

*Helena Baran-Furga, Karina Steinbarth-Chmielewska*

## **KONSEKWENCJE KLINICZNE WPŁYWU CZĘSTSZEGO UŻYWANIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH NA WYSTĘPOWANIE ZJAWISKA TZW. „PODWÓJNYCH ROZPOZNAŃ”**

Zespół Profilaktyki i Leczenia Uzależnień Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

### **Streszczenie**

Zainteresowanie pacjentami z „podwójną diagnozą” (DD) wynika z powodu zwiększenia się liczby omawianej grupy i trudności w jej leczeniu. Od kilkunastu lat postępuje proces „normalizacji” pozycji narkotyków w kulturze młodzieżowej. Psychoaktywne właściwości przyjmowanych substancji często „nakładają się” na objawy choroby psychicznej lub ją precypitują. Z uzależnieniem/szkodliwym użytkowaniem narkotyków najczęściej współwystępują następujące choroby/zaburzenia psychiczne: epizody depresyjne, zaburzenia nerwicowe, osobowości i odżywiania się, psychozy schizotypowe, schizofrenia oraz zespoły organiczne. Wśród pacjentów z DD szczególną uwagę poświęca się chorym z objawami psychotycznymi. Nadal pozostaje bez odpowiedzi pytanie, czy halucynogeny mogą uwolnić endogenną chorobę psychiczną, np. schizofrenię. Obserwacje kliniczne potwierdzają, że pacjenci z DD krócej pozostają w leczeniu, są częściej hospitalizowani, mają więcej zachowań agresywnych i samobójczych oraz gorsze wyniki po leczeniu w porównaniu z chorymi na jedną chorobę. W wyniku doświadczeń przyjęto ogólne zasady leczenia i postępowania: farmakoterapia uzależnienia i choroby psychicznej, zapobieganie nawrotom uzależnienia, przewagę oddziaływań psychologicznych indywidualnych, powolne realizowanie etapów leczenia, ciągłość opieki.

### **Summary**

Growing interest in patients with dual diagnosis (DD) results from the rising number of such cases and difficulty in their treatment. A process of drug use “normalization”, i.e. regarding drugs as something “normal” in the youth culture, has been observed for over a decade now. Psychoactive properties of drugs often precipitate or are superimposed on symptoms of mental illness. Drug abuse/dependence is most often concurrent with the following mental diseases/disorders: depressive episodes, neurotic or personality disorders, eating disorders, schizophreniform psychoses, schizophrenia and organic syndromes. As regards DD patients, particular attention is paid to those with psychotic symptoms. Whether hallucinogens may trigger an endogenous mental illness, e.g. schizophrenia, remains an open question. Clinical observations confirm that in comparison to those suffering from a single disorder, DD patients receive treatment for a shorter period, are hospitalized more often, more frequently manifest aggressive and suicidal behaviors, and their treatment outcome is poorer. On the grounds of clinical experience the following general principles of treatment and management of DD patients have been generally accepted: simultaneous pharmacological treatment of substance dependence and mental disorder(s), relapse prevention, predominance of individual psychological therapy, slow but systematic implementation of the treatment plan, continuity of care.

---

**Słowa kluczowe:** podwójna diagnoza

**Key words:** dual diagnosis

---

Podwójna diagnoza (*dual diagnosis DD*) nie jest rozpoznaniem lecz terminem klinicznym, który powstał do określenia problemów związanych z konkretną grupą pacjentów. DD jest zarezerwowana dla współwystępowania używania substancji psychoaktywnych i innych zaburzeń/chorób psychicznych i znaczenie tego terminu jest zmiennie interpretowane. Zaburzenia związane z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych precyzowane są do dwóch podstawowych jednostek chorobowych: uzależnienia i używania szkodliwego/nadużywania. Znacznie większe różnice występują w kwalifikowaniu współwystępujących zaburzeń/chorób psychicznych; część autorów łączy tu wszelkie choroby i zaburzenia psychiczne; część zawęża do kilku fundamentalnych, jak: schizofrenia, choroby afektywne, inne psychozy.

