

Współwystępowanie ciężkiej choroby psychicznej i zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych

Wnioski programowe dotyczące zasad postępowania

Management of persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: program implications
R.E. Drake, K.T. Mueser, M.F. Brunette
World Psychiatry, 2007; 6: 131–136

Od ponad ćwierćwiecza pojawiają się doniesienia o powszechności powiązań i niekorzystnych interakcjach pomiędzy chorobami psychicznymi a zaburzeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych.^{1,2} Populacja pacjentów z podwójnym rozpoznaniem jest liczna i bardzo niejednorodna, co wynika z mnogości zmiennych, takich jak rodzaj i nasilenie choroby psychicznej, rodzaj używanej substancji psychoaktywnej oraz związanych z tym swoistych zaburzeń, umiejętności psychospołecznych pacjenta, otrzymywanego wsparcia i innych czynników.^{3,4}

Zapewnienie pomocy pacjentom z podwójnym rozpoznaniem niesie ze sobą wiele problemów. W tradycyjnym modelu niezależnego postępowania wobec chorób psychicznych i zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, jedynie niewielka liczba pacjentów jest w stanie uzyskać wymaganą pomoc w zakresie obu współwystępujących zaburzeń, a proponowana opieka rzadko uwzględnia typowe dla tej współchorobowości wzajemne oddziaływanie problemów klinicznych.⁵ Z tego powodu praktykujący lekarze oraz badacze pracują nad różnymi strategiami leczenia, które mają integrować swoiste metody terapeutyczne związane ze zdrowiem psychicznym i nadużywaniem substancji psychoaktywnych. W opublikowanych niedawno artykułach prze-

glądowych przeanalizowano wiele badań z grupą kontrolną, dotyczących różnych oddziaływań psychospołecznych⁶⁻⁸ i farmakologicznych⁹ stosowanych w tej grupie pacjentów. Ponadto, w ramach National Evidence-Based Practices Project szczegółowo zbadano proces wprowadzania w życie interwencji terapeutycznych wykorzystywanych w różnych programach stworzonych dla chorych z podwójnym rozpoznaniem.¹⁰ Jeszcze kilka lat temu wytyczne postępowania klinicznego zawierały jedynie zalecenia ogólne dotyczące takich osób, bez uwzględniania specyfiki różnych podgrup chorych.¹¹ Autorzy niniejszego artykułu dokonali przeglądu dostępnych obecnie doniesień na temat leczenia dorosłych pacjentów z rozpoznaniem ciężkiej choroby psychicznej, u których jednocześnie występują zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych, oraz ocenili ich wpływ na stosowane programy oddziaływań terapeutycznych.

Badania dotyczące współwystępowania ciężkiej choroby psychicznej i zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych

Definicje

„Ciężka choroba psychiczna” (*severe mental illness*) to powszechnie przyjęte pojęcie, które uwzględnia rozpoznanie kliniczne (*diagnosis*), stopień upośledzenia sprawności (*disability*) i czas trwania zaburzenia (*duration*).^{12,13} Te trzy kryte-

ria stosuje się w większości amerykańskich programów ochrony zdrowia psychicznego i są one zbliżone do definicji przyjmowanych przez Social Security Administration, czyli urzędu zajmującego się ubezpieczeniami społecznymi i świadczeniami zdrowotnymi z powodu niepełnosprawności.¹⁴ Kryterium rozpoznania klinicznego obejmuje poważne zaburzenia psychiczne, takie jak schizofrenia, ciężka postać zaburzenia afektywnego dwubiegunowego, czy ciężka depresja. Upośledzenie sprawności jest równoznaczne z dużymi trudnościami w spełnieniu wymogów stawianych osobie dorosłej, takimi jak funkcjonowanie zawodowe, nawiązywanie kontaktów międzyludzkich i dbałość o samego siebie. Natomiast czas trwania zaburzenia uważa się za istotny, gdy ograniczenie sprawności spowodowane chorobą obejmuje co najmniej dwa lata. Zaburzenia psychiczne i te związane z używaniem substancji psychoaktywnych rozpoznaje się zazwyczaj zgodnie z nomenklaturą obowiązującą w Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition.¹⁵ Wśród tych ostatnich wymienia się nadużywanie lub uzależnienie od alkoholu, bądź innych środków psychoaktywnych (w tym leków przepisywanych przez lekarzy, ale przyjmowanych w dawkach większych niż zalecane). W tym kontekście zwykle nie uwzględnia się uzależnienia od palenia tytoniu. W celu opisanego stanu pacjenta, u którego rozpoznano ciężką chorobę psychiczną i współistniejące zaburzenie związane z używaniem substancji psychoaktywnych, powszechnie używa się różnych określeń, takich jak podwójne rozpoznanie, współchorobowość, czy zaburzenia współwystępujące. W niniejszym artykule te trzy pojęcia używane są wymiennie.

Do interwencji terapeutycznych stosowanych w przypadku chorych z zaburzeniami psychicznymi i związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych zalicza się rehabilitację i różne formy leczenia, takie jak farmakoterapia, czy oddziaływania psychospołeczne, których celem jest opanowanie lub usunięcie przyczyn lub objawów chorób i zaburzeń. Rehabilitacja obejmuje postępowanie pomocne w nabywaniu umiejętności oraz wspieranie pacjentów w pokonywaniu trudności wynikających z choroby czy zaburzenia. Działania związane z postępowaniem terapeutycznym i rehabilitacyjnym w dużym stopniu nakładają się na siebie.

Dominującą, choć różnie definiowaną, koncepcją funkcjonującą obecnie w systemie opieki zdrowotnej, jest pojęcie powrotu do zdrowia/wyzdrowienia (*recovery*). Termin ten oznacza proces przewycięzania choroby, wyjścia z niej i powrotu do satysfakcjonującego i pełnowartościowego życia, a nie jedynie opanowanie samych objawów zaburzenia.¹⁶⁻¹⁹ Pojęcia „powrót do zdrowia” używa się w różnych kontekstach i celach, takich jak inspirowanie oraz wzmacnianie idei i polityki zdrowotnej, a także wspieranie rozwoju między innymi programów i usług zdrowotnych. Często przez to pojęcie rozumie się poprawę w zakresie funkcjonowania (*functional outcomes*), czyli podejmowanie znaczących z osobistego punktu widzenia aktywności życiowych i nawiązywanie relacji międzyludzkich, ale także kształtowanie indywidualnego poczucia nadziei i autonomii.

