

## Wpływ podwójnej diagnozy u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii i zaburzeń afektywnych hospitalizowanych psychiatrycznie na przebieg choroby i wyniki leczenia – doniesienie wstępne

### Impact of dual diagnosis in patients with schizophrenia and affective disorders during hospital treatment on the course of illness and outcomes of treatment – a preliminary report

Michał Błachut<sup>1</sup>, Piotr Ścisło<sup>2</sup>, Magdalena Jarząb<sup>2</sup>, Magdalena Zając<sup>2</sup>,  
Magdalena Piegza<sup>1</sup>, Karina Badura-Brzoza<sup>1</sup>, Piotr Gorczyca<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Lekarski  
z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze, Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii

<sup>2</sup> Wielospecjalistyczny Szpital Powiatowy SA im. Bronisława Hagera w Tarnowskich Górach,  
Oddział Psychiatryczny

#### Summary

**Aim:** Comparison of the course of illness and functioning as well as occurrence of somatic diseases between patients with dual diagnosis, alcohol or drug addiction without mental disorders and patients with schizophrenia or affective disorders; drawing attention to the problems of people with dual diagnosis and importance of longer psychiatric inpatient treatment of this group of patients.

**Method:** 108 persons were examined during inpatient psychiatric treatment. Injuries, occurrence of somatic diseases, aggressive behaviors, suicidal attempts, and discharges from hospital on patients' request against medical advice were evaluated. Sociodemographic data and data associated with the course and treatment of an illness were compared between dual diagnosis group ( $n = 30$ ), group of patients with mental illness ( $n = 41$ ) and patients with alcohol or drug addiction ( $n = 37$ ) using questionnaires designed by the authors.

**Results:** In the dual diagnosis (DD) group, patients more often tried to commit suicide, started to use drugs or alcohol in younger age. In this group significantly more people were before marriage or after divorce. In the DD group and the group of patients with mental disorders (C), there were significantly more patients treated in hospitals longer than 180 days during their life. No statistically significant differences were found between groups when comparing incidence of somatic diseases, injuries, discharges from hospitals on patients' request or aggressive behaviors.

**Conclusions:** Due to non-compliance, frequent interruption of treatment, higher suicidal risk in the dual diagnosis group, there is a need of longer inpatient treatment in order to improve mental status, regular pharmacological treatment, provide social support, motivation, and prepare patients for psychotherapy of addiction. It is essential to take actions to create therapeutic standards of treatment and adjust financial funding for this group of patients in Poland.

**Słowa klucze:** podwójna diagnoza, uzależnienie od substancji psychoaktywnych, zaburzenia psychiczne związane z używaniem substancji psychoaktywnych

**Key words:** dual diagnosis, substance use dependence, substance use disorder

## 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, 2]. Konieczne jest wyodrębnienie tej grupy chorych zarówno spośród pacjentów leczonych psychiatrycznie, jak i odwykowo. Wynika to z wielorakich trudności diagnostycznych i terapeutycznych, takich jak: problemy z różnicowaniem objawów choroby psychicznej od zaburzeń związanych z użyciem SP, brak współpracy osób z PD w leczeniu i psychiatrycznym, i odwykowym, bezdomność, brak wsparcia społecznego, agresja, łamanie prawa, brak jednolitych standardów leczenia pacjentów z PD.

Jest to grupa niejednorodna, do której zaliczyć można osoby z rozpoznaniem przewlekłych chorób psychicznych, zaburzeń osobowości oraz zespołów lękowych [3–5]. W ostatnich kilkudziesięciu latach przeprowadzono na świecie badania, które potwierdzają, że osoby z PD stanowią do 30–40% osób uzależnionych oraz 16–50% chorych psychicznie [6–10]. Pacjenci z PD osiągają w badaniach gorsze wyniki leczenia, są częściej hospitalizowani, przejawiają więcej zachowań agresywnych, częściej dokonują prób samobójczych, częściej popadają w bezdomność, objawy chorób psychicznych są u nich bardziej nasilone i odporne na leczenie [7, 10–14]. Badania te dotyczą różnych grup pacjentów leczonych zarówno ambulatoryjnie, jak i w szpitalach, obejmują osoby z różnymi rozpoznaniem chorób, zaburzeń psychicznych i osobowości.

Podkreśla się znaczenie nadużywania SP, słabej współpracy w leczeniu, rzadkich kontaktów z ośrodkami medycznymi w rozwoju ryzyka przemocy, agresji i łamania prawa przez osoby chore psychicznie nadużywające SP [8, 13]. Niewiele natomiast jest analiz porównujących funkcjonowanie i leczenie chorych z rozpoznaniem schizofrenii i chorób afektywnych nadużywających i nienadużywających substancji psychoaktywnych z osobami wyłącznie uzależnionymi, hospitalizowanymi w zamkniętym oddziale ogólnopsychiatrycznym w populacji polskiej.

W 2013 roku grupa autorów niniejszej pracy opublikowała wyniki badań dokumentacji medycznej osób hospitalizowanych psychiatrycznie w latach 1994–2005 i wykazała, że około 30% osób uzależnionych zdradzało objawy zaburzeń i chorób psychicznych, a 8% hospitalizowanych psychiatrycznie wykazywało objawy PD [7]. Liczne obserwacje kliniczne wskazujące na niską skuteczność leczenia, agresję, łamanie prawa, brak współpracy w leczeniu, problemy z podjęciem i utrzymaniem terapii przez pacjentów z PD wymuszają podjęcie działań na rzecz poprawy opieki i leczenia osób

z PD [5, 9, 10, 12, 15–21]. W piśmiennictwie zwraca się również uwagę na problem prześladowania osób z podwójną diagnozą i związane z tym problemy – stwarza to konieczność dostosowania programów terapeutycznych w celach profilaktycznych [22].