Kolejna grupa badaczy dołącza jeszcze osobowość dysocjalną oraz zaburzenia odżywiania się. Niemniej wydaje się, że rozpoznawane w praktyce lekarsko-psychologicznej współwystępowanie dwóch lub więcej zaburzeń psychicznych (w tym jedna związana jest z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych) zwane „podwójną diagnozą” dobrze oddaje „podwójne” problemy, na które napotyka zespół leczący.

Zainteresowanie pacjentami z DD wynika nie tylko z przyczyn poznawczych, ale także z powodu zwiększania się liczebności omawianej grupy i trudności w leczeniu. Od kilkunastu lat postępuje proces „normalizacji” pozycji narkotyków w kulturze młodzieżowej – wzrasta rekreacyjne, towarzyskie i eksperymentalne ich używanie (Calafat, 2000). Psychoaktywne właściwości przyjmowanych substancji często „nakładają się” na objawy choroby psychicznej lub ją precypitują. Pogorszenie przebiegu psychozy, skracanie okresu remisji, zaburzenie farmakoterapii (interakcje, niwelowanie działania antypsychotycznego czy przeciwdepresyjnego leków, nieregularne ich przyjmowanie itp.) powoduje szereg problemów trudnych do rozwiązania. Okresami współpraca (*compliance*) z pacjentami z DD jest wręcz niemożliwa.

W poprzednich latach przykładano duże znaczenie do pierwotności występowania zaburzeń (które z nich było pierwotne?). Takie rozróżnienie bywa trudne, niekiedy wręcz niemożliwe, a w praktyce klinicznej mało przydatne. Podstawowe choroby, zawarte w rozumieniu podwójnej diagnozy, wymagają leczenia niezależnie od relacji przyczynowo-skutkowych występujących pomiędzy nimi. Teoretycznie można założyć następujące podstawowe relacje:

- główna choroba psychiczna jest przyczyną sięgania po substancje psychoaktywne w celu mniej lub bardziej uświadomionej próby samoleczenia,
- przyjmowanie substancji psychoaktywnych powoduje powstanie objawów, zespołów psychopatologicznych, które mogą utrzymywać się przez wiele miesięcy lub precypitować „uwolnienie” psychozy,
- współwystępujące choroby są pierwotne, bez związku przyczynowego (*dual primary diagnosis*),

- obecność niespecyficzných czynników genetycznych, lub innych uwarunkowań biologicznych czy społecznych, które leżą u podstaw obu zaburzeń np.: bezdomność jest czynnikiem ryzyka dla wystąpienia zespołu depresyjnego i uzależnienia.

Brak jest danych dotyczących rozpowszechnienia DD wśród Polaków. Dane statystyczne obrazujące to zagadnienie dotyczą głównie USA. i Europy Zachodniej. Przyjmowanie substancji psychoaktywnych przez osoby z zaburzeniami/chorobami psychicznymi jest częstsze niż w generalnej populacji. Ocenia się szacunkowo (Regier i wsp., 1990), że w ciągu życia 6,1% populacji ogólnej przyjmuje okresowo narkotyki, natomiast 47% chorych z rozpoznaniem schizofrenii sięga po narkotyki, 32% osób z zaburzeniami afektywnymi, 24% z zaburzeniami lękowymi. Jednocześnie wiadomo, że osoby używające narkotyków eksperymentalnie, towarzysko, stresopochodnie mieszczą się w grupie największego ryzyka powikłań medycznych takich, jak: przedawkowania, zakażenia, urazy itp.