Rozpowszechnienie

U osób cierpiących na którekolwiek spośród wszystkich zaburzeń psychicznych (w tym zaburzeń nastroju, lękowych, osobowości i chorób ze spektrum schizofrenii), częściej niż w populacji ogólnej współwystępują zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych.²⁰⁻²² Co więcej, odsetek takiej współchorobowości jest najwyższy u najciężej chorych pacjentów. Przykładowo, w największym dotychczas przeprowadzonym badaniu populacyjnym, dotyczącym współchorobowości, wykazano, że zaburzenia związane z używaniem alkoholu lub narkotyków pojawiały się w ciągu całego życia u 17% badanych z ogólnej populacji, u 47% chorych na schizofrenię, u 56% pacjentów z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi i u około 30% osób z innymi zaburzeniami nastroju lub lękowymi.²¹ Dane te są zgodne z wynikami wielu innych badań obejmujących chorych na schizofrenię lub cierpiących na zaburzenia afektywne dwubiegunowe, w przypadku których wskaźnik rozpowszechnienia zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych w ciągu całego życia (*lifetime prevalence*) oszacowano na 50%,²³⁻²⁵ a u 25–35% pacjentów wykazano obecność tych zaburzeń w momencie badania lub w niedalekiej przeszłości²⁶⁻²⁸.

Cechy demograficzne, osobowościowe i informacje pochodzące z wywiadu rodzinnego w przypadku osób wykazujących skłonność do używa-

nia substancji psychoaktywnych są podobne zarówno w grupie pacjentów z ciężkimi chorobami psychicznymi, jak i wśród przedstawicieli populacji ogólnej. Czynniki takie jak płeć męska, młodszy wiek, niższy poziom wykształcenia, czy stan cywilny wolny wiążą się z większą podatnością na zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych; natomiast rasa/czynniki etniczne często predysponują do używania konkretnej substancji psychoaktywnej, ale nie wpływają na ogólny wskaźnik ich rozpowszechnienia.²⁴ Wykazano, że występowanie zaburzeń wynikających z używania substancji psychoaktywnych u pacjentów cierpiących na ciężkie zaburzenia psychiczne wiąże się z obecnością tych zaburzeń w ich rodzinach;^{29,30} podobną zależność obserwowano u osób z rodzin, w których pojawiały się zaburzenia zachowania i zaburzenia osobowości typu antyspołecznego^{31,32}. Nie stwierdzono różnic w częstotliwości współwystępowania zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych u pacjentów z ciężkim zaburzeniem psychicznym, mieszkających w obszarach miejskich i na wsi, choć mogą oni używać odmiennych rodzajów substancji, w zależności od rynkowej dostępności.³³ Wykazano także związek okoliczności, w jakich znajduje się pacjent, z rozpowszechnieniem omawianych zaburzeń³⁴: u osób z rozpoznaniem ciężkiej choroby psychicznej, którym udzielana jest pomoc nagła (pogotowie lub ostry dyżur), a także u pacjentów bezdomnych^{35,36} oraz przebywających w więzieniu^{33,37} stwierdzono większy odsetek zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych.

Oddziaływania psychospołeczne

W wielu opublikowanych niedawno artykułach przeglądowych zwrócono uwagę na intensywny rozwój oddziaływań psychospołecznych, przeznaczonych dla pacjentów z podwójnym rozpoznaniem.^{6-8,38} Autorzy najbardziej aktualnego przeglądu systematycznego wyszukali 45 różnych badań klinicznych z grupą kontrolną.⁷ W badaniach tych, pomimo trudności metodologicznych, wykazano, co następuje: a) dane dotyczące skuteczności którejkolwiek z metod psychoterapii indywidualnej są sprzeczne, b) wyniki badań są zgodne (mimo że w badaniach wykorzystywano różne modele kliniczne) co do tego, że psychoterapia nastawiona

na grupę rówieśniczą (*peer-oriented*), prowadzona przez wykwalifikowanego terapeutę, powoduje ograniczenie używania substancji psychoaktywnych, a także zapewnia poprawę w innych zakresach, c) wydaje się, że postępowanie określane jako *contingency management* (*rozbudowane postępowanie terapeutyczne, oparte w głównej mierze na technikach behawioralnych, polegające na nagradzaniu zachowań pozytywnych dla procesu leczenia uzależnienia i karanie zachowań negatywnych, głównie przez utratę nagród i przywilejów – przyp. tłum.*) jest programem, który skutecznie ogranicza używanie substancji psychoaktywnych i korzystnie wpływa na inne wyniki terapii, ale jest rzadziej stosowany w praktyce klinicznej i mniej dokładnie zbadany, d) długoterminowe (trwające rok lub dłużej) programy stacjonarne przeznaczone dla bezdomnych i pacjentów, u których leczenie w trybie ambulatoryjnym było nieskuteczne, pomimo niejednorodności metod, okazały się efektywne w ograniczaniu używania substancji psychoaktywnych, jak również w zapewnieniu poprawy wyników w innych obszarach, e) wyniki badań są zgodne co do tego, że tzw. programy oparte na intensywnych oddziaływaniach terapeutycznych (*intensive case management*), uwzględniające udział zespołów leczenia środowiskowego, wpływają korzystnie na stabilność funkcjonowania w warunkach domowych i pełnienie dotychczasowych ról społecznych; jednak dane dotyczące oddziaływania takiego postępowania na ograniczenie używania substancji psychoaktywnych przez pacjentów są sprzeczne, f) nie poddano rzetelnym analizom wielu z obiecujących oddziaływań terapeutycznych, wśród nich psychoedukacji rodzin, intensywnych programów terapeutycznych przeznaczonych dla pacjentów leczonych ambulatoryjnie, programów samopomocowych, czy uwzględniających warunkowe zwalnianie z zakładów karnych sprawców przestępstw z zaburzeniami psychicznymi i obejmowanie ich terapią (*jail diversion and release programs*), choć badania takie mogłyby dostarczyć interesujących danych.

Farmakoterapia

Istotnym elementem postępowania w przypadku pacjentów cierpiących na ciężką chorobę psychiczną i zaburzenia spowodowane używaniem

