

## **Współwystępowanie uzależnienia od alkoholu z innymi zaburzeniami psychicznymi.**

### **Część I. Epidemiologia podwójnego rozpoznania**

#### **Comorbidity of alcohol dependence with other psychiatric disorders. Part I. Epidemiology of dual diagnosis**

Anna Klimkiewicz<sup>1</sup>, Jakub Klimkiewicz<sup>2</sup>, Andrzej Jakubczyk<sup>1</sup>,  
Ilona Kieres-Salomoński<sup>1,3,4</sup>, Marcin Wojnar<sup>1,5</sup>

<sup>1</sup>Katedra i Klinika Psychiatryczna WUM  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. M. Wojnar

<sup>2</sup>Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie  
Kierownik: dr n. med. A. Truszczyński

<sup>3</sup>Centralne Biuro Śledcze

<sup>4</sup>Zespół ds. Prekursorów Narkotykowych przy Radzie ds. Przeciwdziałania Narkomanii

<sup>5</sup>University of Michigan Department of Psychiatry, Ann Arbor, MI, USA

#### **Summary**

The paper is a review of the literature on the comorbidity of alcohol dependence with other psychiatric disorders. A condition when alcohol dependence is accompanied by another mental disorder is much more common than it is commonly believed. It is estimated that more than one third of people diagnosed with mental disorders, abuses or is dependent on psychoactive substances, especially alcohol; among alcohol-dependent patients 37% suffer from other mental disorders. Alcohol dependence is associated with increased risk of mood disorders – more than three times higher, depression – almost four times higher, bipolar disorder – more than six times higher, anxiety disorders in general – more than twice, generalized anxiety disorder – more than four times higher, panic disorders – almost double, posttraumatic stress disorder – more than twice. Underestimating of comorbidity is an important problem during treatment of such population of patients. Social skills training can improve a stress management and decrease alcohol and drug use among dual diagnosed patients.

**Słowa kluczowe:** uzależnienie od alkoholu, zaburzenia psychiczne, podwójne rozpoznanie, epidemiologia

**Key words:** alcohol dependence, mental disorders, dual diagnosis, epidemiology

## Wstęp

O podwójnym rozpoznaniu mówi się wtedy, gdy u pacjenta z zaburzeniem psychicznym współwystępuje problem używania lub uzależnienia od substancji psychoaktywnej, w tym alkoholu. Pacjenci z podwójną diagnozą zawsze stanowią dla lekarza lub terapeuty „trudne przypadki”. Sytuacja, gdy uzależnienie od alkoholu towarzyszy innym zaburzeniom psychicznym, jest znacznie częstsza, niż się powszechnie uważa, a pacjenci, zwracając się o pomoc, z reguły nie ujawniają spontanicznie swoich problemów związanych z piciem [1, 2]. Leczenie chorych z podwójnym rozpoznaniem jest utrudnione, obserwuje się u nich również znaczne pogorszenie funkcjonowania społecznego. Pacjenci tego typu częściej niż reszta populacji cierpią na schorzenia somatyczne, mają trudności w relacjach rodzinnych, skarżą się na problemy finansowe, popadają w konflikty z prawem [3], stanowią też 10–20% osób bezdomnych [4].

Grupa chorych z podwójnym rozpoznaniem jest niezwykle heterogenna. Współwystępujące zaburzenia łączą się ze sobą i pojawiają w rozmaitej współzależności i na różnych etapach:

- pierwotnie występujące zaburzenia psychiczne mogą sprzyjać nadmiernemu picciu i rozwojowi uzależnienia od alkoholu,
- używanie szkodliwe bądź uzależnienie od alkoholu mogą być czynnikiem ryzyka pojawienia się innych zaburzeń psychicznych,
- picie alkoholu może być metodą „samoleczenia” objawów współwystępujących zaburzeń psychicznych, prowadzącą do używania szkodliwego, a w konsekwencji, nierzadko, do uzależnienia,
- alkoholowe zespoły abstynencyjne mogą sprzyjać ujawnieniu się innych zaburzeń psychicznych,
- uzależnienie i inne choroby psychiczne mogą pojawiać się niezależnie.