Z uzależnieniem/używaniem szkodliwym najczęściej współwystępują następujące choroby/zaburzenia psychiczne: epizody depresyjne, zaburzenia nerwicowe, osobowości i odżywiania się, psychozy schizotypowe, schizofrenia i zaburzenia schizoafektywne oraz zespoły organiczne. Zdecydowanie rzadziej współwystępują: epizody maniakalne, paranoja, zaburzenia hipochondryczne i konwersyjne. Przeprowadzone badania, nie wśród chorych psychicznie tylko wśród uzależnionych, dowodzą, że u 50–80% z nich okresowo występują zaburzenia psychiczne (Baran-Furga, 1999). I tak stwierdza się:

- u 76% nadużywających i uzależnionych od kokainy objawy psychotyczne i u 50% objawy depresyjne,
- u 40–50% uzależnionych od opiatów osobowość dysocjalną oraz u 12–62% zaburzenia depresyjne,
- depresję u 50% i stany lękowe u 80% uzależnionych od leków nasennych i uspokajających.

Trudności diagnostyczne sprawiają zaburzenia afektywne występujące u osób uzależnionych, ponieważ wiele objawów jest wspólnych dla obu jednostek chorobowych. Z tego powodu takie objawy jak: zaburzenia nastroju, napeędu, snu, niepokój i lęk, myśli i tendencje samobójcze, zmniejszenie masy ciała, zaburzenia miesiączkowania i zaparcia mają względną wartość diagnostyczną. Również nasilenie tych objawów nie jest czynnikiem różnicującym. Dodatkowe trudności sprawia fakt, że przyjmowaniu substancji psychoaktywnych towarzyszą zaburzenia nastroju. Podwyższenie nastroju jest zazwyczaj reakcją na użycie substancji psychoaktywnej, natomiast obniżenie nastroju jest najczęściej skutkiem sumowania się wielu czynników: farmakologicznego działania substancji na organizm, złego stanu somatycznego, sytuacji życiowej chorego (osamotnienia, stereotypowości funkcjonowania psychicznego i społecznego, stałego zagrożenia związanego

z konfliktami z prawem, marginalizacji, ubóstwa materialnego, bezdomności). Znaczne obniżenie nastroju trwające około miesiąca obserwuje się najczęściej po zaprzestaniu przyjmowania kokainy, amfetaminy, umiarkowane lub nieznaczne – opiatów. Te objawy najczęściej występują w ramach objawów zespołu abstynencyjnego. Objawy zespołu abstynencyjnego nie ograniczają się tylko do ostrej fazy; uważa się, że faza przewlekła może trwać do 6–9 miesięcy. Z zasady jednym z przewlekających się objawów jest obniżony nastrój z anhedonią i skrócenie czasu snu. Często rozpoznawanie choroby depresyjnej następuje na podstawie pojedynczych objawów, bez uwzględnienia dokładnego wywiadu przedchorobowego i przebiegu uzależnienia. Prawdopodobnie z tego powodu w piśmiennictwie możemy znaleźć tak znaczne różnice w danych statystycznych dotyczących współwystępowania zaburzeń afektywnych – i używania substancji psychoaktywnych. Stosunkowo dobrze opracowane są badania dotyczące współwystępowania zaburzeń afektywnych i uzależnienia od opiatów. Zaburzenia depresyjne o różnym nasileniu występują u 12% przewlekle zażywających heroinę (Rich, 1989), u 17% leczonych metadonem (Chatam, 1995), u 30% pozostających w programach *drug free* (Clerici, 1987); myśli samobójcze miewa 30–75% pacjentów (Rossow, 2001); próby samobójcze są 10-krotnie częstsze niż w generalnej populacji (Humeniuk, 2000) i prawie w 70% dotyczą ludzi młodych do 30 roku życia (Rich, 1989).