substancji psychoaktywnych jest równoczesna farmakoterapia obydwu rozpoznanych zaburzeń. We wszystkich wymienionych badaniach, dotyczących oddziaływań psychospołecznych, chorych leczono jednocześnie farmakologiczne, jednak fakt ten rzadko uwzględniano w analizach (*wyników leczenia – przyp. tłum.*). Wprawdzie badania nad skutecznością farmakoterapii nadal są na początkowym stadium zaawansowania, jednak ich wyniki pozwalają zaproponować dwa główne wnioski. Po pierwsze – leki uznane za efektywne w leczeniu cierpiących na zaburzenia związane z nadużywaniem alkoholu w populacji ogólnej (takie jak disulfiram i naltrekson (*lek niezarejestrowany w Polsce – przyp. red.*)) są prawdopodobnie skuteczne także w przypadku pacjentów z rozpoznaniem ciężkiej choroby psychicznej.^{9,39} Po drugie – niektóre leki stosowane w terapii osób, u których rozpoznano chorobę psychiczną, mogą zmniejszać nasilenie zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Na przykład leki przeciwdepresyjne nie tylko redukują nasilenie objawów depresyjnych, ale zapewniają również zmniejszenie spożycia alkoholu u osób z dużą depresją i z zaburzeniami spowodowanymi przyjmowaniem tej używki.⁴⁰ Stosowanie leków normotymicznych jest korzystne nie tylko w przypadku epizodów maniакаlnych, ale również u pacjentów z podwójnym rozpoznaniem zaburzenia afektywnego dwubiegunowego i uzależnienia od alkoholu, u których zapewniają one zmniejszenie jego spożycia.^{41,42} Leki przeciwpsychotyczne I generacji zapewniają poprawę w zakresie objawów schizofrenii, mają jednak niewielki wpływ na współwystępujące zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych. Większość leków przeciwpsychotycznych II generacji wykazuje porównywalną do klasycznych leków przeciwpsychotycznych skuteczność w zakresie redukcji objawów schizofrenii, a wstępne wyniki badań przemawiają za tym, że równocześnie przynoszą pewne korzyści w zakresie zmniejszania zarówno potrzeby spożycia alkoholu (*craving*), jak i samego używania substancji psychoaktywnych.⁴³ Klozapinę, będącą lekiem o najsilniejszym działaniu, stosowanym w terapii chorych na schizofrenię, uznaje się (przynajmniej na podstawie wyników badań quasi-eksperymentalnych) równocześnie za najefektywniejszy lek przeciwpsychotyczny w terapii zaburzeń związanych z używaniem sub-

stancji psychoaktywnych (*współwystępujących ze schizofrenią – przyp. red.*).

Wdrażanie programów leczenia pacjentów z podwójnym rozpoznaniem

Doświadczenie wynikające z programów demonstracyjnych,⁴⁴ a także wyniki przeprowadzonego niedawno National Evidence-Based Practices Project,^{10,45} pozwalają na wyróżnienie kilku czynników, mających największy wpływ na skuteczne wdrażanie i prowadzenie programów leczenia pacjentów z podwójnym rozpoznaniem. Są to czytelne wytyczne dotyczące misji i filozofii takiego działania, aktywnego zarządzania i przewodniczenia (*active leadership*), wszechstronnej reorganizacji, ustawicznego szkolenia i superwizji oraz poprawy jakości opieki.

Przebieg zaburzeń, efekty terapii, powrót do zdrowia

Od wielu lat wiadomo, że u większości pacjentów naturalny przebieg ciężkich chorób psychicznych zmierza do poprawy stanu psychicznego, remisji objawowej oraz powrotu do dobrego funkcjonowania i poprawy jakości życia, pod warunkiem, że nie dojdzie do wczesnego zgonu spowodowanego chorobą.⁴⁶ Dotyczy to również pacjentów z zaburzeniami związanymi z używaniem alkoholu.⁴⁷ Istnieje niewiele wyników badań longitudinalnych (*longitudinal evidence*), obejmujących pacjentów z podwójnym rozpoznaniem, wykazano jednak systematyczną poprawę stanu zdrowia pacjentów w trakcie 3-letniej obserwacji (*follow-up*).⁴⁸⁻⁵⁰ W przeprowadzonym przez autorów niniejszego artykułu prospektywnym badaniu, trwającym 10 lat, wykazano, że przebieg choroby z systematyczną poprawą stanu zdrowia jest najbardziej typowy.⁵¹ Uczestnicy badania (pacjenci z podwójnym rozpoznaniem) sami opisywali wskaźniki powrotu do zdrowia, takie jak: samodzielne życie, praca w warunkach konkurencji, regularne kontakty z przyjaciółmi, którzy nie używają substancji psychoaktywnych, lepsza jakość życia, aktywne przeciwdziałanie nadużywaniu substancji psychoaktywnych oraz stabilizacja objawów zaburzeń psychicznych. Główne wnioski wynikające z badania były następujące: a) w trakcie trwającej 10 lat obserwacji odnotowano u pa-

cientów systematyczną poprawę we wszystkich wymienionych wcześniej zakresach, b) stwierdzono minimalne wzajemne zależności pomiędzy sześcioma wymienionymi obszarami powrotu do zdrowia, c) czas wymagany do uzyskania poprawy oraz kolejność obszarów ulegających poprawie były osobniczo zmienne. Innymi słowy, niektórzy pacjenci najpierw zdobywali zatrudnienie, u innych natomiast wcześniej dochodziło do poprawy w pozostałych zakresach. W oparciu o przedstawione wyniki, autorzy badania stwierdzili, że powrót do zdrowia, mimo że spodziewany i naturalny, przebiegał w zindywidualizowany sposób, zarówno w kwestii obszarów, jak i stopnia/szybkości poprawy. Wykazano również, że u chorych, którzy nie uzyskali remisji w zakresie zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, częsty był przedwczesny zgon.⁵¹

Wnioski programowe

Misja i filozofia

Najbardziej jednoznaczny wniosek wynikający z badań dotyczących rozpowszechnienia (*zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych – przyp. tłum.*) brzmi następująco: we wszystkich programach terapeutycznych przeznaczonych dla pacjentów z ciężkimi chorobami psychicznymi powinno się uwzględniać zjawisko podwójnych rozpoznań. Współchorobowość jest raczej zjawiskiem powszechnym a nie wyjątkiem – fakt ten powinien przyjąć do wiadomości każdy lekarz zajmujący się osobami z problemami psychicznymi, co więcej, we wszystkich programach dotyczących zdrowia psychicznego powinno się wprowadzić stosowne do tego zmiany. Zespoły wyspecjalizowane w leczeniu jednej grupy zaburzeń są niewystarczające, gdyż pozostawiają wielu pacjentów bez ustalenia rozpoznania, wprowadzenia leczenia i potrzebnego w procesie zdrowienia wsparcia. Ponadto, wiele z elementów programów terapeutycznych nie będzie dopasowanych do swoistych problemów chorych z podwójnym rozpoznaniem.

Wyniki badań longitudinalnych wykazują, że powrót do zdrowia nie jest jedynie prawdopodobny, ale stanowi raczej zasadę wśród takich osób. Wielu lekarzy, pacjentów i członków ich rodzin konfrontuje się jednak z bardzo trudnymi, choć

tymczasowymi problemami i ze zrozumiałych przyczyn okazują oni zniechęcenie, zwątpienie czy rozpacz. Często nie posiadają wystarczającej wiedzy na temat dostępności skutecznych metod leczenia i możliwości uzyskania długotrwałego wyzdrowienia. Świadomość tych zjawisk sprawia, że z etycznego punktu widzenia zachodzi konieczność zapewniania odpowiedniej edukacji i poczucia nadziei, która jest bardzo ważnym elementem w procesie powrotu do zdrowia.⁵²⁻⁵⁴ Zgodnie z powyższym – nadzieja i realistyczne oczekiwania, dotyczące poprawy w zakresie obu współwystępujących zaburzeń, stanowią filozofię leczenia pacjentów z podwójnym rozpoznaniem. Należy pamiętać, że każdy chory ma szansę na wyzdrowienie, natomiast zadaniem lekarzy jest udzielenie mu realistycznych i optymistycznych informacji, uwzględniających możliwości długotrwałej poprawy stanu zdrowia.

