

## Profil społeczno-demograficzny i kliniczny pacjentów z podwójną diagnozą mieszkających w warszawskiej dzielnicy Mokotów na tle badanych w innych miastach europejskich – wyniki wielośrodkowego, międzynarodowego programu badawczego ISADORA

### Sociodemographic and clinical profile of patients with dual diagnosis living in Warsaw district Mokotow in comparison with participants in other European countries – results of the international, multicentre research project ISADORA

Katarzyna Charzyńska<sup>1</sup>, Maryla Sawicka<sup>1,2</sup>, Anna Osuchowska<sup>1</sup>,  
Małgorzata Chądzyńska<sup>1</sup>, Marta Giguere<sup>1</sup>, Beata Kasperek-Zimowska<sup>1</sup>,  
Paweł Bronowski<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Klinika Rehabilitacji Psychiatrycznej IPiN w Warszawie

Kierownik: dr hab. n. hum. M. Sawicka

<sup>2</sup>Instytut Psychologii Stosowanej, Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie

Kierownik: prof. dr hab. n. hum. Cz. Czabała

#### Summary

**Aim.** The aim of the present study was to compare socio-demographic and clinical profile of the inpatients with dual diagnosis in Warsaw with the profile of inpatients treated in other European centres.

**Method.** 50 patients consecutively admitted in Warsaw were included in the study; total number of patients recruited from 7 European centers was 352. Recruitment was conducted in general inpatient psychiatric departments and specialized dual diagnosis inpatient wards. Data was collected during single interview with the use of M.I.N.I and EuropAsi questionnaires.

**Results.** Both in Warsaw and overall study population males constituted almost 2/3 of the group. Patients in Warsaw were more frequently living with relatives or other close persons as well as remained in intimate relationships in comparison to patients from other study sites. Depression was the most common diagnosis in Warsaw and it was significantly more often found in this center than in Tampere. Moreover, patients in the Warsaw group were sig-

---

Projekt badawczy „Zintegrowane Usługi na Rzecz Podwójnej Diagnozy i Pełnego Powrotu z Uzależnienia” (ISADORA) był sponsorowany przez Komisję Europejską w ramach 5. Programu Ramowego (Projekt QLG4-CT-2002-00911).

nificantly less frequently diagnosed with cannabis use disorder and more frequently – with tranquilizers use disorder.

**Conclusions.** The differences among sites regarding socio- demographic and clinical profiles of dual diagnosis patients were due to both socio-cultural factors (e.g. psychoactive substances accessibility) and the research methodology.

**Słowa kluczowe:** podwójna diagnoza, depresja, nadużywanie alkoholu

**Key words:** dual diagnosis, alcohol use disorder, depression

## Wstęp

Termin „podwójna diagnoza” nie ma dokładnej definicji i w zależności od podejmowanego tematu badawczego jest różnie interpretowany [1]. W psychiatrii podwójna diagnoza najczęściej rozumiana jest jako jednoczesne występowanie zaburzenia psychicznego oraz zaburzenia związanego z nadużywaniem lub uzależnieniem od substancji psychoaktywnych [2]. Zamiennie stosuje się również takie terminy jak „współwystępowanie”, „współzachorowalność” czy „współchorobowość”. Ten ostatni termin podkreśla możliwość istnienia powiązań i interakcji między dwoma zaburzeniami [3].

W porównaniu z populacją ogólną chorzy z zaburzeniami psychicznymi są bardziej narażeni na współwystępowanie nadużywania lub uzależnienia od substancji psychoaktywnych [4]. Badania przeprowadzone wśród pacjentów z psychozą w jednym ze szpitali w USA wykazały, że blisko połowa z nich miała także zaburzenia związane z używaniem alkoholu lub narkotyków [5].

Davies i wsp. dokonali systematycznego przeglądu badań nad współwystępowaniem uzależnień w depresji i wykazali, że blisko jedna trzecia pacjentów z tym rozpoznaniem nadużywa również substancji psychoaktywnych [6]. Wyniki badań pokazują, że najczęściej nadużywaną substancją jest alkohol, a następnie przetwory konopi, kokaina i halucynogeny. Warto zauważyć, że dość powszechnie obserwowane jest jednoczesne używanie kilku substancji, nawet przez 30% pacjentów [7–10].

Pacjenci z podwójną diagnozą częściej niż chorzy z jednym rozpoznaniem są ponownie hospitalizowani [11], częściej podejmują próby samobójcze [12], mają niepomyślne wyniki leczenia [13] i są bardziej zagrożeni nagłym zgonem [14]. Ponadto częściej są to osoby o niższym wykształceniu, bezrobotne i samotne [15].