Współwystępowanie zaburzeń lękowych oraz problemów związanych z alkoholem jest zdecydowanie lepiej opracowane w piśmiennictwie. Najczęściej cytowaną jest koncepcja samoleczenia lęku alkoholem. Znacznie mniej zbadano związek między zaburzeniami lękowymi a używaniem narkotyków, choć wydaje się, że narkotyki mogą mieć zastosowanie w samoleczeniu podobnie jak alkohol. Massion i wsp. (1993) wykazali, że w grupie pacjentów z lękiem uogólnionym 11% używało narkotyków; uważają, że rozpoznawanie DD u chorych z zaburzeniami lękowymi jest nadużywane. Lęk napadowy i przewlekły są komponentami zarówno przewlekłej intoksykacji (amfetaminy, kokaina, leki uspokajające i nasenne), jak i zespołów odstawiennych. Częściej zaburzenia lękowe związane są z wymienionym stanami, rzadziej występuje lęk pierwotny. Określenie pierwotności zaburzenia w okresie krótszym niż sześciomiesięczna abstynencja jest praktycznie niemożliwe. W tym okresie z zasady podejmowane jest leczenie, co znacznie ogranicza możliwość jednoznacznej diagnozy. W trakcie diagnozowania pacjentów, zarówno z lękiem uogólnionym czy napadowym, należy dokładnie zebrać wywiad w kierunku nadużywania kofeiny, która jest substancją stymulującą i lękotwórczą. Lękotwórcze działanie kofeiny jest często pomijane jako przyczyna objawów zarówno przez pacjentów, jak i klinicystów. Nadużywanie/uzależnienie od benzodiazepin może także prowadzić do wystąpienia zaburzeń lękowych. Jednocześnie wiadomo, że najczęściej przepisywanymi lekami przeciwłękowymi są właśnie te leki. Stosują je powszechnie lekarze innych specjalności niż psychiatry. Pacjenci z zaburzeniami lękowymi oraz stresowymi pourazowymi mieszczą się w grupie osób największego ryzyka uzależnienia od alkoholu i leków uspokajających.

Wśród pacjentów z rozpoznaniem DD szczególną uwagę poświęca się chorym z objawami psychotycznymi. Iluzje słuchowe i wzrokowe, omamy są podstawowo-

wym efektem działania substancji halucynogennych zarówno naturalnych, np. konopie, grzyby halucynogenne, meskalina, jak i syntetycznych, np. LSD, ekstazy, fencyklidyny. Działanie psychomimetyczne środków halucynogennych oraz przebieg psychozy zależny jest m.in. od dawki, częstości i systematyczności przyjmowania substancji oraz predyspozycji i cech osobowości danej osoby. W praktyce lekarskiej, psychologicznej nie często obserwuje się ostre stany psychotyczne u osób systematycznie przyjmujących narkotyki, np. marihuanę. Z drugiej strony, nie aż tak rzadko, szczególnie w oddziałach psychiatrycznych leczeni są pacjenci, którzy kilka razy palili marihuanę, albo przyjęli LSD i wystąpiły u nich objawy np. zespołu schizofrenopodobnego. Burant i wsp. (1992) zakładają, że pacjenci, u których mimo zachowywania abstynencji od narkotyku, utrzymują się przez 3 do 6 miesięcy objawy choroby psychicznej chorują na dwie niezależne/pierwotne choroby psychiczne. W początkowym okresie występowania objawów pozytywnych, przy zachowywanej abstynencji, prawidłowe rozpoznanie może nastęrczać znaczne trudności. Nadal pozostaje bez odpowiedzi pytanie, czy substancje halucynogenne mogą uwolnić endogenną chorobę, np. schizofrenię. Współwystępowanie schizofrenii/choroby schizoafektywnej i uzależnienia od opiatów oceniane jest w granicach 0,2% do 5% (Maremmani, 2003). Interesujący jest fakt, że mimo działania antypsychotycznego opiatów/opioidów są one rzadko wybierane przez osoby chore na schizofrenię, które preferują alkohol i substancje stymulujące (Marsden, 2000)

Liczne badania wykazują, że w grupie osób z rozpoznaniem DD odnotowuje się znaczny odsetek pacjentów z rozpoznaniem uzależnienia od opiatów i osobowości dys socjalnej lub typu borderline. Cechą charakterystyczną omawianej grupy jest inicjacja narkotyczna w wieku młodzieńczym oraz oporność objawów na leczenie (Skodoł, 1999). Ta grupa osób stanowi trzon leczonych w oddziałach detoksykacyjnych, rehabilitacyjnych, programach metadonowych. Wydaje się, że u tych pacjentów zbyt pochopnie rozpoznawana jest osobowość dys socjalna. Zazwyczaj badania przeprowadza się w trakcie używania narkotyków. Funkcjonowanie indywidualne i społeczne (uczuciowość, kontrola popędów, relacje z ludźmi, procesy kognitywne, przestrzeganie praw i obowiązków społecznych) osób czynnie uzależnionych upodabniają ich do funkcjonowania osób z osobowością dys socjalną, narcystyczną, borderline. Pacjenci, u których rozpoznawano zaburzenia osobowości w okresie przyjmowania narkotyków, w okresie długoterminowej abstynencji nie spełniali kryteriów osobowości dys socjalnej (Dulit, 1990).