Aktywne przewodnictwo

Zmiana filozofii terapeutycznej, polegająca na uwzględnieniu zjawiska podwójnych rozpoznań, wymaga od wielu osób modyfikacji postaw, wiedzy i zachowania. Zmiana taka wymaga czasu. W procesie tym duże znaczenie będzie miało również właściwe zarządzanie (*leadership*). Zgodnie z danymi pochodzącymi z National Evidence-Based Practices Project¹⁰ i innych badań^{44,55}, autorzy niniejszego opracowania sugerują uznanie poczucia odpowiedzialności za podstawę aktywnego przewodnictwa. Na poziomie podstawowym odpowiednie zadania należy powierzyć zarówno lekarzom, jak i pacjentom oraz członkom ich rodzin. Powinni oni uwierzyć w możliwość wyzdrowienia w zakresie obydwu współwystępujących zaburzeń, nabyć niezbędną wiedzę dotyczącą funkcjonowania w poszczególnych rolach oraz wykształcić umiejętności ułatwiające powrót do zdrowia. Ponadto powinno się ich upoważnić do współtworzenia planu terapii i wyboru obszarów, w których konieczne jest dokonanie zmian. W przypadku osób odpowiedzialnych za tworzenie i przebieg programów terapeutycznych, superwizorów i osób szkolących, pojęcie zarządzania obejmuje proces planowania potrzebnych modyfikacji programów terapeutycznych oraz ułatwianie personelowi zdobywania niezbędnej wiedzy. Osoby zarządzające placówkami opieki zdrowotnej oraz

przedstawiciele rządu powinni prezentować odpowiednie wartości i wizje, wykazywać zaangażowanie, a ponadto kierować działaniami strategicznymi tak, aby mieć pewność, że struktury organizacyjne (np. dokumentacje medyczne) i finansowe umożliwiają i wspierają wprowadzanie niezbędnych zmian.

Wszechstronna reorganizacja

Podwójne rozpoznanie to sytuacja mająca wpływ na wiele różnych obszarów funkcjonowania chorego. Jak wykazano w badaniach, proces powrotu do zdrowia u konkretnego pacjenta przebiega różnymi ścieżkami, obejmuje wiele odmiennych zakresów, stylów funkcjonowania i indywidualnych preferencji, a kolejność pojawiania się pozytywnych zmian jest swoista dla poszczególnych osób. Zindywidualizowane podejście terapeutyczne wymaga wielokierunkowego działania dotyczącego różnych obszarów powrotu do zdrowia, pozwala na dokonywanie wyborów w kwestii psychoedukacji i oddziaływań terapeutycznych, jak również opiera się na wspólnym podejmowaniu decyzji dotyczących leczenia.⁵⁶ Tak duży poziom indywidualizacji działań terapeutycznych umożliwia pacjentowi realizowanie wiarygodnego dla niego modelu powrotu do zdrowia.

Każdy z programów terapeutycznych powinien zostać odpowiednio zmodyfikowany, by zapewnić optymalne warunki leczenia osób z podwójnym rozpoznanem. Przykładowo, w postępowaniu farmakologicznym należy unikać niebezpiecznych interakcji pomiędzy stosowanymi lekami oraz substancji o dużym potencjale uzależniającego, takich jak pochodne benzodiazepiny.⁵⁷ Pomoc w zakresie zatrudnienia powinna się koncentrować na poszukiwaniu takich form reintegracji zawodowej i takich czynników wspierających, które sprzyjają trwałemu utrzymaniu abstynencji.⁵⁸ Ważne, by trening umiejętności był wielokierunkowy i dotyczył zarówno sposobów radzenia sobie z handlarzami substancji psychoaktywnych, jak i nawiązywania przyjaźni.⁵⁹

Szkolenie

Szkolenie powinno uwzględniać swoiste potrzeby wszystkich członków zespołów terapeutycznych, w tym – specjalistów. Z powodu znacznego

rozpowszechnienia zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych wśród osób cierpiących na ciężką chorobę psychiczną, wszystkich lekarzy należy objąć podstawowym szkoleniem w zakresie postępowania z pacjentami z podwójnym rozpoznanem.⁶⁰ Edukacja taka powinna uwzględniać: informacje dotyczące interakcji pomiędzy chorobami psychicznymi i nadużywaniem substancji psychoaktywnych, wskazówki i narzędzia służące rozpoznawaniu i postępowaniu w przypadku problemów wynikających z nadużywania substancji psychoaktywnych, pomoc we właściwym rozumieniu kolejnych stadiów zmian⁶¹ i leczenia⁶², zdobywanie umiejętności planowania procesu terapeutycznego, informacje na temat strategii pozwalających zaangażować pacjentów w proces leczenia i wzmacniać ich motywację do zachowania trzeźwości oraz zasady współpracy terapeutycznej z członkami rodzin chorych i innymi ważnymi dla nich osobami⁵⁹. Ponadto lekarze specjalizujący się w leczeniu pacjentów z podwójnym rozpoznanem powinni zdobyć doświadczenie w zakresie swoistych metod terapeutycznych (np. indywidualnej terapii poznawczo-behawioralnej, grupowego treningu motywacyjnego i treningu umiejętności, terapii rodzin), jak również umiejętność rozwiązywania podstawowych problemów, takich jak brak stałego miejsca zamieszkania pacjenta, jego problemy prawne lub zdrowotne, czy urazy psychiczne i wynikające z bycia ofiarą prześladowań.^{59,63,64}

Specjalne metody postępowania: psychoterapia w grupie rówieśniczej i programy stabilizacji lokalowej

Psychoterapia nastawiona na grupę rówieśniczą (*peer-oriented group*) jest głównym elementem terapii pacjentów z podwójnym rozpoznanem. Wyniki badań wskazują, że ta forma terapii jest najskuteczniejszym wczesnym sposobem oddziaływania, pomagającym opanować zaburzenia wynikające z przyjmowania substancji psychoaktywnych. Grupy terapeutyczne można organizować w różny sposób, w oparciu o różne modele i z różną częstością spotkań, a także mogą obejmować pacjentów będących w różnym stadium procesu powrotu do zdrowia. Nie ma danych przemawiających za większą efektywnością którejś z metod terapii grupowej w porównaniu z innymi

mi; kluczowe jest wielomiesięczne uczestniczenie w spotkaniach, prawdopodobnie – przez co najmniej rok. Wobec tego autorzy niniejszego opracowania zachęcają do tworzenia grup realizujących rozmaite programy, by umożliwić pacjentom znalezienie odpowiedniej grupy, w której będą czuli się komfortowo.

