

Podwójna diagnoza a opiniowanie sądowo-psychiatryczne

Double diagnosis and forensic psychiatric opinion

Józef Kocur¹, Wiesława Trendak²

¹ Zakład Rehabilitacji Psychospołecznej UM w Łodzi
Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Kocur

¹ Zakład Psychopatologii i Psychologii Klinicznej UŁ
Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Kocur

² Zakład Medycyny Ratunkowej i Medycyny Katastrof UM w Łodzi
Kierownik: dr n. med. D. Piotrowski

Summary

Addiction to alcohol or any other psychoactive substance can run parallel with other diseases or mental disorders. One can then observe co-occurrence and mutual interaction of dysfunctions typical of addiction and of other mental disorders that accompany addiction. That is why, clinical pictures of such states (double diagnosis) are usually less unique, have an unusual course and cause diagnostic and therapeutic difficulty. The problem of forensic psychiatric opinion and treatment of people with a double diagnosis is another aspect of these difficulties. It is caused by the fact that forensic psychiatric assessment of the mental state of such people requires taking into consideration a very complex clinical and legal situation triggered by the interference of various ethiopathogenetic and clinical disorders. It leads to the need for complex evaluation and reference to sanity or other signs of functioning within the current law should result, first of all, from the analyses directly pertaining to the influence of the diagnosed disorders on the state of patients with double diagnosis.

The forensic psychiatric aspect of disorders connected with double diagnosis is particularly significant as there is a relatively high risk of behaviours posing a threat to public order in this group of patients..

Słowa kluczowe: podwójna diagnoza, opiniowanie sądowo-psychiatryczne

Keys words: double diagnosis, forensic psychiatric opinion

Pojęcie podwójnej diagnozy jest heterogeniczne i trudne do jednoznacznego zdefiniowania. Nadużywanie lub uzależnienie od alkoholu czy innej substancji psychoaktywnej o działaniu uzależniającym dość często współwystępuje z różnymi zaburzeniami funkcji psychicznych. Zaburzenia te mogą mieć charakter pierwotny w stosunku do uzależnienia, mogą też być wtórne – bądź jako następstwo przyjmowania substancji psychoaktywnych, bądź jako zjawisko niezależne przyczynowo. W każdym przypadku współwystępowania uzależnienia lub nadużywania substancji

psychoaktywnych z chorobą psychiczną, upośledzeniem umysłowym lub innym zakłóceniem czynności psychicznych dochodzi do nakładania się, przenikania lub innej formy interakcji przyczyn, patomechanizmów i objawów dotyczących obu tych sytuacji i stanów psychopatologicznych. Sprawia to, że obrazy kliniczne zaburzeń obserwowanych u osób z podwójną diagnozą są często mało charakterystyczne, mają nietypowy przebieg, są trudne w diagnozowaniu i terapii [1, 2].

Szczególnym aspektem tych trudności mogą być także problemy związane z badaniem i orzekaniem sądowo-psychiatrycznym osób z podwójną diagnozą.

Aspekt sądowo-psychiatryczny zaburzeń związanych z podwójną diagnozą jest o tyle istotny, że u osób cierpiących na nie istnieje stosunkowo wysokie ryzyko występowania zachowań stanowiących zagrożenie dla porządku prawnego [3, 4, 5, 6]. W badaniach porównujących pacjentów oddziałów psychiatrycznych z objawami uzależnienia i nieuzależnionych stwierdzono np., że chorzy psychicznie z cechami uzależnienia częściej dokonywali czynów zabronionych, takich jak podpalenia, gwałty, niszczenie przedmiotów. Częściej także stanowili zagrożenie dla zdrowia i życia swojego i innych osób, a 16% z nich próbowało dokonać zabójstwa [7].