Istotnym problemem jest niedobór ośrodków w Polsce, w których mogłaby być prowadzona długoterminowa terapia zarówno choroby psychicznej, jak i uzależnienia. Z tego powodu bardzo często osoby z PD są rehospitalizowane w oddziałach ogólnopsychiatrycznych z powodu zaostrzenia objawów choroby psychicznej lub powikłań związanych z uzależnieniem od alkoholu bądź innych SP. Obserwowane jest przedwczesne (przed uzyskaniem remisji objawów choroby) wypisywanie się pacjentów z podwójną diagnozą ze szpitali psychiatrycznych z powodu aktywnych objawów uzależnienia lub wypisywanie osób z zaostrzeniem choroby psychicznej z ośrodków odwykowych ze względu na brak możliwości i warunków do leczenia zaburzeń psychotycznych, przez co osoby takie tracą szansę na korzystanie z różnych form leczenia uzależnień (w tym psychoterapii) [7, 12, 16, 19].

W piśmiennictwie pojawiają się dane odnośnie różnic w grupach pacjentów z PD chorujących na zaburzenia afektywne jedno – lub dwubiegunowe oraz schizofrenię. Wykazano, że wiek pacjentów w rozpoznaniu schizofrenii i uzależnieniem od SP jest niższy w porównaniu do chorych z PD na depresję. Badani z PD ze schizofrenią mieli gorsze wykształcenie w porównaniu do chorych na chorobę afektywną dwubiegunową (ChAD), z kolei pacjenci z ChAD i PD rzadziej chorowali somatycznie w porównaniu do innych chorych. Opisywano wyniki, w których osoby z PD chorujące na depresję stanowiły grupę z najwyższą średnią wieku i zdecydowanie częściej kontynuowały pracę, natomiast częściej również cierpiały z powodu dodatkowych schorzeń somatycznych. Odnotowano gorsze funkcjonowanie pacjentów nadużywających SP i chorych na schizofrenię lub depresję w porównaniu do grupy PD z ChAD [23]. W innych doniesieniach podkreśla się częstsze używanie nowych środków stymulujących w grupie ChAD [24].

Obserwacje kliniczne i prowadzone badania wskazują na problemy, jakie napotykały osoby z PD, w tym zwłaszcza: brak współpracy w leczeniu, agresję, próby samobójcze, brak wsparcia społecznego, bezdomność, brak środków na własne utrzymanie. Badania obejmujące pacjentów z podwójną diagnozą i specyfiką współwystępujących zaburzeń, sposobu funkcjonowania tej grupy mogą przyczynić się do poprawy warunków leczenia i zmiany standardów postępowania terapeutycznego ze szczególnym uwzględnieniem potrzeby dłuższego okresu leczenia, organizacji wsparcia medycznego i socjalnego.

## Cel

Celem badania było porównanie przebiegu choroby i funkcjonowania pacjentów z rozpoznaniem choroby psychicznej (schizofrenii bądź choroby afektywnej jedno – lub dwubiegunowej), uzależnienia oraz z podwójnym rozpoznaniem (choroby i uzależnienia). Oceniano też występowanie chorób somatycznych i urazów w badanych grupach.

Niniejsza praca jest wstępem do kilkuletniej prospektywnej obserwacji badanych grup chorych.

Sformułowano następujące hipotezy badawcze:

H1: Pacjenci z PD mają gorszy przebieg choroby, wymagają dłuższych hospitalizacji, częściej przejawiają zachowania agresywne, częściej podejmują próby samobójcze, częściej chorują somatycznie.

H2: Chorzy z PD częściej w porównaniu z pozostałymi grupami mieszkają samotnie, nie mają stałego zatrudnienia, wymagają pomocy ze strony instytucji państwowych (urzędy pracy, ośrodki pomocy społecznej)

## Metody

Utworzono 3 grupy badanych spośród osób hospitalizowanych w zamkniętym oddziale psychiatrycznym w Tarnowskich Górach w okresie od 2014 do 2016 roku: (1) pacjenci z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej (F20) lub zaburzeń afektywnych jedno – i dwubiegunowych (F30–F33) – 41 osób; (2) pacjenci z rozpoznaniem uzależnienia od substancji psychoaktywnych (F10–F19 z wyjątkiem uzależnienia od tytoniu i benzodiazepin) – 37 osób oraz (3) chorzy z podwójną diagnozą – z rozpoznaniem uzależnienia i choroby psychicznej (schizofrenia lub zaburzenia afektywne z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych, z wyjątkiem tytoniu i benzodiazepin) – 30 osób. Rozpoznanie schizofrenii paranoidalnej, chorób afektywnych oraz uzależnień zostały postawione zgodnie z kryteriami diagnostycznymi klasyfikacji ICD-10.

Badanie prowadzono z użyciem autorskich kwestionariuszy, ankiet, w których zawarte są informacje odnośnie: okresu trwania i dotychczasowego przebiegu choroby/uzależnienia, czasu leczenia, historii używania substancji psychoaktywnych, występowania chorób psychicznych w rodzinie, podejmowania prób samobójczych, wypisów ze szpitali na własne żądanie, zachowań agresywnych, występowania istotnych wypadków, urazów głowy, utraty przytomności, dodatkowych chorób somatycznych, źródła utrzymania, aktywności zawodowej, aktualnej sytuacji socjalnej.

