

Podwójna diagnoza u osób uzależnionych lub szkodliwie używających substancji psychoaktywnych

Dual diagnosis in psychoactive substance abusing or dependent persons

Michał Błachut¹, Karina Badura-Brzoza¹, Magdalena Jarząb²,
Piotr Gorczyca¹, Robert Teodor Hese²

¹ Oddział Kliniczny Psychiatrii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
Kierownik: dr hab. n. med. P. Gorczyca

² Oddział Psychiatryczny Wielospecjalistycznego Szpitala Powiatowego w Tarnowskich Górach
Ordynator: dr hab. n. med. P. Gorczyca

Summary

Background. There has been noticed a systematic growth of using psychoactive substance (SP) in last years. The co-occurrence of mental and physical disorders related to substance abuse of treated patients is more often a serious problem to medical services. Dual diagnosis (DD) is a clinical term referring to co-morbidity or the co-occurrence in the same individual of a psychoactive substance use disorder and another psychiatric disorder. The aim of the study is to investigate the prevalence of dual diagnosis in patients with diagnosis of substance use disorder hospitalized in years 1994-2005, to assess the kind of co-morbid mental disorders and the course of treatment in three groups: patients with DD, with diagnosis of mental disorder without substance use and with diagnosis related to substance use.

Methods. The retrospective study of 4 349 case records of patients hospitalized in the department of psychiatry in years 1994–2005. Out of this number two groups of patients were separated: persons abusing or dependent on SP (n = 825) and patients with dual diagnosis (n = 362). The control group (n = 200) was created among patients with mental disorders and without SP abuse. Socio-demographic factors, number and the length of hospitalizations, aggressive behaviours, suicide attempts, discharges from hospital on demand were analyzed. In the DD group there was an attempt to evaluate the relation between substance use disorders and co-occurring mental disorders performed.

Results. The frequency of DD among all patients hospitalized in the studied period of time was 8.3%, whereas among patients abusing SP was 30.5%. This study demonstrates that patients with the DD are statistically longer hospitalized, discharged from hospitals at their own request and more often need treatment in hospitals, statistically more often try to commit suicide and perform aggressive behavior. Mental disorders were substantially often secondary to substance related disorders in the DD group. There was proved that patients mainly abused alcohol and the most frequent mental disorder were mood (affective) disorders.

Słowa kluczowe: podwójna diagnoza, uzależnienie, zaburzenia nastroju

Key words: dual diagnosis, dependence, mood disorders, substance-related disorders

Wstęp

Podwójna diagnoza (PD) jest terminem klinicznym, który określa współwystępowanie u tej samej osoby zaburzenia psychicznego oraz zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych (SP) [1–4]. Wielokrotnie w piśmiennictwie badacze podkreślają konieczność wyodrębnienia tej grupy chorych zarówno spośród pacjentów leczonych psychiatrycznie, jak i odwykowo. Wynika to z wielorakich trudności diagnostycznych i terapeutycznych [5–7]. Jeden termin kliniczny dla różnorodnej grupy chorych pozwala między innymi na przeprowadzenie jednorodnych badań dotyczących zarówno częstości występowania PD w różnych populacjach, jak i określenia potrzeb, problemów leczniczych i skuteczności terapii. W wielu publikacjach podaje się konieczność tworzenia jednolitych ośrodków dla osób z PD i jednego, tego samego personelu terapeutycznego w celu równoległego leczenia nadużywania SP i choroby psychicznej [4–8]. Zainteresowanie pacjentami z PD wynika nie tylko z przyczyn poznawczych chorób, ale także z powodu zwiększania się liczebności omawianej grupy i wymienianych już wcześniej trudności diagnostycznych i terapeutycznych, co stanowi wielkie wyzwanie dla lekarzy zajmujących się tą problematyką [2, 6, 9]. Podwójna diagnoza jest zjawiskiem interaktywnym, w którym osoba chora psychicznie jest w grupie wysokiego ryzyka rozwoju uzależnienia, a osoba uzależniona jest w grupie wysokiego ryzyka rozwoju choroby psychicznej [6]. W 1979 roku po raz pierwszy Mc Lellan i wsp. [10, 11] opisali możliwość rozwoju choroby psychicznej w następstwie nadużywania SP, jak również przypuszczali, że na podłożu istniejących zaburzeń psychicznych może rozwijać się uzależnienie od SP. Jednym z pierwszych badaczy, którzy opisali problem PD w leczeniu psychiatrycznym i odwykowym, był Lehmann, który w 1993 roku badał 3 grupy chorych: uzależnionych, z PD i z chorobą psychiczną, kładąc nacisk na potrzebę odmiennej strategii diagnostyczno-leczniczej w stosunku do pacjentów z PD [6, 12, 13]. W Polsce nie opublikowano szczegółowych badań epidemiologicznych dotyczących częstości występowania PD w populacji ogólnej, wśród pacjentów leczonych na oddziałach psychiatrycznych, jak i w ośrodkach odwykowych [2, 14]. Jedynie opracowanie Sierosławskiego, cytowane przez Dietrich-Muszalską i wsp. [15], na podstawie wstępnych analiz rozpoznań w dokumentacji medycznej określa częstość współwystępowania zaburzeń psychicznych i uzależnień na 9,5% wśród rozpoznań dotyczących uzależnień. Struzik [16] cytuje nieopublikowane dane statystyczne z Instytutu Psychiatrii i Neurologii, gdzie ustalono, że 7,6% pacjentów hospitalizowanych na oddziałach psychiatrycznych miało podwójną diagnozę. Na podstawie wyników kilku dużych badań epidemiologicznych w USA szacuje się, że 8–19% społeczeństwa nadużywa alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, 22–24% cierpi z powodu zaburzeń psychicznych, u 20–30% leczonych psychiatrycznie obserwuje się nadużywanie SP, a ok. 29–53% uzależnionych od alkoholu lub innych SP przejawia także zaburzenia psychiczne [17–21].

Współwystępowanie zaburzeń psychicznych i używania SP mogą charakteryzować rozmaite zależności:

1. Choroba psychiczna jest przyczyną sięgania po SP w celu mniej lub bardziej uświadomionej próby samoleczenia;

2. Przyjmowanie SP powoduje powstawanie zespołów psychopatologicznych i może przyczynić się do rozwoju chorób psychicznych;
3. Współwystępujące zaburzenia są pierwotne, bez związku przyczynowego;
4. Obecne są niespecyficzne czynniki genetyczne i inne uwarunkowania biologiczne i społeczne, które leżą u podstaw obu zaburzeń [2, 4, 6, 10].

Na podstawie analizy doniesień naukowych [9, 22–24] oraz analizy dokumentacji medycznej i własnej obserwacji założono, że pacjenci z PD częściej chorują somatycznie w porównaniu z osobami uzależnionymi bez towarzyszących zaburzeń psychicznych.

Celem pracy była ocena:

- częstości występowania podwójnej diagnozy u osób uzależnionych lub szkodliwie używających substancji psychoaktywnych, hospitalizowanych w zamkniętym oddziale psychiatrycznym w latach 1994–2005,
- rodzaju współistniejących zaburzeń psychicznych i uzależnień u osób z PD;
- przebiegu leczenia chorych w grupie z PD i uzależnień;
- związków przyczynowych między uzależnieniem a zaburzeniami psychicznymi.