W Polsce, według szacunków Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, żyje od 600 000 do 900 000 osób spełniających kryteria uzależnienia od alkoholu oraz ponad 3 miliony pijących ryzykownie lub szkodliwie [5]. Wyniki badania EZOP, opublikowane w 2012 roku i dotyczące epidemiologii zaburzeń psychicznych oraz dostępu do psychiatrycznej opieki zdrowotnej w naszym kraju, wskazują, że 4,4% mężczyzn i 0,4% kobiet spełnia kryteria uzależnienia od alkoholu [6]. Polska, gdzie 2,4% obywateli jest uzależnionych, a 11,8% pije w sposób szkodliwy [6], należy do krajów o średniowysokim spożyciu alkoholu w przeliczeniu na dorosłego mieszkańca. W latach 1993–2009 zwiększyło się ono o blisko 50% [7]. Według badania EZOP, 3,9% Polaków piło alkohol codziennie w ciągu ostatniego roku [6]. Niemal co czwarte samobójstwo jest popełniane pod wpływem alkoholu, a 35% utonięć jest związanych ze stanem intoksykacji. Między innymi z tych względów umieralność związana z piciem alkoholu jest wśród Polaków o 40% większa niż w innych krajach Europy. Nie wydaje się, niestety, aby ta sytuacja miała się wkrótce zmienić, ponieważ rozpowszechnienie używania alkoholu wśród młodzieży rośnie. Jedynie 8% 15-latków nie pije wcale, a uważa się, że zagrożonych problemem alkoholowym może być w niedalekim czasie nawet 15% młodych Polaków. Średnia wieku inicjacji alkoholowej obniżyła się

w ostatnich latach do 11. roku życia. Sytuację pogarsza fakt, iż ponad 80% sklepów sprzedaje napoje alkoholowe osobom nieletnim.

W poniższej pracy dokonano przeglądu prac zarówno polskich, jak i zagranicznych dotyczących podwójnego rozpoznania. Korzystano z baz danych MEDLINE/PubMed, zastosowano słowa klucze: dual diagnosis, alcohol, alcohol dependence, comorbid disorders. Prace zostały opublikowane w latach 1991–2013. Dodatkowo odwołano się do polskojęzycznych opracowań dotyczących podwójnego rozpoznania. Praca stanowi pierwszy z dwóch artykułów poświęconych całościowemu opisowi problematyki podwójnej diagnozy. W części drugiej poruszono zagadnienia dotyczące koncepcji patofizjologicznych oraz leczenia.

### Epidemiologia współwystępowania zaburzeń psychicznych i uzależnienia od alkoholu

Wśród pacjentów uzależnionych od alkoholu 37% cierpi równocześnie na inne zaburzenia psychiczne [3, 8]. Jednym z pierwszych dużych badań dotyczących problemu podwójnej diagnozy był program badawczy Epidemiological Catchment Area (ECA), który wykazał, że uzależnienie od alkoholu i zaburzenia lękowe oraz afektywne często współwystępują [9]. Związek poszczególnych zaburzeń psychicznych z uzależnieniem od alkoholu oceniano następnie w dużym badaniu National Comorbidity Survey (NCS) [10], dowodząc, iż ponad jedna czwarta badanych z diagnozą uzależnienia od alkoholu w ciągu roku poprzedzającego badanie spełniała również kryteria rozpoznania epizodu depresyjnego. W tym samym badaniu wykazano także częste współwystępowanie zespołu zależności alkoholowej z zaburzeniami lękowymi. Okazało się, że 36,9% osób uzależnionych cierpiało z powodu zaburzeń lękowych w okresie 12 miesięcy przed badaniem. Przytoczone dane wskazują, jak bardzo objawy uzależnienia od alkoholu zwiększają ryzyko współistnienia zaburzeń nastroju i zaburzeń lękowych. Autorzy wykazali, iż uzależnienie zwiększa częstość występowania depresji niemal czterokrotnie, zaś zaburzeń lękowych ponaddwukrotnie. Zespół stresu pourazowego rozpoznawano u pacjentów z uzależnieniem od alkoholu ponaddwukrotnie częściej niż w populacji ogólnej. Jednocześnie zaobserwowano podobną, jednak mniej nasiloną korelację u osób pijących w sposób szkodliwy, jednak niespełniających kryteriów uzależnienia [10].

W badaniu przeprowadzonym na reprezentatywnej próbie populacji ogólnej, wśród osób pijących szkodliwie 12,3% spełniało w roku poprzedzającym badanie kryteria rozpoznania zaburzeń afektywnych, z czego u większości (11,3%) były to zaburzenia depresyjne [9, 10, 11]. Osoby z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi stanowiły w tej grupie 0,3%. Znacznie większy odsetek współistniejących zaburzeń psychicznych zaobserwowano u osób z uzależnieniem od alkoholu. W roku poprzedzającym badanie niemal 30% uzależnionych cierpiało z powodu zaburzeń nastroju, w większości z powodu depresji (27,9%). Shivani i Anthenelli w swoim opracowaniu dotyczącym współwystępowania zaburzeń psychicznych z uzależnieniem od alkoholu szacują, że w ciągu całego życia nawet 80% takich osób doświadcza objawów zaburzeń afektywnych, a 40% spełnia kryteria depresji [12]. Osoby z objawami zaburzeń afektywnych dwubiegunowych stanowią 1,9% populacji uzależnionych [13].

