

W literaturze dostępne są różne statystyki dotyczące rozpowszechnienia występowania problemów związanych z używaniem narkotyków i/lub alkoholu wśród pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, w szczególności wśród chorych na schizofrenię. Zgodnie z niektórymi źródłami rozpowszechnienie występowania uzależnień w populacji ogólnej wynosi 17%, natomiast w wybranych grupach pacjentów z zaburzeniami psychicznymi zjawisko to może sięgać do 65%.

CHARAKTERYSTYKA PACJENTÓW Z „PODWÓJNĄ DIAGNOZĄ”¹

Marta Struzik-Zajac, Jacek Chałubiński
Centrum Leczenia Uzależnień
Górnośląskiego Stowarzyszenia „Familia” w Gliwicach

Wprowadzenie

Współzachorowalność to termin definiowany jako występowanie dwóch lub więcej stanów chorobowych pojawiających się w tym samym czasie albo mających ścisły związek z tą samą jednostką (ECCAS 2006). Światowa Organizacja Zdrowia definiuje ten termin jako „współwystępujące u tej samej osoby zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych i inne zaburzenia psychiczne” (EMCDDA, 2004). Biuro ONZ ds. Narkotyków i Przystępczości (UNODC) określa osobę z „podwójną diagnozą” jako „osobę ze zdiagnozowanym problemem związanym z nadużywaniem alkoholu lub narkotyków w połączeniu z inną diagnozą, zwykle psychiatryczną, np. zaburzeniami nastroju, schizofrenią” (EMCDDA, 2004). Najczęściej pojęcie to dotyczy obecności problemów psychologicznych/psychiatrycznych w połączeniu

z używaniem lub nadużywaniem różnych substancji psychoaktywnych (ECCAS, 2006). Od lat 80. temat ten w coraz większym stopniu stał się przedmiotem zainteresowania naukowców zajmujących się sprawami zdrowia oraz praktyków i decydentów (ECCAS, 2006). Postępująca deinstytucjonalizacja i rozwój psychiatrii środowiskowej, pomimo niezaprzeczalnych korzyści i wzrostu poziomu życia u pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, skutkowała nowymi okolicznościami, takimi jak np. bezrobocie (Lauber i in., 2004 ; Couture i in., 2006). Dodatkowo duża dostępność napojów alkoholowych i narkotyków doprowadziła do tego, że zaburzenia związane z nadużywaniem substancji okazały się być jednym z największych wyzwań współczesnej psychiatrii (Dixon, 1999).

Współistnienie zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych oraz zaburzeń psychicznych, zwane także „podwójną diagnozą”, to pojęcie

odwołujące się zatem do współwystępowania uzależnienia od substancji i innych zaburzeń psychicznych lub współistnienia więcej niż jednego zaburzenia psychicznego u tego samego pacjenta (EMCDDA, 2004). Osoby z „podwójną diagnozą” doświadczają poważniejszych objawów zaburzeń psychicznych, są częściej hospitalizowane i w większym stopniu ujawniają trudności psychospołeczne (EMCDDA, 2015). Prowadzi to finalnie do większych kosztów społecznych w zakresie opieki zdrowotnej, socjalnej czy też konsekwencji prawnych. Podkreśla się również, że pacjenci z „podwójną diagnozą” mogą mieć bardziej niekorzystne rokowania (ECCAS, 2006).

Istnieją różne koncepcje dotyczące etiologii współzachorowalności. Krausz (EMCDDA, 2004) proponuje cztery kategorie „podwójnej diagnozy”:

- pierwotne zaburzenie psychiczne z późniejszym nadużywaniem substancji psychoaktywnych mającym szkodliwy wpływ na zdrowie psychiczne,
- pierwotne uzależnienie od substancji prowadzące do zaburzeń psychicznych,
- jednocześnie występujące zaburzenia psychiczne i zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych,
- nadużywanie substancji i zaburzenia nastroju wynikające z doświadczenia traumy, np. zespół stresu pourazowego.