Istotne znaczenie dla obrazu klinicznego zaburzeń występujących u osób z podwójną diagnozą mają rodzaj i charakter dysfunkcji psychicznych oraz rodzaj, i sposób przyjmowania, substancji psychoaktywnej. W badaniach obejmujących chorych na schizofrenię, którzy przyjmowali środki uzależniające, wykazano m.in., że stosowanie przez nich substancji o działaniu psychostymulującym, takich jak amfetamina i jej pochodne lub kokaina, wiąże się z nasileniem objawów psychotycznych oraz zwiększa ryzyko nawrotu choroby [8]. Ponadto, w obrazie klinicznym mogą pojawić się nasilone objawy depresyjne oraz zwiększone ryzyko zachowań samobójczych [9]. Według innych badaczy chorzy na schizofrenię i nadużywający substancji psychoaktywnych mają ujawniać pewne symptomy poprawy, przejawiające się zmniejszeniem liczby objawów pozytywnych i negatywnych i poprawą funkcji seksualnych [9].

Większość autorów zajmujących się tym zagadnieniem uzyskiwała jednak wyniki wskazujące na negatywny wpływ przyjmowania alkoholu i substancji psychoaktywnych na przebieg schizofrenii: wzrasta np. częstość ponownych hospitalizacji, kanabinole i amfetamina nasilają objawy wytwórcze, środki psychostymulujące na krótko redukują objawy negatywne, zamazując prawdziwy obraz choroby [10]. Jednocześnie niektórzy z chorych, doznając subiektywnie korzystnego wpływu tych środków na swoje samopoczucie, kontynuują ich stosowanie w ramach tzw. samoleczenia, co z jednej strony stanowi element podtrzymujący uzależnienie, z drugiej jest czynnikiem komplikującym obraz kliniczny i utrudniającym leczenie.

Problemy diagnostyczne w przypadku uzależnienia z współistniejącymi zaburzeniami psychicznymi wynikają przede wszystkim z faktu, że substancje psychoaktywne, działające na różne układy neurotransmiterów w mózgu, wywołują różnorodne objawy dotyczące wielu funkcji psychicznych, głównie w sferze funkcji poznawczych, emocjonalnych i motywacyjnych. Ponadto, trudno jest odróżnić objawy stosowania niektórych środków psychoaktywnych (np. marihuany, amfetaminy, kokainy) od takich objawów, które, zwłaszcza w fazie prodromalnej, są częścią obrazu klinicznego schizofrenii. Chodzi tu zwłaszcza o takie zaburzenia, jak zaburzenia toku myślenia, dekoncentracja,

depersonalizacja, lęk, nastawienie ksobne, omamy, urojenia [11]. Psychozy kokainowe czy amfetaminowe, ale także spowodowane środkami halucynogennymi, charakteryzują się zwykle nagłym początkiem, pobudzeniem psychomotorycznym, zachowaniami agresywnymi, omamami i urojeniami; objawy te są identyczne lub bardzo podobne do zaburzeń wytwórczych występujących np. w schizofrenii paranoidalnej. Z kolei schizofreniczne objawy negatywne mogą być mylone z zespołem zaburzeń w funkcjonowaniu psychospołecznym, wywołanych długotrwałym stosowaniem kanabinoli lub amfetaminy [1, 12].

Podwyższone ryzyko wystąpienia zachowań agresywnych, a tym samym większe zagrożenie popełniania czynów zabronionych prawem, wiąże się z przyjmowaniem steroidów anabolicznych. Jeśli środki te przyjmowane są przez osobę z zaburzeniami psychicznymi, to może dochodzić do ich nasilenia, wynikającego m.in. z wpływu steroidów na funkcje emocjonalne [13, 14]. Istotne znaczenie orzecznicze w takich sytuacjach może mieć fakt, czy środki te były przyjmowane ze wskazań lekarskich, czy też stosowano je w celach pozamedycznych, oraz jaki wpływ mogły mieć one na obraz i przebieg istniejących wcześniej zaburzeń.

Substancje psychoaktywne o działaniu halucynogennym i pobudzającym mogą naśladować swoim działaniem objawy niektórych chorób i zaburzeń psychicznych, w tym schizofrenii, czy psychoz na podłożu organicznym i somatycznym, zwłaszcza przebiegających z zaburzeniami myślenia i spostrzegania. Istotne znaczenie dla obrazu klinicznego zaburzeń psychicznych u osób z podwójną diagnozą ma także przyjmowanie kilku różnych substancji psychoaktywnych, często łączonych z alkoholem [11] (tab. 1).