Długoterminowe leczenie stacjonarne jest, jak dotąd, jedyną metodą (o potwierdzonej efektywności) terapii pacjentów, u których zintegrowane oddziaływania w trybie ambulatoryjnym nie przyniosły pożądanego skutku. Podobnie jak w przypadku interwencji grupowych, programy leczenia stacjonarnego, które okazały się skuteczne, bywają bardzo różne. Do najczęstszych elementów wspólnych takich programów należą elastyczność kryteriów rozpoczęcia i zakończenia leczenia, zintegrowane oddziaływania terapeutyczne dotyczące problemów zdrowia psychicznego i nadużywania substancji psychoaktywnych, działania koncentrujące się na zatrudnieniu i innych aspektach rehabilitacji, odpowiednie podejście do okresów remisji i nawrotów oraz czas trwania terapii obejmujący co najmniej rok.⁶⁵

Oczywiście nie wszyscy pacjenci kwalifikują się lub chcą uczestniczyć w długotrwałych programach leczenia w trybie stacjonarnym, dlatego w programach terapeutycznych powinno się uwzględniać różne inne formy zakwaterowania.⁶⁶ Przykładowo, program zapewniający schronienie pacjentom („*housing first*” – amerykański program dla bezdomnych nadużywających substancji psychoaktywnych, w którym proces terapeutyczny poprzedzany jest stabilizacją lokalową – przyp. tłum.) pomaga wielu z nich wyjść z bezdomności i umożliwia pracę nad motywacją do realizowania kolejnych celów.⁶⁷ Istnieją również doniesienia na temat skuteczności rozbudowanych programów zapewniania miejsca zamieszkania (*continuum approach to housing – programy terapeutyczne dotyczące szeroko rozumianego pojęcia reintegracji społecznej i zawodowej pacjentów, a nie skupiające się jedynie na zapewnieniu schronienia – przyp. tłum.*).⁶⁸ Wielu podejść nie poparto wystarczająco mocnymi badaniami więc różnorodność rozwiązań terapeutycznych jest ważna również i w tej kwestii, gdyż dla wielu pacjentów znalezienie schronienia jest podstawowym celem.

Poprawa jakości

Poprawa jakości jest następnym istotnym elementem organizacyjnym. Może ona przybierać różne formy, a najbardziej popularne to opracowywanie programów terapeutycznych, nadzór procesu terapeutycznego w oparciu o zebrane dane, komputeryzacja archiwów medycznych, zastosowanie komputerowych systemów wspierających podejmowanie decyzji, analiza dokładności prowadzenia określonych procedur oraz intensywna analiza przypadków, w których nie obserwuje się poprawy.⁶⁹ Chociaż dążenie do poprawy jakości jest niewątpliwie kluczowe dla pomyślnego wdrażania programów terapeutycznych, szersza dyskusja dotycząca elementów odpowiedzialnych za nią przekracza zakres niniejszego opracowania.

Wnioski

Zalecenia programowe dotyczące terapii pacjentów z podwójnym rozpoznaniem są coraz bardziej swoiste, co wynika z intensywnego przybywania doniesień na ten temat. W niniejszym artykule autorzy dokonali przeglądu różnych działań, które osoby zajmujące się problemami zdrowia psychicznego powinny brać pod uwagę, a także podkreślili konieczność zmian w zakresie programów terapeutycznych sprawiających, że będą one uwzględniały zjawiska związane z podwójnymi rozpoznaniem. Postęp w tej dziedzinie wymaga dalszych badań, o większym stopniu standaryzacji i o większym rygorze metodologicznym.⁷⁰

Tłumaczył lek. Marcin Gajdosz

Konsultował prof. dr hab. med. Jerzy Samochowiec

Reprinted from *World Psychiatry*, 2007, v. 6, R.E. Drake, K.T. Mueser, M.F. Brunette, “Management of persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: program implications”, pp. 131–136, © 2007, with permission from World Psychiatric Association.

Piśmiennictwo

1. Caton C.L.M.: The new chronic patient and the system of community care. *Hosp. Commun. Psychiatry*, 1981; 32: 475–478
2. Pepper B., Krishner M.C., Ryglewicz H.: The young adult chronic patient: overview of a population. *Hosp. Commun. Psychiatry*, 1981; 32: 463–469
3. Lehman A.F.: Heterogeneity of person and place: assessing co-occurring addictive and mental disorders. *Am. J. Orthopsychiatry*, 1996; 66: 32–41