Teoria Morela (EMCDDA, 2004) odróżnia niespecyficzne zaburzenia psychiczne u osób uzależnionych od narkotyków od konsekwencji zdrowotnych ściśle związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Narodowy Instytut ds. Uzależnienia od Narkotyków w Stanach Zjednoczonych (NIDA) przedstawia trzy scenariusze współzachorowalności:

- nadużywanie narkotyków może wywołać objawy choroby psychicznej,
- choroba psychiczna może prowadzić do nadużywania substancji psychoaktywnych, np. jako forma samoleczenia się chorego,
- zarówno zaburzenia związane z używaniem narkotyków, jak też zaburzenia zdrowia psychicznego mogą być spowodowane innymi czynnikami, takimi jak np. zespoły organiczne, obciążenia genetyczne, przeżyta trauma.

Kathleen Sciacca dokonała podziału pacjentów z „podwójną diagnozą”, wyróżniając cztery ich typy (Szłapa-Zalewska i in., 2005):

- pacjenci z poważnymi zaburzeniami psychicznymi i uzależnieniem od substancji,
- osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych z zaburzeniami osobowości,
- osoby uzależnione z objawami psychicznymi wywołanymi przez narkotyki, np. halucynacje, depresja,
- uzależnienie od substancji, choroba psychiczna i zespoły organiczne w różnych kombinacjach.

W literaturze dostępne są różne statystyki dotyczące rozpowszechnienia występowania problemów związanych z używaniem narkotyków i/lub alkoholu wśród pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, w szczególności wśród chorych na schizofrenię. Zgodnie z niektórymi źródłami rozpowszechnienie występowania uzależnień w populacji ogólnej wynosi 17%, natomiast w wybranych grupach pacjentów z zaburzeniami psychicznymi zjawisko to może sięgać do 65% (Meder i in., 2006). W badaniach w populacji Duńczyków „podwójną diagnozę” odnotowano wśród: 46,4% pacjentów z zaburzeniami osobowości, 36,6% osób chorujących na schizofrenię, 34,9% pacjentów z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi i 31,9% osób z rozpoznaną depresją. Zaburzenie psychiczne współistniało najczęściej z problemami wynikającymi z używania alkoholu (Toftdahl i in., 2016).

W innych źródłach rozpowszechnienie występowania „podwójnej diagnozy” wśród pacjentów chorujących na schizofrenię wynosi od 10% do nawet 70% (Mueser i in., 1990). Tak duże rozbieżności w wynikach badań mogą być związane ze zróżnicowanymi populacjami badawczymi, różnymi podejściami i praktykami klinicznymi w zakresie diagnozowania zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych oraz socjodemograficznym profilem badanych grup.

Fragmentaryczne i rozłączne podejście do leczenia zaburzeń psychicznych oraz uzależnienia od substancji psychoaktywnych może prowadzić do licznych trudności w terapii i diagnostyce (Dixon, 1999). Wielu autorów jest zgodnych, że niesatysfakcjonujące rezultaty leczenia uzależnienia od narkotyków są zwykle spowodowane zbyt dużym koncentrowaniem się na jednej diagnozie, podczas gdy zaniedbuje się drugą (Meder i in., 2006). Pacjenci z „podwójną diagnozą” powinni być leczeni w specjalistycznych ośrodkach terapeutycznych, przez wykwalifikowany personel, będący w stanie zająć się jednocześnie dwoma problemami (Błachut, 2013). Jednymi z takich placówek są zmodyfikowane społecz-

ności terapeutyczne dla osób z „podwójną diagnozą” (de Leon, 1993).