Do badania zakwalifikowano osoby, które:

- podpisały świadomą zgodę na udział w badaniu,
- były w wieku powyżej 18 lat,
- były w trakcie leczenia szpitalnego,
- hospitalizacja w okresie 2014–2016.

Przy czym:

- rozpoznanie schizofrenii paranoidalnej (F20), choroby afektywnej jednobiegunowej (F32, F33), choroby afektywnej dwubiegunowej (F30, F31) oraz brak danych wskazujących na szkodliwe używanie lub uzależnienie od substancji psychoaktywnych (z wyjątkiem tytoniu i benzodiazepin) – kwalifikacja do grupy badanej osób z chorobą psychiczną bez uzależnienia (K – grupa kontrolna)
- rozpoznanie współistnienia choroby psychicznej: schizofrenii paranoidalnej (F20), choroby afektywnej jednobiegunowej (F32, F33), choroby afektywnej

dwubiegunowej (F30, F31) z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych (F10–F19) z wyjątkiem uzależnienia od tytoniu i benzodiazepin – kwalifikacja do grupy osób z podwójną diagnozą (PD)

- rozpoznanie uzależnienia od substancji psychoaktywnych (F10–F19) z wyjątkiem uzależnienia od tytoniu i benzodiazepin – kwalifikacja do grupy osób uzależnionych (UZ).

Kryterium wyłączenia stanowiło wycofanie lub brak zgody na udział w badaniu.

Przebieg choroby oceniano na podstawie całościowej długości dotychczasowego (od rozpoznania choroby) leczenia szpitalnego i liczby pobyków w szpitalach, częstości występowania u poszczególnych chorych w wywiadzie i dokumentacji zachowań agresywnych, podejmowanych prób samobójczych i wypisywania się ze szpitali wbrew zaleceniom lekarskim. Analizowano i porównywano dane socjodemograficzne pomiędzy badanymi grupami. Badano częstość występowania chorób somatycznych i urazów w poszczególnych grupach.

W analizie wykorzystano następujące metody statystyczne: test Chi-kwadrat, test Wilcoxona, test Kruskala–Wallisa, test Manna–Whitneya z poprawkami Banjaminego–Hochberga i Bonferroniego. Za istotny statystycznie przyjęto poziom  $p \leq 0,05$ .

Komisja Bioetyczna Śląskiego Uniwersytetu Medycznego wydała decyzję KNW/0022/KB1/149/14 z dnia 16.12.2014 roku o braku przeciwwskazań do prowadzenia tego badania.

## Wyniki

Badanie rozpoczęto w grudniu 2014 roku, zgodę na udział w nim wyraziło 108 osób, które kończyły leczenie szpitalne i były kierowane do dalszej terapii w poradni. Wśród osób, które wyraziły zgodę na udział w badaniu, przeważają mężczyźni. Utworzono trzy grupy badawcze: (1) grupa PD – osoby z podwójnym rozpoznaniem choroby psychicznej i uzależnienia licząca 30 osób; (2) grupa UZ – 37 osób z rozpoznaniem tylko uzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, bez uzależnienia od tytoniu i benzodiazepin; (3) grupa K (kontrolna) – pacjenci z rozpoznaniem choroby psychicznej, 41 osób. Przeanalizowano dane socjodemograficzne i przebieg dotychczasowego leczenia badanych (tab. 1).

Tabela 1. Dane socjodemograficzne trzech porównywanych grup pacjentów

	GRUPA UZ (N= 37)	GRUPA PD (N=30)	GRUPA K (N=41)
Średnia wieku	41,2	38,1	42,8
	Liczba badanych (%)	Liczba badanych (%)	Liczba badanych (%)
Płeć męska	31	29	38
Płeć żeńska	6	1	3
W związku małżeńskim	12 (32,4%)	4 (13,3%)*	16 (39%)
Stan cywilny wolny	25 (67,6%)	26 (86,7%)*	25 (61%)

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

Wykształcenie podstawowe	7	7	3
Wykształcenie zawodowe	20	6	6
Wykształcenie średnie	8	11	19
Wykształcenie wyższe	2 (5,4%)	5 (16,7%)	13 (31,7%)
Etát, własna działalność gosp.	18 (48,7%)	9 (30%)	15 (36,6%)
Renta	1 (2,7%)	10 (33,3%)	14 (34,2%)
Emerytura	0	2	2
Na utrzymaniu rodziny	12 (32,4%)	7 (23,3%)	8 (19,5%)
Opieka społeczna/zasilek dla bezrobotnych	6	2	2
Choroby somatyczne	14 (37,9%)	9 (30%)	16 (39%)
Wypadki i urazy z utratą przytomności	12 (32,4%)	7 (23,3%)	8 (19,5%)
Mieszkający z rodziną	31 (83,8%)	22 (73,3%)	33 (80,5%)
Mieszkający samotnie	6 (16,2%)	8 (26,7%)	8 (19,5%)
Średnia wieku rozpoczęcia leczenia	34,2*	28,5*	31
Liczba pacjentów hospitalizowanych powyżej 180 dni	4 (10,8%)	14 (46,7%)*	17 (41,5%)*
Liczba pacjentów hospitalizowanych do 30 dni	13 (35%)*	2 (6,67%)	7 (17%)
Średnia liczba hospitalizacji	4,4	4,9	5,6
Zachowania agresywne	11 (29,7%)	15 (50%)	14 (34,1%)
Próby samobójcze	6 (16,2%)	16 (53,3%)*	15 (36,6%)
Wypisy na żądanie	8 (21,6%)	11 (36,7%)	12 (29,3%)