Material i metody

Badaniem objęto dokumentację statystyczną 4 349 osób hospitalizowanych w Oddziale Klinicznym Psychiatrii w Tarnowskich Górach w latach 1994–2005. Z grupy 4 349 osób wyodrębniono podgrupę 1 187 chorych, u których zgodnie z klasyfikacją ICD-10 lub ICD-9 rozpoznano w historii choroby uzależnienie lub szkodliwe używanie substancji psychoaktywnych, co stanowiło kryterium włączenia do badania. Analizując 1 187 historii chorób osób hospitalizowanych w latach 1994–2005 z rozpoznaniem uzależnienia lub szkodliwego używania SP (n = 1187) wyodrębniono następujące grupy badane:

- a) pacjentów z rozpoznaniem uzależnieniem lub używaniem szkodliwym substancji psychoaktywnych, hospitalizowanych z powodu zaburzeń psychicznych związanych z ostrym zatruciem lub odstawieniem przewlekłe używanej substancji (grupa UZ),
- b) pacjentów z podwójnym rozpoznaniem – uzależnienia lub szkodliwego używania SP oraz dodatkowego zaburzenia psychicznego (grupa PD).

Dokumentacje ww. pacjentów analizowano w celu uzyskania dokładnych danych na temat przebiegu choroby. W celu usystematyzowania zbieranych danych stworzono autorski kwestionariusz socjodemograficzny, w którym zawarte zostały m.in. dane dotyczące płci, wieku, zawodu, stanu cywilnego, wykształcenia, źródła utrzymania, rozpoznania choroby według ICD-10, dane rodzinne, choroby somatyczne, przebyte wypadki, urazy, przebieg dotychczasowego leczenia, występowanie uzależnień w rodzinie, ustalenie, czy uzależnienie, czy choroba była pierwotnym problemem, ilość i długość dotychczasowych hospitalizacji, próby samobójcze, występowanie zachowań agresywnych. Po zebraniu danych dotyczących osób z podwójnym rozpo-

znaniem i uzależnionych utworzono grupę kontrolną ($n = 200$) składającą się z osób z rozpoznaniem wyłącznie zaburzenia psychicznego (grupa K). Grupa ta została dobrana losowo spośród innych pacjentów leczonych w tym okresie tak, aby średnia wieku, płeć i częstość występowania poszczególnych zaburzeń psychicznych była porównywalna z grupą PD.

Wyniki

W latach 1994–2005 hospitalizowanych było 7 975 pacjentów (włącznie z rehospitalizacjami) w wieku od 15 do 81 lat (średnia wieku 42,43 roku). Na podstawie wstępnej analizy dokumentacji statystycznej szpitala wyodrębniono grupę 1 187 pacjentów, u których w podanym okresie rozpoznano uzależnienie lub szkodliwe używanie SP (z wyjątkiem nikotyny), co stanowiło 27,3% ogółu hospitalizowanych w tym okresie chorych. Rozpoznanie uzależnienia od SP udokumentowano u 1 133 pacjentów, a szkodliwe używanie SP rozpoznano u 54 osób. Na podstawie szczegółowej analizy historii choroby każdego pacjenta grupę 1 187 chorych podzielono na dwie podgrupy: pacjentów z rozpoznaniem uzależnienia lub szkodliwym używaniem SP (grupa UZ, $n = 825$) oraz pacjentów, u których oprócz zaburzeń związanych z używaniem SP rozpoznano dodatkowo inne zaburzenie psychiczne (grupa PD, $n = 362$). W wyniku tego podziału obliczono częstość występowania PD w grupie osób uzależnionych lub szkodliwie używających SP, która wyniosła 30,5% (z liczby 1 187 pacjentów), co w stosunku do ogółu leczonych chorych stanowiło 8,3%. Średnia wieku badanych w poszczególnych grupach wynosiła: 41,9 roku (UZ), 43,3 roku (PD) i 42,95 roku (K). Nie wykazano istotnej statystycznie różnicy pomiędzy grupami ($p = 0,180$). Mężczyźni stanowili trzykrotnie liczniejszą grupę w stosunku do kobiet w grupach PD i K, natomiast w grupie UZ ponad pięciokrotnie większą. Liczebność mężczyzn była statystycznie istotnie większa w grupie UZ w porównaniu z grupą PD ($p < 0,001$) i z grupą K ($p = 0,001$). Nie wykazano istotnych różnic pomiędzy grupami badając stan cywilny pacjentów ($p = 0,337$). Rozpatrując poziom wykształcenia badanych w poszczególnych grupach wykazano istotnie statystycznie większą ilość osób z wykształceniem zawodowym w grupie UZ. W grupie kontrolnej było statystycznie więcej osób z wykształceniem średnim w stosunku do osób z grupy UZ ($p = 0,011$). Liczba osób z wykształceniem podstawowym i wyższym nie różniła się statystycznie pomiędzy grupami ($p > 0,05$). Analizując źródło utrzymania chorych, wykazano istnienie statystycznie większej liczby pacjentów korzystających ze świadczeń rentowych w grupach PD i K (33,7% i 29%) w porównaniu z grupą UZ (11,4%) oraz istotnie większej grupy osób zatrudnionych lub prowadzących własną działalność gospodarczą w grupie UZ (45,9%) w porównaniu z grupami PD (29,6%) i K (25%). Nie wykazano istotnej statystycznie różnicy w występowaniu chorób somatycznych w poszczególnych grupach ($p = 0,409$), wykazano natomiast, że w grupie PD istotnie częściej występowały u pacjentów urazy głowy z utratą przytomności (19,9%) w porównaniu z grupami UZ (11,6%) oraz z grupami K (7,5%) $p < 0,001$ (tabela 1).

Tabela 1. Charakterystyka badanych grup (dane socjodemograficzne)

	GRUPA UZ (N = 825)	GRUPA PD (N = 362)	GRUPA K (N = 200)
Średnia wieku	41,9 roku (\pm 11,21)	43,3 roku (\pm 12,43)	42,95 roku (\pm 15,95)
	Liczba badanych	Liczba badanych	Liczba badanych
Płeć męska	696 (84,4%) #	266 (73,5%) *	149 (74,5%)
Płeć żeńska	129 (15,6%) #	96 (26,5%) *	51 (25,5%)
W związku małżeńskim	436 (52,8%)	198 (54,7%)	96 (48%)
Stan cywilny wolny	389 (47,2%)	164 (45,3%)	104 (52%)
Wykształcenie podstawowe	148 (17,9%)	80 (22,1%)	49 (24,5%)
Wykształcenie zawodowe	385 (46,7%) #	147 (40,6%) * °	62 (31%)
Wykształcenie średnie	185 (22,4%) #	93 (25,7%)	62 (31%)
Wykształcenie wyższe	91 (11%)	39 (10,8%)	25 (12,5%)
Brak danych	16 (1,9%)	3 (0,8%)	2 (1%)
Etat, własna działalność gosp.	379 (45,9%) #	107 (29,6%) *	50 (25%)
Renta	94 (11,4%) #	122 (33,7%) *	58 (29%)
Emerytura	64 (7,8%) #	22 (6,1%) °	27 (13,5%)
Na utrzymaniu rodziny	74 (9%)	35 (9,7%)	27 (13,5%)
Opieka społeczna/zasiłek dla bezrobotnych	203 (24,6%)	74 (20,4%)	38 (19%)
Brak danych	11 (1,2%)	2 (0,6%)	0
Choroby somatyczne	317 (38,4%)	154 (42,5%)	80 (40%)
Wypadki	163 (19,8%)	112 (30,9%) °	25 (12,5%)
Urazy z utratą przytomności	96 (11,6%)	72 (19,9%) * °	15 (7,5%)
Mieszkający z rodziną	644 (78,1%)	284 (78,4%)	164 (82%)
Mieszkający samotnie	181 (21,9%)	78 (21,6%)	36 (18%)