Nie istnieje zbyt wiele danych w literaturze dotyczących profilu socjodemograficznego pacjentów z „podwójną diagnozą”. Większość doniesień naukowych koncentruje się na rozpowszechnieniu „podwójnej diagnozy” (Wright i in., 2000; Carra i in., 2012; Toftdahl i in., 2016), skuteczności różnych metod leczenia (Drake and Brunette, 1998; Drake i in., 1998, Meder i in., 2006; Beer and McMurrey, 2013; McGovern i in., 2014) oraz na wpływie drugiej diagnozy na stan pacjentów z zaburzeniami psychicznymi (Yakovenko i in., 2016). Analizy te jednakże rzadko dostarczają bardziej pogłębionych informacji na temat badanych pacjentów i często dotyczą bardzo wąskich grup (Miles i in., 2003, Walsh i in., 2014). W związku z powyższym głównym celem naszego badania było uzyskanie danych na temat profilu socjodemograficznego pacjentów z „podwójną diagnozą”. Informacje z tego zakresu mogą być w naszej opinii użyteczne do prowadzenia dalszych badań, a tym samym do jak najtrafniejszego dostosowywania interwencji terapeutycznych do potrzeb pacjenta.

Materiały i metody

Projekt został zrealizowany przez Centrum Leczenia Uzależnień Górnośląskiego Stowarzyszenia „Familia” w Gliwicach we współpracy ze Śląskim Uniwersytem Medycznym w Katowicach (Klinika Rehabilitacji Psychiatrycznej). Badanie przeprowadzono wśród pacjentów leczonych w Centrum Leczenia Uzależnień Górnośląskiego Stowarzyszenia „Familia” w Gliwicach. Program Centrum oparty jest na zmodyfikowanej społeczności terapeutycznej, a rehabilitacja trwa maksymalnie rok. Grupa badawcza składała się z 9 kobiet i 91 mężczyzn (n=100), średni wiek pacjentów wyniósł 29,7 lat (95% CI: 28,5-31 lat, min/max wartość: 20/48 lat), wszyscy pacjenci mieli zdiagnozowane podwójne rozpoznanie. Większość badanych (81%) leczona była z rozpoznaniem schizofrenii (F20) i uzależnienia od różnych substancji psychoaktywnych (F19.2). 12% badanych z tej grupy (10% całej grupy badawczej) miało dodatkowo diagnozę zaburzeń nawyków i popędów (F63). Do „Familii” pacjenci kierowani są zwykle z oddziałów szpitali psychiatrycznych, poradni zdrowia psychicznego i/lub poradni leczenia uzależnień, a ich stan psychiczny jest względnie stabilny. Wszyscy

uczestnicy wyrazili zgodę na udział w badaniu i zostali poinformowani o możliwości odmowy udzielenia odpowiedzi na pytania, które będą dla nich nie do zaakceptowania.

W badaniu wykorzystano autorski kwestionariusz składający się z 75 pytań podzielonych na następujące obszary: dane socjodemograficzne (wiek, płeć, stan cywilny, wykształcenie, status zamieszkania, aktywność zawodowa), używanie substancji psychoaktywnych (rodzaj substancji, częstotliwość używania, sposób używania, wiek rozpoczęcia używania, wiek rozpoczęcia regularnego używania substancji), historia leczenia odwykowego, historia leczenia psychiatrycznego, nałogi behawioralne, sytuacja prawna, rodzinna i zdrowotna oraz motywacja do leczenia.

Uczestników badania kwalifikowano podczas zebrania klinicznego zespołu terapeutycznego Centrum po dokonaniu analizy stanu psychicznego i stopnia dostosowania w społeczności terapeutycznej. Zastosowano metodę wywiadu kwestionariuszowego. Kwestionariusz był wypełniany przez terapeutę prowadzącego w trakcie spotkania/wywiadu z pacjentem. Badanie prowadzone było od maja 2016 roku do marca 2017 roku, z pilotażem prowadzonym w marcu 2016 roku.