\* wynik istotny statystycznie ( $p \leq 0,05$ )

Nie było istotnych różnic statystycznych pomiędzy grupami odnośnie wieku ( $\chi^2 = 2,25$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0,33$ ). Wiek rozpoczęcia leczenia różnił się między grupami ( $\chi^2 = 6,28$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0,04$ ). Statystycznie wcześniej rozpoczynały leczenie osoby z grupy PD w porównaniu do UZ ( $p = 0,048$ ). Nie analizowano proporcji płci pomiędzy grupami ze względu na bardzo małą liczbę kobiet (pojedyncze osoby), które zgodziły się na udział w badaniu. W grupie PD było istotnie statystycznie więcej osób, które nie zawarły małżeństwa lub były rozwiedzione (87%) w porównaniu do grup K (61%) i UZ (68%) oraz istotnie mniej małżonków (13%) w porównaniu do pozostałych grup K (39%) i UZ (32%). Choroby somatyczne oraz urazy i wypadki nie występowały statystycznie częściej w grupie PD w porównaniu do pozostałych

grup ( $p = 0,7$ ). W grupie uzależnionych (UZ) było statystycznie najwięcej osób (35%), których okres wszystkich hospitalizacji nie przekraczał w sumie 30 dni, w porównaniu do pozostałych grup (PD 6,7%; K 17%;  $p = 0,01$ ). W grupach PD i K było statystycznie najwięcej osób, których łączny czas wszystkich hospitalizacji przekraczał 180 dni ( $p = 0,01$ ), w porównaniu do grupy UZ, natomiast nie było istotnej różnicy pomiędzy grupami PD i K.

Nie obserwowano istotnych różnic pomiędzy grupami, jeśli chodzi o liczbę pacjentów, którzy byli hospitalizowani łącznie więcej niż 8 razy, podobnie średnia liczba hospitalizacji pacjentów w poszczególnych grupach nie różniła się statystycznie ( $\chi^2 = 1,63$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0,44$ ). Pacjenci uzależnieni bez dodatkowo rozpoznanych chorób psychicznych byli krócej hospitalizowani, jednakże liczba rehospitalizacji nie różniła się pomiędzy badanymi grupami.

W grupie osób z podwójną diagnozą (PD) istotnie statystycznie częściej pacjenci podejmowali próby samobójcze (53,3%;  $p = 0,005$ ) w porównaniu do grup K (36,6%) i UZ (16,2%). Wypisy ze szpitali na własne żądanie ( $p = 0,39$ ) i występowanie zachowań agresywnych nie różniły się istotnie statystycznie pomiędzy grupami ( $p = 0,21$ ). W grupie osób PD statystycznie więcej osób poniżej 20. roku życia zaczynało nadużywać SP w porównaniu do grupy UZ.

W grupie UZ było istotnie statystycznie więcej osób, których źródłem utrzymania była praca etatowa lub prowadzenie działalności gospodarczej (48,7%), niż w grupie PD (30%) i K (36,6%). Świadczenia rentowe istotnie częściej w porównaniu do uzależnionych otrzymywali pacjenci z grupy chorych psychicznie i PD – stanowili oni 1/3 grup. Nie znaleziono istotnej statystycznie różnicy pomiędzy grupami, jeśli chodzi o liczbę osób mieszkających samotnie, jednak w grupie PD liczba tych chorych była największa (26,7%) w porównaniu do grup UZ (16,2%) i K (19,5%). Grupy nie różniły się również pod względem poziomu wykształcenia (tab. 2, rys. 1 i 2).

Tabela 2. Dane statystyczne dotyczące wieku rozpoczęcia nadużywania substancji psychoaktywnych w grupach PD i UZ

Poziom czynnika	Minimum	10%	25%	Mediana	75%	90%	Maksimum
PD	13	14	15	17	20,75	37,1	43
UZ	9	13,8	17	20	30	40,2	49

Średnie i odchylenia standardowe

Poziom czynnika	Liczność	Średnia	Odchylenie standardowe	Błąd standardowy średniej	Lewy koniec przedziału ufności 95%	Prawy koniec przedziału ufności 95%
PD	30	20,2308	8,29124	1,6260	16,882	23,580
UZ	37	24,2703	9,65415	1,5871	21,051	27,489

Testy Wilcoxon / Kruskala-Wallis (Testy sumy rang)