Najczęściej współwystępującym z uzależnieniem od alkoholu zaburzeniem lękowym jest w populacji amerykańskiej zespół stresu pourazowego (PTSD). Jego objawy występujące w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie stwierdzono u 5,6% pijących szkodliwie i u 7,7% uzależnionych. Zaburzenia lękowe uogólnione oraz zaburzenia lękowe z napadami paniki występowały odpowiednio u 1,4% i 1,3% respondentów używających alkoholu szkodliwie, co nie różniło tej populacji w sposób istotny statystycznie od ogółu badanych. Znacznie większe ryzyko wystąpienia tych zaburzeń towarzyszyło zespołowi zależności alkoholowej – 11,6% pacjentów spełniających jego kryteria doświadczyło w ciągu ostatnich 12 miesięcy objawów zaburzeń lękowych uogólnionych, a 3,9% relacjonowało lęk z napadami paniki (tab. 1). Szkodliwe używanie alkoholu w przeszłości czterokrotnie zwiększa ryzyko wystąpienia epizodu depresyjnego – również przy obecnej abstynencji [14]. Zagrożenie to jest większe u osób, które kiedykolwiek spełniały kryteria uzależnienia od alkoholu, aniżeli u tych, które jedynie piły szkodliwie, zaś związek depresji z uzależnieniem w wywiadzie jest znacznie silniejszy u kobiet [15].

Według badania ECA schizofrenia występowała częściej niż w populacji ogólnej zarówno u osób pijących szkodliwie (9,7%), jak i uzależnionych (24%) [9].

Tabela 1. Występowanie zaburzeń psychicznych u osób pijących alkohol szkodliwie oraz uzależnionych [10, 11]

Zaburzenie	Pijący szkodliwie		Uzależnieni od alkoholu	
	Występowanie w ciągu roku poprzedzającego badanie (%)	OR	Występowanie w ciągu roku poprzedzającego badanie (%)	OR
Zaburzenia nastroju ogółem	12,3	1,1	29,2	3,6
Depresja	11,3	1,1	27,9	3,9
Zaburzenia afektywne dwubiegunowe	0,3	0,7	1,9	6,3
Zaburzenia lękowe ogółem	29,1	1,7	36,9	2,6
Zaburzenie lękowe uogólnione	1,4	0,4	11,6	4,6
Zaburzenie lękowe z napadami paniki	1,3	0,5	3,9	1,7
Zespół stresu pourazowego	5,6	1,5	7,7	2,2

OR – iloraz szans, w odniesieniu do populacji ogólnej.

Wyniki przytoczonych badań zainspirowały autorów klasyfikacji DSM-IV do stworzenia kategorii zaburzeń psychicznych wywoływanych przez alkohol („alcohol-induced disorders”), która została zachowana również w piątej rewizji (DSM-5). Wyróżnia ona zaburzenia lękowe i depresyjne u pacjentów uzależnionych od alkoholu jako następstwo wpływu etanolu na ośrodkowy układ nerwowy. Aby stwierdzić

wtórny wobec spożywania alkoholu charakter tych zaburzeń, założono, że ich objawy powinny wystąpić w ciągu najpóźniej czterech tygodni od ostatniego picia bądź zespołu abstynencyjnego. Jednocześnie obserwowane objawy nie mogą być wyjaśnione naturalnym przebiegiem stanu intoksykacji lub odstawienia. Picie alkoholu uznano za czynnik ryzyka rozwoju depresji. Ryzyko zachorowania na depresję jest u osób uzależnionych 1,5–4 razy większe niż u osób bez cech uzależnienia [16, 17], toteż znaczny odsetek osób uzależnionych od alkoholu cierpi z powodu zaburzeń lękowych i depresyjnych [18, 19].

Uzależnienie od alkoholu jest związane z częstszym występowaniem następujących zaburzeń psychicznych [11, 13]:

- zaburzeń nastroju ogółem – ponadtrzykrotnie,
- depresji – niemal czterokrotnie,
- zaburzeń afektywnych dwubiegunowych – ponadsześciokrotnie,
- zaburzeń lękowych ogółem – ponaddwukrotnie,
- zaburzeń lękowych uogólnionych – ponadczterokrotnie,
- zaburzeń lękowych z napadami paniki – niemal dwukrotnie,
- zespołu stresu pourazowego – ponaddwukrotnie.