4. Ridgely M.S., Osher F.C., Goldman H., et al.: Chronic mentally ill young adults with substance abuse problems: a review of research, treatment, and training issues. Baltimore: University of Maryland, 1987
5. Polcin D.L.: Issues in the treatment of dual diagnosis clients who have chronic mental illness. *Prof. Psychol. Res. Pract.*, 1992; 23: 30–37
6. Brunette M.F., Mueser K.T., Drake R.E.: A review of research on residential programs for people with severe mental illness and co-occurring substance use disorders. *Drug Alcohol Rev.*, 2004; 23: 471–481
7. Drake R.E., O'Neal E., Wallach M.A.: A systematic review of research on interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *J. Subst. Abuse Treat.*, (in press)
8. Mueser K.T., Drake R.E., Sigmon S.C., et al.: Psychosocial interventions for adults with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders: a review of specific interventions. *J. Dual Diagnosis*, 2005; 1: 57–82
9. Petrakis I.L., Nich C., Ralevski E.: Psychotic spectrum disorders and alcohol abuse: a review of pharmacotherapeutic strategies and a report on the effectiveness of naltrexone and disulfiram. *Schizophr. Bull.*, 2006; 32: 644–654
10. McHugo G.M., Drake R.E., Whitley R., et al.: Fidelity outcomes in the national implementing evidence-based practices project. *Psychiatr. Serv.*, (in press)
11. United States Department of Health and Human Services: Assessment and treatment of patients with coexisting mental illness and alcohol and other drug abuse. Rockville, United States Department of Health and Human Services, 1994
12. Ruggeri M., Leese M., Thornicroft G., et al.: Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *Br. J. Psychiatry*, 2000; 176: 149–155
13. Schinnar A., Rothbard A., Kanter R., et al.: An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *Am. J. Psychiatry*, 1990; 147: 1602–1608
14. Stabo J.D., McGerary M., Barnes D.K.: Improving the social security disability decision process: final report. Washington, National Academies Press, 2006
15. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington, American Psychiatric Association, 1994
16. Bellack A.S.: Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: concordance, contrasts, and implications. *Schizophr. Bull.*, 2006; 32: 432–442
17. Deegan P.E.: Recovery: the lived experience of rehabilitation. *Psychosoc. Rehabil. J.*, 1988; 11: 11–19
18. Ralph R.O.: Review of recovery literature: a synthesis of a sample of recovery literature 2000. Alexander, National Technical Assistance Center for State Mental Health Planning, 2000
19. New Freedom Commission on Mental Health: Achieving the promise: transforming mental health care in America. Washington, Department of Health and Human Services, 2003
20. Kessler R.C., Crum R.M., Warner L.A., et al.: Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1997; 54: 313–321
21. Regier D.A., Farmer M.E., Rae D.S., et al.: Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *JAMA*, 1990; 264: 2511–2518
22. Teeson M., Halal W., Lynskey M., et al.: Alcohol and drug use disorders in Australia: implications of the National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Aust. N. Zeal. J. Psychiatry*, 2000; 34: 206–213
23. Cuffel B.J.: Comorbid substance use disorder: prevalence patterns of use, and course. In: Drake R.E., Mueser K.T., eds: Dual diagnosis of major mental illness and substance disorder. Vol. II. San Francisco, Jossey-Bass, 1996: 93–105
24. Kavanagh D.J., Waghorn G., Jenner L., et al.: Demographic and clinical correlates of comorbid substance use disorders in psychosis: multivariate analyses from an epidemiological sample. *Schizophr. Res.*, 2004; 66: 115–124
25. Mueser K.T., Yarnold P.R., Levinson D.F., et al.: Prevalence of substance abuse in schizophrenia: demographic and clinical correlates. *Schizophr. Bull.*, 1990; 16: 31–56
26. Graham H.L., Maslin J., Copello A., et al.: Drug and alcohol problems amongst individuals with severe mental health problems in an inner city area of the UK. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 2001; 36: 448–455
27. Mueser K.T., Bennett M., Kushner M.G.: Epidemiology of substance abuse among persons with chronic mental disorders. In: Lehman A.F., Dixon L., eds: Double jeopardy: chronic mental illness and substance abuse. New York, Harwood Academic Publishers, 1995: 9–25
28. Rosenberg S.D., Drake R.E., Wolford G.L., et al.: The Dartmouth Assessment of Lifestyle Instrument (DALI): a substance use disorder screen for people with severe mental illness. *Am. J. Psychiatry*, 1998; 155: 232–238
29. Gershon E.S., DeLisi L.E., Hamaovitz J., et al.: A controlled family study of chronic psychoses: schizophrenia and schizoaffective disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1988; 45: 328–336
30. Strakowski S.M., DelBello M.P.: The co-occurrence of bipolar and substance use disorders. *Clin. Psychol. Rev.*, 2000; 29: 191–206
31. Hodgins S., Tiihonen J., Ross D.: The consequences of conduct disorder for males who develop schizophrenia: associations with criminality aggressive behavior, substance use, and psychiatric services. *Schizophr. Res.*, 2005; 78: 323–335
32. Mueser K.T., Rosenberg S.D., Drake R.E., et al.: Conduct disorder, antisocial personality disorder, and substance use disorders in schizophrenia and major affective disorders. *J. Stud. Alcohol.*, 1999; 60: 278–284
33. Mueser K.T., Essock S.M., Drake R.E., et al.: Rural and urban differences in patients with a dual diagnosis. *Schizophr. Res.*, 2001; 48: 93–107
34. Galanter M., Castaneda R.: Substance abuse among general psychiatric patients: place of presentation, diagnosis, and treatment. *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, 1988; 14: 211–235
35. Caton C.L.M., Shrout P.E., Eagle P.F., et al.: Risk factors for homelessness among schizophrenic men: a case-control study. *Am. J. Publ. Health*, 1994; 84: 265–270
36. Caton C.L.M., Shrout P.E., Dominguez B., et al.: Risk factors for homelessness among women with schizophrenia. *Am. J. Publ. Health*, 1995; 85: 1153–1156
37. Peters R.H., Greenbaum P.E., Edens J.F., et al.: Prevalence of DSM-IV substance abuse and dependence disorders among prison inmates. *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, 1998; 24: 573–587
38. Drake R.E., Mueser K.T., Brunette M., et al.: A review of treatments for people with severe mental illness and co-occurring substance use disorder. *Psychiatr. Rehabil. J.*, 2004; 27: 360–374
39. Petrakis I.L., O'Malley S.S., Rounsaville B., et al.: Naltrexone augmentation of neuroleptic treatment in alcohol abusing patients with schizophrenia. *Psychopharmacology*, 2004; 172: 291–297
40. Nunes E.V., Levin F.R.: Treatment of depression in patients with alcohol or other drug dependence: a meta-analysis. *JAMA*, 2004; 291: 1887–1896
41. Brady K.T., Sonnes A.R., Ballenger J.C.: Valproate in the treatment of acute bipolar affective episodes complicated by substance abuse: a pilot study. *J. Clin. Psychol.*, 1995; 56: 118–121
42. Salloum I.M., Cornelius J.R., Daley D.C., et al.: Efficacy of valproate maintenance in patients with bipolar disorder and alcoholism: a double-blind placebo-controlled study. *Arch. Gen. Psychiatry*, 2005; 62: 37–45
43. Green A.I., Noordsy D.L., Brunette M.F., et al.: Substance abuse and schizophrenia: pharmacotherapeutic intervention. *J. Subst. Abuse Treat.*, (in press)
44. Torrey W.C., Drake R.E., Dixon L., et al.: Implementing evidencebased treatment for persons with severe mental illnesses. *Psychiatr. Serv.*, 2001; 52: 45–50
45. Torrey W.C., Lynde D.W., Gorman P.: Promoting the implementation of practices that are supported by research: the national implementing evidence-based practice project. *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.*, 2005; 14: 297–306
46. McGlashan T.H.: A selective review of recent North American longterm follow-up studies of schizophrenia. *Schizophr. Bull.*, 1988; 14: 515–542
47. Vaillant G.E.: Natural history of alcoholism revisited. Cambridge, Harvard University Press, 1995
48. Drake R.E., McHugo G.J., Xie H., et al.: Three-year outcomes of longterm patients with co-occurring bipolar and substance use disorder. *Biol. Psychiatry*, 2004; 56: 749–756
49. Essock S., Mueser K.T., Drake R.E., et al.: Comparison of ACT and standard case management for delivering integrated treatment for co-occurring disorders. *Psychiatr. Serv.*, 2006; 57: 185–196
50. Xie H., McHugo G.J., Helmstetter B.S., et al.: Three-year recovery outcomes for long-term patients with co-occurring schizophrenic and substance use disorders. *Schizophr. Res.*, 2005; 75: 337–348
51. Drake R.E., McHugo G.J., Xie H., et al.: Ten-year recovery outcomes for clients with co-occurring schizophrenia and substance use disorders. *Schizophr. Bull.*, 2006; 32: 464–473
52. Corrigan P.W., Salzer M., Ralph R.O., et al.: Examining the factor structure of the recovery assessment scale. *Schizophr. Bull.*, 2004; 30: 1035–1041
53. Deegan P.: Recovery and the conspiracy of hope. Presented at the Sixth Annual Mental Health Conference of Australia and New Zealand, Brisbane, September 1996
54. Roe D., Chopra M., Rudnick A.: Persons with psychosis as active agents interacting with their disorder. *Psychiatr. Rehabil. J.*, 2004; 28: 122–128
55. Rapp C.A., Gosche R.J.: The strengths model: case management with people with psychiatric disabilities. New York, Oxford University Press, 2006
56. Adams J.R., Drake R.E.: Shared decision making and evidencebased practice. *Commun. Ment. Health J.*, 2006; 42: 87–105
57. Brunette M., Noordsy D.L., Xie H., et al.: Benzodiazepine use and abuse among patients with severe mental illness and co-occurring substance use disorders. *Psychiatr. Serv.*, 2003; 54: 1395–1401
58. Becker D.R., Drake R.E., Naughton W.: Supported employment for people with co-occurring disorders. *Psychiatr. Rehabil. J.*, 2005; 28: 332–338
59. Mueser K.T., Noordsy D.L., Drake R.E., et al.: Integrated treatment for dual disorders: a guide to effective practice. New York, Guilford, 2003
60. Maslin J., Graham H.L., Cawley M., et al.: Combined severe mental health and substance use problems: what are the training and support needs of staff working with this client group? *J. Ment. Health*, 2001; 10: 131–140
61. Prochaska J.O., Diclemente C.C.: The transtheoretical approach: crossing the traditional boundaries of therapy. Homewood, Dow-Jones/Irwin, 1984
62. Osher F.C., Kofoed L.L.: Treatment of patients with psychiatric and psychoactive substance use disorders. *Hosp. Commun. Psychiatry*, 1989; 40: 1025–1030
63. Centre for Addiction and Mental Health. Best practices: concurrent mental health and substance use disorders. Ottawa, Health Canada, 2001
64. Graham H.L., Copello A., Birchwood M.J., et al.: Cognitive-behavioural integrated treatment (C-BIT): a treatment manual for substance misuse in people with severe mental health problems. Chichester, Wiley, 2004
65. Brunette M.B., Noordsy D.L., Buckley P., et al.: Pharmacologic treatments for co-occurring substance use disorders in patients with schizophrenia: a research review. *J. Dual. Diagnosis*, 2005; 1: 41–55