* – $p < 0,05$ dla porównania grupy PD z grupą UZ

– $p < 0,05$ dla porównania grupy UZ z grupą K

° – $p < 0,05$ dla porównania grupy PD z grupą K
działalność gosp. – działalność gospodarcza

U osób z podwójną diagnozą najczęściej rozpoznawanym zaburzeniem psychicznym były choroby afektywne – 20,7%, z czego 14,1% grupy PD cierpiało z powodu epizodu depresyjnego lub choroby afektywnej jednobiegunowej, u 3,9% badanych rozpoznano epizod maniackalny. Drugim co do częstości występowania rozpoznaniem psychiatrycznym w grupie PD były organiczne zaburzenia psychiczne. Rozpoznano je u 71 chorych, tj. u 19,6% pacjentów tej grupy, a zaburzenia z grupy schizofrenii (F20-25) rozpoznano u 9,7% badanej grupy PD. Zaburzenia psychiczne związane ze stresem występowały u 14,6% chorych z PD. Dość liczną grupą osób byli pacjenci, u których w trakcie kilku kolejnych hospitalizacji rozpoznawano dwa lub więcej różnych zaburzeń psychicznych (62 osoby, 17,1%). Analizując występowanie zaburzeń związanych z używaniem SP w grupie UZ ustalono, iż rozpoznanie używania szkodliwego i uzależnienia od alkoholu postawiono 750 osobom, co stanowiło 90,9% grupy, natomiast politoksykomanie (czyli nadużywanie więcej niż jednej substancji psychoaktywnej) u 3,6% badanych tej grupy. Szkodliwe używanie SP rozpoznano u 15 osób (1,82% grupy), a uzależnienie u 810 badanych, tj. 98,18% grupy. W grupie osób z podwójnym rozpoznaniem nadużywanie bądź uzależnienie od alkoholu występowało u 79% badanych, politoksykomania u 10,2%, natomiast nadużywanie środków uspokajających i nasennych u 30 osób, czyli 8,3% badanych. Rozpoznanie uzależnień od SP występowało u 323 pacjentów (89,23% grupy), a używanie szkodliwe, bez cech uzależnienia, u 39 osób, czyli 10,77% badanej grupy (tabela 2).

Tabela 2. Szkodliwe używanie i uzależnienie od substancji psychoaktywnych w badanych grupach

	GRUPA UZ (N = 825)		GRUPA PD (N = 362)	
	liczba pacjentów (% struktury grupy)		liczba pacjentów (% struktury grupy)	
Rodzaj substancji psychoaktywnej	szkodliwe używanie	uzależnienie	szkodliwe używanie	uzależnienie
Alkohol	8 (0,97%)	742 (89,94%)	30 (8,29%)	256 (70,72%)
Opiaty	1 (0,12%)	19 (2,3%)	0	2 (0,55%)
Kanabinoles	2 (0,24%)	2 (0,24%)	1 (0,28%)	1 (0,28%)
Leki uspokajające i nasenne	1 (0,12%)	10 (1,21%)	0	30 (8,29%)
Kokaina	0		0	
Substancje stymulujące	1 (0,12%)	6 (0,73%)	3 (0,83%)	2 (0,55%)
Substancje halucynogenne	0		0	
Lotne rozpuszczalniki	0	3 (0,36%)	0	
Politoksykomania nadużywanie/uzależnienie od więcej niż jednej substancji	2 (0,24%)	28 (3,39%)	5 (1,38%)	32 (8,84%)

Analizując pod względem jakościowym używanie substancji psychoaktywnych, można potwierdzić wcześniejsze ustalenia, iż przeważająca część grupy PD nadużywała alkoholu, natomiast oceniając występowanie poszczególnych zaburzeń psychicznych w podgrupie nadużywających alkoholu ustalono, iż najwięcej osób, tj. 66 (18,2% grupy

PD), cierpiało z powodu organicznych zaburzeń psychicznych, a osoby z zaburzeniami nastroju stanowiły 16,6% grupy (60 osób). Trzecim z kolei zaburzeniem psychicznym – pod względem częstości rozpoznawania w grupie PD u osób nadużywających alkoholu – były zaburzenia psychiczne związane ze stresem, które występowały u 49 pacjentów (13,5% grupy PD). Leki uspokajające i nasenne najczęściej używane były w grupie PD przez osoby z zaburzeniami nastroju, natomiast używanie substancji stymulujących i politoksykomania dominowały u osób z zaburzeniami z grupy schizofrenii (tabela 3).

Tabela 3. Używanie substancji psychoaktywnych u chorych z zaburzeniami psychicznymi w grupie z podwójną diagnozą

Rodzaj SP	F10 Alkohol	F11 Opiaty	F12 Kanabinoły	F13 Leki uspokajające i nasenne	F14 Kokaina	F15 Subst. stymulujące	F16 Subst. halucynogenne	F18 Lohne ożpuszczalniki	F19 Politoksykomania
Zaburzenia psychiczne	Liczba pacjentów								
Organiczne zab. psychiczne	66	0	0	1	0	0	0	0	4
Schizofrenia, zab. schizotypowe i schizoafektywne	22	0	0	2	0	3	0	0	8
Zab. nastroju (razem)	60	1	0	9	0	0	0	0	5
w tym ep. maniakalny, ChAD	12	0	0	1	0	0	0	0	1
w tym ep. depresyjny, ChAJ	42	1	0	5	0	0	0	0	3
w tym dystymia	6	0	0	3	0	0	0	0	1
Zab. nerwicowe wraz z zab. odżywiania, bez zab. związanych ze stresem	13	0	0	4	0	0	0	0	3
w tym fobie	2	0	0	0	0	0	0	0	0
w tym inne zab. lękowe	8	0	0	4	0	0	0	0	1
w tym zab. obs.-kompulsyjne	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Zab. psychiczne związane ze stresem	49	0	0	1	0	0	0	0	3
Zab. osobowości	27	0	1	3	0	1	0	0	7
Upośledzenie umysłowe	5	0	0	0	0	0	0	0	0
Zab. psychiczne rozpoczynające się w dzieciństwie	1	0	1	0	0	0	0	0	0
Pacjenci z dwoma lub więcej rozpoznaniem zab. psychicznych	43	1	0	10	0	1	0	0	7

Wykazano, iż średnia suma dni wszystkich hospitalizacji pacjentów z grupy PD była istotnie statystycznie większa w porównaniu z grupami UZ i K. Średnia suma rehospitalizacji osób z grupy PD była istotnie większa w porównaniu z grupami UZ i K ($p < 0,001$, $p = 0,004$). Analizując statystycznie występowanie prób samobójczych, zachowań agresywnych i wypisów na własne żądanie ze szpitala w poszczególnych grupach stwierdzono istotnie częstsze występowanie tych zjawisk w grupie osób z PD w porównaniu z pozostałymi grupami ($p < 0,001$, $p = 0,002$) (tabela 4).