Wyniki

Kwestionariusz badawczy zawierał cztery podstawowe pytania dotyczące statusu socjodemograficznego:

- stan cywilny z sześcioma możliwościami odpowiedzi (kawaler/panna, żonaty/zamężna, rozwiedziony/na, wdowiec/wdowa, w związku nieformalnym, inne),
- status zamieszkania z pięcioma możliwymi odpowiedziami (stałe miejsce zamieszkania, niestałe miejsce zamieszkania, bezdomny, zamieszkuje w instytucji, inne),
- z kim mieszka – osiem odpowiedzi (sam, rodzina pochodzenia, mąż/żona, partner/partnerka, znajomi, instytucja, bezdomny, inne),
- miejsce zamieszkania z trzema możliwymi odpowiedziami (miasto, wieś, inne).

Biorąc pod uwagę powyższe zmienne możliwych było ponad 720 kombinacji odpowiedzi. Pomimo to wyniki wskazały, że 66% badanych stanowiło dość jednolitą grupę, tj. było kawalerami/pannami ze stałym miejscem zamieszkania, żyjącymi w rodzinie pochodzenia, w mieście lub na wsi. Pozostałe 34% prezentowało

bardziej różnorodne profile (1-4%), z najwyższym odsetkiem jako „kawaler/panna ze stałym miejscem zamieszkania, mieszkający sam w mieście” (4%).

45% wszystkich badanych miało wykształcenie średnie, a 9% wykształcenie wyższe (magisterium lub licencjat) (tabela 1).

Łącznie ponad 60% badanych potwierdziło, że podstawowym źródłem dochodu jest dla nich renta (37%) lub pozostają oni na utrzymaniu rodziny (30%). W następnej kolejności pacjenci wskazywali świadczenia pomocy społecznej (12%) i pracę etatową (10%).

W badanej grupie średnia liczba miejsc pracy przed przyjęciem do „Familii” wyniosła 6,65 (95%CI: 5,18-8,12)² wśród mężczyzn i 7,77 (95%CI: 0,78-14,76) wśród kobiet. Średni okres najdłuższego zatrudnienia w jednej pracy wynosił odpowiednio 27,97 miesięcy (95%CI: 20,2-35,6) dla badanych mężczyzn i 28 miesięcy (95%CI: 5,67-50,32) dla kobiet. Odnotowano statystycznie istotną korelację (słaby związek) między średnią liczbą miejsc pracy i okresem najdłuższego zatrudnienia ($r=-0,2$; $p<0,05$). Liczba miejsc pracy badanych korelowała również z najdłuższym okresem (w miesiącach) ambulatoryjnego i stacjonarnego leczenia uzależnienia ($r=0,21$ i $r=0,32$ $p<0,05$), jak również z liczbą używanych substancji ($r=0,26$; $p<0,05$). Nie zaobserwowano związku pomiędzy liczbą miejsc pracy i podejmowaniem leczenia w poradni zdrowia psychicznego.

Badani pacjenci używali średnio 6,91 różnych substancji psychoaktywnych (95%CI: 6,45-7,36). 91-98% przynajmniej raz próbowało marihuany, amfetaminy i alkoholu. 86% badanych przyjmowało haszysz, 78% nowe substancje psychoaktywne („dopalacze”), 62% ecstasy, 45% metamfetaminę i 42% grzyby halucynogenne. Kokaina była używana przez 39% pacjentów (wykres 2).

Średni wiek pierwszego użycia narkotyków i alkoholu wyniósł 20,4 lat (95%CI: 14,9-25,8). Najniższy wiek dotyczył spożycia alkoholu (wykres 3). W przypadku piwa było to 13,98 lat (95%CI: 13,3-14,6), wina 14,78 lat (95%CI: 14,1-15,5) i wódki 14,88 lat (95%CI: 14,1-15,5). Najwyższy średni wiek rozpoczęcia używania dotyczył nowych substancji psychoaktywnych, 25,2 lat (95%CI: 19,7-25,9). W przypadku marihuany wiek rozpoczęcia używania to średnio 15,8 lat (95%CI: 15,1-16,4), a amfetaminy 18,7 lat (95%CI: 17,7-19,7).