Oceniano również, czy fakt istnienia zaburzeń psychicznych jest związany z częstszym sięganiem po alkohol w sposób niekontrolowany. Okazało się, że kryteria uzależnienia od alkoholu spełnia około:

- 30% osób z zaburzeniami osobowości,
- 24% badanych z rozpoznaniem zaburzeń adaptacyjnych,
- 22% chorych na zaburzenia depresyjne,
- 18% osób z zaburzeniami lękowymi,
- 11% chorych na schizofrenię,
- 9% osób z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi [8].

W okresach manii nawet 60% pacjentów z chorobą dwubiegunową pije w sposób szkodliwy bądź uzależnia się od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych [20]. Warto podkreślić znaczne zróżnicowanie danych liczbowych w badaniach epidemiologicznych. Rozbieżności wynikają m.in. z przyjętych przez badaczy kryteriów diagnostycznych. Występowanie podwójnego rozpoznania oceniano w różnych kategoriach czasowych – „point prevalence” lub „lifetime prevalence”. Niemożliwe więc pozostaje syntetyczne przedstawienie i porównanie wszystkich dostępnych danych epidemiologicznych. Najbardziej rzetelnymi i obrazującymi skalę zjawiska podwójnego rozpoznania pozostają opracowane przez Petrakis i wsp. [11] wyniki badań Kesslera i jego grupy badawczej National Comorbidity Survey [10].

Istnieją ponadto znaczne różnice w częstości zachorowań na zaburzenia depresyjne oraz uzależnienie od alkoholu w zależności od płci, co należy brać pod uwagę, analizując problem ich współwystępowania. Wskazanie podłoża tej odmienności może stanowić o nowych, zindywidualizowanych możliwościach terapii i profilaktyki. O ile na depresję dwukrotnie częściej chorują kobiety [21], o tyle ryzyko rozwoju uzależnienia jest nawet dziesięciokrotnie wyższe u mężczyzn [6, 22]. U kobiet, u których zaburzenia afektywne bądź lękowe pojawiły się w następstwie silnego stresu, ryzyko

rozwoju uzależnienia od alkoholu jest wyższe, a uzależnienie rozwija się w krótszym czasie niż u badanych bez zaburzeń depresyjnych lub lękowych [2, 10, 23]. W tej grupie pacjentek obserwowano również zwiększoną w porównaniu z mężczyznami wrażliwość na neurotoksyczne działanie alkoholu na ośrodkowy układ nerwowy [24]. Możliwym wyjaśnieniem tych zjawisk wydaje się nieprawidłowe funkcjonowanie struktur układu stresu.

Kobiety zapadają na depresję w młodszym wieku niż mężczyźni [24]. Wyższe jest u nich również ryzyko rozwoju zespołu stresu pourazowego [25, 26], który w większym odsetku niż u mężczyzn poprzedza pojawienie się objawów uzależnienia od alkoholu [27]. U mężczyzn z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych częściej niż wśród kobiet obserwuje się natomiast uzależnienie od alkoholu [24, 27].

Jak widać w powyższych zestawieniach, uzależnienie od alkoholu często współwystępuje z różnymi grupami zaburzeń psychicznych. Trudno bezpośrednio ekstrapolować wyniki poszczególnych badań na ogół populacji, jednak przytoczone dane dają wyraźny obraz dużej skali współchorobowości. Istotnym ograniczeniem metodologicznym takich badań jest niemożność precyzyjnego ustalenia, które z obserwowanych objawów pojawiły się jako pierwsze. Z punktu widzenia terapeutycznego ma to oczywiście pewne znaczenie, jednak wszelkie standardy zakładają konieczność jednoczesnego leczenia zarówno zespołu zależności alkoholowej, jak i współwystępujących zaburzeń psychicznych. Jeśli jest to możliwe, warto ustalić, który z problemów pojawił się u pacjenta jako pierwszy. Daje to szansę, by w porę zapobiec nawrotowi lub zmniejszyć nasilenie objawów określanych jako wtórne. Istotne narzędzie stanowi tu wywiad rodzinny dotyczący uzależnienia od alkoholu oraz innych zaburzeń psychicznych, z czego można wnioskować, z jakim pierwotnym rozpoznaniem mamy do czynienia w indywidualnym przypadku [1, 16]. Poprzez niezwłoczne włączenie leczenia zaburzeń pierwotnych możemy oczekiwać mniejszego nasilenia bądź nawet uniknięcia rozwoju wtórnych dolegliwości.