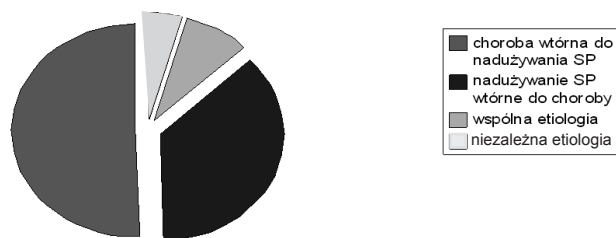
Tabela 4. Przebieg leczenia pacjentów w badanych grupach

	GRUPA UZ (N = 825)	GRUPA PD (N = 362)	GRUPA K (N = 200)
Próby samobójcze	56 osób (6,8%)	*# 137 osób (37,8%)	50 osób (25%)
Zachowania agresywne	67 osób (8,1%)	*# 76 osób (21%)	21 osób (10,5%)
Wypisy na własne żądanie	171 osób (20,7%)	*# 108 osób (29,8%)	34 osoby (17%)
Średnia suma dni wszystkich hospitalizacji	37,33 (\pm 52,14)	*# 119,99 (\pm 151)	90,28 (\pm 132,18)
Średnia suma ilości rehospitalizacji	1,20 (\pm 4,16)	*# 3,12 (\pm 4,44)	1,54 (\pm 3,02)

* $p < 0,05$ dla porównania grupy PD z grupą UZ ($p < 0,001$).

$p < 0,05$ dla porównania grupy PD z grupą K

W grupie PD podjęto próbę analizy zależności pomiędzy rozpoznanymi zaburzeniami w oparciu o dokumentację (badano przebieg leczenia oraz wywiady rodzinne i życiorysy chorych). Z uwagi na retrospektywny charakter badania analizy te okazały się bardzo trudne. W 19 przypadkach nie było możliwości ustalenia tych zależności z powodu braku istotnych danych. U 173 osób stwierdzono wtórne do nadużywania SP wystąpienie zaburzenia psychicznego, co stanowiło 47,8% pacjentów z PD, w podgrupie tej było 137 mężczyzn (79,2%) i 36 kobiet (20,8%). U 126 osób stwierdzono, że używanie szkodliwe bądź uzależnienie od SP było wtórne do istniejącego już wcześniej zaburzenia psychicznego. W podgrupie tej było 80 osób płci męskiej (63,5%) i 46 osób płci żeńskiej (36,5%). Wspólną etiologię zaburzenia psychicznego i nadużywania SP stwierdzono u 30 badanych osób, a niezależną etiologię u 14 osób (rysunek 1).

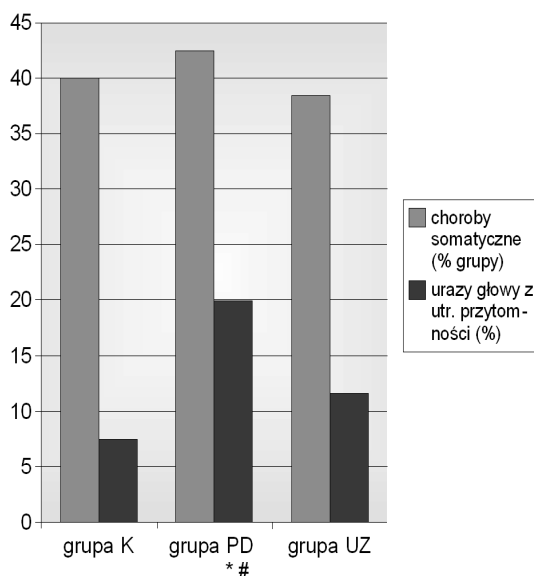


Rysunek 1. Podział badanych z grupy podwójnej diagnozy według zależności postawionych rozpoznań

Istotnie częściej rozpoznawano zaburzenia psychiczne wtórne do istniejącego nadużywania lub uzależnienia od SP w porównaniu z kolejnymi podgrupami ($p < 0,001$).

Omówienie

W przeprowadzonym badaniu średnia wieku pomiędzy porównywanymi grupami pacjentów nie różniła się statystycznie, podobnie jak w badaniu Hoffa i wsp. [22]. W dostępnym piśmiennictwie w grupach osób uzależnionych i z PD zdecydowaną większość stanowią mężczyźni [25–30]. W obecnym badaniu proporcje płci wyglądały następująco: w grupie UZ 84,4% stanowiła płeć męska, 15,6% żeńska, w grupie PD 73,5% płeć męska, a 26,5% płeć żeńska. Istotnie mniej mężczyzn miało PD w stosunku do grupy UZ, a odwrotnie istotnie więcej kobiet miało PD w stosunku do grupy UZ. Wyniki te były porównywane z badaniami Sawickiej [28], która badała pacjentów chorych na schizofrenię, nadużywających jednocześnie SP, i porównywała je z osobami uzależnionymi. Gual [31] twierdzi, że PD najczęściej dotyczy kobiet samotnych z wyższym wykształceniem (badał 2 361 osób uzależnionych; najczęstsze zaburzenie psychiczne współwystępujące to depresja). Pacjenci z wykształceniem zawodowym częściej występowały w grupie UZ w porównaniu z grupami K i PD. Dostępne prace wskazują na przewagę osób z wykształceniem podstawowym i zawodowym w grupach osób uzależnionych i z PD [30, 32–34]. Wyniki obecnego badania wskazują, że liczba pacjentów z PD chorujących somatycznie nie różni się istotnie od liczby osób z powikłaniami somatycznymi w grupach UZ i K.

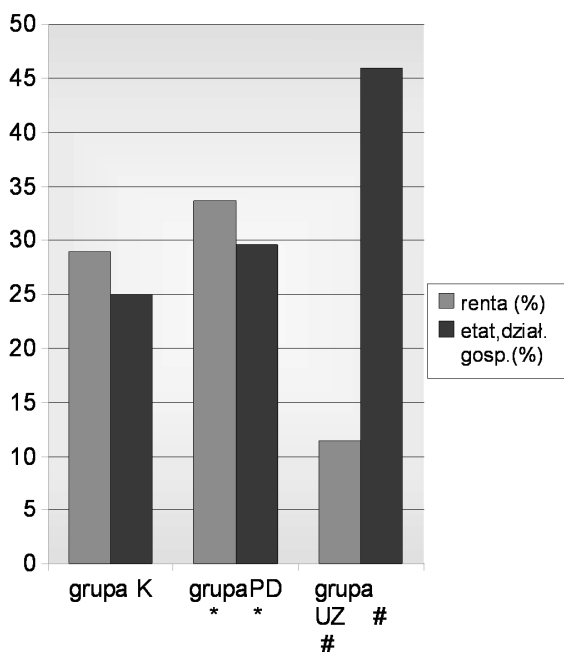


Rysunek 2. **Choroby somatyczne i przebyte urazy głowy z utratą przytomności w poszczególnych grupach**

* – $p < 0,05$ dla porównania z grupą UZ liczby osób z urazami i utratą przytomności

– $p < 0,05$ dla porównania z grupą K liczby osób z urazami i utratą przytomności

Poszukując przyczyn obserwowanych różnic zwrócono uwagę na odmienne grupy badane w cytowanym piśmiennictwie oraz przewagę osób z uzależnieniem od alkoholu w grupie PD w obecnym badaniu. Batki i wsp. [23] badali pacjentów z PD chorujących na AIDS. Są to najczęściej osoby uzależnione od opiatów podawanych dożylnie. Z kolei Buckley [22] uważa, że nadużywanie SP i zaburzenia psychiczne znacząco pogarszają współpracę w leczeniu, przez co pogarsza się ogólny stan zdrowia pacjentów, a Mills i wsp. [35] badali grupy osób z zaburzeniami stresowymi pourazowymi, uzależnionych od różnych grup SP. Zła współpraca w leczeniu, ryzyko infekcji HIV i wirusami hepatotropowymi, niska jakość życia według cytowanego piśmiennictwa sprzyjają częstszemu występowaniu chorób somatycznych. Choroba psychiczna – sama bądź powikłana uzależnieniem od SP – stanowi istotny czynnik wpływający na zdolność człowieka do pracy i zaspokajania swoich materialnych potrzeb. Świadczą o tym wyniki przeprowadzonego badania, gdzie ustalono, że pacjenci z grup PD i K statystycznie częściej korzystają ze świadczeń rentowych, natomiast osoby z grupy UZ istotnie częściej są zatrudnieni w ramach umowy o pracę bądź prowadzą samodzielną działalność gospodarczą.