W polskich badaniach dotyczących specyfiki pacjentów z podwójnym rozpoznaniem próbowano określić parametry psychologiczne tych osób: styl radzenia sobie ze stresem, poczucie koherencji, specyfikę łączenia się rozpoznań w syndrom podwójnej diagnozy czy preferencje dotyczące zażywania substancji psychoaktywnych. Jednym z wniosków płynących z badań było stwierdzenie, że pomimo wyodrębnienia pewnych dominujących właściwości, pacjenci z podwójną diagnozą nie stanowią jednolitej grupy [16]. Co więcej, obserwowane jest geograficzne zróżnicowanie rozpowszechnienia nadużywania substancji psychoaktywnych przez osoby z zaburzeniami psychicznymi [17] oraz geograficzne zróżnicowanie dotyczące preferencji używania poszczególnych substancji w tej grupie chorych [18, 19]. Dotychczas prowadzone badania, najczęściej jednoośrodkowe, nie pozwalają jednak na stwierdzenie, czy profile społeczno-demograficzne pacjentów z podwójną diagnozą są zróżnicowane w różnych krajach

Europy. Potwierdzenie istnienia tych różnic może przyczynić się do zwrócenia uwagi na związki między czynnikami kulturowymi i społecznymi a profilem pacjentów.

Międzynarodowy projekt badawczy „Zintegrowane Usługi na Rzecz Podwójnej Diagnozy i Pełnego Powrotu z Uzależnienia” (ISADORA) miał na celu opisanie i porównanie wzorów zachorowalności, właściwości społeczno-demograficznych oraz korzystania z usług opiekuńczych i leczniczych w grupie pacjentów z podwójną diagnozą w siedmiu europejskich ośrodkach psychiatrycznych. Tak więc tym razem wyznacznikiem poszukiwania specyfiki tego typu pacjentów stał się czynnik różnic międzykulturowych. Prezentowana praca, stanowiąca fragment projektu ISADORA, ma na celu pokazanie specyfiki profilu społeczno-demograficznego i klinicznego pacjentów leczonych w Warszawie – w oparciu o dane uzyskane w warszawskiej dzielnicy Mokotów – w kontekście wyników otrzymanych przez pacjentów z innych ośrodków europejskich.

### Material

Do celów obecnego badania wykorzystano następujące kwestionariusze:

1. M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview w opracowaniu M. Masiaka i J. Przychody) [20]. Krótki Międzynarodowy Wywiad Neuropsychiatryczny jest strukturalizowanym narzędziem diagnostycznym stosowanym do rozpoznawania zaburzeń psychicznych według DSM-IV i ICD-10. Narzędzie służyło ocenie częstości występowania poszczególnych zaburzeń psychicznych.

2. Europ-ASI (European Addiction Severity Index) [21]. Kwestionariusz do ewaluacji używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych obecnie i w przeszłości. Umożliwia również zebranie wielu danych społeczno-demograficznych, takich jak wykształcenie, przebieg pracy zawodowej, źródła dochodu, stan rodzinny.

Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą programu SPSS wersja 12.0. Braki danych zostały wyłączone z podstawy oprocentowania w przypadku prezentacji rozkładów zmiennych oraz wyłączone z obliczeń wartości średnich poszczególnych zmiennych. Do porównania rozkładów zmiennych nominalnych użyto testu  $\chi^2$ . Do określenia różnic między średnimi użyto testu  $t$  dla grup niezależnych, wraz z poprawką Bonferroniego. Przyjęto poziom istotności  $p < 0,05$ .

### Metoda

Dane dotyczące uczestników badania były zbierane w typowych dla danego kraju ośrodkach leczenia osób z podwójnym rozpoznaniem. Były to całodobowe oddziały ogólnopsychiatryczne oraz całodobowe, specjalistyczne oddziały leczenia podwójnej diagnozy w Aarhus w Danii, w Tampere w Finlandii, w Paryżu we Francji, w Londynie, Cambridge oraz Dundee w Wielkiej Brytanii, a także w Polsce w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. W każdym z ośrodków kwalifikacja do badań odbywała się w oparciu o tę samą procedurę, której podstawą były wyniki otrzymane w poszczególnych modułach diagnostycznych baterii testów M.I.N.I.

Populacja chorych włączonych do badania we wszystkich ośrodkach uczestniczących w projekcie liczyła 352 osoby. Rekrutowano osoby z wyodrębnionego administracyjnie obszaru zamieszkiwanego przez 200 000 osób. W Polsce była to warszawska dzielnica Mokotów, której mieszkańcy stanowili największy odsetek osób leczonych na oddziałach, gdzie odbywała się rekrutacja do badań.

Kryteria włączenia obejmowały: wiek między 18–65 lat oraz diagnozę schizofrenii, zaburzeń schizotypowych i urojeniowych (F20.0–F20.9) lub zaburzeń nastroju (F30–F33.9) w połączeniu z przynajmniej jedną diagnozą zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych (F10–F19), z wyłączeniem zaburzeń związanych z używaniem tytoniu (F17) – zgodnie z ICD-10. Z badania wyłączono pacjentów, którzy przebywali na oddziale krócej niż 48 godzin, byli w przeszłości poddani operacji mózgu, mieli padaczkę lub ciężkie urazy głowy, a także osoby, które były sprawcami ciężkiej przemocy. Pierwszych 50 kolejno przyjmowanych pacjentów, którzy spełniali kryteria włączenia i wyrazili zgodę, zostało zakwalifikowanych do badania.