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

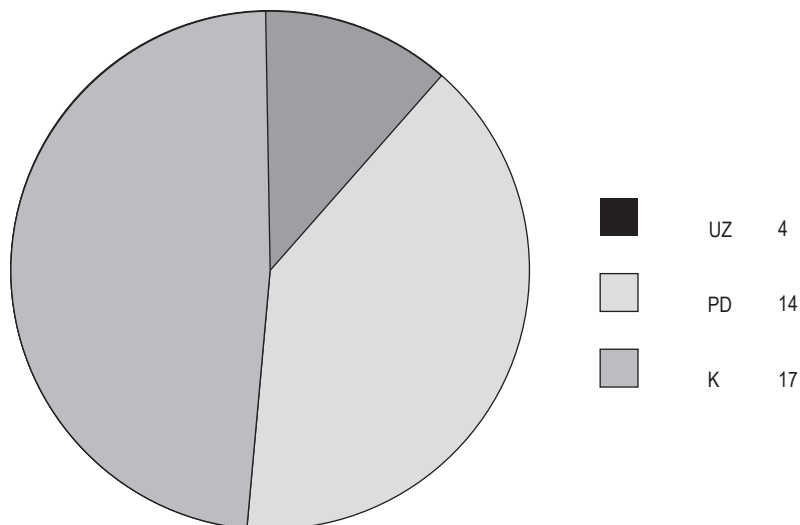
Poziom czynnik	Liczność	Suma rang	Oczekiwana suma rang	Średnia ranga	$(\bar{S} - \bar{S}_0) / \sigma_{\bar{S}}$
PD	30	786,35	832,000	26,2115	- 2,099
UZ	37	1334,50	1184,00	36,0676	2,099

Test dla 2 prób, aproksymacja rozkładem normalnym

S	Z	Prawd> Z
681,5	- 2,09887	0,0358*

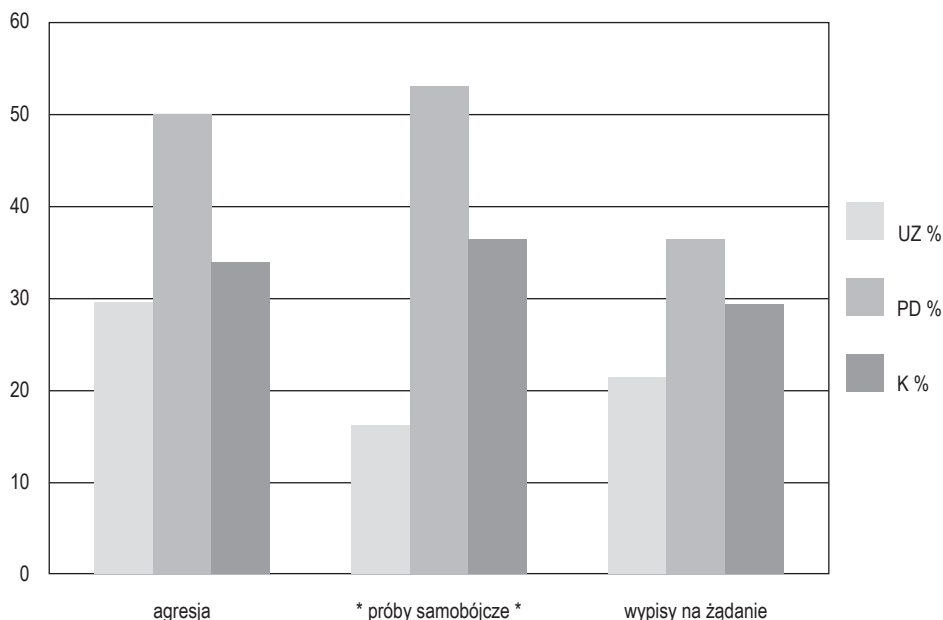
Test jednoczynnikowy, aproksymacja chi-kwadrat

Chi-kwadrat	Liczba stopni swobody	Prawd>Chi-kwadrat
4,4347	1	0,0352*



Rysunek 1. Liczba pacjentów w badanych grupach leczonych w szpitalu w różnych okresach życia powyżej 180 dni





Rysunek 2. Przebieg choroby w różnych grupach

W grupie PD u 22 osób rozpoznano schizofrenię (73%), u 8 osób (27%) zaburzenia afektywne jedno – i dwubiegunowe (u 4 badanych chorobę afektywną jednobiegunową – ChAJ i u 4 chorobę afektywną dwubiegunową – ChAD). W grupie K 19 pacjentów chorowało na schizofrenię, 12 osób było leczonych z rozpoznaniem ChAD oraz 10 miało diagnozę ChAJ.

## Dyskusja

Wyniki niniejszego badania mają charakter wstępny, ponieważ wszystkie trzy grupy pacjentów są w trakcie naboru do badania prospektywnego trwającego 2 lata – po tym okresie planowana jest ponowna analiza stanu zdrowia, funkcjonowania i leczenia tych osób.

Oceniając całościowo przebieg leczenia i funkcjonowania osób w poszczególnych grupach, poprzez analizę długości i liczby hospitalizacji, częstości wypisów ze szpitali na własne żądanie, obecności w wywiadzie i dokumentacji zachowań agresywnych, prób samobójczych oraz opisując źródło utrzymania, posiadanie pracy i rodziny, nie uzyskano wyników jednoznacznie wskazujących na gorsze funkcjonowanie i przebieg choroby w grupie PD. Wyniki te wyraźnie różnią się od obserwacji opisywanych w 2013 roku oraz od innych badań [7, 16, 25, 26]. Główne przyczyny różnic między najnowszym projektem a innymi doniesieniami to zbyt mała liczebność obecnie analizowanych grup oraz oparcie się na przeprowadzonych osobiście wywiadach

i badaniach chorych, w przeciwieństwie do poprzednich doniesień, gdzie analizowano wyłącznie dokumentację medyczną [7]. Inni autorzy do grup podwójnej diagnozy zaliczają również pacjentów z rozpoznaniem innymi niż schizofrenia i zaburzenia afektywne, co wpływa na uzyskiwane wyniki.