Rycina 3. Porównanie liczby badanych aktywnych zawodowo i otrzymujących świadczenia rentowe

* – $p < 0,05$ dla porównania z grupą UZ, # – $p < 0,05$ dla porównania z grupą K

Do podobnych wniosków dochodzą autorzy innych badań [36–38]. W grupie osób z podwójną diagnozą zaburzenia psychiczne były wtórne do nadużywania SP w 47,8% przypadków, natomiast 34% osób z PD miało wtórnie do zaburzeń psychicznych rozpoznawane używanie szkodliwe lub uzależnienie. Wśród osób z wtórnymi

do nadużywania zaburzeniami psychicznymi 79% stanowili mężczyźni. Podobnie Frank i wsp. [39] w swoim badaniu wykazali, że u 49,5% osób z PD nadużywanie SP poprzedzało wystąpienie zaburzeń psychicznych, a w 6,9% przypadków było wtórne do istniejących zaburzeń psychicznych. Istotne jest, że u 33,7% pacjentów z dwoma rozpoznaniem nie było możliwe ustalenie tej zależności, co podkreśla złożony charakter tego zagadnienia. Lehmann [6] opisał zaburzenia psychiczne wtórne do nadużywania SP u 53,6% osób z PD. W badaniu Bakkena i wsp. [33] wykazano, że u 76% osób z PD nadużywanie SP występowało wtórnie do istniejących zaburzeń psychicznych, a u 17% zaburzenia psychiczne występowały wtórnie do nadużywania SP. Grupa badana w opisywanym artykule składała się z osób leczonych z powodu uzależnienia od SP. Średnia suma ilości dni hospitalizacji pacjentów z PD była istotnie statystycznie większa w porównaniu z grupą UZ i K, co dowodzi, że pacjenci ze współistniejącymi zaburzeniami wymagają dłuższego leczenia. Biorąc pod uwagę również istotną statystycznie różnicę w częstości popełniania prób samobójczych, występowania zachowań agresywnych i podejmowania decyzji przez chorych o wypisie ze szpitala na własne żądanie można wnioskować, że osoby z PD osiągają gorsze wyniki w leczeniu w porównaniu z pacjentami z samym tylko zaburzeniem psychicznym bądź nadużywaniem czy uzależnieniem od SP. Potwierdzeniem tego jest statystycznie istotnie większa liczba rehospitalizacji pacjentów z PD w porównaniu z osobami z grup UZ i K. Podobne wyniki uzyskano w innych badaniach [32, 36, 40]. W grupie 1 187 pacjentów używających szkodliwie lub uzależnionych od SP 30,5% osób miało postawione dodatkowe rozpoznanie zaburzenia psychicznego i spełniało kryteria chorych z podwójną diagnozą. Stanowili oni 8,3% ogółu hospitalizowanych w badanym okresie. Wyniki te korespondują z badaniami innych autorów [15, 20, 22, 28, 41]. Marsden i wsp. [26] badali 1075 osób uzależnionych od SP. U 20% rozpoznano dodatkowo zaburzenia psychiczne, ale badanie przeprowadzono, korzystając z ankiety wypełnianej przez pacjenta, dotyczącej leczenia zaburzeń psychicznych w ciągu ostatnich 2 lat, co może być przyczyną niższego niż obecny wyniku częstości występowania PD. Weaver i wsp. [42] w swoim badaniu podają, że 44% osób leczonych psychiatrycznie przyznaje, że nadużywa alkoholu i innych SP. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii w „Sprawozdaniu Rocznym 2005. Stan Problemu Narkotykowego w Europie” ocenia, iż w Polsce w roku 2000 notowano 9,3% podwójnych rozpoznań (używania szkodliwego, uzależnienia od narkotyków i innych zaburzeń psychicznych), w 2001 roku odnotowano ich ok. 6,9% [43]. Duża rozpiętość wyników danych statystycznych dotyczących występowania PD wśród osób uzależnionych może świadczyć o różnicach w metodologii badań, w których autorzy nie wykluczają osób z zaburzeniami psychicznymi w okresie detoksykacji z grupy PD lub nie wspominają o tym, opisując metody badań oraz kryteria wykluczenia z badania.

Mueser i wsp. [44] w grupie 326 pacjentów leczonych psychiatrycznie diagnozowali u 58% wystąpienie przynajmniej raz w życiu zaburzenia związanego z używaniem SP. Autorzy badali nadużywanie SP w ciągu całego życia chorego i badaniem objęli grupę chorych psychicznie (53% badanych chorowało na schizofrenię i zaburzenia schizoafektywne), w której wszyscy wtórnie nadużywali SP do istniejącej już wcześniej choroby [20]. Cennym elementem metodologii badania Muesera i wsp.

[44] jest uzupełnianie wywiadu o dane z dokumentacji leczenia ambulatoryjnego, co może przyczyniać się do zwiększania wykrywalności nadużywania SP wśród tej grupy. W obecnej pracy 27,3% ogółu hospitalizowanych w latach 1994–2005 to osoby używające szkodliwie lub uzależnione od SP, głównie od alkoholu (87%). Oddział Kliniczny Psychiatrii w Tarnowskich Górach pełni ostre dyżury psychiatryczne dla miasta i powiatu tarnogórskiego, stąd niejednorodność badanej grupy, w skład której wchodzi zarówno osoby z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi, osoby z PD, jak i osoby pragnące rozpocząć terapię odwykową. Nie można zatem jednoznacznie stwierdzić, że badano grupę pacjentów leczonych tylko psychiatrycznie lub tylko odwykowo (w przeciwieństwie do innych cytowanych badań). W grupie osób uzależnionych jest wielu pacjentów z pierwotnymi lub wtórnymi zaburzeniami psychicznymi.

Doniesienia naukowe na temat zaburzeń psychicznych u osób nadużywających lub uzależnionych od SP potwierdzają złożony charakter objawów występujących w tej grupie chorych. Wyniki przeprowadzonych badań charakteryzuje duża rozbieżność mogąca świadczyć o polietiologii tych zaburzeń i różnicach w interpretacji i diagnostyce objawów [20, 26, 42, 44–47]. Przykładem są badania występowania objawów zaburzeń nastroju u osób uzależnionych od alkoholu, gdzie zakres wyników sięga od 9% do 52% uzależnionych [20, 29, 42, 46, 47].