Na podstawie licznych, wieloletnich obserwacji ustalono, iż pewne zaburzenia psychiczne u osób predysponowanych sprzyjają rozwojowi uzależnienia [2, 10, 23]. Należą do nich: zaburzenia osobowości o typie dys socjalnym, chwiejnym emocjonalnie i schizotypowym, zaburzenia afektywne dwubiegunowe, zaburzenia lękowe z napadami paniki, fobia społeczna, zespół stresu pourazowego, depresja, schizofrenia [10, 23] oraz zespół nadpobudliwości ruchowej z deficytem uwagi [28]. Badacze zalecają, aby pacjentów cierpiących z powodu tych właśnie zaburzeń poddawać szczególnie wnikliwemu badaniu dotyczącemu spożywania alkoholu. Dotyczy to również młodzieży – w polskim badaniu przeprowadzonym na grupie ponad 2 000 adolescentów wykazano bowiem, iż występowanie objawów depresyjnych zwiększa częstość sięgania po alkohol, zarówno wśród chłopców, jak i dziewcząt [29]. Wielokrotnie dowiedziono, jak ważna jest profilaktyka w tym zakresie. Alkohol znacznie utrudnia skuteczne leczenie wszystkich zaburzeń psychicznych, z drugiej strony podwójne rozpoznanie zmniejsza skuteczność leczenia odwykowego. W jednym z badań prospektywnych, podczas dwuletniej obserwacji pacjentów z uzależnieniem od alkoholu abstynencję utrzymywało 41,9% osób bez współistniejących zaburzeń, a wśród chorych z podwójnym rozpoznaniem – jedynie 28% [8].



### Zachowania samobójcze u osób uzależnionych od alkoholu

Wśród osób uzależnionych ryzyko samobójstwa znacznie przekracza ryzyko w populacji ogólnej [30]. Zdaniem niektórych badaczy jest ono nawet większe niż u osób z depresją [31]. Według danych światowych pacjenci z rozpoznaniem uzależnienia od alkoholu są obciążeni 60–120 razy wyższym ryzykiem popełnienia samobójstwa niż osoby, u których nie stwierdzono obecności zaburzeń psychicznych [32]. Ryzyko samobójczej śmierci wśród osób uzależnionych od alkoholu szacuje się na od 7% do 18% [31, 33, 34]. Badania wykazały, że niemal co czwarta osoba uzależniona podejmuje przynajmniej raz w życiu próbę samobójczą [35]. Wśród osób uzależnionych od alkoholu, które zginęły śmiercią samobójczą, 45–70% przed odebraniem sobie życia spełniało kryteria dużego epizodu depresyjnego [36–39]. Współistniejące z depresją uzależnienie od substancji psychoaktywnych (w tym alkoholu) znacznie zwiększa ryzyko samobójstwa [40]. Stwierdzono, iż u większości (nawet 82%) osób, które odebrały sobie życie, występowały objawy zaburzeń psychicznych: najczęściej była to depresja i uzależnienie od alkoholu [37].

Badano również etiologię zaburzeń depresyjnych obserwowanych u osób uzależnionych. Wykazano, że pacjenci z depresją endogenną byli obciążeni większym ryzykiem samobójstwa niż osoby, u których depresja wystąpiła w następstwie używania alkoholu. W pierwszej grupie częstość prób samobójczych sięga 30%, natomiast w drugiej – 24% [35]. Wśród osób z depresją, potwierdzających obecność myśli samobójczych, większe ich nasilenie stwierdzono u pacjentów uzależnionych aniżeli tych bez wywiadu szkodliwego używania alkoholu [41].

### Podwójne rozpoznanie a typologia osób uzależnionych od alkoholu

W ciągu ostatnich lat stworzono kilka wartych uwagi propozycji opisanie bardziej jednorodnych grup pacjentów uzależnionych. Punktem wyjścia były czynniki psychologiczne, zwłaszcza osobowościowe, oraz współistniejące objawy psychopatologiczne. Co warto podkreślić, szeroko rozumiane „podwójne rozpoznanie” stało się poniekąd podstawą wyodrębnienia poszczególnych podtypów uzależnienia. Dotyczy to w nieco mniejszym stopniu typologii osób uzależnionych od alkoholu opisanych przez Cloningera oraz Babora i wsp. [42, 43], natomiast typologia Lescha (Lesch Alcoholism Typology – LAT) [44] już w bardzo bezpośredni sposób nawiązuje do obecności współwystępujących zaburzeń psychicznych. Z tego względu ten podział na subpopulacje osób uzależnionych od alkoholu omówiono szczegółowo poniżej.

Lesch wyróżnia cztery grupy pacjentów uzależnionych od alkoholu [44].