Tabela 1. Wpływ substancji psychoaktywnych na obraz psychoz schizofrenicznych

Rozpoznanie kliniczne	Stosowany środek psychoaktywny	Wpływ na obraz choroby	
		objawy pozytywne	objawy negatywne
Psychozy schizofreniczne	Alkohol	Nasilenie	Oslabienie
	Kanabinole	Nasilenie ?	Oslabienie
	Opiaty i opioidy	Oslabienie	Nasilenie
	Środki psychostymulujące	Nasilenie	Oslabienie
	Środki halucynogenne	Nasilenie	Oslabienie
	Anksjolityki	Oslabienie	Nasilenie ?
	Steroidy anaboliczne	Nasilenie	Oslabienie ?

Innym utrudnieniem w różnicowaniu i terapii chorych z podwójną diagnozą jest przyjmowanie kilku różnych środków uzależniających, często w połączeniu z alkoholem. W takich przypadkach praktycznie nie można określić skutków działania żadnej ze stosowanych substancji ani modyfikującego wpływu na obraz kliniczny choroby, ponieważ ich wzajemne interakcje są bardzo trudne do przewidzenia [2, 15].

W konsekwencji dochodzić może do sytuacji, w której podjęcie optymalnego leczenia staje się niezwykle złożone. Najczęściej próbuje się stosować leczenie zintegrowane, ukierunkowane na równoległą terapię zaburzeń związanych z istniejącą chorobą psychiczną i zaburzeń wynikających z przyjmowania środków uzależniających. Najlepsze efekty uzyskiwano, stosując leczenie kompleksowe, obejmujące farmakoterapię, psychoterapię i psychoedukację włączającą rodziny pacjentów [16]. Należy jednak zaznaczyć, że uzyskiwane wyniki leczenia często nie są zadowalające: wielu uzależnionych pacjentów niechętnie rezygnuje z używania środków uzależniających i nie przestrzega zaleceń lekarskich. W czasie stosowania leków przeciwpsychotycznych u osób uzależnionych istnieje ponadto większe ryzyko występowania niepożądanych objawów polekowych (np. dyskinez), lekooporności i niekorzystnych interakcji farmakologicznych między środkami antypsychotycznymi a środkami uzależniającymi [17].

Zaleca się stosowanie leków przeciwpsychotycznych drugiej generacji, które są skuteczniejsze od neuroleptyków klasycznych w usuwaniu objawów negatywnych, nie nasilają objawów depresyjnych, wywołują mniej objawów niepożądanych [18].

Opiniowanie sądowo-psychiatryczne w przypadku osób z podwójnej diagnozy jest trudne także dlatego, że ciągle nie ma zgodności co do np. klasyfikacji upicia alkoholowego i odpowiadającego mu obrazu klinicznego. Wielu biegłych lekarzy psychiatrów nadal dokonuje analiz, posługując się klasyfikacjami wyodrębniającymi kilka postaci upicia mających odbiegać swoim obrazem klinicznym i uwarunkowaniami od tzw. upicia alkoholowego zwykłego (prostego), co znacznie utrudnia i komplikuje sformułowanie przekonujących wniosków w opinii. Coraz powszechniej przyjmuje się jednak pogląd, że wyodrębnianie wielu postaci upicia jest niewłaściwe, ponieważ nie można w sposób merytorycznie uzasadniony udowodnić ich specyficzności i odmienności, a to prowadzi z kolei do nieporozumień diagnostycznych i błędnych interpretacji. Wskazuje się także na nieostre i niejednoznaczne kryteria wyodrębniania i różnicowania upicia patologicznego, upicia atypowego i upicia na podłożu organicznego uszkodzenia OUN. Podstawową przesłanką do takiej krytyki jest fakt, iż przy wyodrębnianiu tych postaci upicia wskazuje się często na takie same lub zbliżone przyczyny ich powstawania, co przy podobnym lub nawet identycznym przebiegu klinicznym takich upić praktycznie zaprzecza ich etiopatogenetycznej i klinicznej odrębności (tab. 2).