W naszych badaniach opublikowanych w 2013 roku [7] wykazano, że pacjenci z podwójną diagnozą byli statystycznie dłużej hospitalizowani, częściej rehospitalizowani, częściej wypisywani ze szpitali na własne żądanie, częściej przejawiali zachowania agresywne oraz podejmowali próby samobójcze; podobnie jak w obecnym badaniu nie uwidoczniło się różnic pomiędzy grupami, jeśli chodzi o częstość występowania chorób somatycznych i urazów. Analogicznie jak w najnowszym badaniu grupa osób uzależnionych bez współistniejących zaburzeń częściej miała stałe zatrudnienie i rzadziej korzystała z innych form wsparcia, takich jak renta czy pomoc socjalna. Należy zwrócić uwagę na wyraźnie większą częstotliwość podejmowania przez osoby z podwójną diagnozą prób samobójczych, co jest spójne z wynikami innych autorów. Zaznaczona jest również statystycznie większa liczba osób stanu wolnego w grupie PD, podobnie jak w innych badaniach [5, 16, 18, 25, 27, 28]. W badaniach Chakraborty'ego i wsp. z 2014 roku [29] nie ma różnic, jeśli chodzi o ryzyko samobójstwa między grupami – należy tutaj zwrócić uwagę na czynniki kulturowe i większe wsparcie rodzinne. W badaniach opublikowanych przez Pereza i wsp. [5], tak jak i w niniejszej pracy, stwierdzono, że wiek, w jakim badani zaczęli nadużywać

SP, w grupie PD był niższy w porównaniu do osób uzależnionych bez współistniejących chorób psychicznych i chorych psychicznie nienadużywających SP.

Podkreśla się, że zdolność m.in. do utrzymania pracy i zatrudnienia może być wskaźnikiem stabilizacji stanu psychicznego [30]. Biorąc więc pod uwagę takie czynniki, jak posiadanie pracy i zatrudnienia, zamieszkiwanie w pojedynkę lub z rodziną, przejawianie zachowań agresywnych i liczba rehospitalizacji, można próbować porównać funkcjonowanie danej osoby w grupie społecznej. W obecnym badaniu wszystkie te czynniki nie różniły się statystycznie pomiędzy grupami. Należy jednak pamiętać o ograniczeniach niniejszego badania, tj. o małych grupach i o tym, że rekrutowano do niego tylko pacjentów w trakcie hospitalizacji. Wszyscy badani byli pacjentami oddziału zamkniętego, co może nie odzwierciedlać pewnych cech tej grupy (nie uwzględniono osób leczonych ambulatoryjnie).

Pacjenci z podwójną diagnozą znacznie częściej przerywają leczenie i wracają do używania SP, co skutkuje ponownym zaostrzeniem objawów choroby oraz większym ryzykiem samobójstwa [5, 13, 16, 18, 21, 27, 28, 31–33]. Z tych względów należy zwrócić uwagę na konieczność dłuższego leczenia psychiatrycznego pacjentów z podwójną diagnozą w oddziałach szpitalnych przed skierowaniem ich do leczenia odwykowego. Szczególne potrzeby pacjentów z podwójną diagnozą wymagają stworzenia i wdrożenia jednolitych i dostosowanych do leczonych zaburzeń standardów terapii i adekwatnej liczby ośrodków leczniczych. W piśmiennictwie z tego zakresu podkreśla się problem niedostrzegania zjawiska współwystępowania choroby psychicznej i uzależnienia [4, 31, 33]. De Waal i wsp. [22] zwracają uwagę na większe ryzyko prześladowania osób z podwójną diagnozą w społeczeństwie, argumentując, że w związku z tym powinny zostać podjęte działania prewencyjne. Wykazano, że prawidłowo postawiona diagnoza

PD oraz dostosowane leczenie i wsparcie pozwalają na poprawę funkcjonowania tej grupy chorych [33].

Jeśli chodzi o czas trwania i liczbę hospitalizacji, a także źródło utrzymania, wyniki w grupie PD były porównywalne do grupy kontrolnej osób chorujących psychicznie bez uzależnienia. Analiza występowania chorób somatycznych oraz wypadków i urazów nie wykazała istotnych różnic między grupami. Z powodu znacznej różnorodności badanych grup PD w piśmiennictwie wyniki są rozbieżne: część badaczy obserwuje większą częstotliwość chorób przewodu pokarmowego wśród osób uzależnionych od alkoholu w grupie PD w porównaniu do pacjentów chorujących psychicznie bez uzależnienia [34], inni [25, 28] odnotowali większą częstotliwość występowania chorób somatycznych w grupie PD w porównaniu do grupy uzależnionych (UZ), natomiast w porównaniu do chorych psychicznie nieużywających SP częstotliwość chorób somatycznych u osób z PD była mniejsza [25]. W pracy Pereza i wsp. [5] badano pacjentów z PD hospitalizowanych w oddziałach psychiatrycznych, analizując czynniki socjodemograficzne i kliniczne. Wykazano, że 69% osób było stanu wolnego, 90% miało niski status ekonomiczny, a najczęściej czynnikami wiążącymi się z rozpoznaniem PD były wiek 18–35 lat, płeć męska, zachowania agresywne oraz rehospitalizacje psychiatryczne do roku po wypisie ze szpitala. Podobne wyniki uzyskano w niniejszej pracy.