## Wyniki

W populacji badanej w Warszawie znalazło się 62% mężczyzn i 38% kobiet. Średnia wieku wyniosła 39 lat (SD = 11,2). Otrzymane wyniki wskazują, że pacjenci leczeni w ośrodku warszawskim charakteryzowali się podobną proporcją kobiet i mężczyzn w porównaniu z pozostałymi ośrodkami, wyjąwszy ośrodek w Dundee. Istotnie statystycznie różnice odnotowano odnośnie wieku ( $F = 2,26$ ,  $df = 6$ ,  $p = 0,04$ ), jednak po przeprowadzeniu analiz z poprawką Bonferroniego różnice te nie były już istotne. Szczegółowe dane przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Cechy demograficzne w podziale na poszczególne ośrodki uczestniczące w badaniu (w %)

	Razem	Aarhus	Paryż	Tampere	Dundee	Warszawa	Middlesex	Cambridge
Płeć								
Mężczyźni	67,6 n = 238	70,0 n = 35	72,0 n = 36	57,7 n = 30	80,0 n = 40 q1	62,0 n = 31 q	60,0 n = 30	72,0 n = 36
Kobiety	32,4 n = 114	30,0 n = 15	28,0 n = 14	42,3 n = 22	20,0 n = 10	38,0 n = 19	40,0 n = 20	28,0 n = 14
Wiek (średnia)	37,4 SD = 10,8	40,0 SD = 9,2	40,0 SD = 10,6	36,3 SD = 10,8	34,7 SD = 9,9	39,0 SD = 11,2	37,0 SD = 12,2	34,7 SD = 10,8
Wiek (przedziały)								
18–34	44,1 n = 152	28,0 n = 14	38,0 n = 19	51,9 n = 27	51,2 n = 22	36,0 n = 18	50,0 n = 25	54,0 n = 27
35–65	55,9 n = 193	72,0 n = 36	62,0 n = 31	48,1 n = 25	48,8 n = 21	64,0 n = 32	50,0 n = 25	46,0 n = 23

$$q-q1 = p < 0,047$$

Zdecydowana większość pacjentów miała wykształcenie średnie (71,1%), mniej liczna była grupa osób z wykształceniem wyższym (20%), najmniej było osób z wykształceniem podstawowym i zawodowym (8,9%). Odnotowano istotne statystycznie różnice pomiędzy ośrodkami odnośnie poziomu wykształcenia ( $\chi^2 = 45,97$ ,  $df = 12$ ,  $p < 0,001$ ).

Pacjenci z Warszawy w porównaniu z pacjentami z Aarhus, Paryża, Tampere, Dundee i Middlesex częściej legitymowali się wykształceniem średnim. Pacjenci leczeni w Warszawie rzadziej byli hospitalizowani aniżeli pacjenci leczeni w ośrodku w Aarhus. Nie odnotowano różnic istotnych statystycznie pomiędzy porównywanymi grupami pod względem występowania problemów zdrowotnych (tab. 2).

Tabela 2. Cechy społeczne i kliniczne w podziale na poszczególne ośrodki uczestniczące w badaniu (w %)

	Razem	Aarhus	Paryż	Tampere	Dundee	Warszawa	Middlesex	Cambridge
Wykształcenie								
Wykształcenie podstawowe	23,7 n = 80	32,0 n = 16	25,0 n = 12	34,6 n = 18	21,4 n = 9	8,9 n = 4	42,0 n = 21	0,0 n = 0
Wykształcenie średnie	52,8 n = 178	50,0 n = 25 b	39,6 n = 19 m	51,9 n = 27 g	45,2 n = 19 x	71,1 n = 32 a	42,0 n = 21 i	70,0 n = 35
Wykształcenie policealne, wyższe	23,4 n = 79	18,0 n = 9	35,4 n = 17	13,5 n = 7	33,3 n = 14	20,0 n = 9	16,0 n = 8	30,0 n = 15
Aktualne problemy zdrowotne	61,1 n = 207	68,0 n = 34	56,3 n = 27	50,0 n = 26	63,4 n = 26	64,6 n = 31	52,0 n = 26	74,0 n = 37
Liczba hospitalizacji psychiatrycznych (średnia)	5,65	14,08 f	3,91	5,51	3,42	4,58 e	3,88	3,27

a-b =  $p < 0,02$ ; a-g =  $p < 0,01$ ; a-i =  $p < 0,001$ ; a-m =  $p < 0,008$ ; a-x =  $p < 0,044$ ; e-f =  $p < 0,001$

Przeważająca część uczestników badania w Warszawie pozostawała w związkach małżeńskich (69,4%) i mieszkała z rodziną (80%). Można zauważyć, że pacjenci leczeni w ośrodku warszawskim częściej pozostawali w związkach małżeńskich w porównaniu z pacjentami leczonymi w Aarhus, Tampere i Cambridge. Ponadto pacjenci z Warszawy istotnie rzadziej mieszkali samotnie w porównaniu z pacjentami z ośrodków w Paryżu, Dundee, Middlesex i Cambridge (tab. 3).