Tabela 2. Podział upicia alkoholowego uwzględniający aspekty sądowo-psychiatryczne

Upicie alkoholowe „zwykłe”	Upicie alkoholowe „niezwykłe”
Typowe objawy upicia, adekwatne do ilości spożytego alkoholu	Nietypowe objawy upicia, brak wyraźnej zależności od ilości spożytego alkoholu: <ul style="list-style-type: none"> – upicie patologiczne – upicie na podłożu organicznego uszkodzenia OUN – upicie atypowe

Istnieją sugestie, aby upicia odbiegające wyraźnie swym przebiegiem od upicia prostego lub patologicznego różnicować na podstawie obecności lub braku zmian organicznych w mózgu. Przy takim podejściu istniałyby upicia atypowe uwarunkowane

różnorodnymi dysfunkcjami psychicznymi i somatycznymi z wykluczeniem podłoża organicznego oraz upicia na tle zmian organicznych w CNS [19] (tab. 3).

Tabela 3. **Objawy i zachowania uznawane za często obecne w obrazie upicia patologicznego**

Cechy upicia patologicznego
<ul style="list-style-type: none">▪ rzadkość występowania▪ niezależność od ilości spożytego alkoholu (z przewagą upić małymi dawkami)▪ jednorazowość (?) występowania▪ zaburzenia świadomości typu stanów pomrocznych▪ zaburzenia orientacji w miejscu i czasie▪ zaburzenia emocjonalne (lęk, dysforia, niepokój)▪ zachowania gwałtowne, często agresywne i destrukcyjne▪ pobudzenie psychomotoryczne▪ objawy psychotyczne w sferze spostrzegania (złudzenia, omamy) i myślenia (urojenia)▪ niepamięć wsteczna całkowita lub częściowa▪ nagła senność lub sen terminalny bezpośrednio po czynie▪ obecność czynników usposabiających

Akceptując takie podejście, należałoby osoby z podwójną diagnozą, które podlegają opiniowaniu w związku z dokonaniem czynu zabronionego w stanie upicia alkoholowego, oceniać najpierw pod kątem ustalenia przyczyn warunkujących obecność chorób lub zaburzeń psychicznych, a później ustalać postać ewentualnego upicia „niezwykłego”. Praktycznie tego rodzaju różnicowanie może nie mieć znaczenia dla oceny poczytalności, ponieważ o jej wyłączeniu lub ograniczeniu decyduje przede wszystkim rodzaj i nasilenie zaburzeń psychicznych, a nie ich przyczyny, np. obecność lub brak zmian organicznych w CNS, które mogą być tylko podstawą do ustalenia prawidłowej diagnozy.

W sytuacjach, gdy długotrwałe nadużywanie alkoholu doprowadziło do uzależnienia, należy ocenić jego następstwa związane bądź z organicznym uszkodzeniem CNS, bądź z obecnością innych psychopatologicznych powikłań, np. psychoz typu halucynozji alkoholowej. Orzekanie sądowo-psychiatryczne w takich przypadkach powinno opierać się na takich samych zasadach, jak w przypadku upić atypowych. Oznacza to, że podstawowe znaczenie ma obecność lub brak określonych zaburzeń psychicznych w czasie objętym analizą orzecniczą oraz ich nasilenie; przyczyny i patomechanizm tych zaburzeń mają w tych sytuacjach znaczenie drugorzędne. Osoba uzależniona z objawami zaburzeń psychicznych związanych z uzależnieniem i jednocześnie chora psychicznie może bowiem – w różnych okresach i fazach choroby psychicznej

– ujawniać różnorodne dysfunkcje psychiczne, niemożliwe do wyodrębnienia w ich etiopatogenetycznych uwarunkowaniach. Możliwe natomiast, a nawet konieczne jest dążenie do ustalenia relacji między okolicznościami i rodzajem dokonanego czynu a stwierdzonymi zaburzeniami (tab. 4).