Oprócz czynników biologicznych odpowiedzialnych za powstawanie zaburzeń psychicznych u osób nadużywających SP bardzo istotną rolę odgrywają czynniki socjologiczne, takie jak wsparcie rodziny, zatrudnienie, sytuacja materialna [45]. W przeprowadzonym badaniu najczęściej rozpoznawanym zaburzeniem psychicznym w grupie PD były zaburzenia nastroju (27% grupy), następnie organiczne zaburzenia psychiczne (19,6%) i zaburzenia psychiczne związane ze stresem (14,6%). Natomiast inni autorzy donosili o następującej częstości występowania zaburzeń nastroju w grupach PD: 29,7% [26], 28% [42], 15% [47], 12,9% [22]. W grupie osób nadużywających alkoholu zaburzenia nastroju opisywane były u 60 pacjentów, co stanowiło 16,6% osób z PD. Podobne wyniki otrzymali Regier i wsp. [20] (13%), Charney i wsp. [47] (15%) i Hoff i wsp. [22] (12,9%). Natomiast Schneider i wsp. [29] opisali występowanie objawów depresji u 24% osób uzależnionych od alkoholu, a Schade i wsp. [46] u 52% osób z występującymi objawami fobii i uzależnienia od alkoholu. Zaburzenia psychiczne związane ze stresem stanowią w sumie 14,6% postawionych rozpoznań w grupie PD, a schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii i schizoafektywne łącznie stanowią 9,7% osób z PD. W badaniach Hoffa i wsp. [22] 24% pacjentów w grupie PD chorowało na schizofrenię, podczas gdy 24,8% cierpiało z powodu zaburzeń stresowych pourazowych. Lyons [41] stwierdził, że 36% grupy PD chorowało na schizofrenię. W grupie UZ zdecydowaną większość stanowiły osoby uzależnione od alkoholu (90,9%), a objawy politoksykomanii występowały u 3,6% pacjentów. W grupie PD uzależnieni lub używający szkodliwie alkoholu stanowili 79% badanych, a uzależnieni od kilku SP – 10,2% grupy. Trzecim z kolei powodem nadużywania w grupie PD były leki uspokajające i nasenne – 8,3% pacjentów cierpiących jednocześnie z powodu dodatkowego zaburzenia psychicznego. Podobne wyniki prezentują inni autorzy [22, 41]. Natomiast w badaniu Muesera i wsp. [44] 51% grupy PD nadużywało alkoholu, 25% kanabinoli, a 11% badanych używało więcej niż jednej SP. Weaver i wsp. [42]

podali w swoim badaniu, że w grupie PD było 34,7% osób używających szkodliwie lub uzależnionych od alkoholu, 12,8% nadużywających kanabinoli, 2,1% to uzależnieni od leków uspokajających i nasennych. Widoczne różnice w uzyskanych wynikach świadczą o odmiennej charakterystyce badanych grup chorych w różnych ośrodkach (szpitalach, ośrodkach odwykowych, przychodniach) w porównaniu z grupami przedstawionymi w obecnej pracy. Można domniemywać, iż uzyskane wyniki badań w analizowanych retrospektywnie grupach mogą nie odpowiadać rzeczywistym proporcjom dotyczącym tej populacji chorych z powodu nierozpoznawania lub pomijania faktów związanych z uzależnieniem od SP w dokumentacji medycznej, np. nadużywania benzodiazepin czy narkotyków lub częstego rozpoznawania zaburzeń psychicznych powstałych w trakcie detoksykacji jako niezależnych od używania SP.

Argumenty te stanowią o konieczności i potrzebie przeprowadzenia badań prospektywnych z dodatkowym wywiadem rodzinnym i kontaktem z pracownikami opieki ambulatoryjnej według jednolitych kryteriów badawczo-diagnostycznych.

Mimo istotnych ograniczeń niniejszego badania pozwala ono na podkreślenie wagi problemu współwystępowania zaburzeń psychicznych i nadużywania substancji psychoaktywnych. Poprzez ilościowe określenie liczby pacjentów oraz oszacowanie częstości występowania rozpoznań z podwójną diagnozą w badanej grupie w okresie 1994–2005, zwrócono uwagę na problematykę i konieczność całościowego podejścia do właściwej diagnostyki, możliwości niesienia i proponowania skutecznej pomocy tej grupie chorych. Wielu badaczy podkreśla istotny problem nierozpoznawania zaburzeń psychicznych u osób nadużywających SP i nadużywania SP przez osoby chore psychicznie, czym tłumaczą fakt niskiej skuteczności leczenia, gorszej współpracy i częstego przerywania terapii przez tych pacjentów [7, 8, 42].

Wnioski

1. Częstość występowania podwójnej diagnozy u pacjentów z rozpoznaniem uzależnienia lub szkodliwego używania substancji psychoaktywnych, leczonych w zamkniętym oddziale psychiatrycznym w latach 1994–2005 wynosiła 30,5%.
2. Najczęstszym rodzajem podwójnej diagnozy jest współistnienie uzależnienia od alkoholu i zaburzeń nastroju pod postacią zespołu depresyjnego.
3. Stwierdzono, że pacjenci z podwójną diagnozą częściej dokonywali prób samobójczych, wykazywali zachowania agresywne, wypisywali się ze szpitala na własne żądanie, wymagali dłuższych hospitalizacji i byli częściej rehospitalizowani.
4. Zaburzenia psychiczne statystycznie częściej były rozpoznawane wtórnie do istniejącego uzależnienia lub szkodliwego używania substancji psychoaktywnych.

Badanie nie było sponsorowane

Двойной диагноз у лиц зависимых или чрезмерно принимающих психоактивные субстанции

Содержание

Введение. В последних годах во всем мире отмечается систематический рост употребления психоактивных субстанций. Все более часто проблемой работников здравоохранения

является совместное присутствие психических и физических нарушений, связанных с приемом психоактивных субстанций у леченных больных. Двойной диагноз (ДД) является клиническим термином который определяет сосуществование у того же лица психического нарушения и нарушения, связанного с приемом психоактивных субстанций (ПАС). Задачей работы является оценка частоты появления ДД у лиц, зависимых или часто употребляющих ПАС, госпитализированных в 1994–2005 годах. Кроме того проба представления оценки типа сосуществующих психических нарушений, а также и оценка течения лечения больных в трех группах пациентов с ДД, зависимых от надмерного употребления ПАС, а также пациентов с психическими нарушениями без зависимости от ПАС.

Методы. Ретроспективным исследованием изучены документы медицинских отделений в 1994–2005 годах, лечащих психически больных. Выделены две группы больных, зависимых от приема ПАС (825 больных, а также пациентов с ДД (362 больных). Общее число больных составляло 4349 человек. Контрольная группа составляла 200 пациентов с психическими нарушениями без употребления ПАС. В выше указанных группах проведен социодемографический анализ, число и длительность госпитализаций, наличие агрессивных поведений, суицидальных проб и выписи из больницы по собственному желанию. В группе пациентов с ДД предпринята проба установления зависимости между приемом ПАС и появляющимися психическими нарушениями.

Результаты. Частота появления ДД у всех госпитализированных больных в обследованном периоде времени, равнялась 8,3% тогда как среди употребляющих ПАС – 30,5%. Показано что пациенты с ДД более длительно госпитализированы, чаще регоспитализированы и выписываемы из больницы по собственному желанию, чаще совершают суицидальные попытки и более агрессивны. Наиболее частой диагностированной зависимостью был алкоголь с наиболее часто вторично диагностированными нарушениями были аффективные болезни.