Tabela 3. Sytuacja rodzinna i mieszkaniowa w podziale na poszczególne ośrodki uczestniczące w badaniu (w %)

	Razem	Aarhus	Paryż	Tampere	Dundee	Warszawa	Middlesex	Cambridge
Stan cywilny								
Związek małżeński	16,5 n = 56	10,0 n = 5 d	19,1 n = 9	26,9 n = 14 h	16,7 n = 7 c	30,6 n = 15 l	4,0 n = 2	8,0 n = 4 b
Samotny	83,5 n = 284	90,0 n = 45	80,9 n = 38	73,1 n = 38	83,3 n = 35	69,4 n = 34	96,0 n = 48	92,0 n = 46

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Współmieszkańcy								
Mieszka z rodziną, przyjaciółmi	49,9 n = 175	36,0 n = 18	42,9 n = 21	40,4 n = 21	52,0 n = 26	80,0 n = 40	50,0 n = 25	48,0 n = 24
Mieszka sam	50,1 n = 176	64,0 n = 32	57,1 n = 28 n	59,6 n = 31	48,0 n = 24 y	20,0 n = 10 k	50,0 n = 25 j	52,0 n = 26 o

c-d = p < 0,01; c-h = p < 0,000; c-l = p < 0,000; c-b = p < 0,004; k-j = p < 0,000; k-n = p < 0,000; k-o = p < 0,001; k-p = p < 0,003

Substancją psychoaktywną najczęściej nadużywaną przez pacjentów w Warszawie był alkohol (82,0%), następnie leki uspokajające (22,0%) oraz przetwory konopi (14,0%). Pacjenci badani w Warszawie istotnie rzadziej w porównaniu z pacjentami badanymi w pozostałych ośrodkach nadużywali przetworów konopi. Natomiast istotnie częściej rozpoznawano u nich zaburzenia związane z nadużywaniem leków uspokajających aniżeli u osób leczonych w Cambridge, Middlesex i Dundee (p < 0,05). Osoby leczone w Warszawie nie używały kokainy ani substancji wziewnych (tab. 4).

Tabela 4. Rozpowszechnienie nadużywania substancji psychoaktywnych w podziale na poszczególne ośrodki uczestniczące w badaniu (w %)

Substancje	Razem	Aarhus	Paryż	Tampere	Dundee	Warszawa	Middlesex	Cambridge
Alkohol	74,1 n = 251	80,0 n = 40	70,0 n = 35	69,2 n = 26	70,0 n = 35	82,0 n = 41	76,0 n = 38	72,0 n = 36
Przetwory konopi	35,8 n = 121	40,0 n = 20 f	34,0 n = 16 m	23,1 n = 11	32,0 n = 13 o	14,0 n = 7 e	60,0 n = 30 h	48,0 n = 24 q
Heroina, morfina, metadon	13,6 n = 46	20,0 n = 10	8,0 n = 4	13,5 n = 5	10,0 n = 5	8,0 n = 4	12,0 n = 6	24,0 n = 12
Leki uspokajające lub nasenne	12,5 n = 42	14,0 n = 7	8,0 n = 3	38,5 n = 19	0,0 n = 0 p	22,0 n = 11 i	0,0 n = 0 j	4,0 n = 2 s
Stymulanty	12,2 n = 41	24,0 n = 12 b	0,0 n = 0 k	13,5 n = 7	12,0 n = 4	8,0 n = 4 a	4,0 n = 2	24,0 n = 12 u
Kokaina	9,7 n = 33	8,0 n = 4 d	10,0 n = 5 l	0,0 n = 0	8,0 n = 3 n	0,0 n = 0 c	30,0 n = 15 g	12,0 n = 6 x
Halucynogeny	5,1 n = 18	2,0 n = 1	4,0 n = 2	0,0 n = 0	8,0 n = 3	2,0 n = 1 z	6,0 n = 3	14,0 n = 7 z1
Substancje wziewne	0,9 n = 3	2,0 n = 1	0,0 n = 0	1,9 n = 1	0,0 n = 0	0,0 n = 0	0,0 n = 0	2,0 n = 1

a-b = p < 0,02; a-k = p < 0,04; a-u = p < 0,02; c-d = p < 0,04; c-q = p < 0,00; c-l = p < 0,02; c-n = p < 0,04; c-x = p < 0,012; e-f = p < 0,003; e-h = p < 0,000; e-m = p < 0,01; e-o = p < 0,032; e-q = p < 0,00; i-j = p < 0,00; i-p = p < 0,00; i-s = p < 0,007; z-z1 = p < 0,02

Występowanie poszczególnych diagnoz psychiatrycznych istotnie statystycznie różnicowało badane grupy ( $\chi^2 = 70,618$ ,  $df = 18$ ,  $p < 0,001$ ). W Warszawie depresja była najczęściej stawianym rozpoznaniem (37,5%), podczas gdy w całej badanej populacji pierwsze miejsce pod względem częstości występowania zajmowała psychoza (40,3%). Najmniejszy odsetek chorych w Warszawie miał rozpoznanie zaburzeń dwubiegunowych (10,4%). Szczegółowe dane zawiera tabela 5.