Typ I – określanany jako „model alergii” – charakteryzuje się dużą komponentą uzależnienia somatycznego, gdzie spożywanie alkoholu ma na celu w dużej mierze unikanie bądź łagodzenie burzliwych i subiektywnie uciążliwych objawów abstynencyjnych. Zaobserwowano również, że pacjenci zaklasyfikowani do tej grupy rozwijają uzależnienie od alkoholu w charakterystycznej sekwencji: od picia ryzykownego, a następnie szkodliwego, do pełnoobjawowego uzależnienia.

Typ II tworzą pacjenci uzależnieni, u których spożywanie alkoholu ma na celu łagodzenie objawów lękowych oraz tonizowanie napięcia w sytuacjach stresowych. Typ ten jest czasem określany mianem „modelu lękowego”. Alkohol stanowi w nim drogę rozwiązywania konfliktów przez osoby z niską samooceną, poddające się niezadko dominacji życiowych partnerów i mające trudności z artykułowaniem swoich opinii oraz egzekwowaniem potrzeb. Pod wpływem alkoholu tego typu pacjenci stają się ofensywni. Mają też skłonność do agresji i autoagresji.

Typ III, nazywany objawowym, grupuje pacjentów, dla których alkohol jest swoistym „lekiem przeciwdepresyjnym”. W tej kategorii, do której znacznie częściej klasyfikowane są kobiety, najliczniej pojawiają się pacjenci z podwójnym rozpoznaniem – uzależnienia i zazwyczaj depresji. Piją oni alkohol w celu poprawy nastroju oraz uzyskania działania nasennego. Naturalnie, po początkowej, krótkotrwałej poprawie samopoczucia, dochodzi do potęgowania objawów afektywnych i lękowych. W miarę używania alkoholu przebieg zaburzeń depresyjnych pogarsza się, bezsenność nie poddaje się już w takim stopniu „leczeniu alkoholem”, a sam sen staje się mniej regenerujący. Charakterystyczne jest również powszechne występowanie u takich pacjentów zachowań autodestrukcyjnych i agresji wraz z chwiejnością emocjonalną i dużym ryzykiem samobójczym. Chorzy z tej grupy wymagają leczenia obserwowanych zaburzeń afektywnych. W zależności od dodatkowej diagnozy powinni oni otrzymywać leki stabilizujące nastrój lub leczenie przeciwdepresyjne dostosowane do indywidualnych potrzeb.

Typ IV jest modelem opartym na warunkowaniu. Jako kluczowe dla rozwoju uzależnienia Lesch wskazuje pojawiające się już w okresie dzieciństwa nieprawidłowości w funkcjonowaniu OUN w wyniku szkodliwych oddziaływań w okresie rozwojowym. Często już w adolescencji obserwuje się nadmierną impulsywność i zaburzenia zachowania. Pacjenci z tej grupy wykazują się brakiem krytycyzmu wobec uzależnienia od alkoholu, a ponadto łatwo ulegają presji otoczenia sprzyjającej jego spożywaniu. Z uwagi na pierwotnie występujące uszkodzenie układu nerwowego są oni szczególnie wrażliwi na toksyczny wpływ alkoholu na mózg i stosunkowo często doświadczają napadów drgawkowych. Wyjściowe upośledzenie funkcji poznawczych jest w miarę rozwoju uzależnienia szybko pogłębiane przez alkohol. Odsetek mężczyzn w tej grupie chorych jest większy niż w całej populacji osób uzależnionych.

Ważnym aspektem powyższego podziału jest wskazanie konkretnych (w zależności od typu uzależnienia) metod farmakoterapii, które co prawda okazały się skuteczne w profilaktyce nawrotów picia, jednak nie zostały uwzględnione w wytycznych dotyczących farmakoterapii uzależnienia od alkoholu.

### Podsumowanie

Jak wynika z danych epidemiologicznych, związek zaburzeń lękowych i depresyjnych z używaniem alkoholu nie budzi wątpliwości. Dane pochodzące z różnych krajów, opisujące aspekty epidemiologiczne podwójnego rozpoznania pozostają spójne: osoby uzależnione od alkoholu cierpią najczęściej na zaburzenia nastroju, zaburzenia lękowe oraz zespół stresu pourazowego. Wydaje się, że trening umiejętności społecz-



nych u pacjentów z podwójną diagnozą pozwala na zmianę stylu radzenia sobie ze stresem, prowadząc do zmniejszenia częstości sięgania w tych sytuacjach po substancje psychoaktywne – w tym alkohol [45].