66. Osher F.C., Dixon L.B.: Housing for persons with co-occurring mental and addictive disorders. In: Drake R.E., Mueser K.T., eds: Dual diagnosis of major mental illness and substance abuse 2: Recent research and clinical implications. New directions for mental health services. San Francisco, Jossey-Bass, 1996: 53–64
67. Tsemberis S., Gulcur L., Nakae M.: Housing first, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *Am. J. Publ. Health*, 2004; 94: 651–656
68. McHugo G.J., Bebout R.R., Harris M., et al.: A randomized controlled trial of integrated versus parallel housing services for homeless adults with severe mental illness. *Schizophr. Bull.*, 2004; 30: 969–982
69. Hermann R.C.: Improving mental healthcare: a guide to measurement-based quality improvement. Washington, American Psychiatric Publishing, 2005
70. McHugo G.J., Drake R.E., Brunette M.F., et al.: Enhancing validity in co-occurring disorders treatment research. *Schizophr. Bull.*, 2006; 32: 655–665

Komentarz

Tematyka poruszona w artykule Drake’a i wsp. dotyczy istotnego problemu zarówno z punktu widzenia lekarskiego, terapeutycznego, jak firm ubezpieczeniowych, które powinny odrębnie finansować złożoną terapię tych osób. Wielu klasyków opisywało współwystępowanie chorób i zaburzeń różnie je interpretując. Za ojca pojęcia „współchorobowość” uważa się Feinsteina (1970), który na przykład włączył w nie i ciążę, i odchudzanie się i nudności.¹ Zwiększenie zainteresowania tym zjawiskiem nastąpiło w późnych latach 80. i wczesnych 90. XX wieku. W badaniach Epidemiologic Catchment Area² i National Comorbidity Survey³ wykazano, że częstość występowania uzależnień bądź nadużywania substancji psychoaktywnych w populacji ogólnej USA w ciągu całego życia wynosi 17%, podczas gdy wśród chorych psychicznie (na schizofrenię, zaburzenia afektywne dwubiegunowe) wskaźnik ten wynosi nawet powyżej 50%.

Istnieje mnogość danych o powszechności współwystępowania zaburzeń psychicznych, nie ma generalnych teorii wyjaśniających, czy hipotez popartych badaniami naukowymi o konkretnych powiązaniach etiopatogenetycznych.

Funkcjonuje wiele eponimów, które stosowane są – niezupełnie poprawnie – zastępczo: *double (dual) diagnosis* – podwójne rozpoznanie, *comorbidity* – „współchorobowość”, *co-occurrence* – współwystępowanie, *co-appearance* – „współpojawianie się”.

Brakuje powszechnie akceptowanych definicji, a rozumienie tych pojęć jest raczej intuicyjne. W medycynie jest to zatem współwystępowanie dwóch chorób raczej niezależnie, czasem w związku przyczynowym. W podejściu teoretycznym: jeśli dwie cechy (choroby) występują częściej niż wynikałoby to z przypadku – to może jest to wynikiem wspólnego czynnika etiologicznego lub patogenetycznego,

albo bliskości genów warunkujących lub predysponujących.

Współwystępowanie powinno się definiować jako dwa lub więcej zaburzeń o różnej etiopatogenezie (albo, gdy etiopatogeneza jest nieznana, o różnej patofizjologii narządów lub układów).⁴

W podejściu praktycznym: leczenie współwystępujących chorób wymaga kompleksowego oddziaływania, jest bardziej kosztowne, zatem konieczne jest wprowadzenie „podwójnego rozpoznania” jako droższego „produktu” dla ubezpieczycieli.

Generalnie nastąpiło zawładnięcie tych terminów przez psychiatrię:

- szeroko pojmowane – wszelkie współwystępowanie dwóch chorób (także somatycznych) lub zaburzeń
 - albo w ciągu całego życia (*life prevalence*)
 - albo wyłącznie jednocześnie (*time prevalence*), bądź ewidentnie jedno po drugim (związek przyczynowy?);
- wąsko rozumiane – wyłącznie psychozy endogenne i nadużywanie substancji psychoaktywnych lub uzależnienie mogą stanowić tzw. **podwójne rozpoznanie**.