Tabela 5. Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych w podziale na poszczególne ośrodki uczestniczące w badaniu (w %)

Diagnoza	Razem	Aarhus	Paryż	Tampere	Dundee	Warszawa	Middlesex	Cambridge
Depresja	23,5 n = 80	16,0 n = 8	31,8 n = 15	9,8 n = 4 b	17,0 n = 8	37,5 n = 18 a	26,0 n = 13	28,0 n = 14
Zaburzenia dwubiegunowe	12,9 n = 44	20,0 n = 10	15,9 n = 7	11,8 n = 6	8,5 n = 4	10,4 n = 5	22,0 n = 11	2,0 n = 1
Zaburzenia nastroju z cechami psychotycznymi	23,2 n = 79	18,0 n = 9	6,8 n = 3	45,1 n = 23	19,1 n = 9	22,9 n = 11	32,0 n = 16	16,0 n = 8
Psychoza	40,3 N = 137	46,0 n = 23	45,5 n = 21	33,3 n = 17	55,3 n = 25	29,2 n = 14	20,0 n = 10	54,0 n = 27

a-b =  $p < 0,013$

Wyniki testu t dla grup niezależnych, wraz z poprawką Bonferroniego, pokazały, że pacjenci leczeni w Warszawie nie różnili się istotnie statystycznie od pacjentów leczonych w poszczególnych ośrodkach Europy pod względem częstości występowania poszczególnych zaburzeń psychicznych. Jedyna istotna statystycznie różnica dotyczyła częstszego występowania depresji u pacjentów z Warszawy niż w Tampere.

### Omówienie wyników

Uzyskane wyniki należy opatrzyć kilkoma zastrzeżeniami metodologicznymi. Badaną populację stanowili pacjenci oddziałów całodobowych, którzy stanowią najtrudniejszą grupę chorych. Zatem ze względu na możliwość popełnienia błędu Berksona wyników nie można generalizować na całą populację chorych z podwójną diagnozą [22]. Dodatkowo reprezentatywność wyników ogranicza wykluczenie z badania pacjentów przebywających na oddziale krócej niż 48 godzin. Ostrożność przy interpretacji wyników należy zachować również ze względu na stosunkowo niedużą liczebność próby. Ponadto, zestawiając wyniki uzyskane w poszczególnych ośrodkach, należy pamiętać, że porównania wykazały, że badane populacje różniły się istotnie statystycznie ze względu na wiek, wykształcenie, współmieszkańców i stan cywilny, co mogło mieć wpływ na różnice, np. w rodzaju preferowanych substancji.

Podjęte badania stanowią próbę pierwszej tego typu w Europie kompleksowej oceny populacji pacjentów z podwójnym rozpoznaniem. W trakcie badania oceniono różnorodne parametry badanej grupy, jednak w prezentowanych analizach skupiono się

przede wszystkim na zmiennych socjodemograficznych leczonych pacjentów, diagnozie oraz modelu używania substancji psychoaktywnych w porównywanych ośrodkach.

Mężczyźni stanowili blisko 2/3 grupy badanej w Warszawie. Taki rozkład płci jest typowy w grupie pacjentów z podwójnym rozpoznaniem, do której częściej zaliczają się mężczyźni niż kobiety [23]. Ten aspekt nie różnicował w sposób istotny statystycznie grup z różnych ośrodków. W porównaniu z innymi ośrodkami pacjenci z Warszawy byli stosunkowo dobrze wykształceni – istotnie częściej legitymowali się wykształceniem średnim. Także pacjenci warszawscy istotnie częściej niż badani z innych ośrodków mieszkali z rodziną i pozostawali w związkach małżeńskich, co może być związane z częstszym rozpoznawaniem psychozy (najpoważniej utrudniającej funkcjonowanie społeczne) w innych ośrodkach. Mały odsetek pacjentów samotnie mieszkających oraz pozostawanie w związkach małżeńskich może świadczyć o istnieniu potencjalnych możliwości podejmowania się przez pacjentów w Warszawie pełnienia ról społecznych i tym samym czerpania z szerokiego zakresu wsparcia: materialnego, informacyjnego czy emocjonalnego, płynącego od innych, otaczających osób.

Alkohol był najczęściej nadużywaną substancją psychoaktywną zarówno w Warszawie, jak i w innych badanych ośrodkach. Nie jest to wynik zaskakujący. W literaturze przedmiotu badacze podkreślają, że w przypadku pacjentów z podwójną diagnozą alkohol jest traktowany jako substancja z wyboru. Łatwość dostępu, korzyści i prawie natychmiast dostrzegane po spożyciu zmiany mogą dotyczyć zmniejszenia subiektywnie odbieranych objawów negatywnych, objawów pozapiramidowych powstałych w wyniku przyjmowania leków oraz zwiększenia możliwości odczuwania przyjemności [24]. W innych badaniach przeprowadzonych w Tarnowskich Górach alkohol także był najczęściej nadużywaną substancją w tej grupie chorych [25]. Analiza otrzymanych wyników pokazuje, że pacjenci leczeni w ośrodku warszawskim w sposób istotny różnią się od pozostałych modelem zażywania niektórych z innych substancji psychoaktywnych. Przede wszystkim w przypadku większości substancji poziom rozpowszechnienia ich nadużywania jest najniższy w Warszawie. Taki wynik jest zgodny z rezultatami uzyskanymi w badaniu EMCDDA, na podstawie których można stwierdzić, że substancje psychoaktywne inne niż alkohol są używane w Polsce rzadziej niż w krajach uczestniczących w badaniu ISADORA [26]. W istotnie mniejszym stopniu obserwowano nadużywanie przetworów konopi i kokainy w grupie badanych w Warszawie, co może być wynikiem utrudnionego dostępu osób chorujących psychicznie do tego typu substancji w stolicy, gdyż wymaga to nie tylko nakładu energii, ale także kosztów. Jednocześnie popularniejsze w porównaniu z innymi ośrodkami były leki uspokajające. Tak kształtujący się model nadużywania substancji psychoaktywnych może być zdeterminowany z jednej strony łatwością dostępu do leków uspokajających w Polsce, z drugiej – kulturowo uwarunkowaną popularnością stosowania tego typu substancji.

