie zachowań ryzykownych, zachowań nałogowych i problemów zdrowia psychicznego młodzieży. Badania mokotowskie 2004–2016, Badania ukraińskie, obwód lwowski*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie; 2016. S. 77–96.
11. CBOS. *Leki dostępne bez recepty i suplementy diety*. https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2016/K_158_16.PDF (dostęp: 12.04.2022).

12. Turner S, Mota N, Bolton J, Sareen J. *Self-medication with alcohol or drugs for mood and anxiety disorders: A narrative review of the epidemiological literature*. *Depress. Anxiety* 2018; 35(9): 851–860. doi: 10.1002/da.22771.
13. Nielsen MW, Hansen EH, Rasmussen NK. *Patterns of psychotropic medicine use and related diseases across educational groups: National cross-sectional survey*. *Eur. J. Clin. Pharmacol.* 2004; 60(3): 199–204. doi: 10.1007/s00228-004-0741-4.
14. Wells KB, Kamberg C, Brook R, Camp P, Rogers W. *Health status, sociodemographic factors, and the use of prescribed psychotropic drugs*. *Med. Care* 1985; 23(11): 1295–1306. doi: 10.1097/00005650-198511000-00008.
15. Kessler RC, Heeringa SG, Pennell B-E, Sampson NA, Zaslavsky AM. *Methods of the world mental health surveys*. W: Scott KM, Jonge de P, Stein DJ, Kessler RC. red. *Mental disorders around the world: Facts and figures from the world mental health*. Cambridge: Cambridge University Press; 2018. S. 9–40. <https://doi.org/10.1017/9781316336168>
16. Moskalewicz J, Świątkiewicz G, Kiejna A, Kantorska-Janiec, Wojtyniak B, Rabaczko D. *Wstęp*. W: Moskalewicz J, Kiejna A, Wojtyniak B. red. *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski: raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2012. S. 9–17.
17. Kiejna A, Adamowski T, Piotrowski P, Moskalewicz J, Wojtyniak B, Świątkiewicz G i wsp. *„Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej. EZOP – Polska” – metodologia badania* *Psychiatr. Pol.* 2015; 49(1): 5–13. doi: 10.12740/PP/30810.
18. Ohayon MM, Lader MH. *Use of psychotropic medication in the general population of France, Germany, Italy, and the United Kingdom*. *J. Clin. Psychiatry* 2002; 63(9): 817–825. doi: 10.4088/jcp.v63n0912.
19. Du Y, Wolf IK, Knopf H. *Psychotropic drug use and alcohol consumption among older adults in Germany: Results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults 2008–2011*. *BMJ Open* 2016; 6(10): e012182. doi: 10.1136/bmjopen-2016-012182.
20. Boehlen F, Herzog W, Quinzler R, Haefeli WE, Maatouk I, Niehoff D i wsp. *Loneliness in the elderly is associated with the use of psychotropic drugs*. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 2015; 30(9): 957–964. doi: 10.1002/gps.4246.
21. Ćurković M, Dodig-Ćurković K, Erić AP, Kralik K, Pivac N. *Psychotropic medications in older adults: A review*. *Psychiatr. Danub.* 2016; 28(1): 13–24.
22. Łopatka A. *Analiza wpływu poziomu wykształcenia na poziom bezrobocia w Polsce i Unii Europejskiej*. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Współczesne Problemy Ekonomiczne: Globalizacja. Liberalizacja. Etyka. 2015; 10: 111–120.
23. Teleon A, Włoszczak-Szubda A. *Świadczenia z obszaru zdrowia psychicznego publicznej opieki zdrowotnej dla mieszkańców wsi i miast w Polsce*. *Med. Ogólna Nauki Zdr.* 2018; 24(4): 205–209.
24. Piotrowski W, Polakowska M. *Dostępność usług medycznych na wsi i w mieście. Badanie WOBASZ*. *Med. Ogólna Nauki Zdr.* 2010; 16(XLV)4: 485–495.
25. O’Brien CP. *Benzodiazepine use, abuse, and dependence*. *J. Clin. Psychiatry* 2005; 66(Suppl 2): 28–33.
26. Fudała J. *Leczenie osób uzależnionych od alkoholu w Polsce*. W: Miller PM. red. *Terapia uzależnień. Metod oparte na dowodach naukowych*. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego; 2013. S. 441–461.

27. Isaksson A, Corker E, Cotney J, Hamilton S, Pinfold V, Rose D i wsp. *Coping with stigma and discrimination: Evidence from mental health service users in England*. *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* 2018; 27(6): 577–588. doi: 10.1017/S204579601700021X.
28. Moskalewicz J, Wiórka J, Kiejna A, Wojtyniak B. *Podsumowanie – rozpowszechnienie, bariery i rekomendacje*. W: Moskalewicz J, Kiejna A, Wojtyniak B. red. *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski: raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2012. S. 267–277.

Adres: Agnieszka Pisarska
Instytut Psychiatrii i Neurologii
e-mail: agapisar@ipin.edu.pl

Otrzymano: 27.04.2022

Zrecenzowano: 18.09.2022

Otrzymano po poprawie: 10.11.2022

Przyjęto do druku: 21.01.2023