Ключевые слова: двойной диагноз, зависимость, нарушения настроения

Doppeldiagnose bei süchtigen Personen oder substanzmissbrauchenden Personen

Zusammenfassung

Einleitung. In den letzten Jahren notiert man in der ganzen Welt einen systematischen Anstieg des Substanzmissbrauchs. Immer häufiger wird die Komorbidität von den psychischen und substanzgebundenen Störungen zum Problem für die Ärzte. Die Doppeldiagnose (DD) ist ein klinischer Begriff, der bei derselben Person die Komorbidität von den psychischen Störungen und den substanzgebundenen Störungen bezeichnet (PS). Das Ziel der Arbeit ist die Bewertung des Auftretens von der DD bei den Süchtigen oder PS – Süchtigen, nach einem Aufenthalt im Krankenhaus in den Jahren 1994 – 2005 und die Bewertung der Art der Komorbidität von den psychischen Störungen und die Bewertung des Verlaufs der Behandlung der Kranken in drei Gruppen: Patienten mit DD, süchtige Patienten, die PS missbrauchen und Patienten mit psychischen Störungen ohne Abhängigkeiten.

Methoden. Die retrospektive Studie umfasste die medizinische Dokumentation von 4 349 Personen nach Krankenhausaufhalten in der Abteilung für Psychiatrie in den Jahren 1994 -2005. Es wurden zwei Gruppen ausgesondert: Süchtige oder PS – Missbrauchende (n=825) und Patienten mit der DD (n=362). Die Kontrollgruppe (n=200) wurde aus Patienten mit den diagnostizierten psychischen Störungen ohne Substanzkonsum gebildet. In den oben genannten Gruppen analysierte man die soziodemografischen Faktoren, Zahl und Dauer der Krankenhausaufhalte, Auftreten vom aggressiven Verhalten, Suizidversuche und Krankenhauserlassung auf Wunsch. In der Gruppe der Patienten mit der DD versuchte man die Abhängigkeiten zwischen dem Substanzkonsum und den komorbiden psychischen Störungen zu bestimmen.

Ergebnisse. Das Auftreten von der DD bei allen Personen mit Krankenhausaufenthalt lag bei 8,3% in dem untersuchten Zeitintervall, dagegen unter denen mit substanzgebundenem Suchtverhalten bei 30,5%. Es wurde bewiesen, dass die Patienten mit der DD statistisch länger im Krankenhaus weilen, häufiger wieder ins Krankenhaus kommen und häufiger aus dem Krankenhaus auf eigenen Wunsch entlassen werden. Sie versuchen häufiger Suizide zu begehen und weisen aggressives

Verhalten auf. Die am häufigsten diagnostizierte Sucht war die Alkoholabhängigkeit mit der sekundär diagnostizierten Stimmungsschwankung (affektive Krankheiten).

Schlüsselwörter: Doppeldiagnose, Abhängigkeit, Stimmungsschwankungen

Le double diagnostic chez les personnes abusant ou dépendant des substances psychoactives

Résumé

Introduction. Au cours de dernières années on observe accroit systématique de l'usage des substances psychoactives (SP). La coexistence des troubles mentaux et physiques devient le plus souvent le problème pour les services médicaux. Le double diagnostic (DD) est un terme clinique qui définit la coexistence du trouble mental et des troubles physiques, liés avec l'usage des substances psychoactives chez la même personne. Ce travail vise à : définir la fréquence de DD chez les personnes abusant ou dépendant de SP, hospitalisées durant les années 1994-2005 ; analyser le genre de coexistence des troubles mentaux et le cours de la thérapie de trois groupes de patients : avec DD, abusant ou dépendant de SP, avec des troubles mentaux mais sans la dépendance de SP.

Méthodes. On fait l'étude rétrospective de la documentation médicale de 4349 patients hospitalisés durant les années 1994-2005. Ces patients sont divisés en deux groupes : abusant ou dépendant de SP (n=825), avec DD (n=362) ; le groupe de contrôle (n=200), patients avec les troubles mentaux mais sans la dépendance de SP. L'analyse concerne : données sociodémographiques, nombre et durée d'hospitalisations, comportements agressifs, attentats de suicide, nombre de sorties demandées de l'hôpital. Dans le groupe de DD on essaie d'établir la corrélation de la dépendance de SP et des troubles mentaux coexistant.

Résultats. Chez tous les patients examinés la fréquence de DD est la même – 8,3%, chez les patients abusant SP – 30,5%. On démontre que les patients avec DD sont plus souvent hospitalisés, la durée de leur hospitalisation est plus longue, ils quittent l'hôpital à demande le plus souvent, ils essaient de se suicider aussi le plus souvent et ils sont plus souvent agressifs. La dépendance de l'alcool coexistant avec les troubles de l'humeur (troubles affectifs) est diagnostiquée le plus souvent comme DD.

Mots clefs. Double diagnostic, dépendance, troubles mentaux, troubles de l'humeur

Piśmiennictwo

1. *Lexicon of alcohol and drugs terms.* Geneva: World Health Organization; 1995.
2. Baran-Furga H, Steinbarth-Chmielewska K. *Konsekwencje kliniczne wpływu częstszego używania substancji psychoaktywnych na występowanie zjawiska tzw. „podwójnych rozpoznań”.* Farmakoter. Psychiatr. Neurol. 2004; 2: 249–255.
3. Crome IB, Myton T. *Pharmacotherapy in dual diagnosis.* Adv. Psychiatr. Treat. 2004; 10: 413–424.
4. Abou-Saleh MT. *Dual diagnosis: management within a psychosocial context.* Adv. Psychiatr. Treat. 2004; 10: 352–360.
5. Siegfried N. *A review of comorbidity: major mental illness and problematic substance use.* Aust. N. Z. J. Psychiatry 1998; 32 (5): 707–717.
6. Lehman AF, Myers CP, Corty E. *Assessment and classification of patients with psychiatric and substance abuse syndromes.* 1989. Psychiatr. Serv. 2000; 51 (9): 1119–1125.
7. Sciacca K. *An integrated treatment approach for severely mentally ill individuals with substance disorders.* New Dir. Ment. Health Serv. 1991; 50: 69–84.
8. Drake RE, Mueser KT. *Psychosocial approaches to dual diagnosis.* Schizophr. Bull. 2000; 26 (1): 105–118.
9. Alaja R, Seppa K, Sillanaukee P i in. *Physical and mental comorbidity of substance use disorders in psychiatric consultations.* European Consultation - Liaison Workgroup. Alcohol. Clin. Exp. Res. 1998; 22 (8): 1820–1824.