Najczęstszym rozpoznaniem psychiatrycznym wśród pacjentów warszawskich była depresja. Taki wynik potwierdza ustalenia badania Błachuta i wsp., gdzie zespół depresyjny był najczęściej stawianym rozpoznaniem [25]. Jednocześnie ten odsetek był ponad trzykrotnie wyższy od odsetka odnotowanego w Tampere, co jest zaskakujące, zważywszy na duże rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych w populacji ogólnej



Finlandii. Przyczyną tak dużej różnicy może być model leczenia stosowany w Finlandii, w którym osoby z zaburzeniami depresyjnymi i uzależnieniem od alkoholu są kierowane do ośrodków ambulatoryjnych, a więc placówek, w których nie była prowadzona rekrutacja do obecnego badania. W innych badaniach prowadzonych w USA w grupie pacjentów z podwójną diagnozą uzyskano różne wyniki dotyczące najczęściej rozpoznawanych zaburzeń psychiatrycznych. W grupie badanej przez Dickey i wsp. były to zaburzenia afektywne [27], natomiast wyniki badania Lehmana i wsp. pokazały, że najliczniejszą grupę stanowili pacjenci z rozpoznaniem psychozy [28].

### Wnioski

1. Pacjenci w Warszawie częściej niż badani w innych ośrodkach mieszkali z bliską osobą lub pozostawali w trwałym związku, co może być związane z częstszym rozpoznawaniem psychozy w innych ośrodkach.
2. W grupie leczonej w Warszawie rzadziej diagnozowano nadużywanie przetworów konopi, a częściej nadużywanie leków uspokajających w porównaniu z innymi ośrodkami. Może to być z jednej strony efektem trudniejszego dostępu i większych kosztów związanych z uzyskaniem przetworów konopi, a z drugiej – łatwości dostępu do leków uspokajających.
3. Zaburzenia depresyjne były najczęstszą diagnozą w grupie pacjentów leczonych w Warszawie i były rozpoznawane istotnie częściej, niż miało to miejsce w Tampere. Przyczynę różnic może stanowić metodologia badania zakładająca rekrutację w placówkach całodobowych, do których w Finlandii rzadko kierowani są pacjenci z rozpoznaniem depresji i uzależnienia od alkoholu.
4. Różnice między ośrodkami dotyczące profili społeczno-demograficznych i klinicznych pacjentów z podwójną diagnozą wynikały zarówno z uwarunkowań społeczno-kulturowych, jak i przyjętej metodologii badania.

**Общественно-демографический и клинический профиль пациентов с двойным диагнозом, проживающих в варшавском районе Мокотов на фоне исследованных в иных европейских городах – результаты полицентрального, международного исследовательского метода ИСАДОРА**

### Содержание

**Задание.** Заданием настоящего исследования было сравнение общественного и демографического профиля совместно с клиническим исследованием пациентов с двойным диагнозом, лечеными в Варшаве с профилем пациентов, леченных в других городах Европы.

**Метод.** Для исследования в Варшаве выбрано 50 поочередно принимаемых пациентов. Во всей исследовательской программе приняло участие 352 пациента из 7 центров Европы. Отбор больных проходил на круглосуточных общепсихиатрических отделениях и круглосуточных отделениях лечения двойных диагнозов. Полученные данные были собраны во время одноразового анамнеза с использованием глоссария М.И.Н.И и Европ- АСИ.

**Результаты.** Как в Варшаве, так во всей исследованной популяции мужчины составляли почти 2/3 группы. Пациенты Варшавы чаще проживали со своими близкими и оставались в постоянных тесных связях, нежели пациенты в иных центрах. Депрессивные нарушения были наиболее частым диагнозом в группе варшавских больных и были диагностированы

значительно чаще, чем это имело место в Тампере. Кроме того, в этой группе существенно реже, чем в сравнение с иными пациентами, лечеными в иных центрах, диагностировано частое применение конопли, а существенно чаще слишком большое применение противоболевых средств.

**Выводы.** Различия между центрами, относительно общественно-демографических и клинических профилей пациентов с двойным диагнозом исходили так в общественных обусловленностях, как и принятой методологии исследования. С точки зрения культуральных различий, относится м.п. доступность субстанций.