Jak wykazano w powyższym przeglądzie piśmiennictwa, współwystępowanie uzależnienia od alkoholu i innych zaburzeń psychicznych jest zjawiskiem stosunkowo powszechnym, co ma niezwykle istotne implikacje kliniczne i (powinno mieć) terapeutyczne. Kierunki współcześnie prowadzonych badań koncentrują się zatem na wyczerpującym wyjaśnieniu patomechanizmów powyższego zjawiska. Szerokie omówienie dotyczące aspektów patofizjologicznych i terapeutycznych współwystępowania uzależnienia od alkoholu z innymi zaburzeniami psychicznymi przedstawiono w drugiej części opracowania.

### Piśmiennictwo

1. Anthenelli RM. *A basic clinical approach to diagnosis in patients with comorbid psychiatric and substance use disorders*. W: Miller NS. red. *Principles and practice of addictions in psychiatry*. Philadelphia, PA: W.B. Saunders Company; 1997. s. 119–126.
2. Helzer JE, Pryzbeck TR. *The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment*. J. Stud. Alcohol. 1988; 49(3): 219–224.
3. Department of Health. *Mental Health Policy Implementation Guide: Dual diagnosis good practice*. London: Crown Copyright; 2002.
4. Tessler RC, Dennis DL. *A synthesis of NIMH-funded research concerning persons who are homeless and mentally ill*. Rockville: National Institute of Mental Health; 1989.
5. [http://www.parpa.pl/index.php?option=com\\_content&task=view&id=44&Itemid=8](http://www.parpa.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=44&Itemid=8). [dostęp: 01.10.2011].
6. Moskalewicz J, Kiejna A, Wojtyniak B. *Epidemiologia zaburzeń psychicznych i dostępności do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2012.
7. [http://www.parpa.pl/index.php?option=com\\_content&task=view&id=156&Itemid=16](http://www.parpa.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=156&Itemid=16). [dostęp: 15.10.2011].
8. Sanchez-Pena JF, Alvarez-Cotoli P, Rodriguez-Solano JJ. *Psychiatric disorders associated with alcoholism: 2 year follow-up of treatment*. Actas Esp. Psiquiatr. 2012; 40(3): 129–135.
9. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL. i wsp. *Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study*. JAMA 1990; 264(19): 2511–2518.
10. Kessler RC, Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J, Anthony JC. *Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey*. Arch. Gen. Psychiatry 1997; 54(4): 313–321.
11. Petrakis I, Gonzalez G, Rosenheck R, Krystal J. *Comorbidity of alcoholism and psychiatric disorders. An overview*. <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh26-2/81-89.htm> [dostęp: 06.03.2015].
12. Shivani RG, Goldsmith RJ, Anthenelli RM. *Alcoholism and psychiatric disorders: Diagnostic challenges*. Alcohol Res. Health 2002; 26: 90–98.

13. Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Edlund MJ, Frank RG, Leaf PJ. *The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization.* Am. J. Orthopsychiatry 1996; 66(1): 17–31.
14. Hasin DS, Grant BF. *Major depression in 6050 former drinkers: association with past alcohol dependence.* Arch. Gen. Psychiatry 2002; 59(9): 794–800.
15. Grant BF, Harford TC. *Comorbidity between DSM-IV alcohol use disorders and major depression: results of a national survey.* Drug Alcohol Depend. 1995; 39(3): 197–206.
16. Anthenelli RM, Schuckit MA. *Affective and anxiety disorders and alcohol and drug dependence: diagnosis and treatment.* J. Addict. Dis. 1993; 12(3): 73–87.
17. Schuckit M. *Alcohol-related disorders.* W: Sadock BJ, Sadock VA. red. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 2000; 1: 953-971.
18. Brown SA, Schuckit MA. *Changes in depression among abstinent alcoholics.* J. Stud. Alcohol. 1988; 49(5): 412–417.
19. Brown SA, Inaba RK, Gillin JC, Schuckit MA, Stewart MA, Irwin MR. *Alcoholism and affective disorder: clinical course of depressive symptoms.* Am. J. Psychiatry 1995; 152(1): 45–52.
20. Brady KT, Sonne SC. *The relationship between substance abuse and bipolar disorder.* J. Clin. Psychiatry 1995; 56(supl. 3): 19–24.
21. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S. i wsp. *Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey.* Arch. Gen. Psychiatry 1994; 51(1): 8–19.
22. Keyes KM, Grant BF, Hasin DS. *Evidence for a closing gender gap in alcohol use, abuse, and dependence in the United States population.* Drug Alcohol Depend. 2008; 93(1–2): 21–29.
23. Schuckit MA, Tipp JE, Bucholz KK, Nurnberger JI Jr, Hesselbrock VM, Crowe RR. i wsp. *The life-time rates of three major mood disorders and four major anxiety disorders in alcoholics and controls.* Addiction 1997; 92(10): 1289–1304.
24. Fava M, Abraham M, Alpert J, Nierenberg AA, Pava JA, Rosenbaum JF. *Gender differences in Axis I comorbidity among depressed outpatients.* J. Affect. Disord. 1996; 38(2–3): 129–133.
25. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. *Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey.* Arch. Gen. Psychiatry 1995; 52(12): 1048–1060.
26. Stein MB, Walker JR, Forde DR. *Gender differences in susceptibility to posttraumatic stress disorder.* Behav. Res. Ther. 2000; 38(6): 619–628.
27. Sonne SC, Back SE, Diaz Zuniga C, Randall CL, Brady KT. *Gender differences in individuals with comorbid alcohol dependence and post-traumatic stress disorder.* Am. J. Addict. 2003; 12(5): 412–423.
28. Sullivan MA, Rudnik-Levin F. *Attention deficit/hyperactivity disorder and substance abuse. Diagnostic and therapeutic considerations.* Ann. N. Y. Acad. Sci. 2001; 931: 251–270.
29. Modrzejewska R. *Współwystępowanie objawów depresyjnych, zaburzeń jedzenia oraz obsesyjno-kompulsyjnych a używanie substancji psychoaktywnych w populacji 17-letniej młodzieży wielkomięskiej.* Psychiatr. Pol. 2010; 44(5): 651–663.
30. Wilcox HC, Conner KR, Caine ED. *Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies.* Drug Alcohol Depend. 2004; 76(supl.): S11–S19.
31. Inskip HM, Harris EC, Barraclough B. *Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia.* Br. J. Psychiatry 1998; 172(1): 35–37.
32. Sher L. *Alcoholism and suicidal behavior: a clinical overview.* Act. Psychiatr. Scand. 2006; 113(1): 13–22.