Tabela 4. **Objawy mogące przemawiać za wystąpieniem upicia atypowego**

Cechy upicia atypowego
<ul style="list-style-type: none"> • brak cech organicznego uszkodzenia OUN • obecność „nieorganicznych” dysfunkcji psychicznych (zaburzenia osobowości, zaburzenia lękowe i związane ze stresem zaburzenia reaktywne itp.) • przebieg i obraz kliniczny nie wykazują związku z ilością spożytego alkoholu • przewaga ilościowych zaburzeń świadomości • zachowania gwałtowne, w tym agresywne, obce osobowości i dotychczasowym zachowaniom • pobudzenie psychomotoryczne • zaburzenia świadomości, spostrzegania, myślenia i emocji nie osiągają nasilenia i cech jakościowych zaburzeń w upiciu patologicznym

W opiniowaniu należałoby zatem podjąć próbę ustalenia ewentualnego związku między dokonanym czynem a istniejącymi w tym czasie zaburzeniami psychicznymi z jednoczesnym wskazaniem, które z nich i w jakim zakresie mogły mieć wpływ na poczytalność sprawcy. Chodzi tu m.in. o uwzględnienie i zróżnicowanie sytuacji, w których są obecne objawy „samego” uzależnienia, jego rodzaju i nasilenia, uzależnienia z „nałożonymi” objawami wynikającymi z upicia lub odurzenia w czasie czynu, upicia lub odurzenia u osoby nadużywającej substancji psychoaktywnych, ale bez pełnoobjawowego zespołu uzależnienia, rodzaju i obrazu klinicznego chorób lub zaburzeń współwystępujących, nie związanych etiopatogenetycznie z używaniem substancji itp. W literaturze tematu są prezentowane różne podejścia do tych kwestii, a jedną z przyczyn tego zróżnicowania są z pewnością normy prawne odnoszące się do analizowanych zagadnień w różnych krajach.

Przedstawione problemy diagnostyczno-kliniczno-terapeutyczne dotyczące chorych z podwójną diagnozą sprawiają, że opiniowanie sądowo-psychiatryczne w takich przypadkach jest bardzo trudne, zarówno w sprawach karnych, jak i cywilnych. Podstawowymi przyczynami tych trudności są kliniczne skutki współwystępowania chorób psychicznych i uzależnienia. Ponieważ zawsze w takich przypadkach dochodzi do interakcji i przenikania się objawów psychopatologicznych, nie jest możliwe ich rozdzielenie według etiologii czy patomechanizmów. W tej sytuacji należy dążyć do możliwie precyzyjnego ustalenia charakteru i nasilenia zaburzeń występujących u danej

osoby w czasie dokonania czynu (sprawy karne) lub w sytuacjach dotyczącej oceny zdolności do działań prawnych (sprawy cywilne). Podstawowym kryterium oceny stanu psychicznego badanej osoby z podwójną diagnozą powinny być zatem wyniki analizy wpływu stwierdzonych zaburzeń psychicznych na oceniane parametry funkcji poznawczych, emocjonalnych, motywacyjnych itd. Analiza ta powinna obejmować m.in. różne warianty wynikające np. z interpretacji § 3 art. 31 K.K. Należy szczególnie wnikliwie rozważać aspekty wpływu zaburzeń wynikających z obecności choroby psychicznej lub organicznego uszkodzenia OUN na zachowania chorego związane z używaniem substancji psychoaktywnych i alkoholu. Stan upicia lub odurzenia, powodujący ograniczenie lub zniesienie poczytalności, nie mógłby być rozpatrywany w kategoriach wynikających z treści § 3 art. 31 K.K., gdyby okazało się, że choroba psychiczna, albo sama przez się, albo przez wpływ na dyspozycje, decydujące o możliwości przewidywania następstw użycia środków uzależniających, wywołała skutki wymienione w § 1 lub 2 tego artykułu. Chodzi tutaj oczywiście o chorobę w jej fazie aktywnej, ponieważ mogą zdarzać się sytuacje, gdy czyn zabroniony zostanie dokonany w okresie poprawy lub remisji, gdy chory ma zachowany krytycyzm i nie zdradza objawów psychotycznych. W takich przypadkach należy oceniać stan psychiczny sprawcy podobnie, jak jest to przyjęte w odniesieniu do czynów dokonanych przez osoby przyjmujące środki psychoaktywne, ale bez tzw. podwójnej diagnozy.