**Ключевые слова:** двойной диагноз, депрессия, злоупотребление алкоголя

### **Soziodemografisches und klinisches Profil von Patienten mit doppelter Diagnose. Einwohner vom Warschauer Stadtteil Mokotów im Bezug auf die Untersuchten in anderen Städten Europas – Ergebnisse des multizentralen, internationalen Forschungsprojekts ISADORA**

#### **Zusammenfassung**

**Ziel.** Das Ziel der Studie war der Vergleich des soziodemografischen und klinischen Profils der Patienten mit der Doppeldiagnose, die in Warschau behandelt wurden, mit den Patienten aus anderen Zentren Europas.

**Methode.** Zur Untersuchung in Warschau wurden 50 Patienten einbezogen, die nacheinander ins Krankenhaus aufgenommen wurden. Am ganzen Forschungsprogramm nahmen 352 Patienten aus 7 Zentren in Europa teil. Die Aufnahme fand in den allgemeinen psychiatrischen Abteilungen und ganztägigen Zentren für Behandlung der Doppeldiagnosen statt. Die Angaben wurden bei der einmaligen Anamnese mittels Fragebögen M.I.N.I. und Europ-ASI gesammelt.

**Ergebnisse.** Sowohl in Warschau als auch in der ganzen untersuchten Population bildeten die Männer fast 2/3 der gesamten Gruppe. Die Patienten aus Warschau lebten bei ihren Nächsten und waren in festen Beziehungen im Vergleich mit den Untersuchten aus anderen Zentren. Die depressiven Störungen waren die häufigste Diagnose in der Gruppe der Patienten aus Warschau und wurden signifikant häufiger diagnostiziert als in Tampere. Außerdem diagnostizierte man in dieser Gruppe signifikant seltener den Cannabis - Missbrauch im Vergleich mit den untersuchten Patienten aus anderen Zentren, dagegen aber häufiger den Missbrauch von Beruhigungsmitteln.

**Schlussfolgerungen.** Die Unterschiede zwischen den Zentren im Hinblick auf die soziodemografischen und klinischen Profile der Patienten mit der Doppeldiagnose ergeben sich sowohl aus soziokulturellen Bedingungen (z.B. Zugänglichkeit der Substanzen) als auch aus der angenommenen Untersuchungsmethodologie.

**Schlüsselwörter:** Doppeldiagnose, Depression, Alkoholmissbrauch

### **Le profile sociodémographique et clinique des patients avec le diagnostic double, vivant à Varsovie, quartier Mokotow, en comparaison avec celui des patients d'autres pays européens – résultats du projet international ISADORA**

#### **Résumé**

**Objectif.** Comparer le profile sociodémographique et clinique des patients de Varsovie avec le diagnostic double et celui des patients d'autres pays européens.

**Méthode.** Le groupe de patients de Varsovie compte 50 patients qualifiés successivement, le nombre total de patients de 7 centres européens – 352. Le recrutement des patients à cette comparaison est fait aux hôpitaux psychiatriques et départements spécialisés surtout dans la thérapie du diagnostic double. Les données à analyser viennent du single interview basé sur les questionnaires M.I.N.I. et EuropAsi.

**Résultats.** A Varsovie et aussi en Europe les hommes constituent 2/3 du groupe examiné. Les patients de Varsovie plus souvent que les autres vivent avec leurs proches et ils ont les relations intimes avec eux. Les troubles dépressifs sont le plus souvent diagnostiqués à Varsovie qu'à Tampere.

De plus les patients de Varsovie plus rarement abusent de cannabis que les patients d'autres villes européens ; pourtant ils abusent plus souvent des médicaments tranquillisants.

**Conclusions.** Les différences des profils sociodémographiques et cliniques des patients avec le diagnostic double résultent des différences des conditions socio-culturelles (accessibilité des substances psychoactives) ainsi que de la méthodologie admise.