Uzależnienie/nadużywanie jest dość często obserwowane u pacjentek z zaburzeniami odżywiania się (znacznie rzadziej u mężczyzn). Szczególnie często przyjmują substancje psychoaktywne pacjentki z bulimią (około 22,9% jest uzależnionych od alkoholu) oraz z anoreksją typu żarłoczno/wydalającego (7 razy częściej przyjmują narkotyki niż pacjentki z anoreksją). Chore te wybierają zazwyczaj substancje stymulujące (amfetamina, kokaina) ponieważ psychostymulujące i anorektyczne działanie tych substancji jest pomocne w zaspakajaniu objawów, podtrzymywaniu zaburzeń odżywiania się: wzmagają wydolność fizyczną i psychiczną, hamują lub niwelują głód pokarmu. Często stan ogólny pacjentek jest określany jako ciężki (sumowanie się działania wyniszczającego substancji psychoaktywnych

i niedoborów pokarmowych), Współwystępowanie tych dwóch chorób jest obciążone dużym ryzykiem podejmowania prób samobójczych. Ta grupa pacjentów wymaga stałego profesjonalnego leczenia obu schorzeń. Często niezbędne jest długotrwałe leczenie szpitalne.

Problemy związane z paleniem tytoniu i współwystępowaniem chorób psychicznych praktycznie nie znajdują uwagi w praktyce psychiatrycznej, ponieważ uzależnienie od tytoniu było/jest traktowane bardziej jako problem internistów, onkologów, kardiologów niż psychiatrów. W ostatniej dekadzie pojawia się coraz więcej prac opisujących powiązania etiopatogenetyczne między chorobami psychicznymi a uzależnieniem od tytoniu, natomiast nie jest nam znane żadne badanie, które mogłoby stanowić podstawę do standaryzacji postępowania w detoksykacji od tytoniu chorych na schizofrenię i z chorobami afektywnymi.

Obserwacje kliniczne potwierdzają, że pacjenci z DD krócej pozostają w leczeniu, są częściej hospitalizowani (Linszen, 1994), mają więcej zachowań agresywnych (Cuffel, 1994) i samobójczych (Bartels 1992) oraz wyniki leczenia są gorsze niż u chorych z jedną chorobą. W wyniku wieloletnich doświadczeń przyjęto następujące ogólne zasady leczenia i postępowania:

- stosowanie farmakoterapii zaburzeń psychicznych oraz farmakoterapii uzależnienia,
- zapobieganie nawrotom czynnego uzależnienia,
- edukacja o skutkach zdrowotnych (psychicznych i somatycznych) przyjmowania substancji psychoaktywnych,
- przewaga oddziaływań psychologicznych indywidualnych nad oddziaływaniami grupowymi,
- powolne realizowanie etapów leczenia,
- ciągłość opieki,
- współpraca z rodziną.

Trudności w leczeniu pacjentów z DD w istotny sposób są potęgowane przez braki w systemie służby zdrowia. Zazwyczaj placówki nastawione na leczenie osób uzależnionych oderwane są w swej strukturze leczniczej/organizacyjnej od placówek psychiatrycznych i stanowią oddzielne systemy. Systemy te praktycznie wzajemnie wykluczają terapię chorych z DD. Jednym z rozwiązań wydają się być tworzone tzw. modele współpracy krzyżowej (1997), które powstają z „układania w pary” odpowiednich jednostek z pola uzależnień oraz chorób psychicznych w tych samych okręgach geograficznych. Wybrane i połączone wspólnym celem placówki świadczą sobie wymiennie usługi: zazwyczaj personel ze strony placówek psychiatrycznych zajmuje się diagnozowaniem, farmakoterapią, całościową opieką lekarską, medycznym zarządzaniem, natomiast z pionu uzależnień działaniami w ramach programów redukcji szkód, edukacją, zapobieganiem nawrotom oraz specjalistycznymi treningami. Wzrost umiejętności i wiedzy w zespołach leczących o heterogeniczności DD narzuca zróżnicowany, elastyczny i tolerancyjny system leczenia.