55% badanych pacjentów było karanych, w większości w związku z kradzieżami (21%). Wyroki dotyczyły

ponadto takich przestępstw, jak napady, pobicia, prowadzenie pojazdów pod wpływem alkoholu, posiadanie nielegalnych substancji, wandalizm czy krzywoprzysięstwo. 57% badanych było zadłużonych. Długi zwykle wynikały z zaciągniętych kredytów (63%; $n=36$) i niepłaconych grzywien (33%; $n=19$).

Analizując sytuację rodzinną badanych, 63% pacjentów pochodziło z rodzin, w których występował problem uzależnienia od alkoholu (zwykle dotyczył ojca – 40% przypadków). Fakt ten jednak nie wpływał na substancje używane przez tych pacjentów (U Mann-Whitney test; $p=0,33$) w porównaniu do reszty badanej grupy. W rodzinach 18% pacjentów występowało uzależnienie od narkotyków i ta grupa przyjmowała statystycznie więcej różnych rodzajów substancji (7,27 [95%CI: 6,37-8,17] vs 6,82 [95%CI: 6,3-7,35] – U Mann-Whitney test; $p=0,02$). 31% badanych potwierdziło zaburzenia psychiczne u członków rodziny.

Głównym powodem podjęcia leczenia dla 69% badanych było postępujące pogarszanie się zdrowia psychicznego. Na drugim miejscu odnotowano nacisk rodziny (64%), następnie sytuację socjalną (11%), sytuację prawną (9%), problemy ze zdrowiem somatycznym (8%) oraz motywowanie przez przyjaciół (7%).

95% badanych planuje po zakończeniu leczenia podjąć pracę, a 70% deklaruje chęć podwyższenia kwalifikacji zawodowych poprzez szkolenia lub kontynuację edukacji. 83% pacjentów oczekuje poprawy stanu zdrowia psychicznego, 63% stanu zdrowia somatycznego, 75% planuje poprawę relacji z członkami rodziny, a 50% zamierza założyć swoją rodzinę.

Tabela 1. Wykształcenie badanych (liczba pacjentów).

Poziom wykształcenia	Liczba
Podstawowe	7
Gimnazjalne	17
Zawodowe	18
Średnie zawodowe	5
Średnie zawodowe z maturą	9
Średnie ogólne	16
Średnie ogólne z maturą	15
Wyższe licencjackie	4
Wyższe magisterskie	5
Inne	4

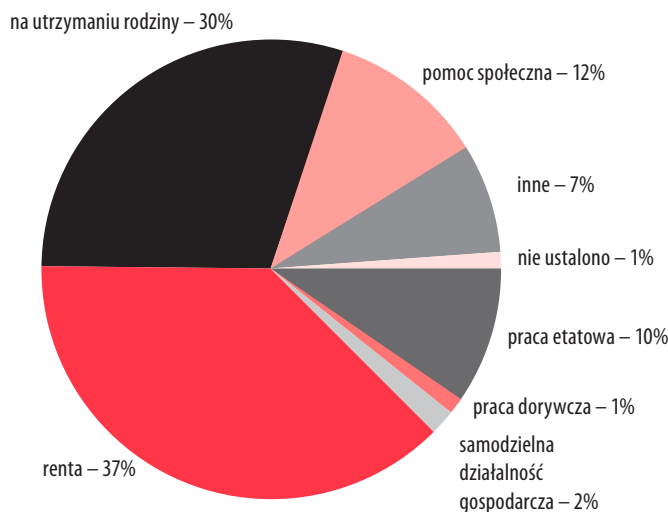
Dyskusja i wnioski

Wyniki niniejszych badań wskazały, że większość pacjentów podejmujących terapię w Centrum „Familia” to mężczyźni z rozpoznaniem schizofrenii i uzależnienia od różnych substancji psychoaktywnych. Średni wiek