**Mots clés :** diagnostic double, abus de l'alcool, dépression

### Piśmiennictwo

1. Todd J, Green G, Harrison M, Ikuesan BA, Self C, Baldacchino A. i wsp. *Defining dual diagnosis of mental illness and substance misuse: some methodological issues*. J. Psychiatr. Ment. Health Nurs. 2004; 11: 48–54.
2. Habrat B. *Trudności diagnostyczne w przypadkach osób z tzw. podwójnym rozpoznaniem*. W: Meder J. red. *Pacjenci z podwójną diagnozą - problemy diagnostyczne i terapeutyczne*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2004. s. 11–19.
3. Kasprzak M, Kiejna A. *Współchorobowość zaburzeń psychicznych - dane epidemiologiczne*. Psychiatria 2010; 7(1): 1–10.
4. 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.
5. Dixon L, Haas G, Weiden PJ, Sweeney J, Frances AJ. *Drug abuse in schizophrenic patients. Clinical correlates and reasons for use*. Am. J. Psychiatry 1991; 148(2): 224–230.
6. Davis L, Uezato A, Newell J, Frazier, E. *Major depression and comorbid substance use disorders*. Curr. Opin. Psychiatry 2008; 21(1): 14–18.
7. Dixon L, Haas G, Weiden PJ, Sweeney J, Frances AJ. *Drug abuse in schizophrenic patients. Clinical correlates and reasons for use*. Am. J. Psychiatry 1991; 148(2): 224–230.
8. Rodriguez-Jimenez R, Aragues M, Jimenez-Arriero MA, Ponce G, Munoz A, Bagny A. i wsp. *Dual diagnosis in psychiatric inpatients: prevalence and general characteristics*. Invest. Clin. 2008; 49(2): 195–205.
9. Chen C, Balogh M, Bathija J, Howanitz E, Plutchik R, Conte HR. *Substance abuse among psychiatric inpatients*. Compr. Psychiatry 1992; 33(1): 60–64.
10. Mowbray CT, Ribisl KM, Solomon M, Luke DA, Kewson TP. *Characteristics of dual diagnosis patients admitted to an urban, public psychiatric hospital: an examination of individual, social, and community domains*. Am. J. Drug Alcohol Abuse 1997; 23(2): 309–326.
11. Leon SC, Lyons JS, Christopher NJ, Miller SI. *Psychiatric hospital outcomes of dual diagnosis patients under managed care*. Am. J. Addict. 1998; 7: 81–86.
12. Aharonovich E, Liu X, Nunes E, Hasin DS. *Suicide attempts in substance abusers: effects of major depression in relation to substance use disorders*. Am. J. Psychiatry 2002; 159: 1600–1602.
13. Dixon L. *Dual diagnosis of substance abuse in schizophrenia: prevalence and impact on outcomes*. Schizophr. Res. 1999; 35(supl. 1): 93–100.
14. Ruschena D, Mullen PE, Burgess P, Corder SM, Barry-Walsh J, Drummer OH i wsp. *Sudden death in psychiatric patients*. Br. J. Psychiatry 1998; 172: 331–336.
15. Wusthoff LE, Waal H, Ruud T, Grawe RW. *A cross-sectional study of patients with and without substance use disorders in Community Mental Health Centres*. BMC Psychiatry 2011; 23: 11–93.
16. Sawicka M. *Rola substancji psychoaktywnych w przebiegu schizofrenii – podatność na stres, sposoby radzenia sobie z nim przez osoby chore na schizofrenię i używające substancji psychoaktywnych*. W: Meder J. red. *Pacjenci z podwójną diagnozą – problemy diagnostyczne i terapeutyczne*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2004. s. 37–53.

17. Carra G, Johnson S, Bebbington P, Angermeyer MC, Heider D, Brugha T, i wsp. *The lifetime and past-year prevalence of dual diagnosis in people with schizophrenia across Europe: findings from the European Schizophrenia Cohort (EuroSC)*. Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 2012; 262(7): 607–616.
18. Sembhi S, Lee JW. *Cannabis use in psychotic patients*. Aust. N. Z. J. Psychiatry 1999; 33(4): 529–532.
19. Duke PJ, Pantelis C, McPhillips MA, Barnes TR. *Comorbid non-alcohol substance misuse among people with schizophrenia: epidemiological study in central London*. Br. J. Psychiatry 2001; 179: 509–513.
20. Masiak M, Przychoda J. *M.I.N.I Mini International Neuropsychiatric Interview. Polish Version 5.0.0*. Lublin: Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej w Lublinie; 1998.
21. McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, O'Brien CP. *An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index*. J. Nerv. Ment. Dis. 1980; 168(1): 26–33.
22. Fein G, Landman B. *Treated and treatment – naive alcoholics come from different populations*. Alcohol 2005; 36(2): 19–26.
23. Sawicka M, Kasperek-Zimowska B. *Problematyka podwójnej diagnozy u mężczyzn*. W: Meder J, Sawicka M. red. *Zaburzenia psychiczne u mężczyzn*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2008. s. 59–68.
24. Drake RE, Mueser KT. *Co-occurring alcohol use disorder and schizophrenia*. Alcohol Res. Health 2002; 26(2): 99–102.
25. Błachut M, Badura-Brzoza K, Jarzab M, Gorczyca P, Hese RT. *Podwójna diagnoza u osób uzależnionych lub szkodliwie używających substancji psychoaktywnych*. Psychiatr. Pol. 2013; 47(2): 335–352.
26. *European Monitoring Centre for Drugs and Alcohol Addiction. Annual report. The state of the drugs problem in Europe*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Alcohol Addiction; 2005.
27. Dickey B, Azeni H. *Persons with dual diagnoses of substance abuse and major mental illness: their excess costs of psychiatric care*. Am. J. Public Health 1996; 86: 973–977.
28. Lehman AF, Myers PC, Corty E, Thompson JW. *Prevalence and patterns of “dual diagnosis” among psychiatric inpatients*. Compr. Psychiatry 1994; 35: 106–112.

Adres: Katarzyna Charzyńska  
Klinika Rehabilitacji Psychiatrycznej  
Instytut Psychiatrii i Neurologii  
02-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9

Otrzymano: 31.01.2013  
Zrecenzowano: 1.09.2013  
Otrzymano po poprawie: 3.09.2013  
Przyjęto do druku: 3.10.2013