W badaniu Charzyńskiej i wsp. [35] 69% osób z PD było w związkach małżeńskich, 80% mieszkało z rodziną. Badaniem objęto chorych hospitalizowanych dłużej niż 48 godzin, ale wykluczono osoby z wywiadem o znacznej przemocy, co zapewne jest źródłem odnotowanych różnic. Więcej pacjentów z PD w tym badaniu żyło w małżeństwie prawdopodobnie dlatego, że najwięcej rozpoznań dotyczyło zaburzeń nastroju, a w innych opracowaniach oraz w niniejszej pracy w grupie PD było więcej osób z rozpoznaniem zaburzeń psychotycznych.

Na wyniki opisywanego badania mają wpływ liczebność i rodzaj współwystępujących chorób psychicznych. Duży odsetek pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii w grupie PD może przekładać się na różnice w obserwowanych wynikach, np. jeśli chodzi o mniejszy odsetek osób w związku małżeńskim, samodzielnych, niezależnych finansowo. W innych badaniach [7, 18, 35] wykazano, że pacjenci ze współistniejącymi zaburzeniami nastroju i uzależnieniem od SP stanowią większość grup PD, a charakter i przebieg danej choroby psychicznej, nasilenie i rodzaj objawów psychopatologicznych są głównymi predyktorami powstania dysfunkcji w kontaktach z innymi ludźmi i samodzielnym funkcjonowaniu. Pamiętać trzeba, że w naszym badaniu do grupy PD kwalifikowano tylko pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii i chorób afektywnych (jedno – lub dwubiegunowej), natomiast spora część osób z PD opisywanych w innych badaniach cierpiała z powodu zaburzeń nastroju związanych ze stresem i zaburzeniami osobowości, co znacząco wpływało na ocenę i wyniki funkcjonowania całej grupy PD.

Głównym ograniczeniem niniejszej pracy jest niewielka liczba osób w grupach, co uniemożliwia rzetelne porównanie wyników z piśmiennictwem oraz nie pozwala na dodatkowe analizy np. ewentualnych różnic dotyczących podwójnej diagnozy między chorymi na schizofrenię i choroby afektywne.

### Wnioski

1. W grupie osób chorych psychicznie (K) oraz chorych psychicznie i uzależnionych od substancji psychoaktywnych (PD) jest statystycznie więcej osób z długimi okresami hospitalizacji psychiatrycznych.
2. Próby samobójcze występowały istotnie częściej w grupie pacjentów PD – z diagnozą choroby psychicznej i uzależnienia.
3. Częstotliwość występowania zachowań agresywnych i wypisów ze szpitali na własne żądanie nie różniła się statystycznie między pacjentami chorymi psychicznie, pacjentami uzależnionymi a osobami z podwójną diagnozą.
4. Choroby somatyczne i wypadki z urazami nie występowały częściej w grupie podwójnej diagnozy.
5. W grupie osób z podwójną diagnozą jest istotnie więcej osób stanu wolnego oraz istotnie mniej osób w związku małżeńskim.
6. W grupie pacjentów z podwójną diagnozą występuje istotnie statystycznie mniej osób pracujących w porównaniu z uzależnionymi bez współistniejących chorób psychicznych.

### Piśmiennictwo

1. *Lexicon of alcohol and drugs terms*. Geneva: World Health Organization; 1995.
2. Basu D, Ghosh A. *Profile of patients with dual diagnosis: Experience from an integrated dual diagnosis clinic in North India*. J. Alcohol. Drug. Depend. 2015; 3(3): 207.
3. 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.
4. Kandel I. *Program terapeutyczny dla pacjentów z podwójną diagnozą, nadużywających substancji psychoaktywnych*. Psychiatr. Pol. 2007; 41(5): 727–736.
5. Perez GA, Bernal LA, Silva JB, Hincapie G. *Sociodemographic and clinical factors associated with dual disorders in a psychiatric hospital*. Salud. Mental. 2017; 40(6): 279–290.
6. Regier DA, Farmer M, Rae D, 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.
7. Błachut M, Badura-Brzoza K, Jarzab M, Gorczyca P, Hese R. *Podwójna diagnoza u osób uzależnionych lub szkodliwie używających substancji psychoaktywnych*. Psychiatr. Pol. 2013; 47(2): 335–352.
8. Carrà G, Crocarno C, Borrelli P, Popa I, Ornaghi A, Montomoli C i wsp. *Correlates of dependence and treatment for substance use among people with comorbid severe mental and substance use disorders: Findings from the “Psychiatric and Addictive Dual Disorder in Italy (PADDI)” Study*. Compr. Psychiatry. 2015; 58: 152–159. Doi: 10.1016/j.comppsy.2014.11.021. Epub 2014 Nov 28.
9. Rady A, Salama H, Elkholly A, Shawky A. *793 – Dual diagnosis of personality disorder and substance abuse: The need for awareness*. Eur. Psych. 2013; 28(Suppl 1): 1.
10. Laudet A, Magura S, Vogel HS, Knight E. *Perceived reasons for substance misuse among persons with a psychiatric disorder*. Am. J. Orthopsychiatry. 2004; 74(3): 365–375.