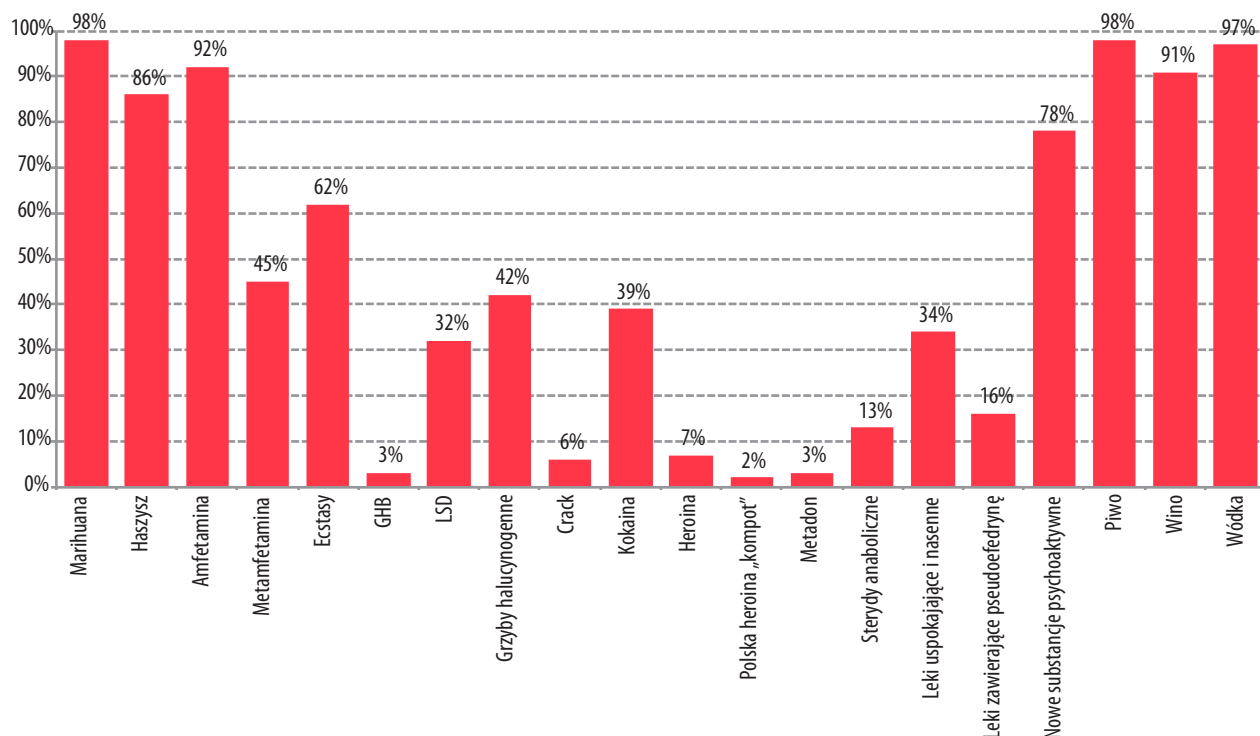
badanych był niższy niż w większości badań w literaturze dotyczących osób z „podwójną diagnozą” i wyniósł 30 lat.

Badania potwierdziły, że pacjenci z „podwójną diagnozą” zwykle zamieszkiwali z rodziną. Co trzeci badany pozostawał na utrzymaniu rodziny, co może wskazywać, że zaburzenie psychiczne stanowi swego rodzaju przeszkodę przed opuszczeniem domu rodzinnego czy założeniem rodziny. Z drugiej strony rodziny pacjentów były prawdopodobnie zaangażowane w leczenie bliskiego w rodzinie (dziecka, męża/zony itp.) w związku z rozpoznaniem zaburzenia psychicznego. Tym samym sytuacja osoby z „podwójną diagnozą” wpływa znacząco na środowisko rodzinne. Kontekst rodzinny potwierdza również deklarowana przez badanych motywacja do leczenia, albowiem zaraz po głównym powodzie podjęcia terapii, jakim jest pogarszające się zdrowie psychiczne, na drugim miejscu pozostaje presja rodziny. Warto zaznaczyć, że jednocześnie ponad połowa pacjentów pochodziła z rodzin, w których występuje problemem alkoholowy. Co piąty badany potwierdzał uzależnienie od narkotyków u członka rodziny, a co trzeci – zdiagnozowane