**Piśmiennictwo**

1. Baran-Furga H., Chmielewska K. (1999) Uzależnienia – obraz kliniczny i leczenie. Wyd. PZWL, Warszawa.
2. Bartels S.J., Drake R.E. & McHugo G.J. (1992) Alcohol abuse, depression, and suicidal behaviour in schizofrenia. *American Journal of Psychoatry* 149, 394–395.
3. Burant B., Liepman M.R., Miller M. M. (1992) Mental Health Disorders and Their Impact on Treatment of Addictions. W *Additive Disorders* red. Fleming M.F., Barry K.L. Mosby-Year Book, Inc. 315–337.
4. Chatam L.R., Knight K., Simpson D.D. (1995) Suicidality in a sample of methadone maintenance clients. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 21(3), 345–361.
5. Clerici M., Capitanio C., Garini R., Carta I. (1987) Tossicodipendenza ed interventi psicoterapeutici; Il profilo psicopatologico del tossicodipendente da eroina. *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*. 48, 546–559.
6. Cuffel B.J., Shumway M., Chouljian T.L. & MacDonald T. (1994) A longitudinal study of substance use and community violence in schizofrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease* 182, 704–708.
7. Dulit R.A., Fyer M.R., Haas G.L., Sullivan T., Frances A.J. (1990). Substance use in borderline personality disorder. *Psychiatry*. 147, 1002–1004.
8. Humeniuk R., Ali R., Withe J., Hall W., Farrel M. (2000) Proceedings of the expert workshop on induction and stabilisation of patients onto methadone, NIDA, Adelaide.
9. Johnson S. (1997) Dual diagnosis and severe mental illness and substance misuse; a case for specialist services? *British Journal of Psychiatry* 171, 205–208.
10. Linszen D.H., Dingemans P.M. & Lenior M.E., (1994) Cannabis abuse and the course of recent-onset schizofrenia. *Archives of general Psychiatry* 51, 273–279.
11. Maremmani I., Pacini M., Lovrecic M., Lubrano S., Perugi G. (2003) Agonist Opioid Maintenance –Usefulness in Treatment of Comorbid Psychiatric Diseases. W *Maintenance Treatment of Heroin Addiction* red. Waal H., Haga E. wyd. J.W. Cappelen Forlag Oslo 221–227.
12. Marsden J., Gossop M., Stewart D., Rolfe A., Farrell M. (2000) Psychiatric symptoms among clients seeking treatment for drug dependence. *British Journal of Psychiatry* 176, 285–289.
13. Massion A.O., Warshaw M.G. & Keller M.B. (1993) Quality of life and psychiatric morbidity in panic disorder and generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry* 150 (4), 600–607.
14. Regier D.A., Farmer M.E., Rae D.S. i wsp. 1990 Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiological Catchment Area (ECA) Study. *Journal of the American medical Association* 264, 2511–2518.
15. Rich C.L., Fowler R.C., Young D. (1989) Substance abuse and suicide: the S. Diego study. *Annals of Clinical Psychiatry*. I: 70–79.
16. Rossow I., Lauritzen G. (2001) Shattered childhood: a key issue in suicidal behavior among drug addicts? *Addoction*. 96 (2). 227–240.
17. Skodol A.E., Oldhan J.M. & Gallaher P.E. (1999) Axis II comorbidity of substance use disorders among patients referred for treatment of personality disorders. *American Journal of Psychiatry* 156 (5), 733–738.