Istnieją następujące kliniczne teorie ogólne podwójnego rozpoznania:

- przypadkowej koincydencji,
- powodowania drugiego zaburzenia przez pierwsze,
- wspólnego czynnika etiologicznego (np. wspólnego genotypu lub wspólnej patogenezы),
- „trzeciego czynnika” (np. osobowości).

Przypadkowa koincydencja jest łatwa do wyliczenia (ryzyko choroby x ryzyko używania/nadużywania/uzależnienia). Oszacowane w ten sposób wartości są zdecydowanie mniejsze od obserwowanych w praktyce.

W pozostałych przypadkach mamy do czynienia z różnymi wariantami: czasami powodowanie drugiego zaburzenia przez pierwsze jest oczywiste, ale czasem nie ma jednoznacznych danych, które by to potwierdzały, istnieją tylko przesłanki pośrednie, takie jak:

- chronologia,
- „obciążenie rodzinne”,
- przebieg choroby,
- reakcja na leczenie.

Wspólny czynnik etiologiczny najczęściej polega na istnieniu puli wspólnych wariantów polimorfizmów genowych, co prowadzi do: pojawiania się

wspólnych dysfunkcji i anomalii neuroprzebiegów, powodujących zaburzenia poznawcze, tak zwanej hipofrontalności (braku hamowania przez korę przedczołową jąder podkorowych), anhedonii. To może prowadzić do prób „samoleczenia”, a w konsekwencji – nadużywania i uzależnienia.⁵

No i wreszcie osobowość; już Kretschmer w swej konstytucjonalnej teorii osobowości pisał o pewnym kontinuum: osobowość – jej zaburzenia – psychoza.

Według Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition osobowości opisywane w klasterze B, a zwłaszcza C, są bardziej podatne na uzależnienia.

Autorzy artykułu słusznie podsumowują wyniki badań nad skutecznością terapii pacjentów z podwójnym rozpoznaniem, iż dane dotyczące skuteczności którejkolwiek z metod psychoterapii indywidualnej są sprzeczne, natomiast psychoterapia nastawiona na grupę rówieśniczą (*peer-oriented*) zwiększa zdolność oddziaływania i utrwała pozytywne funkcjonalne zmiany.

Postępowanie określane jako *contingency management* (oparte w głównej mierze na technikach behawioralnych) skutecznie ogranicza używanie substancji psychoaktywnych i korzystnie wpływa na inne wyniki terapii.

Długoterminowe programy stacjonarne okazały się efektywne zarówno w ograniczaniu używania substancji psychoaktywnych, jak również w zapewnieniu poprawy wyników w innych obszarach.

Wyniki badań są zgodne co do tego, że tak zwane programy oparte na intensywnych oddziaływaniach terapeutycznych (*intensive case management*), uwzględniające udział zespołów leczenia środowiskowego, wpływają korzystnie na stabilność funkcjonowania w warunkach domowych i pełnienie dotychczasowych ról społecznych.

Nie poddano rzetelnym analizom wielu z obiecujących metod terapeutycznych, wśród nich psychoedukacji rodzin, intensywnych programów terapeutycznych przeznaczonych dla więźniów, choć badania takie mogłyby dostarczyć interesujących danych.

W Polsce farmakoterapia uzależnień (poza disulfiramem podawanym doustnie) praktycznie nie istnieje, gdyż leki takie jak naltrekson (*lek niezarejestrowany w Polsce – przyp. red.*), akamprozat, topiramát, mimo wykazanej w badaniach klinicznych skuteczności nie są refundowane, co eliminuje je z rynku ze względu na cenę.

Zawsze należy diagnozować współwystępujące choroby, również w przypadku pierwotnie występującego uzależnienia (a ma to miejsce u np. 90% chorych z zespołem zależności alkoholowej). Wówczas włączenie leków przeciwdepresyjnych, bądź stabilizujących nastrój poprawia rokowanie także w zakresie uzależnienia. Podawanie leków przeciwpsychotycznych jest niezbędne w przypadku współwystępowania schizofrenii, ale już należałoby zastanowić się nad ich długoterminowym stosowaniem u osób uzależnionych tylko jako środków znoszących napięcie i lęk.⁶ Jako leki blokujące przekazywanie dopaminergiczne w przypadku osób uzależnionych bez psychozy, u których i tak występuje deficyt w układzie dopaminergicznym, mogą one generować szybszy nawrót czynnego nałogu, w związku z pojawieniem się objawów głodu związanego z przyjmowaną substancją psychoaktywną.⁷

Zalecenia dotyczące terapii pacjentów z podwójnym rozpoznaniem są coraz bardziej swoiste, co wynika z coraz większej liczby doniesień na ten temat. W komentowanym artykule autorzy dokonali przeglądu różnych działań, które powinny brać pod uwagę osoby i organizacje zajmujące się problemami zdrowia psychicznego w Polsce, w tym także Narodowy Fundusz Zdrowia kontraktujący takie usługi w nielicznych – jak dotąd – polskich ośrodkach. Podkreślili także konieczność zmian w zakresie programów terapeutycznych sprawiających, że będą one uwzględniały zjawiska związane z podwójnymi rozpoznaniem.

prof. dr hab. med. Jerzy Samochowiec
Kierownik Katedry i Kliniki Psychiatrii Wydziału Nauk o Zdrowiu PAM w Szczecinie

Piśmiennictwo do komentarza

1. Feinstein A.R.: Clinical biostatistics. II. Statistics versus science in design of experiments. *Clin. Pharmacol. Ther.*, 1970; 11: 282–292
2. Regier D.A., Narrow W.E., Rae D.S.: The epidemiology of anxiety disorders: the Epidemiologic Catchment Area (ECA) experience. *J. Psychiatr. Res.*; 1990; 24 suppl. 2: 3–14
3. Kessler R.C., Demler O., Frank R.G., Olfson M., Pincus H.A., Walters E.E., Wang P., Wells K.B., Zaslavsky A.M.: Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *N. Engl. J. Med.*, 2005; 352: 2515–2523
4. Vella K., Goldfrad C., Rowan K., Bion J., Black N.: Use of consensus development to establish national research priorities in critical care. *BMJ*, 2000; 320: 976–980
5. Meder J., red.: Pacjenci z podwójną diagnozą – problemy diagnostyczne i terapeutyczne. Kraków, Biblioteka Psychiatrii Polskiej, 2004: 5–11
6. Samochowiec J., Tybura P., Samochowiec A.: Podwójna diagnoza czyli problem współwystępowania zespołów lękowych, afektywnych i uzależnienia. *Lęk i Depresja*, 2007; 2: 79–89
7. Wiesbeck G.A., Weijers H.G., Lesch O.M., Glaser T., Toennes P.J., Boening J.: Flupenthixol decanoate and relapse prevention in alcoholics: results from a placebo-controlled study. *Alcohol Alcohol.*, 2001; 36: 329–334