Wykres 1. Źródło utrzymania osób badanych (odsetek pacjentów).



Wykres 2. Używanie substancji psychoaktywnych przynajmniej raz w życiu (odsetek badanych).



zaburzenie psychiczne. Mając powyższe na uwadze, istotna wydaje się rekomendacja, aby konsultacjami obejmować rodziny pacjentów, edukować je, a także włączać je, w razie potrzeby, w proces terapii pacjenta. Nabiera to szczególnego znaczenia, jeśli wziąć pod uwagę fakt, że pacjenci podejmujący leczenie zgłaszają poprawę stanu zdrowia psychicznego i relacji rodzinnych jako główne cele i oczekiwania wobec terapii. Badani używali różnych substancji psychoaktywnych, ale najbardziej popularne środki to marihuana, amfetamina i napoje alkoholowe. Wzór używania substancji psychoaktywnych różnił się, a różnorodność przyjmowanych środków może wynikać z chęci poprawy stanu zdrowia psychicznego. Najwcześniej, jeśli chodzi o wiek inicjacji, badani sięgali po alkohol, a niedługo potem podejmowali pierwsze próby używania marihuany. Pierwszy kontakt z nowymi substancjami psychoaktywnymi następował zwykle najpóźniej. Jest to najpewniej związane z pojawieniem się tych środków na rynku dopiero w ostatnich latach oraz ich rosnącą popularnością w tym okresie. Blisko połowa pacjentów była karana. Większość pacjentów posiadała wykształcenie średnie, zawodowe i gimnazjalne. Co trzeci badany pobierał świadczenia rentowe i również co trzeci pozostawał na utrzymaniu

rodziny. Warto zaznaczyć, że średnia liczba miejsc pracy zaliczonych przez badanych przed rozpoczęciem leczenia wyniosła około 7. Wskazywać to może na trudności w utrzymaniu jednego, stałego miejsca zatrudnienia. Jednocześnie wyniki badania potwierdziły, że zdecydowana większość pacjentów planuje po ukończeniu terapii podjęcie pracy oraz dalsze kształcanie się. Szansą zatem wydaje się włączanie w programy rehabilitacyjne oferty związanej z readaptacją społeczną i aktywizacją zawodową pacjentów z „podwójną diagnozą”.

Przypisy

- 1 Analiza i tłumaczenie z: Marta Struzik, Krzysztof M. Wilczyński, Jacek Chałubiński, Elżbieta Mazgaj, Krzysztof Krysta „Comorbidity of substance use and mental disorders”, conference paper, Psychiatria Danubina, 2017; Vol. 29, Suppl. 3, pp 623-628, Zagreb, Croatia.
- 2 Niniejszy zapis dotyczy przedziału ufności, czyli zakresu, w którym z 95-procentowym prawdopodobieństwem znajduje się faktyczna średnia z populacji ogólnej. Oznacza to tym samym, że wartość 6,65 to średni wynik uzyskany w grupie osób badanych, natomiast średnia wśród wszystkich osób z „podwójną diagnozą” w Polsce z 95-procentowym prawdopodobieństwem mieści się pomiędzy 5,18 a 8,12. Tak zapisane zakresy danych należy czytać w powyższy sposób.

Bibliografia dostępna u autorów.

Wykres 3. Średni wiek rozpoczęcia używania poszczególnych substancji psychoaktywnych przez pacjentów.