11. Laudet A, Magura S, Vogel HS, Knight E. *Interest in and obstacles to pursuing work among unemployed dually diagnosed individuals*. *Subst. Use Misuse*. 2002; 37(2): 145–170.
12. Lehman A, Myers CP, Thompson JW, Carty 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. 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.
14. Kessler RC. *The epidemiology of dual diagnosis*. *Biol. Psychiatry*. 2004; 56(10): 730–737.
15. Lyons J, McGovern P. *Use of mental health services by dually diagnosed patients*. *Hosp. Community Psychiatry*. 1989; 40(10): 1067–1109.
16. Drake RE, Wallach MA. *Substance abuse among the chronic mentally ill*. *Hosp. Community Psychiatry*. 1989; 40(10): 1041–1046.
17. Matali J, Andi6n O, Pardo M, Iniesta R, Serrano E, San L. *Adolescents and dual diagnosis in a Psychiatric Emergency Service*. *Adicciones*. 2016; 28(2): 71–79. Doi: 10.20882/adicciones.783.
18. Arias F, Szerman N, Vega P, Mesias B, Basurte I, Rentero D. *Bipolar disorder and substance use disorders. Madrid study on the prevalence of dual disorders/pathology*. *Adicciones*. 2017; 29(3): 186–194.
19. Madoz-G6rpile A, Garc3a Vicent V, AG, Luque Fuentes E, Ochoa Mangado E. *Predictors of the therapeutic discharge in patients with dual pathology admitted to a therapeutic community with a psychiatric unit*. *Adicciones*. 2013; 25(4): 300–308.
20. Konarzewska B, Szulc A, Galińska B, Rudnik I, Juchnowicz D. *Naruszanie porz6dku prawnego w grupie chorych na schizofreni6 uzależnionych od alkoholu*. *Pol. Merk. Lek.* 2003; 15(89): 424.
21. Roncero C, Szerman N, Terán A, Pino C, Vázquez JM, Velasco E i wsp. *Professionals perception on the management of patients with dual disorders*. *Patient Prefer. Adherence*. 2016; 10: 1855–1868.
22. Waal de MM, Christ C, Dekker JJM, Kikkert MJ, Lommerse NM, Brink van den W i wsp. *Factors associated with victimization in dual diagnosis patients*. *J. Subst. Abuse Treat.* 2018; 84: 68–77.
23. Adan A, Marquez-Arrico J, Gilchrist G. *Comparison of health-related quality of life among men with different co-existing severe mental disorders in treatment for substance use*. *Health Qual. Life Outcomes*. 2017; 15: 209. Doi: 10.1186/s12955-017-0781-y.
24. Acciavatti T, Lupi M, Santacrose R, Aguglia A, Attademo L, Bandini L i wsp. *Novel psychoactive substance consumption is more represented in bipolar disorder than in psychotic disorders: A multicenter-observational study*. *Hum. Psychopharmacol. Clin. Exp.* 2017; 32(3): e2578. <https://doi.org/10.1002/hup.2578>.
25. Szerman N, Lopez-Castroman J, Arias F, Morant C, Babin F, Masias B i wsp. *Dual Diagnosis and suicidal risk in a Spanish outpatient sample*. *Subst. Use Misuse*. 2012; 47(4): 383–389.
26. Horn van JE, Eisenberg MJ, Kuik van S, Kinderen van GM. *Psychopathology and recidivism among violent offenders with a dual diagnosis. A comparison with other subgroups of violent offenders*. *Tijdschr. Psychiatr.* 2012; 54(6): 497–507.
27. Blixen CE, McDougall GJ, Suen LJ. *Dual diagnosis in elders discharged from a psychiatric hospital*. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*. 1997; 12(3): 307–313.
28. Buckley KF. *Prevalence and consequences of the dual diagnosis of substance abuse and severe mental illness*. *J. Clin. Psychiatry*. 2006; 67(Suppl 7): 5–9.

29. Chakraborty R, Chatterjee A, Chaudhury S. *Impact of substance use disorder on presentation and short-term course of schizophrenia*. Psychiatry J. 2014; 2014: 280243. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/280243>.
30. Pachoud B, Plaqlol A, Lepage A. *Outcome, recovery and return to work in severe mental illnesses*. Disabil. Rehabil. 2010; 32(12): 1043–1050. Doi: 10.3109/09638281003775618.
31. Balhara YP, Lev-Ran S, Martinez-Raga J, Benyamina A, Sing S, Blecha L i wsp. *State of training, clinical services and research on dual disorders across France, India, Israel and Spain*. J. Dual Diagn. 2016; 12(3–4): 252–260.
32. Wright S, Gournay K, Glorney E, Thornicroft G. *Dual diagnosis in the suburbs: Prevalence, need, and in-patient service use*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2000; 35(7): 297–304.
33. Luoto KE, Koivukangas A, Lassila A, Kampman O. *Outcome of patients with dual diagnosis in secondary psychiatric care*. Nord. J. Psychiatry. 2016; 70(6): 470–476.
34. Tang HC, Chen PH, Chung KH, Kuo CJ, Huang SH, Tsai SY. *Psychological outcomes and medical morbidity of patients with bipolar disorder and co-occurring alcohol use disorder*. J. Dual Diagn. 2015; 11(3–4): 184–188.
35. Charzyńska K, Sawicka M, Osuchowska A, Chądzyńska M, Giguere M, Kasperek-Zimowska B i wsp. *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*. Psychiatr. Pol. 2013; 47(6): 989–1000.

Adres: Piotr Ścisło  
Wielospecjalistyczny Szpital Powiatowy SA  
im. B. Hagera w Tarnowskich Górach  
Oddział Psychiatryczny  
42-600 Tarnowskie Góry, ul. Pyskowicka 49  
e-mail: pioscil@poczta.onet.pl

Otrzymano: 29.08.2018  
Zrecenzowano: 12.11.2018  
Otrzymano po poprawie: 10.12.2018  
Przyjęto do druku: 24.01.2019