Двойной диагноз и судебно-психиатрическая экспертиза

Содержание

Зависимомть от алкоголя или иной психоактивной субстанции может протекать одновременно с иными болезнями или психическими нарушениями. В таких случаях появляется сосуществование и взаимной интеракции дисфункции, типичных для зависимости и для сопутствующих им иных психических нарушений. По этому поводу клинические картины таких состояний (двойной диагноз), как правило, мало специфичны, с атипичным течением и представляют большие дтагностические трудности, а также и терапевтические. Особенным аспектом этих трудностей может быть проблема исследования и судебно-психиатрической экспертизы у лиц с двойным диагнозом. Все это истекает из факта, что судебно-психиатрическая оценка психического состояния таких людей требуют учета очень сложной клинической ситуации, а также юридической, вызванными интерференции различных этиопатогенетических и клинических нарушений. Все это требует проведения комплексной оценки, а оценка вменяемости или иных симптомов функционирования в рамках обязующего права, должны истекать пержде всего из анализв непосредственного влияния обнаруженных нарушений на состояние больных с двойным диагнозом.

Аспект судебно-психиатрических нарушений, связанных с двойным диагнозом является так существенным, поскольку в этой группе лиц присутствует относительно высокий риск появления поведений в общественной среде, угрожающих для юридического порядка.

Doppelte Diagnose und forensisch – psychiatrisches Gutachten

Zusammenfassung

Die Abhängigkeit vom Alkohol oder vom anderen psychoaktiven Mittel kann parallel mit anderen Krankheiten oder psychischen Störungen auftreten. Es kommt dann zur Komorbidität und gegenseitiger Interaktion der Dysfunktionen, die für die Abhängigkeit und sie begleitenden anderen psychischen Störungen typisch sind. Aus diesem Grund sind die klinischen Bilder dieser Zustände

gewöhnlich wenig eigentümlich, sie haben einen nicht typischen Verlauf, bereiten auch diagnostische und therapeutische Probleme. Ein besonderer Aspekt dieser Probleme kann die Untersuchung und das forensisch – psychiatrische Gutachten der Personen mit der doppelten Diagnose sein.

Das resultiert aus der Tatsache, dass die forensisch-psychiatrische Begutachtung des psychischen Zustandes solcher Personen erfordert die Berücksichtigung einer sehr komplizierten klinischen und rechtlichen Situation, die durch die Interferenz klinisch und ätiopathologisch unterschiedlicher Störungen verursacht wurde. Das verursacht, dass man eine komplexe Beurteilung durchführen muss, und der Bezug auf Unzurechnungsfähigkeit oder anderes Funktionieren im Rahmen des geltenden Rechts soll vor allem aus Analysen resultieren, die den unmittelbaren Einfluss der festgestellten Störungen auf den Zustand der Kranken mit der doppelten Diagnose betreffen.

Der forensisch – psychiatrische Aspekt der Störungen, die mit der doppelten Diagnose verbunden sind, ist um so signifikanter, denn in dieser Gruppe ein relativ hohes Risiko für Verhaltensweisen auftritt, die für Recht eine Bedrohung bilden

La diagnose double et l'opinion de psychiatrie légale

Résumé

La dépendance de l'alcool ou d'autres substances psychoactives peut accompagner divers troubles ou maladies mentaux. En ce cas on observe la coexistence et l'interaction des dysfonctions typiques pour la dépendance et pour les troubles psychiques. Alors les images cliniques (la diagnose double) sont peu spécifiques et atypiques, elles causent de difficultés diagnostiques et thérapeutiques surtout quand il s'agit des opinions de la psychiatrie légale. Cela résulte du fait que l'opinion de la psychiatrie légale doit prendre en considération la situation clinique et légale causée par l'interférence des plusieurs troubles étiopathogénétiques et cliniques. Donc l'opinion doit être complexe et se référer à la loi et à l'analyse de l'influence directe des troubles diagnostiqués chez les patients ayant la diagnose double. Cet aspect concernant la psychiatrie légale qui se lie avec la diagnose double est assez important car dans ce groupe de patients le risque des comportements constituant la menace pour l'ordre public est très élevé.