33. Murphy GE, Wetzel RD, Robins E, McEvoy L. *Multiple risk factors predict suicide in alcoholism*. Arch. Gen. Psychiatry 1992; 49(6): 459–463.
34. Roy A, Linnoila M. *Alcoholism and suicide*. Suicide Life Threat. Behav. 1986; 16(2): 244–273.
35. Schuckit MA, Tipp JE, Bergman M, Reich W, Hesselbrock VM, Smith TL. *Comparison of induced and independent major depressive disorders in 2,945 alcoholics*. Am. J. Psychiatry 1997; 154(7): 948–957.
36. Cheng AT. *Mental illness and suicide. A case-control study in east Taiwan*. Arch. Gen. Psychiatry 1995; 52(7): 594–603.
37. Henriksson MM, Aro HM, Marttunen MJ, Heikkinen ME, Isometsa ET, Kuoppasalmi KI. i wsp. *Mental disorders and comorbidity in suicide*. Am. J. Psychiatry 1993; 150(6): 935–40.
38. Murphy GE. *Suicide in alcoholism*. New York: Oxford University Press. 1992.
39. Conner KR, Duberstein PR, Conwell Y. *Age-related patterns of factors associated with completed suicide in men with alcohol dependence*. Am. J. Addict. 1999; 8: 312–318.
40. Ilgen MA, Downing K, Zivin K, Hoggatt KJ, Kim HM, Ganoczy D. i wsp. *Exploratory data mining analysis identifying subgroups of patients with depression who are at high risk for suicide*. J. Clin. Psychiatry 2009; 70(11): 1495–1500.
41. Sher L, Oquendo MA, Galfalvy HC, Grunebaum MF, Burke AK, Zalsman G. i wsp. *The relationship of aggression to suicidal behavior in depressed patients with a history of alcoholism*. Addict. Behav. 2005; 30(6): 1144–1153.
42. Cloninger CR. *Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism*. Science 1987 24; 236(4800): 410–416.
43. Babor TF, Hofmann M, DelBoca FK, Hesselbrock V, Meyer RE, Dolinsky ZS. i wsp. *Types of alcoholics, I. Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity*. Arch. Gen. Psychiatry 1992; 49(8): 599–608.
44. Lesch OM, Walter H. *Subtypes of alcoholism and their role in therapy*. Alcohol Alcohol. Suppl. 1996; 31(1): 63–67.
45. Sawicka M. *Podobieństwa i różnice w stylu radzenia sobie ze stresem pomiędzy chorymi na schizofrenię, uzależnionymi a osobami z podwójnym rozpoznaniem*. Psychiatr. Pol. 2005; 39(6): 1199–1210.

Adres: Marcin Wojnar  
Katedra i Klinika Psychiatryczna WUM  
00-665 Warszawa, ul. Nowowiejska 27

Otrzymano: 29.01.2014  
Zrecenzowano: 25.02.2014  
Otrzymano po poprawie: 1.04.2014  
Przyjęto do druku: 25.02.2015