10. Księżopolska A, Cedro A, Pragłowska E. *Współwystępowanie zaburzenia afektywnego dwubiegunowego i uzależnień od substancji psychoaktywnych*. Warszawa: Wydawnictwo Centrum CBT; 2006.
11. Mc Lellan AT, Woody GE, O'Brien CP. *Development of psychiatric illness in drug abusers. Possible role of drug preference*. N. Engl. J. Med. 1979; 301 (24): 1310–1314.
12. Lehman AF, Myers CP, Thompson JW, Corty E. *Implications of mental and substance use disorders. A comparison of single and dual diagnosis patients*. J. Nerv. Ment. Dis. 1993; 181 (6): 365–370.
13. Lehman AF, Myers CP, Corty E, Thompson JW. *Prevalence and patterns of „dual diagnosis” among psychiatric inpatients*. Compr. Psychiatrii 1994; 35 (2): 106–112.
14. Krupka-Matuszczyk I. *Podwójna diagnoza. Kryteria diagnostyczne*. Lęk Depres. 2007; 12 (2): 74–78.
15. Dietrich-Muszalska A, Rabe-Jabłońska J, Makowska I. *Problemy diagnostyczne i terapeutyczne u młodzieży z zaburzeniami psychicznymi i współwystępującym uzależnieniem od substancji psychoaktywnych*. Psych. Psychol. Klin. 2002; 2 (3): 204–208.
16. Struzik M. *Używanie substancji psychoaktywnych a zaburzenia psychiczne – charakterystyka zjawiska współzachorowalności*. SIN 2009 3 (47) 13–17.
17. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ, Pickering RP. *Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*. Arch. Gen. Psychiatry 2004; 61 (4): 361–368.
18. Grant BF, Dawson DA, Stinson FS, Chou SP, Dufour MC, Pickering RP. *The 12-month prevalence and trends in DSM-IV alcohol abuse and dependence: United States, 1991-1992 and 2001-2002*. Drug Alcohol Depend. 2004; 74 (3): 223–234.
19. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA i in. *Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*. Arch. Gen. Psychiatry 2004; 61 (8): 807–816.
20. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. *Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study*. JAMA 1990; 264 (19): 2511–2518.
21. Conway KP, Compton W, Stinson FS, Grant BF. *Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*. J. Clin. Psychiatry 2006; 67 (2): 247–257.
22. Buckley PF. *Prevalence and consequences of the dual diagnosis of substance abuse and severe mental illness*. J. Clin. Psychiatry. 2006; 67: 5–9
23. Batki SL. *Drug abuse, psychiatric disorders and AIDS. Dual and triple diagnosis*. West. J. Med. 1990; 152 (5): 547–552.
24. Jones DR, Macias C, Barreira PJ, Fisher WH, Hargreaves WA, Harding CM. *Prevalence, severity, and co-occurrence of chronic physical health problems of persons with serious mental illness*. Psychiatr. Serv. 2004; 55 (11): 1250–1257.
25. Hoff RA, Rosenheck RA. *The cost of treating substance abuse patients with and without comorbid psychiatric disorders*. Psychiatr. Serv. 1999; 50 (10): 1309–1315.
26. Bizzarri J, Rucci P, Vallotta A i in. *Dual diagnosis and quality of life in patients in treatment for opioid dependence*. Subst. Use Misuse 2005; 40 (12): 1765–1776.
27. Laudet AB, Magura S, Vogel HS, Knight EL. *Perceived reasons for substance misuse among persons with a psychiatric disorder*. Am. J. Orthopsychiatrii 2004; 74 (3): 365–375.

28. Sawicka M. *Podobieństwa i różnice w stylu radzenia sobie ze stresem pomiędzy chorymi na schizofrenię, uzależnionymi a osobami z podwójnym rozpoznaniem*. Psychiatr. Pol. 2005; 6 (39): 1199–1210.
29. Marsden J, Gossop M, Stewart D, Rolfé A, Farrell M. *Psychiatric symptoms among clients seeking treatment for drug dependence. Intake data from the National Treatment Outcome Research Study*. Br. J. Psychiatry 2000; 176: 285–289.
30. Jorge RE, Starkstein SE, Arndt S, Moser D, Crespo-Facorro B, Robinson RG. *Alcohol misuse and mood disorders following traumatic brain injury*. Arch. Gen. Psychiatry 2005; 62 (7): 742–749.
31. Gual A. *Dual diagnosis in Spain*. Drug Alcohol Rev. 2007; 26 (1): 65–71.
32. Schneider U, Altmann A, Baumann M i in. *Comorbid anxiety and affective disorder in alcohol-dependent patients seeking treatment: the first Multicentre Study in Germany*. Alcohol Alcohol. 2001; 36 (3): 219–223.
33. Bakken K, Landheim AS, Vaglum P. *Primary and secondary substance misusers: do they differ in substance-induced and substance-independent mental disorders?* Alcohol Alcohol. 2003; 38 (1): 54–59.
34. Swartz MS, Swanson JW, Hiday VA, Borum R, Wagner HR, Burns BJ. *Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and nonadherence to medication*. Am. J. Psychiatry 1998; 155 (2): 226–231.
35. Mills KL, Teesson M, Ross J, Peters L. *Trauma, PTSD, and substance use disorders: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being*. Am. J. Psychiatry 2006; 163 (4): 652–658.
36. Drake RE, Wallach MA. *Substance abuse among the chronic mentally ill*. Hosp. Community Psychiatry 1989; 40 (10): 1041–1046.
37. Laudet AB, Magura S, Vogel HS, Knight EL. *Interest in and obstacles to pursuing work among unemployed dually diagnosed individuals*. Subst. Use Misuse. 2002; 37 (2): 145–170.
38. Schaar I, Ojehagen A. *Severely mentally ill substance abusers: an 18-month follow-up study*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2001; 36 (2): 70–78.
39. Frank E, Boland E, Novick DM, Bizzarri JV, Rucci P. *Association between illicit drug and alcohol use and first manic episode*. Pharmacol. Biochem. Behav. 2007; 86 (2): 395–400.
40. Soyka M, Albus M, Immler B, Kathmann N, Hippus H. *Psychopathology in dual-diagnosis and nonaddicted schizophrenics: are there differences?* Eur. J. Health Econ. 2002; 3 (supl. 2): 114–120.
41. Lyons JS, McGovern MP. *Use of mental health services by dually diagnosed patients*. Hosp. Community Psychiatry 1989; 40 (10): 1067–1069.
42. Weaver T, Madden P, Charles V i in. *Comorbidity of substance misuse and mental illness collaborative study team. Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services*. Br. J. Psychiatry 2003; 183: 304–313.
43. *Sprawozdanie roczne 2005. Stan problemu narkotykowego w Unii Europejskiej i Norwegii*. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii. Lizbona: Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich; 2005.
44. Mueser KT, Yarnold PR, Rosenberg SD, Swett C Jr, Miles KM, Hill D. *Substance use disorder in hospitalized severely mentally ill psychiatric patients: prevalence, correlates and subgroups*. Schizophr. Bull. 2000; 26 (1): 179–192.
45. Habrat B. *Powiązania etiopatogenetyczne między chorobami afektywnymi a alkoholizmem oraz wynikające z tego konsekwencje diagnostyczne i terapeutyczne*. Lęk Depres. 1996; 1: 38–53.

46. Schade A, Marquenie LA, Van Balkom AJ i in. *Alcohol-dependent patients with comorbid phobic disorders: a comparison between comorbid patients, pure alcohol-dependent and pure phobic patients*. Alcohol Alcohol. 2004; 39 (3): 241–246.
47. Charney DA, Palacios-Boix J, Negrete JC, Dobkin PL, Gill KJ. *Association between concurrent depression and anxiety and six-month outcome of addiction treatment*. Psychiatr. Serv. 2005; 56 (8): 927–933.

Adres: Michał Błachut
Wielospecjalistyczny Szpital Powiatowy NZOZ SA
Oddział Kliniczny Psychiatrii
42-600 Tarnowskie Góry, ul. Pyskowicka 47

Otrzymano: 19.09.2011
Zrecenzowano: 14.01.2013
Otrzymano po poprawie: 13.02.2013
Przyjęto do druku: 18.02.2013
Adiustacja: A. K.