Piśmiennictwo

1. Dietrich-Muszalska A. *Obraz kliniczny i przebieg schizofrenii oraz zasady leczenia w zależności od współwystępującego używania substancji psychoaktywnych*. Psychiatr. i Psychol. Klin. 2005; 4, 5: 212–216.
2. Wereżyńska-Bolińska T. *Zaburzenia psychiczne w przebiegu nadużywania poszczególnych substancji psychoaktywnych, z uwzględnieniem problemów diagnostycznych i terapeutycznych, oraz kwalifikacja do leczenia substytucyjnego metadonem osób z podwójną diagnozą*. Biul. Inf. Probl. Narkom. 2003; 3: 20–31.
3. Eronen M, Tiihonen J, Hakka P. *Schizophrenia and homicidal behavior*. Schizophr. Bull. 1996; 22: 83–89.
4. Swartz MS, Swanson JW, Hiday VA. *Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and nonadherence to medication*. Am. J. Psychiatry 1998; 155: 226–231.
5. Tardiff K, Marzul PM, Leon AC. *Violence by patients admitted to a private psychiatric hospital*. Am. J. Psychiatry 1997; 154: 88–93.
6. Wesołowska A. *Narkomania i przestępczość wśród młodzieży*. Biul. Inf. Probl. Narkom. 2003; 3: 42–46.
7. Krysta K. *Pacjent z podwójną diagnozą w oddziale psychiatrycznym*. Biul. Inf. Probl. Narkom. 2001; 4: 60–63.
8. Mueser KT, Bellack AS, Blanchard JJ. *Comorbidity of schizophrenia and substance abuse: implications for treatment*. J. Cons. Clin. Psychol. 1992; 60: 845–856.

9. Dixon L, Haas G, Weiden P. *Acute effects of drug abuse in schizophrenic patients: clinical observations and patients' self-reports*. Schizophr. Bull. 1990; 16: 69–79.
10. Le Duc PA. *Schizophrenia and psychostimulant abuse: a review and reanalysis of clinical evidence*. Psychopharmacol. 1995; 121: 407–427.
11. Miller NS, Eriksen A, Owley T. *Psychosis and schizophrenia in alcohol and drug dependence*. Psychiatr. Ann. 1994; 24: 418–423.
12. Brady K, Anton R, Ballenger JC. *Cocaine abuse among schizophrenic patients*. Am. J. Psychiatry 1990; 147: 1164–1167.
13. Brower KJ, Blok FC, Young JP, Hill EM. *Symptoms and correlates of anabolic-androgenic steroid dependence*. Brit. J. Addict. 1999; 6: 759–768.
14. Kocur J. *Psychologiczne i psychopatologiczne aspekty przyjmowania steroidów anabolicznych*. Biul. Inf. Probl. Narkom. 2003; 3: 84–88.
15. Kirchner JE, Owen RR, Nordquist C, Fischer EP. *Diagnosis and management of substance use disorders among inpatients with schizophrenia*. Psychiatr. Serv. 1998; 49: 82–85.
16. Batel P. *Addiction and schizophrenia*. Eur. Psychiatry 2000; 15: 115–122.
17. D'Mello DA, Boltz MK, Msibi B. *Relationship between concurrent substance abuse in psychiatric patients and neuroleptic dosage*. Am. J. Drug Alcohol Abuse 1995; 21: 257–265.
18. Conley RR, Kelly DL, Gale EA. *Olanzapine response in treatment-refractory schizophrenic patients with a history of substance abuse*. Schizophr. Res. 1998; 33: 95–101.
19. Gierowski JK, Heitzman J, Szymusik A. *Psychiatria sądowa*. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski A, Wciórka J, red. *Psychiatria* t. 3, wyd.1. Wrocław: Urban Partner; 2003, s. 429–468.

Adres: Józef Kocur
Zakład Rehabilitacji Psychospołecznej UM
90-647 Łódź, pl. Hallera 1

Otrzymano: 6.02.2008
Zrecenzowano: 3.03.2009
Otrzymano po poprawie: 16.04.2009
Przyjęto do druku: 17.04.2009

